

Beteckning:

Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Influens på självskattad sjuksköterskekompetens
inom psykiatrisk vård

*Martina Algotsson
Annelie Bergström
Maj 2009*

Examensarbete, 15 hp, Avancerad nivå
Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeutbildning inom psykiatri
Handledare: Béatrice Ewalds- Kvist
Examinator: Eva Boström**

Sammanfattning

Syftet med uppsatsen var att utifrån 9 kompetensområden enligt *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård* undersöka hur dessa påverkas utifrån kön och utbildning hos sjuksköterskor, samt deras verksamhetsområde. Avsikten var även att se om det förelåg skillnader i sjuksköterskans självskattade kunskaper inom ett visst kompetensområde beroende på hennes verksamhetsområdes beskaffenhet, hennes ålder, antal arbetsår inom psykiatrisk vård och innehav av specialistutbildning. Sjuksköterskans kunskaper inom kunskapsområdet *Säkerhet och kvalitet* samt inom *Vårdmiljö* påverkades av endera verksamhetsområde: Rättspsykiatri, Allmän slutenvård eller öppenpsykiatrisk vård. Inalles 56 frågor besvarades av 52 sjuksköterskor och analyserades med hjälp av MANOVA. Kunskaper inom området *Undersökningar och behandlingar* påverkades av interaktionen mellan verksamhetsområdet och ålder. Kön påverkade självupplevd kompetens inom *Säkerhet och kvalitet* samt *Vårdmiljö*. Könsskillnader avslöjades inom *Bemötande, information och undervisning* samt *Forskning, utveckling och utbildning*. Sjuksköterskornas utbildning influerade kunskaper inom *Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa* vilka var influerade av specialistutbildningen och sjuksköterskans ålder. *Ledarskap* påverkades av specialistutbildningens interaktion med sjuksköterskans ålder. Sjuksköterskor med specialistutbildning skattade sin självupplevda kompetens *lägre* inom *Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa* än de utan specialistutbildning.

Nyckelord: *sjuksköterskekompetens, Peplau, psykiatriskt verksamhetsområde, könsskillnader, specialistkompetens inom psykiatrisk vård*

Abstract

The purpose of the paper at hand originated from the 9 competence areas included in the Competence Description for certified nurse specialists in mental health care in order to examine how self-rated knowledge in those areas were affected by nurses' gender and education. The intention was also to reveal differences in the nurses' self-rated skills in a particular area, depending on her activity sphere, age, experience within mental health care and specialist training. The nurses' self-rated knowledge in *Safety and quality* as well as in *Care environment* was affected by either working field: Forensic Psychiatry, General inpatient psychiatric care or open psychiatric treatment. A total of 56 questions were answered by 52 nurses and were analyzed using MANOVA. Knowledge in the field *Examination and treatment* was affected by the interaction between working field and age. Sex affected the self-perceived competence in *Safety and quality* and *Care environment*. Gender differences were revealed in *Treatment, Information and education* and *Research, development and education*. Nursing education influenced knowledge in promoting health and prevention of ill health which was influenced by the specialist training and the nurse's age. *Leadership* was affected by specialist training interacting with the nurse's age. Specialized nurses estimated their self-perceived competence lower in Promotion of health and prevention of ill health than those without specialist training.

Keywords: Competence Description; *gender differences; Peplau, psychiatric nursing, self-rated nursing skills; specialist in psychiatry*

Innehållsförteckning

1 INTRODUKTION

1.1 Specialistsjuksköterskans ansvarsområdes utveckling inom psykiatrisk vård.....	6
1.2 Kvalitetssäkring.....	7
1.3 Omvårdnadsteoretisk förankring.....	7
1.4 Patienters behov inom psykiatrisk vård.....	8
1.5 Psykiatrisjuksköterskeutbildningens innehåll.....	9
1.6 Psykiatrisk erfarenhet.....	10
1.7 Verksamhetsrådets betydelse för sjuksköterskan.....	11
1.8 Kön.....	11
1.9 Kompetens.....	11
2 PROBLEMFÖRMULERING.....	13
2.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	13
2.1.1 Frågeställningar.....	13
3 METOD.....	15
3.1 Design.....	15
3.2 Urval.....	15
3.3 Datainsamlingsmetod.....	17
3.4 Tillvägagångssätt.....	17
3.5 Dataanalys.....	18
3.6 Forskningsetiska överväganden.....	18
4 RESULTAT.....	20
4.1 Sjuksköterskor med eller utan specialistutbildning.....	20
4.2 De nio kompetensområdenas skillnader.....	21
4.3 Ålderns effekt på kunskaper inom kompetensområden.....	21
4.4 Huvudeffekter av multivariat variansanalys.....	22
4.5 Interaktionseffekter av multivariat variansanalys.....	25
4.6 Omvårdnadsteoretisk kunskap.....	27
5 DISKUSSION.....	28
5.1 Sammanfattning av huvudresultatet.....	28
5.2 Omvårdnadsteoretisk diskussion.....	28
5.3 Metoddiskussion.....	30
5.3.1 Validitet.....	30

5.3.2 Reliabilitet.....	31
5.4 Klinisk tillämpning.....	32
5.5 Förslag till vidare forskning.....	32
5.6 Slutsats.....	32
6 REFERENSER	34

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3

INTRODUKTION

1.1 Specialistsjuksköterskans ansvarsområdes utveckling inom psykiatri

Specialistsjuksköterskan svarar traditionellt för vårdplaneringen utifrån patientens enskilda behov; hon ansvarar för kvalitetssäkring av den specifika omvårdnaden, för vilken krävs specialistkompetens inom området (Palmlad, 2000). Enligt Svedberg (2006) krävs nygjord personalkunskap om vad som befrämjar hälsa i psykiatrisk omvårdnad. Specialistsjuksköterskans uppgifter inom psykiatri har utökats till att omfatta, förutom nämnda traditionella uppgifter, förmågan att kritiskt reflektera över rutiner och metoder. Tillämpning av kunskaper inom omvårdnad, medicinsk vetenskap,habilitering/rehabilitering samt samhälls- och beteendevetenskap hör till psykiatrisjuksköterskans åligganden (SSF, 2005). Hon skall även befrämja forskning och vetenskapliga resultat samt evidensbaserad vård (Arvidsson & Skärsäter, 2006). Vidare skall hon befordra och tillvarata utifrån ett etiskt förhållningssätt de förnuftiga resurser som finns hos personer med psykisk ohälsa. Omvårdnad är alltid berörd av samhällsförändringar och är påverkad av resultatriktade, ekonomiska och sociopolitiska krafter. Denna resultatfokuserade argumentering måste undvikas för att möjlighet skall finnas till att lyfta de centrala hälsofrämjande faktorerna i den psykiatriska omvårdnaden, märkbara ekonomiska följder till trots (Clarke, 2006).

Allen (1998) antydde att psykiatrisjuksköterskor alltmer har övertagit uppgifter som traditionellt tillhört läkarområdet, vilket innebär att sköterskorna utökat sitt ansvarsområde inom behandling och omvårdnad. God kommunikation, förtroende, samsyn gällande patientens vård, samma professionella värderingar och respekt för klinisk kompetens har identifierats som viktiga aspekter gällande effektivt samarbetet mellan psykiatrisjuksköterskor och psykiatriker (Kaas, Dehn, Dahl, Frank, Markley & Hebert, 2000). Psykiatrisjuksköterskor som förskrivare har diskuterats (Jones, Bennett, Lucas, Miller & Gray, 2007). För att påvisa värdet av en självständigt arbetande psykiatrisjuksköterska inom hälso- och sjukvården, görs det systematiska utvärderingar av hennes roll (Wand & White, 2007). En terapeutisk växelverkan mellan sjuksköterska och patient utgör grundstenen i omvårdnaden av patient med psykisk ohälsa, eftersom en sådan stödjer och förbättrar patientens välbefinnande (Lauder, Reynolds, Smith & Sharkey, 2002).

