



Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

# **Min kompetens är viktig!**

En kvalitativ studie om specialistsjuksköterskans  
kompetens inom onkologisk vård

Författare: Karin Elgh  
Maria Magnusson

Handledare: Maria Skyvell-Nilsson

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp  
Magisternivå, VT 2011

<b>Examensarbetets titel:</b>	Min kompetens är viktig! En kvalitativ studie om specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård.
	My competence is important! A qualitative study describing the specialist oncology nurse competence.
<b>Författare:</b>	Karin Elgh och Maria Magnusson
<b>Institution:</b>	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
<b>Arbetets art:</b>	Omvårdnad – Examensarbete, 15 hp
<b>Program/kurs:</b>	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot onkologisk vård, 60 hp
<b>Termin/år:</b>	VT 2011
<b>Antal sidor:</b>	22

**Background:** An increasing number of patients with an oncology diagnose will be seen in the future. The oncology care is complex and in great need of nurses with a high level of competence. There is a lack of previous research in the specialist oncology nurses competence and therefore knowledge of their skills can reveal an understanding of their competence.

**Aim:** The aim of the study was to describe the competence of the specialist oncology nurse.

**Method:** Four oncology nurses and two directors of oncology care were interviewed. The interview text was analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** The result showed that the oncology nurses had developed six different competences within different areas. These competence areas were assertiveness, patient-centered care, ethical and moral-, pedagogical-, to lead and develop- and theoretical competence. They described their competences in a way of feeling more confident and they had a deeper theoretical knowledge. They also described that the needs of the patient as central. They found it easier to communicate and to give information and had a greater ambition to develop the oncology care.

**Conclusion:** Deeper theoretical knowledge is a necessity to develop new competence. Theoretical knowledge seems essential in order to develop new competence. To be able to use their new competences, time, opportunities and support must be given to the specialist oncology nurse. It is also important for the specialist oncology nurse to claim and believe in her competence.

**Keywords:** Advanced Practice Nurse. Complex. Content analyses. Expert. Swanson theory.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	1
Onkologisk vård i framtiden.....	1
Kompetens.....	2
Specialistsjuksköterskan inom onkologisk vård.....	2
Specialistsjuksköterskans omvårdnadskompetens .....	3
Problemformulering .....	5
<b>Syfte och frågeställningar</b> .....	5
<b>Metod</b> .....	5
Ansats .....	5
Urval.....	6
Datainsamling.....	6
Analys.....	7
<b>Etiska överväganden</b> .....	8
<b>Resultat</b> .....	9
Självhävdelsekompetens .....	9
Patientcentreringskompetens .....	10
Etisk och moralisk kompetens .....	10
Pedagogisk kompetens .....	11
Kompetens att leda och utveckla.....	12
Teoretisk kompetens.....	13
Sammanfattning av resultat .....	13
<b>Diskussion</b> .....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion .....	15
<b>Fortsatta studier</b> .....	19
<b>Konklusion</b> .....	19
<b>Referenser</b> .....	20
Bilaga I	
Bilaga II	
Bilaga III	
Bilaga IV	
Bilaga V	

# Inledning

Antalet människor som insjuknar i cancer kommer att öka dramatiskt i framtiden. Detta beror främst på att människan lever längre och att cancer är en sjukdom som främst drabbar äldre. Den äldre människan har ofta flera sjukdomar vilket leder till att komplexiteten i vården ökar. Den onkologiska vården utvecklas ständigt och blir allt mer avancerad vilket kräver en hög kompetens hos de sjuksköterskor som vårdar onkologiska patienter. Om hälso- och sjukvårdspersonal uppvisar en bristande kompetens leder det till en försämrad vårdkvalitet. Det krävs specialistkompetens för att driva utvecklingen av onkologisk vård framåt. Ett sätt att höja kompetensen är genom specialistutbildning inom onkologisk vård. Sedan 2001 har den legitimerade sjuksköterskan kunnat avlägga specialistsjuksköterskeexamen. Trots detta finns en okunskap om specialistsjuksköterskans kompetens och funktion inom onkologisk vård. För att kunna tillvarata den onkologiska specialistsjuksköterskans kompetens krävs en kunskap om hans/hennes kompetens. Det är därför viktigt att beskriva den kompetens specialistsjuksköterskan inom onkologisk vård besitter.

I studien kommer specialistsjuksköterskan att benämnas som hon, detta då det mestadels är en kvinna som innehar specialistutbildning inom onkologisk vård.

## Bakgrund

### Onkologisk vård i framtiden

Statens offentliga utredningar publicerade 2009 en rapport (Statens offentliga utredningar [SoU], 2009:11) som visar på en kraftig ökning av antalet människor som lever med en onkologisk diagnos. Denna ökning kommer att ställa stora krav på vården. Utredningen föreslår en långsiktig strategi som utgår från att samhället måste investera i preventivt arbete för att minska insjuknande, sjukdomens svårighetsgrad och mortalitet. Rapporten spår att framtidens patienter kommer att ha högre krav på god information och hög kvalitet i vården vilket cancervården måste kunna möta (SoU, 2009:11).

I en utredning (SoU, 2010:65) gällande reglering av behörighet inom hälso- och sjukvård betonas bland annat att efterfrågan av specialistsjuksköterskor i vården är låg. Orsaken tros vara att kunskapen är bristfällig angående hur en specialistsjuksköterskas kunskap kan tas tillvara och att arbetsgivaren inte alltid har kunskap om specialistsjuksköterskans kompetens. På arbetsplatser som endast kräver grundutbildade sjuksköterskor anställs i regel färre specialistutbildade sjuksköterskor. Vårdförbundet framhåller att det måste tillsättas särskilda tjänster för specialistutbildade sjuksköterskor. Även lärosätena påtalar vikten av att skapa tjänster där specialistkompetens krävs. Enligt lärosätena finns det idag ingen naturlig karriärväg för specialistutbildade sjuksköterskor. Svensk Sjuksköterskeförening påtalar också vikten av att införa karriärvägar och titlar som kan bidra till att både framhålla kompetens och höja statusen för specialistutbildade sjuksköterskor (SoU, 2010:65).

I en intervju med Gunilla Length Persson (personlig kommunikation, 1 december 2010), studierektor på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, framkommer att en kartläggning visat att det inom Västra Götalandsregionen finns ett behov av specialistutbildade sjuksköterskor, bland annat inom den onkologiska vården. Regeringen avsatte 2009 omställningsmedel till landstingen i syfte att bland annat kompetensutveckla medarbetare. En del av dessa medel tilldelades Västra Götalandsregionen och satsas bland annat på specialistutbildning av sjuksköterskor inom onkologisk vård.

## Kompetens

Ordet kompetens härstammar från latin där betydelsen är sammanträffande, överensstämmelse, vara ägnad, vara kompetent och räcka till. I dagligt tal har det betydelsen kunnighet, skicklighet och är också en juridisk term som syftar till en laglig rätt att avgöra en viss typ av ärende (Nationalencyklopedin, 2010). Enligt Ellström (1997) finns det olika beskrivningar på kompetens. En beskrivning är att kompetens är en förmåga, en mänsklig styrka, vilken kan omvandlas i produktivitet. En annan beskrivning är att kompetens är de behörighetskrav som krävs för en särskild uppgift. Det kan även förklaras som kapaciteten hos en individ att hantera en uppgift. Exempel på olika kapaciteter är praktisk förmåga, kognitiv förmåga, värderingsförmåga, personlig styrka och social förmåga. Utifrån perspektivet att kompetensen är en mänsklig styrka kan den formuleras som formell kompetens och aktuell kompetens. Den formella kompetensen är exempelvis antal års utbildning och den aktuella kompetensen är den potentiella kapaciteten hos en individ att genomföra en särskild uppgift utifrån erfarenhet och teoretisk kunskap.

Individuella erfarenheter och personlighet påverkar hur kompetensen utvecklas, men även organisatoriska faktorer så som arbetsklimat, delaktighet, samspel i arbetsgruppen och bekräftelse på det som utförs. Detta innebär enligt Ellström att faktorer relaterade till individen och faktorer relaterade till själva uppgiften kan bana väg för eller hindra individen att utnyttja sin fulla kompetens. Ett ansvar för att kompetensen utvecklas ligger inte primärt på individnivå utan på organisationsnivå. Individen bör erbjudas möjligheter till att kontinuerligt utveckla organisationen. I denna studie ser vi på kompetens utifrån Ellströms teori om att aktuell kompetens är den potentiella kapaciteten hos en individ att genomföra en särskild uppgift utifrån erfarenhet och teoretisk kunskap (Ellström, 1997).

Benner (1993) menar att det finns fem kompetensstadiet för sjuksköterskan vilka är novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Novisen saknar erfarenhet och handlar utifrån regler och rutiner. Det är utifrån expertens erfarenheter från den kliniska verksamheten som det skapas frågor ur antaganden vilket leder till att nya teorier utvecklas (Benner, 1993).

## Specialistsjuksköterskan inom onkologisk vård

En sjuksköterska på avancerad nivå beskrivs internationellt enligt International Council of Nurses (ICN, 2002) på följande sätt:

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 she/he is credentialed to practice. A Masters degree is recommended for entry level. (ICN, 2002)

1993 införs en ny högskolereform och hälso- och sjukvårdslinjen ersätts av en ny treårig sjuksköterskelinje på 120 poäng (SoU, 2010:65). Tidigare specialistinriktningar på hälso- och sjukvårdslinjen ersätts samtidigt med påbyggnadsutbildningar. För att garantera vidareutbildningar av god kvalitet införs 2001 specialistsjuksköterskeexamen i dagens examensordning vilket innebär att den legitimerade sjuksköterskan kan avlägga specialistsjuksköterskeexamen (SoU, 2010:65). I samband med 2007 års högskolereform då Sverige ansluter sig till Bolognaprocessen tydliggörs en indelning av högskoleutbildningen i tre nivåer; grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå. Den nya examensordningen består av två generella examina på avancerad nivå; magisterexamen som omfattar 60 högskolepoäng och masterexamen som omfattar 120 högskolepoäng (Regeringskansliet, 2010). I samband

med denna reform förtydligas ett krav på progression genom utbildningen med hjälp av nivåer, tydliga lärandemål samt möjlighet till internationella studier för alla akademiska utbildningar. Tanken med nivåerna är att varje utbildnings behörighetskrav bygger vidare på en tidigare nivå. Till exempel kräver den avancerade nivån en examen på grundnivå (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2010). Inriktningen mot onkologisk vård är en av de elva specialistutbildningarna den legitimerade sjuksköterskan kan specialisera sig inom och bedrivs på avancerad nivå (SoU, 2010:65).

Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot onkologisk vård ska resultera i en förmåga att observera, bedöma och åtgärda komplexa omvårdnadsproblem (Högskoleförordningen, 1993:100). *Komplex* innebär något som består av många olika delar som hänger samman på ett svåröverskådligt sätt (Nationalencyklopedin, 2010). *Onkologi* betyder läran om tumörsjukdomar. Det är även namnet på den medicinska specialitet vars uppgift är diagnostik och behandling av tumörsjukdomar. De tre behandlingsmetoderna vid cancer är kirurgi, strålbehandling och läkemedel vilka ofta kombineras. Den inkluderar även smärtlindring, omvårdnad och det psykosociala omhändertagandet av patienter (Nationalencyklopedin, 2010). *Omvårdnadsproblem; Omvårdnad* är att vårda någon (Nationalencyklopedin, 2010). Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt och Häggström (2009) beskriver omvårdnad inom cancersjukvård som en process som påverkas av kompetens och erfarenhet. De beskriver upplevelsen av att vara nära och medkännande vilket innebär att få ta del av patientens liv och finnas där för patienten och närstående (Iranmanesh et al., 2009). *Problem* är en svårighet som det krävs ansträngning att komma tillrätta med (Nationalencyklopedin, 2010). I högskoleförordningen (1993:100) framkommer också att specialistsjuksköterskan ska uppvisa den kunskap och färdighet som krävs för att arbeta med bland annat cytostatikaterapi och strålbehandling (Högskoleförordningen, 1993:100).

Svensk sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för specialistutbildade sjuksköterskor inom onkologisk vård (SSF, 2009) beskriver fyra huvudområden. Dessa är omvårdnadens teori och praktik; forskning, utveckling och utbildning; ledarskap och professionell utveckling. Omvårdnadens teori och praktik innebär att specialistsjuksköterskan ska ha goda kunskaper i omvårdnads- och medicinsk vetenskap i sjukdomens alla stadier. Hon ska ha en helhetssyn, ett professionellt förhållningssätt, främja patientens resurser till egenvård. Hon ska även värna om patientens integritet och värdighet, förmedla trygghet, främja delaktighet för patient och närstående, ge information och undervisning, ha ett empatiskt förhållningssätt samt beakta kulturella skillnader och genus. I samband med undersökningar och behandlingar ska hon kunna planera, administrera och utvärdera vården. Hon ska arbeta preventivt, identifiera och lindra komplikationer. Hon ska ha god kunskap om de lagar, författningar och riktlinjer som styr arbetet och arbeta utifrån evidens och beprövad erfarenhet samt sträva efter patientsäkerhet och en god arbetsmiljö. Forskning, utveckling och utbildning innebär att specialistsjuksköterskan ska ta del av aktuell forskning samt implementera den i sitt arbete. Hon ska kunna initiera, leda och medverka till utveckling inom onkologisk vård. Hon ska även kunna undervisa och handleda omvårdnadspersonal och studenter. Utifrån patientens behov ska hon leda, utveckla och prioritera omvårdnadsarbetet. Hon ska besitta kompetens att koordinera omvårdnadsarbetet i det multidisciplinära teamet. Professionell utveckling innebär att specialistsjuksköterskan ska kunna arbeta med till exempel forskning, undervisning, mentorskap, cancerprevention, konsultering, telefonrådgivning och sjuksköterskeledd mottagning (SSF, 2009).

## **Specialistsjuksköterskans omvårdnadskompetens**

Enligt Oberle och Allen (2001) beskrivs omvårdnad på avancerad nivå som ett samspel mellan specialistsjuksköterskan, patienten och närstående. Specialistsjuksköterskan har vissa förmågor och kunskaper som främjar mötet med patienten och närstående. Hon ska besitta

kunskaper på olika plan och dimensioner vilket innebär att hon skall ha både generell och särskild kunskap. Generell kunskap är att veta vad, veta varför samt att veta hur. Särskild kunskap ger henne möjlighet till att få ett vidare perspektiv och genom kommunikation få en bild av vem patienten är och en insikt i dennes behov. Detta är en kunskap som gör det möjligt att vara professionell och samtidigt bygga upp en relation till patient och närstående. För att samspela med patienten krävs utveckling av en praktisk visdom, en känsla för, och kunskap om vilken typ av åtgärd som kan vara passande och när den passar bäst för patienten. Specialistsjuksköterskan har i och med sin kompetens en förmåga att göra valet att frångå rutiner om så krävs. Sådana val är förankrade både i teori och erfarenhet och utgår från patientens behov (Oberle & Allen, 2001).

Swanson (1991, 1993) har definierat fem omvårdnadsprocesser vilka syftar att leda fram till en upplevelse av välbefinnande hos patienten. Dessa är *maintaining belief* – bevara tro; *knowing* - att ha kunskap om; *being with* - att vara med; *doing for* – att göra för; *enabling* – att möjliggöra. *Maintaining belief* är enligt Swanson grunden för omvårdnad och genomsyrar samtliga processer, att ha ett förhållningssätt som bevarar patientens tro. Det innebär att tro på patientens resurser att klara sig igenom transitionen och finna mening i den nya situationen. Att ha en tilltro till patientens förmåga att välja rätt väg, en väg som ger patienten mening. *Knowing* är en strävan att förstå patientens upplevelse, vad som är viktigt för patienten och undvika antaganden om dennes känslor. Det innebär ett engagemang både från den som vårdar och den som blir vårdad. *Being with* innebär en djupare förståelse som underlättar en känslomässig närvaro hos patienten och dennes verklighet samt att inte belasta patienten utan finnas där som ett stöd och dela patientens börda. *Doing for* innebär att utgå från patienten och uppfylla de önskingar patienten inte själv har möjlighet att uppfylla. Att bevara patientens värdighet och kontroll över situationen genom att agera kompetent och skickligt. *Enabling* innebär att skapa förutsättningar för en hälsosam transition vilket innebär att patienten lättare kan acceptera sin nya situation. Vilket görs genom att sjuksköterskan ger information, förklarar, ger stöd och möjlighet till egenvård och främjar patientens resurser (Swanson, 1991, 1993).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Svensk Författningssamling [SFS], 1982:763), §2, är en av vårdens främsta uppgifter att tillgodose att patienten känner sig trygg. Segesten (1994) menar att patienter kan uppleva otrygghet om de känner sig utelämnade, känner ovisshet inför framtiden eller avsaknad av kontroll och delaktighet (Segesten, 1994). En vårdande relation innebär för patienten att sjuksköterskan har en helhetssyn på patienten vilket leder till att sårbarheten minskar. Den vårdande relationen innebär att värdigheten upprätthålls och möjliggör trygghet. Detta är särskilt viktigt och efterfrågas av patienter vid långvarig sjukdom och då livet känns osäkert. Att få en personlig relation till en sjuksköterska skapar trygghet för patienten och närstående (Berg, 2006). I en kvalitativ studie (Kvåle & Bondevik, 2010) beskriver patienter hur de upplever sjuksköterskors kunskap om cancer och behandlingar. En god kunskap hos sjuksköterskan kan lindra lidandet hos patienten. Patienterna upplever att de känner sig otrygga och osäkra då sjuksköterskan uppvisar bristande kunskap (Kvåle & Bondevik, 2010). Patienter uttrycker ett behov av kontinuitet i kontakten med vården och förväntar sig att sjuksköterskan ska ha en hög kompetens för att kunna bemöta patientens individuella behov och få en helhetsförståelse för patienten (Reitan & Eide, 2009). Patienter framhäver betydelsen av att vårdas av kompetenta sjuksköterskor med empatisk förmåga. Om patienten får god information och ledning i att hantera sin sjukdom leder det till en förtroendefull relation mellan patient och sjuksköterska (Gill & Duffy, 2010).

Den professionella rollen stärks av en specialistutbildning (Atkinson & Tawse, 2007; Gill & Duffy, 2010; Oberle & Allen, 2001; Reitan & Eide, 2009). I en studie (Atkinson & Tawse, 2007) påvisas att specialistutbildningen ger sjuksköterskan en ökad förmåga att möta olika patienters behov. Specialistsjuksköterskorna beskriver sin utveckling som en resa från att vara

en ny och oförberedd sjuksköterska till att bli en specialistutbildad sjuksköterska med specifik kompetens. I en studie (Gill & Duffy, 2010) belyses sjuksköterskans och specialistsjuksköterskans kunskap och kommunikativa förmåga för att kunna ge god vård och bemöta emotionella behov inom den onkologiska vården. För att kunna ge en säker vård måste sjuksköterskan besitta goda kunskaper om patientens sjukdom samt vara uppmärksam på biverkningar och förändringar i patientens hälsotillstånd. Kommunikation är betydelsefull för patienten men framhålls också som en källa till oro när det finns brister i den, eller om det är svårt för sjuksköterskan att avsätta tid för samtal. Sjuksköterskan måste kunna hantera patientens frågor och behov av information angående sjukdom och behandling. Behovet av information varierar mellan individer och sjuksköterskan måste därför ha en förmåga att utgå ifrån individens kulturella, sociala och existentiella behov och anpassa den information hon ger. Studien visar att specialistsjuksköterskan har en god förmåga att möta oroliga patienter och närstående och svara på deras frågor. Att inte kunna svara på patienters frågor på grund av bristande kunskap kan skapa stress hos sjuksköterskor och leda till att hon undviker patienten och undviker att tala om sjukdomen på grund av en oro att "säga fel saker" (Gill & Duffy, 2010).

## **Problemformulering**

Den onkologiska vården blir allt mer omfattande och komplex. Brist på en utvecklad kompetens inom hälso- och sjukvården kan leda till försämrad vårdkvalitet. Vårdförbundet, Sjuksköterskeförbundet och verksamheten påtalar vikten av att utbilda fler specialistsjuksköterskor för att säkerställa en god vårdkvalitet. Trots detta är efterfrågan av specialistsjuksköterskor inom vissa verksamheter låg och det finns idag få tjänster specificerade för specialistsjuksköterskor inom onkologisk vård. Det föreligger en oklarhet bland sjukvårdsledningen gällande specialistsjuksköterskan kompetensområde. Utifrån den litteratursökning som genomförts inför denna studie är inte specialistsjuksköterskan kompetens inom onkologi tidigare väl studerad. I syfte att beskriva denna kompetens studeras i denna studie hur yrkesverksamma specialistsjuksköterskor samt deras vårdenhetschefer beskriver specialistsjuksköterskan kompetens.

## **Syfte och frågeställningar**

Syftet var att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård.

- Vilken kompetens har specialistsjuksköterskan utvecklat efter specialistutbildningen?
- Hur framträder denna kompetens i omvårdnadsarbetet?