1.2 Kvalitetssäkring

I specialistsjuksköterskans ansvarsområde ingår att kvalitetssäkra vården genom att tillämpa och dokumentera omvårdnadsprocessen. Införandet av datajournaler för sjuksköterskedokumentation kan förbättra journalföringen och uppfyller därmed kraven på dokumentation. Sjuksköterskan behöver stöd för användandet av programvaran och även för att införa den terminologi som hör till yrkesområdet för att sprida densamma. Kvaliteten i sjuksköterskors dokumentation är influerad av mänskliga faktorer såsom motiverande aspekter och sjuksköterskors attityder till dokumentationen. Organisatoriska problem, tvistefrågor i sjukhusmiljön såväl som tekniska aspekter av datorhanteringen påverkar dokumentationens kvalitet. Dokumentationen behöver därför kontinuerligt planeras och utvärderas (Mahler et al., 2007). Psykiatrisjuksköterskor tenderar att sällan använda ”jag” vid journaldokumentationer, istället används ”undertecknad”. Detta påstås påvisa distans och ett undandragande från ett personligt ansvar (Karlsén, 2007).

Sjuksköterskan ansvarar för att omvårdnad och omvårdnadsåtgärder utförs på ett ändamålsenligt sätt som bygger på vetenskap och erfarenhet. Syftet med omvårdnaden är att stärka patientens hälsa och att aktivt förebygga sjukdom och ohälsa. Åtgärderna skall ske i samverkan med olika relaterade personalgrupper. Omvårdnaden skall journalföras och ske i samråd med patienten så att vederbörande har möjlighet att påverka sin egen vård (SOSFS 1993:17). Martin och Street (2003) fann att psykiatrisjuksköterskor dokumenterade ytterst sparsamt i patientjournalen över att de samtalande med patienten, trots att denne framhöll att de haft flera samtal av bra kvalitet som en del av god vård. Det dokumenterades däremot oftare hur patienten mådde och vilka mediciner som gavs (*ibid.*). För att kunna utföra sina uppgifter måste en sjuksköterska vara uppdaterad om utveckling och aktuell forskning (SOSFS 1993:17).

1.3 Omvårdnadsteoretisk förankring

Utifrån Peplaus (1997) omvårdnadsteori framhålls vikten av sjuksköterskors sociala kompetens snarare än de uppgifter de utför. Omvårdnaden bygger på relationen mellan patient och sjuksköterska, där sjuksköterskan är speciellt utbildad för att identifiera och bemöta patientens specifika behov och använder sig själv som ett verktyg genom att reflektera i det professionella mötet med patienten (Peplau, 1997; Price, 1998). Av detta skäl är sjuksköterskan effektivare på att identifiera patientens behov än vad som sker under medicinska rutinkontroller. Det primära målet i den interpersonliga relationen mellan

patienten och sjuksköterskan är följaktligen att identifiera patienternas behov. Detta leder till att omvårdnadens syfte uppnås, med andra ord att både hjälpa patienten att uppnå hälsa och fysiskt, emotionellt och socialt välbefinnande (Peplau, 1997). Mahoney och Engebretsen (2000) presenterade en modell med utgångspunkt utifrån Peplaus teori. Syftet med modellen var bland annat att handleda psykiatrisjuksköterskor att kunna tillhandahålla optimal omvårdnad i mötet med människor från olika kulturer.

Psykiatrisjuksköterskan skall även prioritera klinisk evidensbaserad forskning samt delta i förfiningen av klassifikationssystemet, framtaget utifrån forskning och hon skall även befrämja prevention och psykiatrisk rehabilitering (Haber, 2000; Bathsevani, Khalaf & Willman, 2005). Det anses vara av stor vikt att använda sig av evidensbaserad omvårdnad även i praktiken för att reducera patientrisker och för att svara mot samhällets förväntningar på praktisk omvårdnad, vilket ger möjlighet till att patienterna erhåller optimal hälsa (Bathsevani *et al.*, 2005). Vårdvetenskapliga kunskaper ger vårdaren möjlighet att uppfatta sin egen roll i och skyldighet beträffande uppfyllandet av det etiska kravet gentemot patienten. Det etiska kravet måste ges tid, så att vårdare kan utveckla sin förmåga att vårda för att klara av moraliska krav i våldsamma möten med patienten. Trygghet i det egna kunskapsområdet underlättar ett professionellt uppträdande, då negativa känslor på så sätt kan både problematiseras och kontrolleras. Sjuksköterskor har visat sig basera sin självupplevda kompetens på personliga erfarenheter och standardrutiner istället för att ha kunskap om symtom kopplade till sjukdom varför formell kompetens efterlystes (Furåker & Nilsson, 2009). Kompetensutveckling efterlyses för sjuksköterskor och även nödvändig handledning vilket övervägande delen av sjuksköterskor lider brist på tillgång av (Josefsson, Sonde & Robins- Wahlin, 2006). Utökning av kunskaper hos sjuksköterskor kan erhållas genom fortbildning och kompetent handledning (Carlsson, 2007). Vidare belyste McCabe (2000) uppbyggandet av psykiatrisjuksköterskans specialistkunskaper genom en nationellt samstämmig process, vilken innefattar fyra komponenter:

- a. att framhålla kärnan av psykiatrisk omvårdnads innehåll,
- b. att framhålla kompetens i kritisk granskning,
- c. att kategorisera mätbara kliniska resultat samt
- d. att utveckla ett nationellt forskningsprogram.

1.4 Patienters behov inom psykiatri

Barker, Jackson och Stevenson (2006) beskrev psykiatrisjuksköterskan som den som förväntades förstå vad patienten förväntade sig eller behövde i alla situationer, även då patienten inte kunde uttrycka sina behov. De professionella som tillfrågades var eniga om att psykiatrisjuksköterskan var den som kände patienten bäst eftersom hon tillbringade mest tid med patienten. Det framkom att psykiatrisjuksköterskan måste ha flera olika roller i kontakten med olika människor, och ha förmåga att skifta mellan dessa. Psykiatrisjuksköterskan beskrivs som den som håller i trådarna för att patienten ska få ändamålsenlig vård (*ibid.*). Patienter inom psykiatri som av olika anledningar väljer att dra sig tillbaka från omgivningen behöver personal som är lyhörd för deras behov och som kan skapa trygghet utan att äventyra individens personliga integritet. Möjligheterna till trygghet ökar när personalen från psykiatri träffar individen och dennes närstående i hemmiljön. Kontakten med en professionell vårdare kan minska beroendet av sjukvård och öka självförtroendet hos patienterna. Tillbakadragandet kan skapa en ond cirkel, vilken kan brytas med hjälp av adekvat psykiatrisk omvårdnad. Detta kräver en välfungerande vårdrelation. Flexibilitet, engagemang och lyhördhet för vad patienten vill ha hjälp med kan minska risken för plötsliga avbrott i medicineringen (Nyström & Piscator, 2007).

Psykiatrisjuksköterskors engagemang i vårdande samtal har visat sig kunna hjälpa patienter att återetablera den mellanmännsliga relationen genom att vara lyhörd och se igenom eventuella fasader i syfte att dölja lidande, skuld och skam. Det framkommer även att det är av värde för den lidande patienten att få tillräcklig tid och plats att få berätta sin historia. Patienterna framhåller även vikten av hjälp i att strukturera och tolka sin berättelse så att den kan ge upphov till svaret på frågan om ”varför har just jag blivit drabbad” samt värdet av sjuksköterskans tålamod att finnas kvar i väntan på att det vänder (Fredriksson & Lindström, 2002). Psykiatrisjuksköterskans roll anses vara både undervisande och terapeutisk (Callaway, 2003; Cameron, Kapur & Campbell, 2005). Både sjuksköterskor, läkare och patienter inom psykiatri anser att mellanmännsliga relationer och humana kontakter är av ansevärd betydelse (Olofsson & Norberg, 2001; Cameron, Kapur & Campbell, 2005). Inom psykiatrisk vård har psykiatrisjuksköterskorna det största professionella ansvaret i den kontinuerliga, dagliga kontakten med patienter. De har därför ansetts vara de som har störst möjlighet att etablera värdefulla terapeutiska allianser. I praktiken innefattas dock omvårdnadsarbetet för psykiatrisjuksköterskor till stor del av administration och tid till att samtala med patienter har upplevts som minimal (Cameron, Kapur & Campbell, 2005).

En studie har genomförts där enkäter lämnades ut till personal inom psykiatrisk vård och socialtjänsten i syfte att undersöka olika uppfattningar som fanns i de olika verksamhetsområdena, då de båda arbetsstyrkorna jobbade med psykiskt funktionshindrade människor. En av studiefrågorna var deltagarnas uppfattning om vilken kompetens som är mest betydelsefull vid arbete med psykiskt funktionshindrade. Det fanns sju alternativ: Trygghet, Att tro på vad vårdtagaren säger, Förmåga att leva sig in i andra människors känslor, Tillräcklig kunskap för att förstå psykiska problem, Ärftlighet, En vilja att hjälpa, Annat. Majoriteten inom båda organisationerna valde "Tillräcklig kunskap för att förstå psykiska problem" (Nyström, 2002).

Sjuksköterskor i psykiatrisk vård har visat sig ha förmåga att urskilja aktuell diagnos hos patienterna baserat på kriterier som är typiska i patientens beteende. Det anses vara en utmaning att vårda patienter som inte har sjukdomsinsikt eller anser sig vara i behov av hjälp (Hummelvoll & Severinsson, 2002; Nyström & Piscator, 2007). En jämförande studie har gjorts om vilka önskemål psykiskt funktionshindrade har gällande boende, sysselsättning samt vård och behandling. Skattningar gjordes av psykiskt funktionshindrade, psykiatripersonal och socialtjänstpersonal. Resultatet visade bl.a. att de professionella överskattade de psykiskt funktionshindrades önskemål om professionellt stöd. Förmågan att förstå psykiskt funktionshindrades upplevelsevärld tycktes inte ha ett direkt samband med psykiatrisk kompetens eftersom psykiatrisk personal inte tenderade att skilja sig från övriga professionella i skattningarna (Nyström, 2003). I en studie baserad på vårdvetenskaplig litteratur och dokument från vårdverksamhet, beskrivs att i vårdrelationen ska vårdaren ha vissa önskvärda egenskaper, relationen i sig ska ha vissa önskvärda egenskaper och relationen ska åstadkomma vissa önskvärda effekter hos patienten (Björck & Sandman, 2007).

1.5 Psykiatrisjuksköterskeutbildningens innehåll

När komplexa diagnosresonemang uppstår förlitar sig sjuksköterskan på samarbetet med läkaren för dialog och nödvändiga klargöranden. Specialistsjuksköterskor inom psykiatri har visat sig ha kunskaper att klargöra omvårdnadsdiagnoser i vårdplaner och även i DSM-IV, psykiatriska diagnoser. Många anses vara ovetande om psykiatrisjuksköterskans kunskaper i case management, medicinska kunskaper samt professionens psykoedukativa kunskaper varför specialistsjuksköterskor inom psykiatri i framtiden påstås mera frekvent komma att inkluderas i interdisciplinära team inom primärvården (Naegle & Krainovich-Miller, 2001).

Historiskt sett har psykiatrisjuksköterskeutbildningar tidigare lånat från psykodynamiska, psykoedukativa, biologiskt/genetiska och kognitivt beteendeterapeutiska teorier. Numera är inriktningen mot det medicinvetenskapliga. Med andra ord genom att inrikta utbildningar mot en evidensbaserad omvårdnad anses detta lyfta och stärka själva kärnan i omvårdnaden (Geanelios, 2003). Psykiatrisjuksköterskan måste, såsom andra akademiska professioner, ständigt sträva efter nödvändig kunskap, medverkan och självständighet för att stärka sin roll inom psykiatrin till förmån för patienten (Cowman, Farrelly & Gilheany, 2001).

1.6 Psykiatrisk arbetserfarenhet

Psykiatrisjuksköterskerollen omfattar förmåga att kunna etablera trovärdiga allianser med sårbara patientgrupper (Bowring-Lossock, 2006; Cutcliffe, 1996). Alla sjuksköterskor påstås inte ha denna förmåga varför den framlyfts som en viktig komponent. Vidare önskas en mera avancerad kompetensutveckling utifrån yrkesskicklighet och kunskap kopplad till lämpliga värdegrunder och ståndpunkter (Bowring-Lossock, 2006). Kvaliteten på omvårdnaden är relaterad till måendet och arbetstillfredsställelsen hos personalen. Cai, Li och Zhang (2008) identifierade psykiatrisjuksköterskors jobbrelaterade stressfaktorer samt vilka bemästringsstrategier som användes för arbetsstress. Psykiatrisjuksköterskor har visat sig uppleva brist på motivation samt även att de behandlats nedvärderande i sin yrkesroll vilket i sin tur påverkade kvaliteten i patientarbetet. Det efterlystes rådgivning och handledning för att sjuksköterskor ska ha möjlighet att växa i yrkesrollen, bli hörda och respekterade för att kunna få möjlighet att känna sig uppskattade i det komplexa arbete de utför (Stickley, 2002). Teori och praktik förenas vid grupphandledning för sjuksköterskor vilket har visat sig leda till självupplevd, förhöjd sjuksköterskekompetens (Berg & Rahm-Hallberg, 2000). Personal med kort arbetserfarenhet, äldre personal men även personal med lång arbetserfarenhet har visat sig ha en låg uppfattning om sin yrkesskicklighet. Enhetschefer framhålls vara de som ska försäkra sig om personalens upplevelser, vilket skulle ge upphov till att bättre kunna identifiera personalens behov (Räikkönen, Perälä & Kahanpää, 2007). Sjuksköterskor har visat sig skatta den självupplevda kompetensen högre ju längre arbetslivserfarenhet de har (Salonen, Kaunonen, Meretoja & Tarkka, 2007).

1.7 Verksamhetsområdets betydelse för sjuksköterskan

Sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk verksamhet har skattat höga nivåer av belastning inom omvårdnaden av schizofrena patienter kontra omvårdnadspersonal som befann sig inom övrig psykiatri. Sjuksköterskorna inom rättspsykiatri upplevde det mera betungande att bemöta anhörigas missnöje över patientomvårdnaden än vad övrig omvårdnadspersonal tycktes göra. Detta anses bero på att sjuksköterskor på rättspsykiatrisk avdelning vanligtvis är de som får ta emot kritik från anhöriga. Även hot och våldsamheter från patienter rangordnades signifikant mycket högre bland sjuksköterskor som ett problem än vad övrig personal upplevde (Macinnes, 1998). Sjuksköterskor *utan* specialistutbildning inom rättspsykiatri har visat sig uppleva störst ansvar då det gäller att informera och undervisa patienter och anhöriga samt att ansvara för medicinska insatser och patientbedömningar. Däremot tenderade sjuksköterskor *med* specialistutbildning att i något högre grad ansvara för verksamheter relaterade till patienters aktivitet i dagligt liv (ADL)-träning (Rask & Rahm-Hallberg, 2000).

1.8 Kön

Skillnader fanns mellan manliga och kvinnliga vårdares skattningar gällande omvårdnad av schizofrenipatienter. De kvinnliga respondenterna skattade belastningen som mycket högre än de manliga oavsett antal år inom psykiatrisk vård. De tenderade även att i högre grad vara mer medvetna om det utökade omvårdnadsansvaret (Macinnes, 1998). Både manliga och kvinnliga sjuksköterskor påvisade lågt skattade nivåer inom området "tillgänglighet". Administrationsuppgifter och andra plikter tycks ta allt större tid i anspråk och ge minskad patienttillgänglighet. De manliga sjuksköterskorna tycktes i högre grad än kvinnor värna om administrationsuppgifter och i större grad ägna sig åt ledarskapsgöromål på avdelningen. Studien framhåller en hypotes om att manliga sjuksköterskor blir i högre grad befördrade att inta prestigefulla poster eftersom de anses ha bättre beslutsfattningsförmåga och ledarskapsegenskaper än kvinnor (Greenhalgh, Vanhanen & Kyngäs, 1998).

1.9 Kompetens

Benner, Grundberg och Rooke (1993) har beskrivit hur sjuksköterskan utvecklar sin kliniska kompetens inom omvårdnad. Detta beskrivs som en process i olika nivåer där den inledande nivån består av *novisläget*- sjuksköterskan saknar erfarenhet av de situationer hon möter varför det är nödvändigt med regler som vägleder handlandet. Andra nivån benämns *avancerad nybörjare* där sjuksköterskan har klarat av ett tillräckligt antal verkliga situationer för att uppmärksamma de återkommande och betydelsefulla beståndsdelarna. Tredje nivån

beskriver sjuksköterskan som *kompetent* och kompetensutvecklingen sker när sjuksköterskan börjar se sina egna handlingar relaterat till långsiktiga planer eller mål. Sjuksköterskan beskrivs kunna kalla sig kompetent efter att ha arbetat under samma eller liknande omständigheter i omkring tre år. *Skicklig* benämns sjuksköterskan som i den fjärde nivån då hon uppfattar situationer som helheter. Sjuksköterskans handlande sker automatiskt och grundar sig på erfarenhet. Femte och sista nivån beskriver sjuksköterskan som *expert* där hon med sin stora erfarenhetsbakgrund nu intuitivt uppfattar varje situation. Sjuksköterskan har utvecklat en mer lyhörd och nyanserad förmåga samt även utvecklat ett reflektivt förnuft där valen av handling och åtgärder är självklara för att uppnå målen (*ibid*). Expertsjuksköterskan ägnar sig sällan åt problemlösning eller att resonera utan gör det som hon erfarenhetsmässigt vet brukar fungera. Även om expertsjuksköterskan använder sig av färre regler i omsättandet av teori och praktik förbättras den praktiska utövningen inte enbart av erfarenhet utan också av alltmer fördjupade kunskaper i medicinsk teori (Benner, Tanner & Chesla, 1999).