## **Metod**

### **Ansats**

Då området inte tidigare är väl beskrivet valdes en induktiv ansats i denna studie. Med induktiv ansats menas att forskaren studerar ett fenomen som därefter analyseras för att leda fram till ett antagande. Kvalitativ metod används för att söka den underliggande meningen och upplevelsen av ett fenomen. I en kvalitativ studie insamlas kvalitativ data vilka beskriver fenomenet. Kvalitativ data kan insamlas via exempelvis intervjuer, samtal, observationer och skrifter (Polit & Beck, 2008). Då vi avsåg att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens



och vårdenhetschefens perspektiv på specialistsjuksköterskans kompetens ansågs en kvalitativ metod mest lämplig och datainsamlingen utgjordes av intervjuer. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är en intervju en metod där data produceras i interaktionen mellan intervjuaren och respondenten. I respondentens berättelse får intervjuaren ta del av information om dennes upplevelser och erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi valde att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens dels ur ett specialistsjuksköterskeperspektiv och dels ur ett vårdenhetschefsperspektiv. Detta för att skapa en fördjupad kunskap inom området, där både specialistsjuksköterskans egen erfarenhet och vårdenhetschefers erfarenhet av specialistsjuksköterskans kompetens studeras.

## Urval

Ett strategiskt urval av respondenterna valdes för att uppnå vårt syfte. Enligt Polit och Beck (2008) grundar sig det strategiska urvalet av respondenter på vad som tros vara mest fördelaktigt för att uppnå studiens syfte. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) kan det vara svårt att veta hur många respondenter som bör intervjuas men antalet är inte av störst betydelse utan det som är av vikt är att syftet besvaras. Inklusionskriteriet i denna studie var specialistsjuksköterskor som läst specialistutbildning inom onkologisk vård från och med 2001 och som var yrkesverksamma inom Västra Götalandsregionen samt deras vårdenhetschefer. Att välja att inkludera både specialistsjuksköterskor och vårdenhetschefer var ett medvetet val för att fördjupa förståelsen av specialistsjuksköterskans kompetens.

Sju specialistsjuksköterskor tillfrågades om att delta i studien samt tre vårdenhetschefer. Av dessa sju tillfrågade specialistsjuksköterskor deltog fyra i studien. Tre specialistsjuksköterskor exkluderades. En på grund av att vi inte fick kontakt efter att informationsbrevet sänts ut, en hade utbildats före 2001 och en ansåg sig själv ha för lite erfarenhet. En vårdenhetschef avböjde på grund av för hög arbetsbelastning vid tillfället för intervjuerna.

För att få en mer omfattande beskrivning av specialistsjuksköterskans kompetens valde vi att intervjua respondenter från olika städer. Detta innebar en variation i storlek på sjukhusen där de var verksamma. För att få ytterligare variation valdes också respondenter från olika områden inom den onkologiska vårdens verksamheter såsom onkologisk mottagning, onkologisk vårdavdelning samt kirurgisk vårdavdelning.

Via telefon kontaktades utvalda respondenter. Därefter sändes ett informationsbrev (bilaga I och II) till specialistsjuksköterskan och vårdenhetschefen. I samband med intervjun av specialistsjuksköterskorna redovisade de sin arbetserfarenhet och utbildning, tre hade varit specialistutbildade ett år och en i tre år. Samtliga specialistsjuksköterskor hade mer än fem års erfarenhet av onkologisk vård. De hade arbetat som sjuksköterskor mellan 8 och 36 år. Samtliga hade fått någon ny form av arbetsuppgift efter specialistutbildningen. Samtliga respondenter som deltog i studien var kvinnor. Totalt deltog sex respondenter i studien.

## Datainsamling

Ett maktförhållande mellan intervjuaren och respondenten kan uppstå under en intervju då respondenten lämnar ut sig själv (Starrin & Renck, 1996). För att minska risken för att respondenten skulle känna sig underlägsen genomfördes varje intervju med endast en av författarna närvarande. Intervjumiljön är avgörande för att respondenten ska känna sig avslappnad (Polit & Beck, 2008). Därför genomfördes intervjuerna på en plats som respondenterna valt själva och fann lämplig för att skapa ett öppet och trevligt klimat samt för att öka trygghetskänslan hos respondenten (Polit & Beck, 2008).

En intervjuguide (bilaga III, IV) utformades utifrån studiens syfte och användes under intervjuerna (Starrin & Renck, 1996). Enligt Kvale och Brinkmann (2009) kan

intervjuguiden ses som ett manus som syftar till att ge intervjun en viss struktur. De ämnen som avsågs beröras i intervjuerna var kompetens, möjligheter och hinder för att utnyttja kompetensen samt visioner. En utvärdering av intervjuguiden genomfördes genom en provintervju (Polit & Beck, 2008; Starrin & Renck, 1996). Denna provintervju exkluderades ur studien. Syftet med provintervjun var att testa intervjumetodiken och få respons på hur frågornas var formulerade (Starrin & Renck, 1996). Efter utvärderingen skedde vissa justeringar av intervjuguiden för att förtydliga vissa frågor. Intervjuerna var halvstrukturerade vilket innebar att intervjufrågorna utgick från ett specifikt syfte och tillät respondenterna att delge sitt eget perspektiv. En halvstrukturerad intervju är varken ett öppet samtal eller ett frågeformulär utan utgår från en intervjuguide som berör vissa teman och som kan innehålla frågor (Kvale & Brinkemann 2009). Intervjuguiden bestod av öppna frågor vilket innebar att respondenten tilläts svara med egna ord och redogöra för tankar och känslor (Polit & Beck, 2008). Följdfrågor användes för att få en djupare förståelse för ämnet och för att få respondenterna att utveckla sina svar mer. De användes även för att klargöra svar som upplevdes otydliga och ofullständiga (Kvale & Brinkemann, 2009). I samband med intervjun skrevs stödanteckningar för att kunna återkoppla till det respondenten sagt. Anteckningar underlättar för ett aktivt lyssnande och hjälper den som intervjuar att hålla reda på vad som sägs (Starrin & Renck, 1996). Intervjutiden varierade mellan 15-40 minuter och intervjun spelades in med hjälp av en MP3-spelare. Intervjuerna skrevs ned ordagrant i direkt anslutning till intervjuerna.

## Analys

Inom omvårdnadsforskningen används ofta kvalitativ ansats för att få en djupare förståelse för ett fenomen. Förståelsen för ett fenomen är alltid subjektiv då verkligheten kan tolkas på olika sätt. Kvalitativ innehållsanalys är en metod som avser att beskriva och analysera fenomen beskrivet i text (Graneheim & Lundman, 2004). I studien valdes denna metod för att analysera intervjumaterialet för att på så vis kunna beskriva specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård. Kvalitativ innehållsanalys kan fokusera på både det manifesta och det latent innehåll (Krippendorf, 1980). Med manifest innehåll menas det uppenbara och den tydliga innebörden i intervjutexten. Med latent innehåll menas den tolkade underliggande innebörden i intervjutexten. Vid tolkning av texten utesluter inte det manifesta innehållet det latent innehåll utan en text innehåller ofta en kombination av båda. Att analysera manifest och latent innehåll innebär tolkning men på olika djup och nivåer av abstraktion (Krippendorf, 1980). Denna studie avser att analysera manifest innehåll.

Tillvägagångssättet för analys av en text enligt kvalitativ innehållsanalys innebär att intervjuerna först skrevs ut ordagrant var och en för sig och därefter sattes samman till en längre sammanhängande text (Graneheim & Lundman, 2004). Det var texten i sin helhet som sedan analyserades. Texten lästes ett flertal gånger för att en övergripande förståelse av innehållet skulle erhållas. Därefter delades texten in i fyra domäner utifrån de ämnen som berörts under intervjuerna. En domän utgör ett specifikt område av texten och kan exempelvis beskriva ett frågeområde som berörs i intervjuguiden (Lundman & Graneheim, 2008).

Vidare analys av texten innebar att meningsbärande enheter vilka beskrev kompetens och som svarade an mot syftet och frågeställningarna framträdde och markerades (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Lundman och Graneheim (2008) består en meningsbärande enhet av ord, meningar eller stycken som har liknande innebörd. Meningsbärande enheter framträder som skiftningar av innebörd i texten. De meningsbärande enheterna kondenserades vilket innebar att de förkortades utan att innebörden förändrades. Syftet med detta var att få en mer lätthanterlig text att analysera. Vidare förtydligades de kondenserade meningarna genom abstraktion och beskrevs med hjälp av koder. Detta för att tydliggöra deras likheter och

skillnader och för att utifrån detta kunna skapa kategorier. En kategori kan ses som ett samlat begrepp som beskriver det manifesta i koderna och består av flera koder med liknande innehåll. Kategorierna ska svara an på frågan *vad* (Lundman & Graneheim, 2008). I tabell I visas en översikt av analysstegen.

Tabell I. Översikt av analysstegen.

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>
Att bli styrkt. Jag är specialistsjuksköterska, det här vet jag. Jag vet att det här är rätt eller ja, det här är viktigt. ...min kompetens är också viktig... (1)	Jag är specialist-sjuksköterska, det här vet jag. ...min kompetens är också viktig...	Stärkt att hävda sin omvårdnadskompetens.	Självhävdelse-Kompetens
...så jag kan förklara för patienterna. Jag kan ge en enkel förklaring till vad de inte har en möjlighet att förstå (2).	...jag kan ge en enkel förklaring.	Enkla förklaringar.	Pedagogisk kompetens
...att jag inte vågar fråga för jag vet inte vad man ska säga men det spelar mig ingen roll längre för att man har inte svaret på alla frågor. Och våga ta det steget (4).	...att våga fråga utan att ha alla svar...	Att våga fråga.	Etisk och moralisk kompetens

## Etiska överväganden

Helsingforsdeklarationens etiska principer som tillämpas inom medicinsk forskning då människor är involverade, används i syfte att skydda informanten och värna om dennes konfidentialitet och integritet (World Medical Association, [WMA]). Inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning framhålls fyra huvudprinciper vilka är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet, och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Respondenterna har delgivits information om studiens syfte och att deltagandet är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. De har informerats om att ifall de väljer att avbryta kommer det inte medföra några negativa konsekvenser för dem och de kommer inte heller utsättas för några påtryckningar för att ändra sitt beslut. Respondenten har samtyckt till att vara delaktig i forskningen och har erhållit information om att de själva har rätt att bestämma om, hur länge och på vilka villkor de deltar. Inför intervjun fick samtliga respondenter skriva under ett samtyckesbrev (bilaga V). Konfidentialitetskravet uppfylls genom att alla uppgifter om respondenten behandlats konfidentiellt och data aidentifierats. En värdering av nyttjandekravet genomfördes vilket innebar att nyttan med forskningen värderades innan studiens start. De insamlade uppgifterna om enskilda personer har endast använts för forskningsändamålet. Insamlade personuppgifter som framkommit för forskningsändamål får inte användas för beslut eller åtgärder som skulle kunna påverka personen utan dennes medgivande (Vetenskapsrådet, 2002).