2 PROBLEMFÖRMULERING

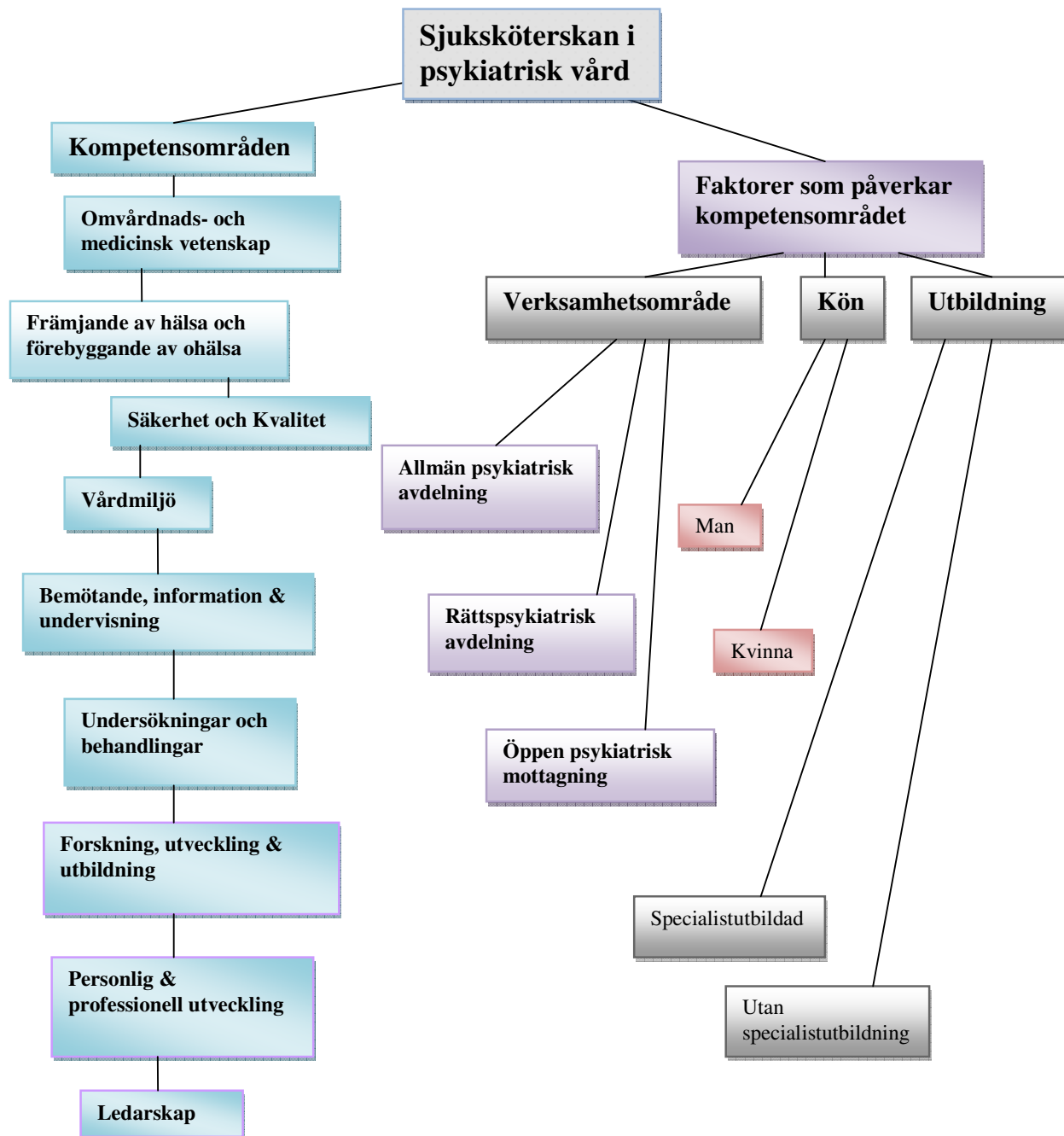
Sjuksköterskor med eller utan specialistutbildning inom rättspsykiatri har befunnits skatta olika inom skilda kompetensområden, samt skiljde sig från övrig arbetsstyrka (Rask & Rahm-Hallberg, 2000). Föreliggande forskningsproblem avgränsades till att omfatta de 9 kompetensområdena som ingår i *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialist- sjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård* (SSF, 2005) eftersom sjuksköterskan utifrån dessa typer av kunskap säkrar kvaliteten i vården. Tillräcklig kunskap för att förstå psykiska problem har ansetts som en av de viktigaste komponenterna i vården (Nyström, 2002). Fokus i föreliggande arbete låg på verksamhetsområdets effekt på självskattad kompetens inom de 9 kompetensområdena men även på andra faktorer som influens på självskattad yrkeskunskap. Även könsskillnader undersöktes eftersom män ansågs mera orienterade mot administration än kvinnor (Greenhalgh et al., 1998).

2.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien var att för vart och ett av de 9 kompetensområdena enligt *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård* undersöka hur den självupplevda kompetensen inom vart och ett av områdena påverkas av kön, utbildning och verksamhetsområde.

2.1.1 Frågeställningar

- Finns skillnader i självupplevd kompetens beroende på inom vilket psykiatriskt verksamhetsområde sjuksköterskorna arbetar?
- Finns skillnader i självupplevd kompetens beroende på kön hos sjuksköterskorna?
- Finns skillnader i självupplevd kompetens beroende på utbildning hos sjuksköterskorna?



Figur 1. Illustration av design till och syfte med föreliggande studie

3 METOD

3.1 Design

Deskriptiv Comparativ design med kvantitativ ansats. Enkätstudie. Figur 1 illustrerar designen och syftet i föreliggande studie.

3.2 Urval

Studien utfördes som bekvämlighetsurval. Studien riktade sig enbart till sjuksköterskor inom psykiatrisk öppenvård, slutenvård, och rättspsykiatrisk vård för att de skulle ange sin självupplevda kompetens. *Med självupplevd kompetens* avsågs den kvalifikation som kunde mätas med föreliggande frågeformulär, konstruerat i enlighet med rekommendation om kompetens av Psykiatriska Riksföreningen & Svensk Sjuksköterskeförening i direktivet *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*, Psykiatriska Riksföreningens & Svensk Sjuksköterskeförenings (2005) krav på vad som skall ingå i specialistsjuksköterskekompetens. Enkäterna konstruerades utifrån kompetensbeskrivningen så att en Visual Analogue Scale (VAS-skala) med påståenden (0-10 cm) som skattades från ”instämmer inte alls”, till ”instämmer helt” användes. Sjuksköterskorna skattade själva var de passade in på skalan.

Tabell 1. Undersökningsdeltagarnas verksamhetsområde och specialistutbildning inom psykiatrisk vård.

	Specialisering	Utan specialisering	Totalt
1 Rättspsykiatri	17	6	23
2 Allmän slutenvård	13	2	15
3 Öppenvård psykiatri	9	5	14
Totalt	39	13	52

Kriterierna för vilka sjuksköterskor som kunde inkluderas i studien var följande:

- specialistsjuksköterskor som erhållit vidareutbildning före år 2006,
- specialistsjuksköterskor med vidareutbildning efter år 2006 då kraven ändrades mot mera forskningsinriktning inom specialistutbildningen
- sjuksköterskor som arbetat inom psykiatrisk vård minst 5 år utan specialistutbildning.