## Resultat

Nedan beskrivs studiens resultat i löpande text och illustreras med citat från respondenterna. Respondent 1, 2, 3 och 4 representerar specialistsjuksköterskor och respondent 5 och 6 representerar vårdenhetschefer. Resultatet av analysen beskriver specialistsjuksköterskans kompetens ur sex olika aspekter. Dessa är redovisade i form av kategorier vilka är självhävdelsekompetens, patientcentreringskompetens, etisk och moralisk kompetens, pedagogisk kompetens, kompetens att leda och utveckla samt teoretisk kompetens.

### Självhävdelsekompetens

Som ett led i specialistutbildningen upplevde specialistsjuksköterskan en utvecklad förmåga att hävda sin kompetens, så kallad självhävdelsekompetens. Detta innebar en ökad tro på sig själv och att hon kunde stå upp för sin kompetens. Hon hade efter specialistutbildningen känt sig bekräftad och blivit mer övertygad om sin omvårdnadskompetens. Hon kunde hävda sin kompetens inför andra professioner och ifrågasätta beslut. Specialistutbildningen innebar även en styrka att kunna stå upp för sin kunskap och driva patientens vård framåt. Specialistsjuksköterskan kunde komma med förslag och egna lösningar då hon kände att hon hade kunskap om vad som var bra för patienten. Samtliga respondenter uttryckte att specialistutbildningen fört med sig en progression i yrkesrollen och en personlig utveckling. Detta medförde en ökad medvetenhet om sin yrkesroll och en kompetens att hävda omvårdnadens betydelse för patienten.

Att bli styrkt, att man vågar ta ställning. Att man vågar bemöta det som man kanske inte tycker. Att man vågar stå upp för det. Jag är specialistsjuksköterska det här vet jag. Jag vet att det här är rätt eller ja, det här är viktigt. Så att man kan hävda sig, min kompetens är också viktig... För jag har en omvårdnadskompetens som de inte har. (1)

...inte bara det här att man ökar sin kunskap teoretiskt utan när man läser specialistutbildningen så får man en mognad i sin roll som sjuksköterska. Man mognar i sin medvetenhet om vad det innebär att vara sjuksköterska och vilket ansvar en sjuksköterska har gentemot patienter och anhöriga. Och jag tycker det är där specialistsjuksköterskans roll är ganska stor. Att hon liksom förstärker den här identiteten som sjuksköterska genom att hon får en specialistutbildning. (6)

Specialistsjuksköterskan upplevde en ny trygghet efter specialistutbildningen i sin yrkesroll som ledde till att hon kunde hävda sin kompetens. Hon upplevde att hon kunde arbeta mera självständigt, göra egna bedömningar och komma med förslag som hon själv och kollegor kände sig trygga i. Vårdenhetschefen belyste att hon och övrig personal kände hur specialistsjuksköterskan uttryckte en nyvunnen säkerhet. Specialistsjuksköterskans självhävdelsekompetens framkom av hennes sätt att prata, ge förslag, arbeta självständigt och ta beslut. Självständighet innebar för specialistsjuksköterskan att arbeta enskilt, tänka själv och föreslå åtgärder. Flera av respondenterna menade att de efter specialistutbildningen kände att det var lättare att göra korrekta bedömningar och få gehör för dessa. Här poängterade specialistsjuksköterskan att självhävdelsekompetens även påverkades av yrkes- och livserfarenhet men att specialistutbildningen väckt en medvetenhet om den kompetens specialistsjuksköterskan besitter.

...är tryggare i sig själv, man vet vad man pratar om, folk lyssnar på en på ett annat sätt, jag tror man har lite mer respekt med sig. (4)

...ja det är just det att hon kan ge förslag, olika, både mediciner och hur vi ska sköta patienter. Många kommer och frågar henne... Jag kan höra det i hennes tal och hon är trygg i sin roll på ett helt annat sätt. (5)

Självhävdelsekompetensen stärktes om chef och kollegor var stöttande och visade att hennes kompetens värdesattes. Att mötas av okunskap om hennes kompetens väckte frustration och minskad möjlighet att utveckla självhävdelsekompetens. En ovilja hos sjukhusledning beskrevs av specialistsjuksköterskan som upplevde att resurser inte tillsattes för att belöna hennes specialistutbildning. Hon upplevde även en okunskap om hur hennes kompetens skulle tillvaratas. Flera av specialistsjuksköterskorna uttryckte en ensamhet och önskade att fler skulle vidareutbilda sig och att det då skulle vara lättare att hävda kompetensen. Flera av respondenterna menade också att specialistsjuksköterskans roll var otydlig och att det därför inte riktigt skapades förutsättningar för att kunna utveckla kompetensen.

Eller jag tror så här barnmorska, operationssjuksköterska, anestesijuksköterska, IVA-sköterska. Där hör man lite vad de gör. Många av dem får inte jobba med det de gör utan sin specialistutbildning. Alla är ju specialistsjuksköterskor då. Men är du specialistsjuksköterska inom kirurgi, onkologi, det kanske inte är så ja högt värderat. Ja då är det så ja det är en specialistsjuksköterska, hon gör väl samma sak ändå liksom. Vad är det dem får göra? Vad är det som är så speciellt med det? (1)

## **Patientcentreringskompetens**

En ny kompetens som specialistsjuksköterskan tyckte sig ha utvecklat efter specialistutbildningen var kompetensen att arbeta patientcentrerat. Detta innebar att anpassa sitt arbete utifrån den enskilda patienten, dennes behov, förutsättningar och önsknings. Patientcentreringskompetensen innebar att arbeta mer flexibelt och vid behov frångå avdelningsrutiner för att tillgodose patientens specifika behov. Patientcentreringskompetens innebar att veta vad som var bra för patienten och finna alternativa vägar för att möta patientens behov och önsknings. Specialistsjuksköterskan tyckte sig ha utvecklat sitt kritiska förhållningssätt och kunde ifrågasätta patientens vård. Denna kompetens kom också till uttryck i att hon upplevde en annan närvaro i mötet med patient och närstående. En specialistsjuksköterska beskrev att hon nu stannade en extra stund hos varje patient för att visa att hon fanns där. I och med att specialistsjuksköterskan arbetade patientcentrerat skapades en trygg miljö för patienten och hon fick en större möjlighet att möta och förstå patientens problem.

Specialistsjuksköterskan uttryckte en helhetssyn på patienten och beskrev att varje patient hade sin egen upplevelse av sin sjukdomssituation. Hon kunde på så vis se patienten i ett större sammanhang. Hon menade att hon såg den enskilda patienten och inte en grupp med en specifik diagnos och fick på så vis en helt annan förståelse för patienten hon mötte.

...att man blir behandlad för den man är; inte här är en som kommer in med cancer i livmodern, ja men för Agda är det så, för Kristina är det så och för Birgitta är det så. Det är ju liksom individuellt vad det medför. (1)

## **Etisk och moralisk kompetens**

I och med specialistutbildningen ansåg sig specialistsjuksköterskan ha utvecklat sin etiska och moraliska kompetens, det vill säga förmågan att hantera komplex etisk och moralisk problematik. Flera specialistsjuksköterskor påtalade att de fått nya verktyg som hjälpte dem i mötet med den svårt sjuke patienten och dess närstående. Sådana verktyg samt livserfarenhet

hade lett till en personlig mognad vilket gjorde att specialistsjuksköterskan lättare kunde bemästra sitt arbete och samtidigt vara tillfreds med sina egna känslor. Det framkom tankar om att den grundutbildade sjuksköterskan saknade denna kompetens och därmed kunde ha svårt att bemästra de svåra mötena och de etiskt och moraliskt komplexa situationerna.

De är en patientgrupp med en jättestor problematik runt omkring dem. ...allt som det medför och som vi ska ta hand om någonstans i oss själva. Det är lättare o hantera när man är specialistsjuksköterska. Man får mer verktyg för att hantera patienten och hantera det som patienten ger en själv och vi ska ju samtidigt överleva som människa även om du är sjuksköterska kan man säga... (3).

Etisk och moralisk kompetens handlar om en egen ökad säkerhet i mötet, att vara ärlig och våga ta initiativ till samtal utan att vara rädd för att inte ha svar på alla frågor. Specialistsjuksköterskan menade att hon nu vågade konfrontera det hon tidigare undviktit. Att våga stanna kvar trots att svar inte fanns och att finnas till för patienten var en annan del i specialistsjuksköterskans etiska och moraliska kompetens. Att vila i det och att det inte känns obehagligt. En specialistsjuksköterska påtalade även att hon var tryggare i att uppmuntra patient och närstående att tala om det som upplevdes svårt.

Man pratar mer öppet om svåra saker...det här att jag vågar inte fråga för jag vet inte vad man ska säga...det spelar ingen roll längre, för man har inte svaret på alla frågor. Och våga ta det steget. (4)

## **Pedagogisk kompetens**

En utvecklad pedagogisk kompetens hos specialistsjuksköterskan innebar förmågan att samtala, ge råd, information och undervisning. Samtliga respondenter beskrev olika uttryck för den pedagogiska kompetensen. Ett uttryck för den pedagogiska kompetensen var förmågan att lyssna aktivt, vara närvarande i samtalet och att uppfatta det uttalade. Att uppmärksamma det uttalade och att uppfatta signaler och nyanser i samtalet gjorde det möjligt att ställa följdfrågor och skapa en mera fördjupad förståelse för situationen. Detta ledde till en förmåga att synliggöra för sig själv det patienten inte direkt uttalade. Hon beskrev en upplevelse av att ligga steget före och därmed hade hon större möjlighet att arbeta preventivt. Specialistsjuksköterskan påtalade dock problemet med att det kunde vara svårt att skapa tid till patientsamtal trots att detta ansågs viktigt för patientens välbefinnande.

Det är ju det där att man måste lyssna på vad som finns under samtalet. Vad säger patienten egentligen? Vad är det för sorts patient? Vart hittar jag patienten? Det är det där och sen får man lära sig att lyssna. Lyssna på det som finns under själva samtalet. (2)

Kommunikation ansågs vara en stor del av specialistsjuksköterskans utvecklade pedagogiska kompetens och en viktig del i mötet och möjliggörandet av delaktighet för patient och närstående. Hon beskrev sig ha en ökad kompetens att svara på frågor och klargöra frågetecken och beskrev sig själv som patientens och närståendes bollplank för frågor och tankar. Detta var särskilt tydligt efter läkarsamtal där hon kunde ha en förtydligande roll och svara på följdfrågor som uppstått.