Tabell 2. Undersökningsdeltagarnas karakteristik

Undersökningsdeltagare	N	Range	Medeltal	SE	df	S²	t	P=
Verksamhetsområde	52							
1) Rättspsykiatrisk avdelning	23							
Man	9	2,00	1,16	,112	40,4	0,11	4,496	.000
Kvinna	14		2,03	,131		0,24		
2) Allmänpsykiatrisk avdelning	14							
3) Öppenvård	15							
Ålder	52	27	52,58	1,082				
Man	12	15	59,00	1,376	29,0	22,66	4,590	.000
Kvinna	40	27	50,65	1,190		56,55		
År som sjuksköterska (SSK)	52	34,0	19,962	1,218				
Man	12	21,0	26,909	2,258	50	61	3,145	.003
Kvinna	40	30,0	18,098	1,283		0,04		
År inom psykiatrisk vård	50	41,0	23,050	1,839				
Man	10	25,0	34,636	2,317	26,2	0,53	4,876	.000
Kvinna	40	41,0	19,782	1,977		0,10		
År som SSK inom psykiatrisk vård	51	34,0	17,618	1,3327				
Man	11	25,0	24,583	2,843	48	0,74	3,772	.000
Kvinna	40	30,0	11,050	1,71		0,07		
År som specialist- SSK	52	38,0	14,173	1,6611				
Man	12	21,0	26,818	1,9250	19,7	0,3	4,079	.001
Kvinna	40	30,0	10,780	1,6892		0,07		
Kännedom om omvårdnadsteori	52	1	1,10	,041				
Ja	46							
Nej	6							
Man	12	1	1,09	,091	50	6,76	0,168	n.s
Kvinna	40	1	1,10	,047		55,20		
Specialistutbildning i psykiatrisk vård								
Ja	39							
Nej	13							
Man	12	1	1,17	,17	28	2,5	2,913	,007
Kvinna	40	1	1,80	,14		4,84		

3.3 Datainsamlingsmetod

Undersökningen hade en kvantitativ ansats och utfördes med hjälp av enkät. Enkäten omfattande 56 frågor täckande bakgrundsvariabler och frågor från de 9 kompetensområdena som anges i rekommendationen om kompetens formulerad av Psykiatriska Riksföreningen & Svensk Sjuksköterskeförening i direktivet *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*, Psykiatriska Riksföreningens & Svensk Sjuksköterskeförenings (2005). De krav som skall uppfyllas i specialistsjuksköterskekompetens är följaktligen baserade på kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor i psykiatri.

Bakgrundsvariabeln verksamhetsområde bestod av tre områden: Rättspsykiatri, Allmän sluten vård och öppen psykiatrisk vård. Vidare angavs kön och utbildning. Utbildningen avsåg specialistsjuksköterskeutbildning före och efter år 2006 eller ingen specialistutbildning alls. Erfarenheten angavs i: arbetsår som sjuksköterska, år inom psykiatrisk vård och år inom psykiatrisk vård som sjuksköterska.

3.4 Tillvägagångssätt

För att genomföra föreliggande studie kontaktades 5 verksamhetschefer inom olika psykiatriska sektorer i ett svenskt län skriftligen (Bilaga 1). Tillstånd för undersökningen genomförande på verksamhetschefernas enheter erhöles av samtliga. Nästkommande steg i forskningsprocessen bestod av att de olika enheterna uppsöktes personligen av skribenterna. Vid besöken på respektive enhet presenterades studien och information inhämtades om hur många som uppfyllde kriterierna för att delta. Missivbrev och enkäter (bilaga 2 & 3) delades sedan ut och skribenterna fanns tillgängliga i angränsande rum för eventuella frågor eller synpunkter. Till alla enkäter bifogades kuvert som kunde klistras igen av deltagarna efter genomförd skattning. De sjuksköterskor som inte fanns tillgängliga den aktuella dagen för undersökningen, fick sina enkäter via utsett ombud på enheten. De som erhöles sina enkäter via ombud, fick frankerade svarskuvert att skicka till skribenterna. Totalt utlämnades 73 enkäter och antalet besvarade enkäter som inkom och var användbara uppgick till 52 stycken. Svansfrekvensen blev 71,2 % och bortfallet blev således 28,8 %.

3.5 Dataanalys

Vid bearbetning och analys av datamaterialet har databearbetningsprogrammet SPSS, version 16, använts. Resultat från envägsvariansanalys (ANOVA) och från multivariat variansanalys (MANOVA) redogörs för i form av huvudeffekter och interaktionseffekter. För varje av de nio kompetensområdenas items skattades den inre konsistensen med reliabilitetsmättet Cronbachs Alfa, skillnader testades med t-test för oberoende grupper, medeltal, medelfel och varians räknades.

De frågor eller item som ingick i varje av de 9 kompetensområdena testades med avseende på den inre konsistensen med reliabilitetsmättet Cronbachs alfa (α). De items som ingick i vart och ett av de 9 kompetensområdena återges i tabell 3.

Tabell 3. Kompetensområden, frågor och Cronbachs alfa för dessa

<i>Nio kompetensområden</i>	<i>Frågornas nummer</i>	<i>Antal</i>	<i>Cronbachs α</i>
<i>1 Omvårdnads- och medicinsk vetenskap</i>	1,2,6,7,8,9,10 &11	8	0,860
<i>2 Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa</i>	12 & 13	2	0,869
<i>3 Säkerhet och kvalitet</i>	14,15 &16	3	0,658
<i>4 Vårdmiljö</i>	18,19, 20,21,22 & 23	6	0,805
<i>5 Bemötande, information och undervisning</i>	24, 25, 26 & 27	5	0,667
<i>6 Undersökningar och behandlingar</i>	28, 29 & 30	3	0,921
<i>7 Forskning, utveckling och utbildning</i>	31,32 & 33	3	0,846
<i>8 Personlig och professionell utveckling</i>	34 & 35	2	0,959
<i>9 Ledarskap</i>	37,38,40,41 & 42	5	0,836

Cronbachs α för de olika kompetensområdena varierade mellan 0,658 och 0,959. Endast två områden av nio hade en Cronbachs α som låg något under 0,70, men faller inom den allmänt accepterad regel att α mellan 0.6 - 0.7 indikerar en acceptabel reliabilitet, och 0.8 eller högre en god reliabilitet (Cronbach's alpha, 2009).

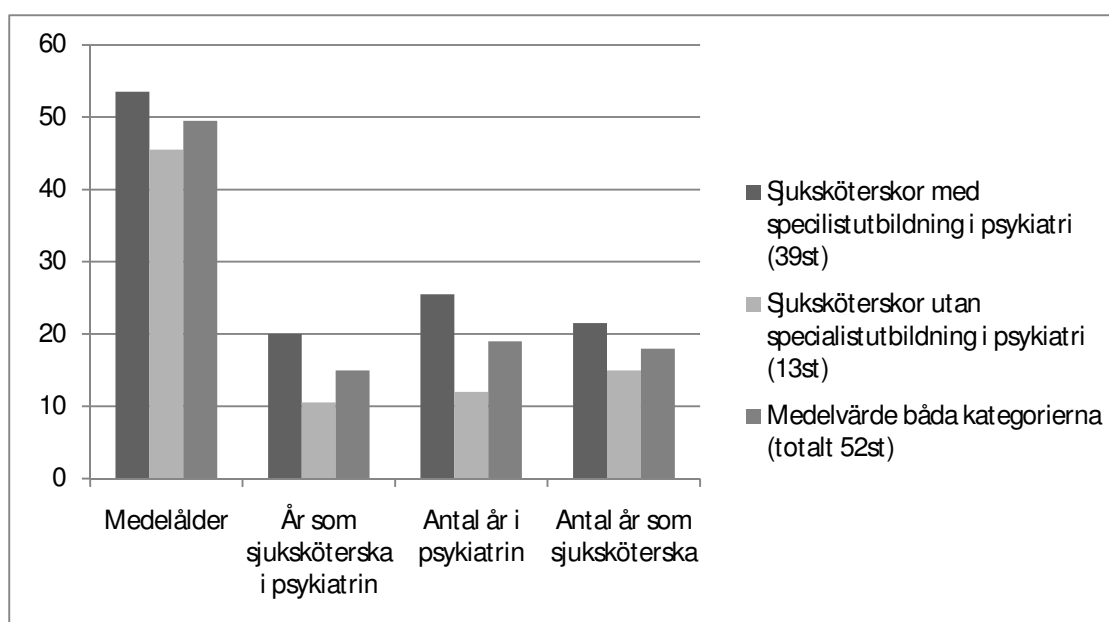
3.6 Forskningsetiska överväganden

Tillstånd för studien erhöles från samtliga verksamhetschefer i de aktuella sektorerna. Undersökningsdeltagarna i studien informerades om syftet i samband med enkätutlämningen av författarna. De som inte var närvarande vid detta tillfälle utan fick enkäten vid författarnas frånvaro informerades genom bifogat missivbrev. Sjuksköterskornas deltagande i studien var frivilligt och kunde när som helst avbrytas. Allt material förvarades för att senare makuleras. Undersökningsdeltagarnas integritet respekterades under arbetets gång då endast författarna hade tillgång till materialet. Allt material behandlades konfidentiellt och ingen deltagare kunde igenkännas i studien. Frågorna i enkäten var av allmän karaktär och bedömdes därmed inte vara etiskt problematiska.