Jag bekräftar patienten. Lyssnar aktivt när de berättar. Vara närvarande i samtalet, jag tycker det är jätteviktigt det här med kommunikation och också att de får vara delaktiga... (3)

Den pedagogiska kompetensen beskrivs också som en förmåga att kunna ge information och att undervisa patient, närstående och kollegor. Specialistsjuksköterskan upplevde att hon visste vad hon pratade om och i och med den utvecklade pedagogiska kompetensen kunde hon ge mer lättförståeliga förklaringar. Både specialistsjuksköterskan och vårdenhetschefen betonade att den pedagogiska kompetensen underlättade vid telefonrådgivning till patient som vistades i hemmet. En vårdenhetschef belyste också specialistsjuksköterskans pedagogiska kompetens vid rådgivning till vårdpersonal i primärvården. Hon menade att det var ett stort ansvar som låg på specialistsjuksköterskan då hon skulle ha förmågan att ge råd på ett lättförståeligt sätt och göra bedömningar per telefon.

Ja, jag har en informativ roll där det är mycket. När de kommer hit... informerar jag mycket om biverkningar av behandling till exempel, om mediciner, symtomkontroll hur ska vi kontrollera dina symtom på bästa sätt, när ska de höra av sig, till vem och vart ska de höra av sig. (3)

## **Kompetens att leda och utveckla**

Efter specialistutbildningen upplevde specialistsjuksköterskan en ökad kompetens gällande att leda och utveckla arbetet. Hon beskrev en ökad motivation som bidrog till att det var lättare att söka ny information och evidens via litteratur och vetenskapliga artiklar. Hon tog initiativ till att söka ny evidens och kunskap för att utveckla sitt arbete, omvårdnaden för patienten och för att utvecklas personligen. Specialistsjuksköterskan visade också en ökad insikt om vilket ansvar hon har för att driva vården framåt så att den blir bättre och säkrare för patienten. Hon menade att hon inte fick stagnera utan kontinuerligt måste vidareutveckla sig. Hos många av respondenterna framkom visioner om att bedriva vårdutveckling. Den palliativa omvårdnaden av patienterna var något som både specialistsjuksköterskan och chefer önskade sig kunna utveckla. Att starta palliativa enheter där specialistsjuksköterskan kan arbeta och driva vården var en önskan då de upplevde att patienterna i palliativt skede hade särskilda vårdbehov som ibland kunde vara svåra att tillgodose. Det framkom också en önskan om att arbeta med patientuppföljning, att följa patienten under längre tid och att ha specialistsjuksköterskeledda mottagningar. En vision som framkom hos en av specialistsjuksköterskorna och en av vårdenhetscheferna var att utnyttja specialistsjuksköterskan som mentor till nyutexaminerade sjuksköterskor.

Då tidsbristen beskrevs som ett hinder för kontinuerlig vårdutveckling var tid något som specialistsjuksköterskan efterfrågade. En stödjande chef, förändringsbenägna kollegor och teamarbete sågs som förutsättningar för att utnyttja kompetensen att leda och utveckla. Det framkom att sjukvården av tradition är hierarkisk vilket kan försvåra teamarbete och införande av nya arbetssätt. Hierarkin inom vården och begränsade resurser som exempelvis låg bemanning sågs som hinder för specialistsjuksköterskan att bedriva olika former av vårdutveckling. Ett annat hinder för att kunna bedriva vårdutveckling var ensamhet, att de var själva om sin specialistutbildning där de arbetade. Respondenterna önskade att fler skulle specialistutbilda sig och var övertygade om att det skulle vara positivt för den onkologiska vården och underlätta utvecklingsarbete.

...det är lätt att hamna in i den här gruppen och göra som man alltid gjort alla år. Men samtidigt har vi ett ansvar att bedriva vården framåt, förändra och vara uppdaterade. Försöka implementera den forskning som presenteras. (3)

## **Teoretisk kompetens**

Specialistsjuksköterskan framhävde att hon i och med specialistutbildningen hade fått ny teoretisk kompetens vilket innebar fördjupad kunskap. Den gav en teoretisk grund för handlande och ställningstagande och sågs som en kunskapsbank. Kunskapsbanken bestod av den förvärvade teoretiska kunskapen som specialistsjuksköterskan tagit del av under utbildningen. Den teoretiska kompetensen medförde också ett ökat intresse för den onkologiska vården. Intresset var inte bara specifikt inriktat på den patientgrupp hon arbetade med utan hon hade även ett ökat intresse för andra onkologiska områden. Hon beskrev sig ha en djupare kännedom och en ökad insikt om patientens sjukdom och behandling. I och med djupare teoretisk kunskap kunde specialistsjuksköterskan redan i det första mötet få en känsla för vårdförloppet. Med stöd från omvårdnadsteorier ansåg sig specialistsjuksköterskan ha fått verktyg att lättare tolka patientens situation.

Ja teorierna är mina verktyg. Många gånger när jag möter de här... patienterna är teorierna jättebra verktyg. Jag kan tänka till och få en förståelse för vad jag har framför mig. (2)

Specialistsjuksköterskan framhöll att hon hade en djupare teoretisk kompetens att säkert hantera cytostatika och symtomlindring. Den teoretiska kompetensen hade även lett till en handlingsberedskap att vårda patienten i alla sjukdomsskedan ifrån utredningsfas, behandlingsfas till vård i livets slut. En ökad teoretisk kompetens innebar att specialistsjuksköterskan sa sig ha utvecklat en större problemlösningsförmåga. En specialistsjuksköterska beskrev det som att hon "sonderade terrängen" och visste vad hon skulle leta efter och kunde på så vis kunde ställa adekvata frågorna.

De ringer kanske och säger, jag mår så illa, jag bara kräks hemma. Och det är ju väldigt mycket runt det, varför mår de illa, varför, det kanske är många mer symptom som de inte nämner men som man får fiska efter och då vet ja, då har jag en kunskap som jag kan ha hjälp av när jag sonderar terrängen lite. Kan man säga. Och kanske mer kan avgöra när ska patienten komma in, när ska ja kontakta en doktor, vad kan jag göra själv. (3)

## **Sammanfattning av resultat**

I studien som föreligger beskrivs sex olika kompetenser som specialistsjuksköterskan säger sig ha utvecklat efter specialistutbildningen inom onkologisk vård. Självhävdelsekompetens innebär en ökad tro på sin egen kompetens och leder till en trygghet hos specialistsjuksköterskan att hävda sin kompetens. Patientcentreringskompetens innebär en ökad förmåga att se till den enskilda patienten behov och önskningsar. Genom denna kompetens skapas förutsättningar för att kunna ta beslut utifrån patienters specifika behov och situation vilket skapar trygghet hos patient och närstående. Etisk och moralisk kompetens innebär att specialistsjuksköterskan kan hantera komplex, etisk och moralisk problematik och bemöta svåra situationer. Pedagogisk kompetens beskrivs som en utvecklad förmåga att kommunicera med patient och närstående. Kompetens att leda och utveckla innebär att specialistsjuksköterskan uttrycker en ökad initiativförmåga att vidareutveckla vården genom att exempelvis ta fram ny evidens. Teoretisk kompetens är ett ökat kunnande om sjukdom och behandling vilket ger en handlingsberedskap i vården av patienten. Den ökade teoretiska kompetensen gör också att specialistsjuksköterskan lättare kan förstå och problematisera patientens komplexa problem.



# Diskussion

## Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård. Att använda intervju som datainsamlingsmetod var ett adekvat val för att kunna ta del av respondenternas erfarenheter.

Vårdenhetschefer inkluderades i studien då chefen både kan skapa förutsättningar och hinder för att specialistsjuksköterskan ska kunna utnyttja och utveckla sin kompetens. En regeringsrapport (SoU, 2010:65) från 2010 har visat att efterfrågan av specialistkompetens hos sjuksköterskor är låg och att detta skulle kunna bero på bristfällig kunskap hos arbetsgivaren om specialistsjuksköterskans kompetens. Fler vårdenhetschefer kunde dock ha inkluderats i studien för att ge en mer varierad bild av deras erfarenheter.

I syfte att inkludera respondenter som uppfyllde särskilda inklusionskriterier genomfördes ett strategiskt urval (Polit & Beck, 2008). Specialistsjuksköterskan med längst erfarenhet hade arbetat tre år som specialistsjuksköterska. Att intervjua specialistsjuksköterskor med längre erfarenhet hade kunnat leda till ett annorlunda resultat. Vi anser dock att de inkluderade specialistsjuksköterskorna hade många års erfarenhet av att arbeta som allmänsjuksköterskor inom onkologisk vård. Vi ser det som en styrka att de genomfört utbildningen nyligen och därför har en aktuell medvetenhet om sin förändring avseende sin kompetens.

En intervjuguide användes i samtliga intervjuer och gav författarna en struktur att följa under intervjun (Kvale & Brinkemann, 2009). Frågorna i intervjuguiden utformades för att respondenterna skulle ges möjlighet att beskriva den kompetens de upplever att specialistsjuksköterskan besitter. För att intervjuerna skulle ha en god kvalitet strävade vi efter att skapa en god intervjumiljö (Polit & Beck, 2008). Valet att göra intervjuerna var för sig upplevdes positivt då samtliga respondenter var avslappnade under intervjuerna. Att småprata och bekanta sig med respondenten före intervjun gjorde att en avslappnad miljö skapades (Polit & Beck, 2008). Att inte delge respondenterna frågorna innan intervjun var ett medvetet val då vi ville ha spontana svar och minska prestationskravet hos respondenten (Kvale & Brinkemann, 2009).

Användandet av en intervjuguide stärkte resultatets trovärdighet då intervjuerna belyste samma ämnen trots att författarna inte genomförde intervjuerna tillsammans utan var för sig. Vi anser att frågornas utformning gav svar på studiens syfte men är medvetna om att det är respondenternas egna utsagor om sin kompetens som erhållits och att det inte behöver vara överensstämmande med den kompetens som kommer till uttryck i handling. För att säkerställa detta skulle vi behövt göra en observationsstudie.

I analysen av resultatet har vi varit medvetna om konfidentialitetskravet och de uppgifter som skulle kunna leda till att personer och platser skulle kunna identifieras har exkluderats ur resultatet. Då det kan framkomma information som skulle kunna identifieras av respektive person och påverka möjligheten att upprätthålla konfidentialitet, har vi under analysens gång reflekterat över valet att inkludera specialistsjuksköterska och vårdenhetschef med en relation till varandra. Författarna gjorde en avvägning om eventuella citat skulle kunna kännas igen av enskilda personer med relation till varandra. Dessa ansågs dock kunna användas då endast författarna och respondenten kunde veta vem som gjort uttalandet.

Då studien gick ut på att beskriva kompetens föll en kvalitativ metod väl ut då det är en metod som syftar till att få en beskrivning av fenomen (Polit & Beck, 2008). Genom att systematiskt analysera innehållet identifierades mönster och likheter i texten vilka beskrev olika kompetenser (Polit & Beck, 2008). Innehållet i intervjuerna renskrevs ordagrant och analyserades systematiskt av båda författarna i nära anslutning till samtliga intervjuer. Att renskriva och analysera intervjutexten i nära anslutning till intervjuerna upplevdes som en

styrka då känslor som förmedlats under intervjun och nyanser i samtalet fanns färskt i minnet. Under analysens gång diskuterades och reflekterades samtliga analyssteg systematiskt. Att vara två i ett analysarbete anser vi är en styrka som ökar resultatets trovärdighet, då det under arbetets gång diskuteras och skapas en samstämmighet vilket leder till en rimlig tolkning av resultatet.

I intervjuerna framkom samstämmiga beskrivningar av specialistsjuksköterskans kompetens från samtliga respondenter. Vårdenhetschefers och specialistsjuksköterskors uppfattningar överensstämde vilket ökar resultatets trovärdighet då detta bekräftar specialistsjuksköterskornas uttalanden. Respondenterna som deltog i studien kom från olika geografiska områden, olika sjukhus och arbetade inom skilda områden av den onkologiska vården. Specialistsjuksköterskans kompetens inom olika verksamheter är därför belyst, vilket också ökar studiens trovärdighet.

## Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård. Den mest framträdande kompetensen var den så kallade **självhävdelsekompetensen**, det vill säga upplevelsen av att tro på sig själv. Denna kompetens gick som en röd tråd i respondenternas uttalanden. Ordet självhävdelse betyder att hävda sig själv, sin rätt och sina egna intressen (Nationalencyklopedin, 2010). Denna kompetens bekräftades av cheferna som upplevde att specialistsjuksköterskan var stärkt i sin yrkesroll. Självhävdelsen grundade sig i en ökad medvetenhet om sin kompetens. Den bekräftades också i mötet med andra professioner då specialistsjuksköterskan kände att hon blev hörd och fick ett nytt erkännande beträffande sin kompetens. Självhävdelsekompetensen ökade specialistsjuksköterskans möjligheter att företräda patienten då hon kunde stå upp för patienten och ifrågasätta beslut. Att inte bli uppmärksammas och ekonomiskt belönad för sin utbildning och nya specialistkompetens väckte frustration hos specialistsjuksköterskan. Hon upplevde att det fanns en okunskap hos ledningen om hennes specialistkompetens och hur den skulle kunna användas. Denna känsla grundade sig i att hon inte tyckte att hennes kompetens tillvaratogs fullt ut.

I resultatet framkom vikten av stöd och uppmuntran från chef, kollegor och organisation som en förutsättning för att specialistsjuksköterskans kompetens ska kunna utvecklas. Det var viktigt att kompetensen värdesattes. Enligt Sandberg (2004) bygger ett gott teamarbete på solidaritet mellan teammedlemmar. Detta innebär att arbeta för teamets bästa och att se andra teammedlemmar, vara lyhörd för andras kompetenser och att ge stöd och hjälp till andra för att samarbetet ska vara välfungerande. Att uppmuntra andra teammedlemmars kompetens gynnar teamet. Ellström (1997) påvisar också att organisatoriska faktorer så som arbetsklimat, delaktighet, samspel i arbetsgruppen och bekräftelse på det som utförs påverkar hur kompetensen kommer till uttryck. Detta bekräftas även i Statens offentliga utredningars rapport (SoU, 2010:65) som visar att en trolig orsak till att specialistsjuksköterskans kompetens inte till fullo tas tillvara beror på otillräcklig kunskap hos arbetsgivaren.

Det räcker inte att specialistsjuksköterskan själv har en utvecklad kunskap om sin kompetens utan organisationen måste utveckla en kultur där specialistsjuksköterskans kompetens är tydlig och förmedlas till medarbetare. Om kompetensen inte tillvaratas synliggörs den inte heller. Detta kan skapa en känsla av att inte vara värderad och kan resultera i att inte sjuksköterskor specialistutbildar sig.

Författarna har reflekterat över att sjuksköterskan först efter specialistutbildningen känner att hon kan hävda sig och vara trygg i sin kompetens. Funderingar kring om samma resultat hade framkommit om manliga specialistsjuksköterskor ingått i studien. Hade de också talat om att

kunna hävda sig själv och sin kompetens eller är det en genusfråga? Eller handlar det om traditioner och den hierarki som finns inom vården?

**Patientcentreringskompetens** innebär att specialistsjuksköterskan har utvecklat en kompetens att utföra handlingar utifrån den enskilde patientens behov och önsknings. Specialistsjuksköterskan arbetar mer flexibelt och har tillräcklig kunskap för att kunna frångå rutiner när det behövs. Hon har utvecklat en kunskap att motivera och besluta när det är nödvändigt att frångå rutiner för patientens välbefinnande. Rutiner är en hjälp i arbetet men styr det inte. Att arbeta utifrån den enskilda individens behov och inte endast utgå från patientens diagnos betonades vara en del i den nya patientcentreringskompetensen. Att se patienten ur ett helhetsperspektiv, sätta saker i ett sammanhang och finna alternativa lösningar för patienten är en del i patientcentreringskompetensen.

Patienten har bäst kännedom om sin kropp och hälsa men vid sjukdom blir den beroende av personalens kompetens och beslut. För att skapa delaktighet måste patientens kunskaper om sig själv tillvaratas och vården utformas i samråd med patienten (Patientsäkerhetslagen, 2010:659, 6 kap, §1; Socialstyrelsen, 2011). Flera studier har också visat på detta förhållningssätt, exempelvis Nordgren och Fridlund (2001) som beskriver att då patienten känner att han kan vara med och påverka sin vård leder det en ökad känsla av självbestämmande och frihet. I en studie (Melin-Johansson, Axelsson & Danielsson, 2006) som berör patienters upplevelse av livskvalitet i livets slut betonar patienten vikten av att bli sedd som en person och inte som sin sjukdom.

Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007) betonar vikten av att arbeta utifrån varje enskild individ för att skapa delaktighet. Detta innebär att sjuksköterskan ska kunna frångå vanliga rutiner för att tillmötesgå patientens önsknings (Larsson et al., 2007). Detta förhållningssätt kan också förklaras utifrån Benners' (1993) teori om kompetensutveckling som beskriver att novisens arbete styrs av regler och rutiner och att de därför i större grad anammar de rutiniserade arbetssätt som finns på avdelningen. Detta beskrivs även i en studie (Ellerton & Gregor, 2003) som visar att nytexaminerade sjuksköterskor efter tre månader i yrket hade tillägnat sig avdelningens rutiner och traditioner. I förhållande till detta beskriver Oberle och Allen (2001) att specialistsjuksköterskan har problemlösningsförmåga och förmåga till reflektion och kritiskt tänkande. Det innebär att hon kan hitta nya lösningar på problem för att patienten ska kunna nå uppsatta mål och känna välbefinnande.

Swanson (1991, 1993) belyser ”*knowing*” som en omvårdnadsprocess som utgår från patientens verklighet. Att undvika antaganden och att se patienten utifrån dennes behov och anpassa vården efter detta. Hon beskriver även ”*doing for*” som att hjälpa patienten på det sätt han själv skulle utföra en uppgift om han hade möjlighet och därmed bevara patientens värdighet.

Att specialistsjuksköterskan framhäver patientcentrering som en kompetens hon i stor grad utvecklat efter specialistutbildningen är intressant då patientcentrering är en central del i omvårdnadens grunder. Kan det vara så att organisationen är för traditionsbunden vilket försvårar patientcentrerad vård? Eller är det så att specialistutbildningen lett till en ökad medvetenhet och en möjlighet till reflektion om sitt egna arbetssätt? Oavsett vad det beror på visar denna studie att specialistkompetens främjar patientcentrerat arbete. För att uppfylla hälso och sjukvårdslagens (SFS, 1982:763) krav på en god vård är patientcentreringskompetensen en förutsättning för att möjliggöra patientens delaktighet och för att uppfylla en god kvalitet i vården.

Specialistsjuksköterskan beskriver en utvecklad **etisk och moralisk kompetens** som innefattar förmågan att bemästra etiskt och moraliskt komplexa situationer och hantera sina egna känslor. Hon menar att en nytexaminerad sjuksköterska kan vara oförberedd för vissa

situationer, exempelvis att möta patient och närstående i livets slut. Specialistsjuksköterskan beskriver att hon vågar stanna hos patienten även om hon saknar svar för att visa att hon finns där för patienten. Detta stärks av Gill och Duffy (2010) som menar att det är viktigt att specialistsjuksköterskan är kompetent att möta patienter och närstående i etiskt och moraliskt komplexa situationer. En bristande kunskap kan också leda till att sjuksköterskan undviker att tala om etiskt och moraliskt svåra saker (Gill & Duffy, 2010). Benner (1993) beskriver expertens kompetens att vara med patienten utan att behöva göra något, att sätta sig hos patienten och att inte alltid ha ett svar utan bara lyssna till det patienten uttrycker. Hon beskriver en utveckling från att hon tidigare känt sig tvungen att säga något men nu såg positiva effekter av att bara vara närvarande. Experten hade fått ett ökat självförtroende och insikt av hur viktig närvaron var för patienten (Benner, 1993).

Etisk moralisk kompetens kan också beskrivas utifrån Swansons (1991, 1993) ”*being with*” vilket innebär att dela patientens börda utan att belasta patienten. En sådan hållning kräver mod av specialistsjuksköterskan. Denna kompetens är mycket viktig inom den onkologiska vården då patienten befinner sig i en svår livssituation. Etisk och moralisk kompetens gagnar patienten då specialistsjuksköterskan vågar gå in i mötet men är även viktigt för specialistsjuksköterskans personliga välbefinnande då hon kan bemästra krävande situationer.

**Pedagogisk kompetens** framhävs av respondenterna som en utvecklad kommunikativ förmåga. De framhåller kommunikativa förmågor som att lyssna, vara närvarande och uppfatta det outtalade. Pedagogiskt förhållningssätt upplevdes öka deras möjlighet för att göra patient och närstående delaktiga genom att kunna samtala och ge information.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763), 2b§, ska sjukvården kontinuerligt ge individuellt anpassad information, förmedla kunskap, förståelse och insikt om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning och behandling. Socialstyrelsen (2011) poängterar vikten av god kommunikation för att göra patienten delaktig. De belyser även vikten av att samtal med patienten måste få ta tid. När information utbyts mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen skapas möjligheter för patienten att bli delaktig och på så vis medverka i sin vård. Detta bidrar också till en ökad trygghet hos patient och närstående (Socialstyrelsen, 2011). Patienten upplever att en sjuksköterska som kan ge god information främjar en förtroendefull vårdrelation vilket i sin tur kan underlätta för patienten att hantera sin sjukdom (Gill & Duffy, 2010). Enligt Atkinson och Tawse (2007) framhävs förmågan att vara mer kompetent och säker när information ges till patienter. Specialistsjuksköterskan upplever att hon bättre kan ge patienten information utifrån dennes behov.