4 RESULTAT

Syftet med föreliggande uppsats var att skatta sjuksköterskors självupplevda kompetens utifrån Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Avsikten var att se om det förelåg skillnader inom ett visst kompetensområde beroende på sjuksköterskors arbetsplats, antal år inom psykiatrisk vård, kön, utbildning och ålder.

4.1 Sjuksköterskor med eller utan specialistutbildning



Figur 2. Skillnader mellan sjuksköterskor med eller utan specialistutbildning beträffande ålder ($t(24,6)= 3,861, p=,001$), år som sjuksköterska i psykiatrisk vård ($t(42,9)= 4,937, p=,000$), antal år i psykiatrisk vård ($t(48)= 2,125, p=,039$) och antal år som sjuksköterska ($t(50)= 2,434, p=,019$).

Sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk vård skattade sina kunskaper lägre på frågorna inom kompetensområdet *Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa*, än de utan specialistutbildning ($X_1=11,89$ [SD=6,06] versus $X_2=16,06$ [SD=3,6]; $t[31,3]= 2,899, p= 0,007$ (tvåsidigt test). Inom de andra åtta kompetensområdena fanns det inte signifikanta skillnader i självskattad kunskap mellan specialistutbildade respektive icke-specialistutbildade sjuksköterskor.

4.2 De nio kompetensområdenas skillnader

De frågor eller item som ingick i varje av de 9 kompetensområdena testades med avseende på den inre konsistensen med reliabilitetsmättet Cronbachs alfa (α) återges i tabell 3.

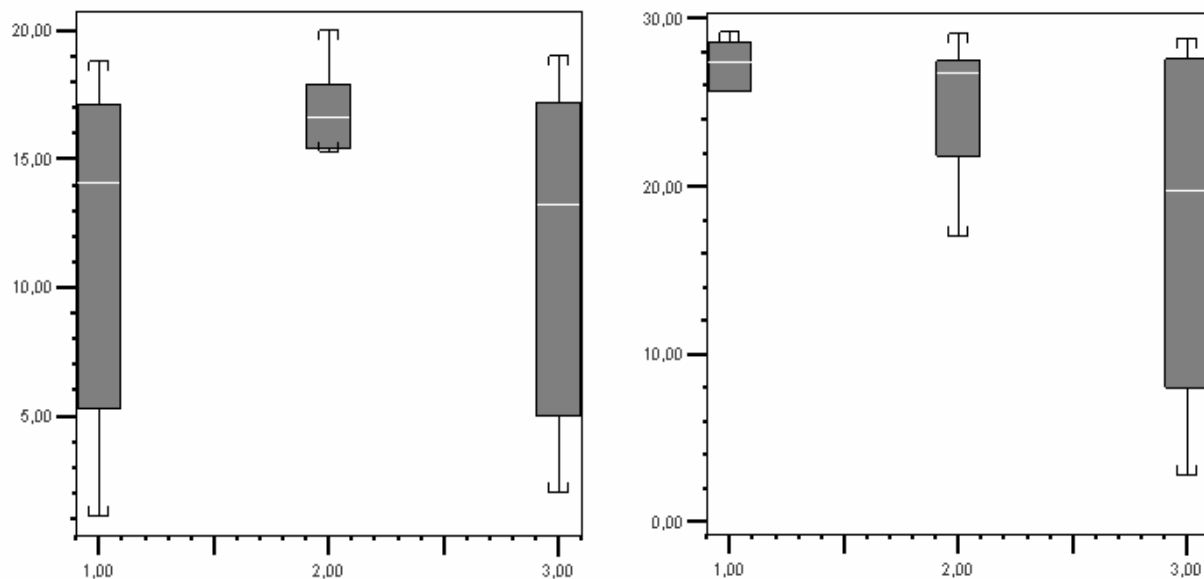
Det finns en signifikant skillnad mellan de självskattade kunskapers medeltal (12,85 [SE= 1,81 - 49,1 [SE= 0,33]) för de 9 olika kompetensområdena ($t(51)=$ t-värdet varierar från 13,14 till 49,88, $p= 0,000$; (tvåsidigt test). Med hjälp av envägsvariansanalys analyserades skillnader mellan åldersgrupper för de självskattade kunskaperna inom de 9 kompetensområdena och åldern befanns ha en signifikant effekt på självskattad kunskap inom kompetensområdet *Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa* (ANOVA, $F[2,49]=3,388$, $p= .042$) och på självskattad kunskap inom området *Undersökningar och behandlingar* (ANOVA, $F[2,49]=4,721$, $p= .013$), (tabell 3 & figur 2).

4.3 Ålderns effekt på kunskaper inom kompetensområden

Envägsvariansanalys (ANOVA) för beroende variablerna självskattade kunskaper inom de nio kompetensområden och tre åldersgruppers effekt på dessa återges i tabell 4.

Tabell 4. Envägsvariansanalys för beroendevariablerna självskattade kunskaper inom kompetensområden genom oberoende variabeln åldersgrupper

<i>Variabel</i>	<i>N</i>	<i>Range</i>	<i>Medeltal</i>	<i>Medelfel</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>P=</i>
Kompetensområden genom åldersgrupper (ANOVA)							
Omvårdnads- och medicinskvetenskap	52	54,30	49,0956	1,81230	2, 49	,340	,714
Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa	52	18,90	12,8538	0,82360	2, 49	3,388	,042
Säkerhet och kvalitet	52	20,80	20,4481	0,66817	2, 49	,984	,381
Vårdmiljö	52	31,10	43,4829	1,09165	2, 49	,599	,553
Bemötande, information och undervisning	52	24,90	28,6019	0,78374	2, 49	,294	,747
Undersökningar och behandlingar	52	28,80	21,3944	1,21638	2, 49	4,721	,013
Forskning, utveckling och utbildning	52	28,50	14,6981	1,11892	2, 49	,499	,610
Personlig och professionell utveckling	52	10,20	16,2788	0,32635	2, 49	1,304	,281
Ledarskap	52	40,00	28,3058	1,43102	2, 49	,904	,412



Figur 3. Boxplots för tre åldersgrupper (36-45 år, 46-55 år & 56-65 år) inflytande på sjuksköterskorna inom psykiatrisk vårds självskattade kunskaper inom kompetensområden. Till vänster: självskattad kunskap inom kompetensområdet *Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa* var högst i åldern 46-55. Till höger: självskattad kunskap inom området *Undersökningar och behandlingar* visade sig vara lägst i åldersgruppen 56-65. Medianerna är utritade och boxploterna anger skillnaderna nonparametriskt mellan självskattade kunskaper och olika åldersgrupper.

4.4 Huvudeffekter av multivariat variansanalys

En multivariat variansanalys' (MANOVA.s) huvudeffekter återfinns i tabell 5.

Tabell 5. Multivariata huvudeffekter av variabelers påverkan på självskattade kunskaper inom nio kompetensområden

Källa	Kompetensområde	Regressions- kvadratsumma	df	Medel- Kvadratsumma	F	p
Verksamhetsområde	<i>Omvårdnads- och medicinsk vetenskap</i>	835,014	2, 49	417,507	2,382	,138
1=Rättspsykiatri	<i>Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa</i>	94,621	2	47,310	1,916	,193
2=Allmän slutenvård	<i>Säkerhet och kvalitet</i>	81,971	2	40,986	4,669	,034
	<i>Vårdmiljö</i>	301,471	2	150,735	4,373	,040
3=Öppen psykiatrisk vård	<i>Bemötande, information och undervisning</i>	51,323	2	25,662	,759	,491
	<i>Undersökningar och behandlingar</i>	200,634	2	100,317	2,142	,164
	<i>Forskning, utveckling och utbildning</i>	357,660	2	178,830	3,503	,066
	<i>Personlig och professionell utveckling</i>	9,793	2	4,897	,667	,533
	<i>Ledarskap</i>	427,428	2	213,714	2,615	,118
ÅLDERS- KATEGORIER	<i>Omvårdnads- och medicinsk vetenskap</i>	113,293	2	56,647	,323	,731
	<i>Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa</i>	188,023	2	94,011	3,807	,055
1= 36-45 år	<i>Säkerhet och kvalitet</i>	7,203	2	3,602	,410	,673
2= 46-55 år	<i>Vårdmiljö</i>	113,913	2	56,956	1,652	,236
3= 56-65 år	<i>Bemötande, information och undervisning</i>	78,913	2	39,457	1,167	,347
	<i>Undersökningar och behandlingar</i>	125,498	2	62,749	1,340	,301
	<i>Forskning, utveckling och utbildning</i>	88,944	2	44,472	,871	,445
	<i>Personlig och professionell utveckling</i>	41,798	2	20,899	2,845	,101
	<i>Ledarskap</i>	122,607	2	61,303	,750	,495
KÖN	<i>Omvårdnads- och medicinsk vetenskap</i>	246,426	1	246,426	1,406	,261
1= Man	<i>Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa</i>	17,010	1	17,010	,689	,424
2= Kvinna	<i>Säkerhet och kvalitet</i>	93,129	1	93,129	10,610	,008
	<i>Vårdmiljö</i>	241,405	1	241,405	7,003	,023
	<i>Bemötande, information och undervisning</i>	228,178	1	228,178	6,747	,025
	<i>Undersökningar och behandlingar</i>	53,469	1	53,469	1,142	,308
	<i>Forskning, utveckling och utbildning</i>	470,672	1	470,672	9,221	,011
	<i>Personlig och professionell utveckling</i>	,081	1	,081	,011	,918
	<i>Ledarskap</i>	153,952	1	153,952	1,884	,197
ARBETSÅR INOM PSYKIATRI	<i>Omvårdnads- och medicinsk vetenskap</i>	421,452	4	105,363	,601	,670
	<i>Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa</i>	55,312	4	13,828	,560	,697
1= <10år	<i>Säkerhet och kvalitet</i>	151,412	4	37,853	4,312	,024
2= 10-20 år	<i>Vårdmiljö</i>	376,371	4	94,093	2,730	,084
3= 20-30 år	<i>Bemötande, information och undervisning</i>	147,168	4	36,792	1,088	,409
4= 30-40 år	<i>Undersökningar och behandlingar</i>	231,376	4	57,844	1,235	,351
5= >40år	<i>Forskning, utveckling och utbildning</i>	485,221	4	121,305	2,376	,115
	<i>Personlig och professionell utveckling</i>	28,618	4	7,154	,974	,460
	<i>Ledarskap</i>	400,736	4	100,184	1,226	,355
SPECIALIST- UTBILDNING (SUB) INOM PSYKIATRI	<i>Omvårdnads- och medicinsk vetenskap</i>	138,997	2	69,498	,396	,682
	<i>Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa</i>	191,821	2	95,911	3,884	,053
1= Äldre SUB	<i>Säkerhet och kvalitet</i>	27,481	2	13,740	1,565	,252
2= Nyare SUB	<i>Vårdmiljö</i>	15,886	2	7,943	,230	,798
3= Utan SUB	<i>Bemötande, information och undervisning</i>	15,009	2	7,505	,222	,804
	<i>Undersökningar och behandlingar</i>	171,864	2	85,932	1,835	,205
	<i>Forskning, utveckling och utbildning</i>	232,244	2	116,122	2,275	,149
	<i>Personlig och professionell utveckling</i>	10,946	2	5,473	,745	,497
	<i>Ledarskap</i>	221,379	2	110,690	1,355	,298

Undersökningsdeltagarnas verksamhetsområde visade sig ha en signifikant effekt på självupplevda kunskaper inom kompetensområdena *Säkerhet och kvalitet* samt *Vårdmiljö*.

Tabell 6. Verksamhetsområdets påverkan på svar inom kompetensområdena *Säkerhet och kvalitet* samt *Vårdmiljö*.

<i>Verksamhetsområde* Säkerhet och kvalitet samt vårdmiljö</i>	<i>Antal svar</i>	<i>Medelvärde</i>	<i>Högsta skattning</i>	<i>Lägsta skattning</i>
Fråga 14 Jag är uppdaterad på aktuella lagar och författningar				
Rättspsykiatrisk vårdavdelning	23	7,8	9,7	4,1
Allmän psykiatrisk vårdavdelning	15	6,0	9,2	2,0
Öppenvårdspsykiatri	14	5,9	8,3	1,1
Fråga 15 Jag är uppdaterad på aktuella riktlinjer inom psykiatriens område				
Rättspsykiatrisk vårdavdelning	23	7,4	9,5	0,4
Allmän psykiatrisk vårdavdelning	15	6,7	9,2	4,5
Öppenvårdspsykiatri	14	6,8	9,0	4,0
Fråga 16 Jag har fördjupade kunskaper i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete				
Rättspsykiatrisk vårdavdelning	23	6,7	9,6	0,5
Allmän psykiatrisk vårdavdelning	15	5,6	9,4	1,7
Öppenvårdspsykiatri	14	5,9	7,8	2,3
Fråga 18 Jag har fördjupade kunskaper i att kunna medverka till en trygg och säker vårdmiljö				
Rättspsykiatrisk vårdavdelning	23	7,8	9,5	0,2
Allmän psykiatrisk vårdavdelning	15	6,6	9,3	1,9
Öppenvårdspsykiatri	14	6,8	9,2	1,1
Fråga 19 Jag har fördjupade kunskaper i att kunna utveckla funktionell och ändamålsenlig vårdmiljö				
Rättspsykiatrisk vårdavdelning	23	7,3	9,7	3,1
Allmän psykiatrisk vårdavdelning	15	5	8,9	1,8
Öppenvårdspsykiatri	14	5,3	8,0	0,8
Fråga 20 Jag har god förmåga att medverka till en trygg och säker vårdmiljö				
Rättspsykiatrisk vårdavdelning	23	8,0	9,6	5,7
Allmän psykiatrisk vårdavdelning	15	7,6	9,3	5,0
Öppenvårdspsykiatri	14	6,7	8,9	3,2
Fråga 21 Jag har god förmåga att utveckla en funktionell och ändamålsenlig vårdmiljö				
Rättspsykiatrisk vårdavdelning	23	7,7	9,5	2,4
Allmän psykiatrisk vårdavdelning	15	6,5	8,9	2,6
Öppenvårdspsykiatri	14	6,8	8,4	4,5
Fråga 22 Jag har god förmåga att hantera konflikter med patienter				
Rättspsykiatrisk vårdavdelning	23	8,4	9,8	6,2
Allmän psykiatrisk vårdavdelning	15	8,5	9,8	6,1
Öppenvårdspsykiatri	14	7,7	9,6	6,0
Fråga 23 Jag har fördjupade kunskaper i att hantera konflikter med patienter				
Rättspsykiatrisk vårdavdelning	23	7,8	9,8	3,0
Allmän psykiatrisk vårdavdelning	15	6,4	9,1	0,4
Öppenvårdspsykiatri	14	6,9	9,4	3,0

För att utröna huvud- och interaktionseffekters påverkan på sjuksköterskornas självskattade kunskaper utfördes en MANOVA med de 9 kompetensområdena (tabell 3), vars frågor omvandlats till summavariabler, vilka användes som 9 beroende variabler i den multivariata analysen. Som oberoende variabler användes sjuksköterskors arbetsplats inom verksamhetsområdena: rättspsykiatrisk avdelning, allmänpsykiatrisk avdelning och öppen psykiatrisk vård (tabell 1 & 2). Vidare användes antal år inom psykiatrisk vård, kön, utbildning och ålder som oberoende variabler. Huvudeffekterna av MANOVA presenteras i tabell 4.

Verksamhetsområdenas tre olika typer av psykiatrisk vård hade signifikanta huvudeffekter på kunskaper inom kompetensområdena *Säkerhet och kvalitet* samt *Vårdmiljö* (tabell 4 & 5). Kön visade sig ha huvudeffekt på kunskaper inom kompetensområdena *Säkerhet och kvalitet*, *Vårdmiljö*, *Bemötande*, *information och undervisning* samt *Forskning, utveckling och utbildning* (tabellerna 5,8,9,10 & 11). Eftersom undersökningsdeltagarna inte översteg 52, minimerades risken för falska signifikanser (tabell 4).

4.5 Interaktionseffekter av multivariat variansanalys

Interaktionseffekterna av den multivariata variansanalysen återfinns i tabell 7.