Tid till samtal med patienten leder till att patienten känner sig delaktig i sin vård och stärker patientens inflytande (Nordgren & Fridlund, 2001). Fredriksson (1999) menar att ett vårdande samtal innebär förmågan att vara närvarande, att lyssna och att beröra. En studie (Larsson et al., 2007) vars syfte var att belysa patientens delaktighet i sin vård bekräftar att god kommunikation mellan sjuksköterska och patient är en förutsättning för att patienten ska känna delaktighet. I studien framkommer vikten av att sjuksköterskan är uppmärksam på både det patienten säger men även det outtalade. På detta sätt upplever patienten att sjuksköterskan ser, hör och tillgodoser deras behov när detta är möjligt. Patienterna påtalar även vikten av att erhålla information om sin vård och att denna information ska ges på ett lättförståeligt sätt som gör patienten mer delaktig (Larsson et al., 2007). Detta bekräftar även Segesten (1994) då hon menar att patienten känner otrygghet och avsaknad av kontroll om de inte är delaktiga i sin vård. Den pedagogiska kompetensen kan också liknas med Swansons (1991, 1993) ”*enabling*” vars mål är att nå ett långsiktigt välbefinnande hos patienten. Detta kan nås genom att ge god information och stöd. När specialistsjuksköterskan lyssnar till det outtalade ökar förståelsen för patientens behov och hon kan då ligga steget före och arbeta preventivt. Enligt SoU (2009:11) bör cancervården i framtiden arbeta mer preventivt vilket innebär både

primärprevention och sekundärprevention. Att göra patienten delaktig och arbeta preventivt framkommer även i kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom onkologisk vård (SSF, 2009). Trots vikten av att patienten får information och undervisning för att vara delaktig i sin vård (Socialstyrelsen, 2011) så framkommer det i denna studie en frustration över att tiden för patientsamtal inte räckte till. En förutsättning för att använda den pedagogiska kompetensen är att tid för samtal med patienten prioriteras för att patienten ska känna trygghet och följsamhet i vården.

**Kompetens att leda och utveckla** innebar att bli medveten om specialistsjuksköterskans ansvar för att driva vården framåt och vara motiverad till förändringsarbete. Specialistsjuksköterskan uttryckte ett ökat engagemang och initiativförmåga för att ta del av aktuell forskning samt leda och utveckla den onkologiska vården. Detta påvisar en medvetenhet om omvårdnadsforskningens betydelse. Holmgren och Eriksson (2009) menar att det finns en uppfattning hos sjuksköterskor om att omvårdnadsforskning är viktigt men att de distanseras till forskningen vilket gör att den inte blir till en del av arbetet. Genom en specialistutbildning når sjuksköterskan en kunskapsmässig mognad som gör att hon förstår vikten av omvårdnadsforskning i sitt arbete (Holmgren & Eriksson, 2009).

Trots en ökad vilja att driva vården framåt skapades inte alltid förutsättningar för detta inom organisationen och den främsta anledningen till detta ansågs vara tidsbrist. Samtliga respondenter önskade kontinuerligt få tid för vårdutveckling och framhöll tiden som ett hinder. Detta bekräftas även i en studie (Hutchinson & Johnston, 2004) som belyser hinder och möjligheter för att ta del av och implementera forskning i arbetet. Där angav 78 % av sjuksköterskorna tidsbrist som det största hindret. Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659), 6 kap., §1 ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt kompetensbeskrivningen (SSF, 2009) för specialistsjuksköterskor inom onkologisk vård ska specialistsjuksköterskan ta del av aktuell forskning samt implementera den i sitt arbete. De ska även initiera, leda och medverka till utveckling inom den onkologiska vården. Som Ellström (1997) poängterar så ligger ansvaret för kompetensutveckling primärt på organisationsnivå och inte på den enskilda individen. Specialistsjuksköterskan visar på kompetens och motivation men för att leda och utveckla vården måste hon ges möjlighet till att utnyttja sin kompetens. För att kunna göra detta måste tid för utvecklingsarbete prioriteras och det måste finnas en lyhördhet för de idéer och tankar om vårdutveckling som finns hos specialistsjuksköterskan.

**Teoretisk kompetens** innebar en djupare insikt och ökad kännedom om den onkologiska vården. Den ökade teoretiska kompetensen innebar att specialistsjuksköterskan utvecklade en förmåga att se patientens komplexa omvårdnadsproblem. Specialistsjuksköterskan tyckte sig ha lättare att se patienten i ett sammanhang och identifiera patientens problem. I en studie (Haavardsholm & Nåden, 2009) framkom att den teoretiska kunskapen bidrog till att de kunde känna sig bekväma, avslappnade och säkra i mötet med patienten. Att ha en sjuksköterska med goda teoretiska kunskaper och som upplevdes kompetent bidrog till att patienten kände välbefinnande och trygghet (Gill & Duffy, 2010). Specialistsjuksköterskor framhäver att specialistutbildningen gav en djupare förståelse för sjukdomens komplexitet, mål med behandling samt vårdbehov (Atkinson & Tawse, 2007).

Oberle och Allen (2001) framhåller att sjuksköterskan kan identifiera mönster och problem hos patienten utifrån teoretisk kunskap. De menar också att praktisk visdom krävs för att få till ett samspel med den enskilde patienten vilket innebär en känsla för och kunskap om vilken typ av åtgärd som kan vara möjlig. Swansons (1991,1993) ”*knowing*” innebär att sträva efter att förstå hur patienten upplever sin situation och utgå från det i omvårdnaden av patienten.

Den teoretiska kompetensen kan ses som en grund för att kunna utveckla de övriga kompetenserna. Har inte sjuksköterskan goda teoretiska kunskaper kan hon inte stå upp för sitt kunnande och sin kompetens. Hon kan ha svårt att ge patient, närstående och kolleger information och undervisning. Utan teoretisk kompetens är det också svårt att bedriva utvecklingsarbete. Det kan vara svårt att ge sig in i det svåra samtalet om det saknas teoretisk kunskap då det är känslan i att "det här kan jag" som gör att specialistsjuksköterskan känner sig trygg och lugn i mötet. En djupare teoretisk kunskap bidrar till en utvecklad problemlösningsförmåga och gör det lättare för henne att urskilja patientens komplexa omvårdnadsproblem. Utifrån den kunskap hon besitter om sjukdom och behandling har hon möjlighet att fokusera på patientens egen upplevelse.

## **Fortsatta studier**

Mer och fördjupad kunskap krävs inom detta område. Det hade varit intressant att intervjua flera specialistsjuksköterskor inom andra områden, för att se om samma kompetenser framkommer. Skulle specialistsjuksköterskors genus och etnicitet påverka resultatet? Det hade även varit intressant att göra en observationsstudie i syfte att studera hur specialistsjuksköterskans kompetenser framträder i vårdsituationer. Hur påverkar specialistsjuksköterskans kompetens vårdsituationen? Hur gagnar den vårdkvaliteten? Hur företräder specialistsjuksköterskan patienten? Dessa frågeställningar skulle eventuellt kunna vara möjliga att besvara utifrån en observationsstudie.

## **Konklusion**

Specialistutbildningen tycks ha lett till en kunskapsprogression hos sjuksköterskorna då nya kompetenser utvecklats och fördjupats. Det var också ett av målen med högskolereformen 2007 att det skulle ske en progression genom utbildning (SSF, 2010). Specialistsjuksköterskan belyser att de utvecklade kompetenserna inte enbart bygger på specialistutbildningen utan att den erhållna kunskapen är en kombination av utbildning och erfarenhet. Detta överensstämmer med Ellströms syn (1997) som menar att den aktuella kompetensen bygger på både erfarenhet och teoretisk kunskap. Specialistutbildningen är kompetenshöjande både för den relativt nyutbildad sjuksköterskan och för sjuksköterskan med längre erfarenhet, då det sker en progression från den nivå sjuksköterskan befinner sig på. Denna studie visar att specialistsjuksköterskan inte bara utvecklar sin kompetens efter specialistutbildningen utan även utvecklas personligt. Resultatet kan användas för att synliggöra specialistsjuksköterskans kompetenser bland medarbetare och för arbetsgivare. Hälso- och sjukvården behöver specialistsjuksköterskans kompetens nu och i framtiden. Arbetsgivaren har ett ansvar för att tillvarata specialistsjuksköterskans kompetens. De kompetenser som specialistsjuksköterskan beskriver kan bidra till ökad kvalitet i vården. Specialistsjuksköterskan kan driva och utveckla patientens vård, stötta och utbilda medarbetare vilket inte bara gagnar patienter utan även hälso- och sjukvårdsorganisationen. En framtida utmaning för specialistsjuksköterskan är att fortsatt synliggöra, hävda och tydliggöra sin kompetens inom den onkologiska vården i syfte att höja vårdkvaliteten.

## Referenser

Atkinson, J. & Tawse, S. (2007) Exploring haematology nurses' perceptions of specialist education's contribution to care delivery and the development of expertise. *Nurse Education Today*, 27, 627-634.

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

Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Ellerton, M-L. & Gregor, F. (2003). A study of transition: The new nurse graduate at 3 months. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(3), 103-107.

Ellström, P-E. (1997). The many meanings of occupational competence and qualification. *Journal of European Industrial Training*, 21(6), 266-273.

Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176.

Gill, F. & Duffy, A. (2010). Caring for cancer patients on non-specialist wards. *British Journal of Nursing*, 19(12), 761-767.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content and analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Haavardsholm, I. & Nåden, D. (2009). The concept of confidence – the nurse's perception. *European Journal of Cancer Care*, 18(5), 483-491.

Holmgren, J. & Eriksson, H. (2009). I princip, men aldrig mer – Sjuksköterskors resonemang kring omvårdnadsforskning och forskningsanvändning. *Vård i Norden*, 93(29) 3, 4-7.

Hutchinson, A.M. & Johnston, L. (2004). Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 304-315.

*Högskoleförordningen 1993:100*. Hämtad 22 december, 2010, från Sveriges Riksdags hemsida, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1993:100>

International Council of Nurses, ICN. (2002). *Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles*. Hämtad 19 oktober, 2010, från Geneva: International Council of Nurses (ICN) hemsida, <http://www.icn.ch/publications/advanced-practice/advanced-practice.html>

Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S. & Häggström, T. (2009). A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1300-1308.

- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis*. USA:SAGE Publications.
- Kvale, S. & Brinkemann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*, (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kvåle, K. & Bondevik, M. (2010). Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436-442.
- Larsson, I.E., Sahlsten, M.J., Sjöström, B., Lindencrona, C.S. & Plos, K.A. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21(3), 313-320.
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M.Granskär & B.Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.159-172). Lund; Studentlitteratur.
- Melin-Johansson, C., Axelsson, B. & Danielsson, E. (2006). Living With Incurable Cancer at the End of Life – Patients' Perceptions on Quality of Life. *Cancer Nursing*, 29(5), 391-399.
- Nationalencyklopedin. (2010). *Kompetens. Komplex. Onkologi. Omvårdnad. Problem. Självhävdelse*. Hämtad 30 november, 2010 och 10 mars, 2011 från Nationalencyklopedins hemsida, <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se>
- Nordgren, S. & Fridlund, B. (2001). Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 117-125.
- Oberle, K. & Allen, M. (2001). The nature of Advanced Practice Nursing. *Nursing Outlook*, 49(3), 148-153.
- Patientsäkerhetslagen, (2010:659). Hämtad 10 mars, 2011, från Riksdagens hemsida – Svensk författningssamling, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659>
- Polit, D.F & Beck Tatano, C. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Regeringskansliet. (2010). *Ny utbildnings- och examensstruktur*. Hämtad 12 november, 2010, från Regeringskansliets hemsida, <http://www.regeringen.se/sb/d/5696/a/66504>
- Reitan, AM. & Eide, H. (2009) Kreftsykepleie og kompetenseutvikling fra utdanning til klinikk – en evaluering av videreutdanning i kreftsykepleie. *Vård i Norden*, 93(29),3, 8-12.
- Sandberg, H. (2004). *Arbetsklimat och teamarbete*. Slutrapport i projektet Arbetsklimat och problemlösning. Eskilstuna: Mälardalens Högskola, Centrum för Välfärdsforskning, B, Nr 31.
- Segesten K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten Förlag.



SFS, 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 10 oktober, 2010, från Socialstyrelsens hemsida, [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halsoochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halsoochsjukvardslagen(hsl))

Socialstyrelsen (2011). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Hämtad 28 februari, 2011, från Socialstyrelsens hemsida, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18239/2011-2-7.pdf>

SoU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*, hämtad 19 oktober, 2010, från Regeringskansliets hemsida, <http://www.sweden.gov.se/sb/d/11223/a/120976>

SOU 2010:65. *Kompetens och ansvar*. Hämtad 19 oktober, 2010, från Regeringskansliets hemsida, <http://www.regeringen.se/sb/d/12603/a/153666>

Starrin, B. & Renck, B. (1996). Den kvalitativa intervjun. I P-G. Svensson & B. Starrin. (Red.). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. (sid. 52-78). Lund; Studentlitteratur.

Svensk Sjuksköterskeförening, SSF. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: BrommaBrolins.

Svensk Sjuksköterskeförening, SSF. (2009). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot onkologisk vård*. Hämtad 22 oktober, 2010, från Svensk sjuksköterskeförenings hemsida, <http://www.swenurse.se>

Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a Middle-range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.

Swanson, K.M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 1 december, 2010, från Vetenskapsrådets hemsida, <http://www.vr.se/>

World Medical Association. *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 12 november, 2010, från WMA's hemsida, <http://www.wma.net>



**Till specialistsjuksköterska/vårdenhetschef på ... Datum**

## **Specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård Forskningspersonsinformation**

### Studiens bakgrund

Patienter med onkologisk diagnos har komplexa omvårdnadsproblem som ställer höga krav på sjuksköterskan. Den onkologiska vården blir allt mer avancerad och kraven på specialistkompetens ökar. Forskning visar att det finns en direkt koppling mellan sjuksköterskans kompetens och patientens möjlighet till överlevnad, god symtomkontroll samt välbefinnande. Specialistsjuksköterskans kompetens är inte tidigare väl studerad. Syftet med föreliggande studie är att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård.

### Studiens genomförande

Studien kommer genomföras i form av en intervju. Intervjun kommer att spelas in. Under intervjun kommer vi att ställa frågor om din kompetens som specialistsjuksköterska och huruvida ditt arbete har förändrats efter utbildningen. Intervjun kommer att skrivas ut och analyseras. Resultatet kommer att redovisas i form av en Magisteruppsats vid Högskolan Väst och eventuellt publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet av studien kan du ta del av genom att kontakta nedan angivna personer.

Deltagandet i intervjustudien är frivilligt. Du kan avbryta ditt deltagande i studien när du vill utan att ange skäl. Intervjumaterialet kommer att förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Texten från intervjun kommer inte att kunna kopplas till forskningspersonen. Vid publicering kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

### Ansvariga för studien

Karin Elgh  
Leg. Sjuksköterska  
0702-515953

Maria Magnusson  
Leg. Sjuksköterska  
0703-225970

Handledare  
Maria Skyvell Nilsson  
Fil. Dr i Vårdpedagogik

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur, Högskolan Väst, Trollhättan.



**Till vårdenhetschef på... Datum**

### **Förfrågan om tillträde till fältet samt information om studien Specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård**

#### Studiens bakgrund

Patienter med onkologisk diagnos har komplexa omvårdnadsproblem som ställer höga krav på sjuksköterskan. Den onkologiska vården blir allt mer avancerad och kraven på specialistkompetens ökar. Forskning visar att det finns en direkt koppling mellan sjuksköterskans kompetens och patientens möjlighet till överlevnad, god symtomkontroll samt välbefinnande. Specialistsjuksköterskans kompetens är inte tidigare väl studerad. Syfte med föreliggande studien är att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård.

#### Studiens genomförande

Vi avser att intervjua specialistsjuksköterskor samt deras vårdenhetschefer inom onkologisk vård som arbetar på avdelning samt mottagning. Studien kommer att genomföras i form av en intervju vid överenskommen tidpunkt under v.50-52 och kommer att ta max 1 timme i anspråk. Intervjun kommer att spelas in. Under intervjun kommer vi att ställa frågor om specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård och huruvida arbetet har förändrats efter utbildningen. Intervjun kommer att skrivas ut och texten analyseras. Resultatet kommer att redovisas i form av en Magisteruppsats vid Högskolan Väst och eventuellt publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet av studien kan du ta del av genom att kontakta nedan angivna personer.

Deltagandet i studien är frivilligt. Forskningspersonen kan avbryta sitt deltagande i studien utan att ange skäl. Intervjumaterialet kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av det. Texten från intervjun kommer inte att kunna kopplas till forskningspersonen. Vid publicering kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Ansvariga för studien, specialistsjuksköterskestudenter inom onkologisk vård, Högskolan Väst.

Karin Elgh  
Leg. Sjuksköterska  
0702-515953

Maria Magnusson  
Leg. Sjuksköterska  
0703-225970

Handledare  
Maria Skyvell Nilsson  
Fil. Dr. i Vårdpedagogik

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur, Högskolan Väst, Trollhättan.

## Intervjuguide till specialistsjuksköterska

### **Inledning**

Presentation av oss själva.

Syftet med denna studie är att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård. Under intervjun kommer vi använda en MP3 spelare som inspelningsverktyg. Du kan när som helst avbryta intervjun utan att ange orsak.

Har du några frågor till oss angående själva intervjun innan vi börjar?

Frågor som eventuellt uppstår under intervjuns gång ber vi dig ställa efter intervjun avslutats.

### **Start av inspelningen och intervju.**

Inledningsfrågor till specialistsjuksköterskan:

- När var du färdigutbildad sjuksköterska?
- När var du färdigutbildad specialistsjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat inom onkologisk vård? Specificera yrkeskategori.
- Har du fått någon annan befattning efter specialistutbildningen?

Huvudfrågor – ta god tid på dig

- Hur har ditt sätt att arbeta förändrats efter specialistutbildning?
  - Kan du ge ett exempel på hur du handlar/resonerar nu i förhållande till när du var allmänsjuksköterska/andra allmänsjuksköterskor?
  - Hur skiljer sig ditt handlande eller resonering nu från när du var allmänsjuksköterska eller från andra allmänsjuksköterskor?
- Kan du beskriva en situation när ditt nuvarande sätt att resonera/handla har kommit till uttryck?
- Kan du beskriva vilken roll du har i arbetet med patienter med komplexa onkologiska omvårdnadsproblem?
  - Har din roll i arbetsgruppen förändrats efter specialistutbildningen?
- Vad finns det för möjligheter och hinder för att använda din kunskap/kompetens?
- Har du idéer/tankar nu på hur din specialistkompetens skulle kunna användas?

Avslutningsfrågor

- Finns det något mer du skulle vilja tillägga?
- Får vi återkomma till dig om det skulle uppstå frågor under analysen av intervjun?

## Intervjuguide till enhetschef

### **Inledning**

Presentation av oss själva.

Syftet med denna studie är att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård. Under intervjun kommer vi använda en MP3 spelare som inspelningsverktyg. Du kan när som helst avbryta intervjun utan att ange orsak.

Har du några frågor till oss angående själva intervjun innan vi börjar?

Frågor som eventuellt uppstår under intervjuns gång ber vi dig ställa efter intervjun avslutats.

### **Start av inspelning och intervju.**

Huvudfrågor.

- Hur tycker du att sjuksköterskans kompetens förändras efter genomgången specialistutbildning?
- Hur använder du specialistsjuksköterskans kompetens?
  - Tycker du att hon/han har en tydlig roll?
- Kan du ge exempel på en situation där deras kunnande kommit till uttryck?
- Kan du beskriva vilken roll specialistsjuksköterskan har i arbetet med patienter med komplexa onkologiska omvårdnadsproblem?
- Hur skapas förutsättningar på avdelningen för specialistsjuksköterskan att använda/utveckla sin kompetens?

Avslutningsfrågor.

- Finns det något mer du skulle vilja tillägga som vi inte redan pratat om?
- Får vi återkomma till dig om det skulle uppstå frågor under analysen av intervjun?



## **Specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård**

Jag har fått muntlig och skriftlig information om den studie vars syfte är att beskriva specialistsjuksköterskans kompetens inom onkologisk vård. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande och att alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt. Jag samtycker till att delta i studien.

Datum:

---

Namnunderskrift:

---

Namnförtydligande:

---

Ansvariga för studien

Karin Elgh  
Leg. Sjuksköterska  
0702-515953

Maria Magnusson  
Leg. Sjuksköterska  
0703-225970

Handledare  
Maria Skyvell Nilsson  
Fil. Dr i Vårdpedagogik



Högskolan Väst  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
461 86 Trollhättan  
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99