Tabell 7. Multivariata interaktionseffekter mellan variabler.

Källa	Kompetensområden	Regressions-kvadrat-summa	df	Medel-Kvadrat-summa	F	p
VERKSAMHETSOMRÅDE*	Undersökningar och behandlingar	428,722	2, 49	214,361	4,578	,036
ÅLDERSKATEGORIER	Forskning, utveckling och utbildning	255,470	2	127,735	2,502	<i>n.s.</i>
ÅLDERS KATEGORIER * KÖN	Vårdmiljö	242,581	1	242,581	7,038	,022
	Forskning, utveckling och utbildning	228,002	1	228,002	4,467	,058
KÖN * ARBETSÅR INOM PSYKIATRISK VÅRD	Omvårdnads- och medicinsk vetenskap	1019,535	2	509,767	2,908	<i>n.s.</i>
	Säkerhet och kvalitet	86,585	2	43,292	4,932	,030
VERKSAMHETSOMRÅDE * SPECIALIST UTBILDNINGS KATEGORI	Säkerhet och kvalitet	164,407	2	82,204	9,365	,004
	Undersökningar och behandlingar	232,636	2	116,318	2,484	<i>n.s.</i>
	Forskning, utveckling och utbildning	635,201	2	317,600	6,222	,016
	Ledarskap	794,114	2	397,057	4,859	,031
ÅLDERS KATEGORIER *						
SPECIALISTUTBILDNINGSKATEGORI	Ledarskap	581,146	1	581,146	7,112	,022

Den multivariata variansanalysen med de 9 kompetensområdena, som omvandlats till summavariabler, vilka användes som beroende variabler med oberoende variabler arbetsorganisationer, ålderskategorier, kön, arbetsår inom psykiatri och specialistutbildningskategori med eller utan specialisering (tabell 1 & 2). Från tabell 4 kan man läsa att typ av arbetsorganisation interagerade med ålderskategorier, största gruppen, det vill säga 10 av personalen befann sig i åldern 56-65 och arbetade inom rättspsykiatri samt skattade sina kunskaper högst inom *Undersökningar och behandlingar*. *Ålder * kön* interagerar med avseende

på kunskaper inom *Vårdmiljö* (Av 12 män befinner sig 9 i ålderskategorin 56-65). Interaktionen kön * arbetsår inom psykiatrisk vård har effekt för självskattad kunskap inom området *Säkerhet och kvalitet*. Ingen man har jobbat mindre än 10 år då däremot 10 kvinnor av 40 gjort det. Interaktionen verksamhetsområde * specialistutbildningskategori (tabell1) hade inverkan på självskattad kunskap inom tre kunskapskompetensområden och var därmed den med verksamma interaktionen i föreliggande resultat. Kunskaper om ledarskap var relaterade till ålder* specialisering.

Tabell 8. Undersökningsdeltagarnas svar på frågorna inom kompetensområdet *säkerhet och kvalitet* utifrån könstillhörighet

<i>Kön * Säkerhet och kvalitet</i>		<i>Antal svar</i>	<i>Medelvärde</i>	<i>Högsta skattning</i>	<i>Lägsta skattning</i>
Fråga 14 Jag är uppdaterad på aktuella lagar och författningar	Män	12	6,4	9,2	2,0
	Kvinnor	40	6,9	8,3	1,1
	Totalt	52	6,7	9,2	1,1
Fråga 15 Jag är uppdaterad på aktuella riktlinjer inom psykiatrins område	Män	12	6,4	9,0	4,5
	Kvinnor	40	7,4	9,0	4,0
	Totalt	52	6,9	9,0	4,0
Fråga 16 Jag har fördjupade kunskaper i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	Män	12	5,4	9,4	1,7
	Kvinnor	40	6,5	7,8	2,3
	Totalt	52	6	9,4	1,7

Tabell 9. Undersökningsdeltagarnas svar på frågorna inom kompetensområdet *forskning, utveckling och utbildning* utifrån könstillhörighet

<i>Kön * Forskning, utveckling och utbildning</i>		<i>Antal svar</i>	<i>Medelvärde</i>	<i>Högsta skattning</i>	<i>Lägsta skattning</i>
Fråga 31 Jag initierar och/eller medverkar i omvårdnadsforskning	Män	12	2,6	9,0	0,2
	Kvinnor	40	3,5	9,9	0
	Totalt	52	3,1	9,9	0
Fråga 32 Jag initierar och /eller medverkar i utvecklingsarbete	Män	12	2,6	9,0	0,2
	Kvinnor	40	3,5	9,9	0
	Totalt	52	3,1	9,9	0
Fråga 33 Jag håller mig uppdaterad på evidensbaserad vård med särskilt beaktande av psykiatrisk omvårdnad	Män	12	4,6	9,1	0,2
	Kvinnor	40	6,3	10	0
	Totalt	52	5,45	9,1	0

Tabell 10. Undersökningsdeltagarnas svar på frågorna inom kompetensområdet *vårdmiljö* utifrån könstillhörighet.

<i>Kön * Vårdmiljö</i>	<i>Antal svar</i>	<i>Medelvärde</i>	<i>Högsta skattning</i>	<i>Lägsta skattning</i>
Fråga 18 Jag har fördjupade kunskaper i att kunna medverka till en trygg och säker vårdmiljö	Män 12 Kvinnor 40 Totalt 52	6,7 7,2 7	9,2 9,5 9,5	1,9 0,2 0,2
Fråga 19 Jag har fördjupade kunskaper i att kunna utveckla funktionell och ändamålsenlig vårdmiljö	Män 12 Kvinnor 40 Totalt 52	6,7 7,2 7	9,2 9,5 9,5	1,9 0,2 0,2
Fråga 21 Jag har god förmåga att utveckla en funktionell och ändamålsenlig miljö	Män 12 Kvinnor 40 Totalt 52	6,9 7,0 7,0	9,8 9,5 9,8	4,7 2,4 2,4
Fråga 22 Jag har god förmåga att hantera konflikter med patienter	Män 12 Kvinnor 40 Totalt 52	8,5 8,1 8,3	9,8 9,8 9,8	6,8 6,0 6,0
Fråga 23 Jag har fördjupade kunskaper i att hantera konflikter med patienter	Män 12 Kvinnor 40 Totalt 52	7,0 7,0 7,0	9,0 9,8 9,8	0,9 0,4 0,4

Tabell 11. Undersökningsdeltagarnas svar på frågorna inom kompetensområdet *bemötande, information och undervisning* utifrån könstillhörighet

<i>Kön * Bemötande, information och undervisning</i>	<i>Antal svar</i>	<i>Medelvärde</i>	<i>Högsta skattning</i>	<i>Lägsta skattning</i>
Fråga 28 Jag utför och medverkar i undersökningar och behandlingar utifrån eget kompetensområde	Män 12 Kvinnor 40 Totalt 52	5,6 4,0 4,8	9,6 9,8 9,8	0,4 0,3 0,3
Fråga 29 Jag ifrågasätter ofta oklara ordinationer från läkare	Män 12 Kvinnor 40 Totalt 52	6,5 4,6 5,6	10 10 10	1,9 0 0
Fråga 30 Jag ifrågasätter oklara direktiv från annan auktoritet	Män 12 Kvinnor 40 Totalt 52	6,7 4,5 5,6	9,7 10 10	2,4 0,1 0,1

4.6 Omvårdnadsteoretisk kunskap

Två sjuksköterskor angav att de jobbade mest med terapier varför det för dem var ovant att tänka i omvårdnadsfrågor och svara på dessa. Sammanlagt 46 sjuksköterskor av 52 svarade att de kände till någon omvårdnadsteori (tabell 2). På frågan om sjuksköterskan hade någon favorit bland

omvårdnadsteoretiker svarade 5 stycken att de hade det, 4 stycken svarade Katie Eriksson och 1 svarade Travelbee.

5 Diskussion

5.1 Sammanfattning av huvudresultatet

Huvudresultatet visade att sjuksköterskornas självskattade kunskaper inom kompetensområdena *Omvårdnads- och medicinsk vetenskap, Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa, Säkerhet och kvalitet, Vårdmiljö, Bemötande, information och undervisning, Undersökningar och behandlingar, Forskning, utveckling och utbildning, Personlig och professionell utveckling och Ledarskap* var influerade av verksamhetsområdets beskaffenhet, den berördas ålder, kön, antal arbetsår inom psykiatrisk vård och innehav av specialistutbildning. Vidare påverkades sjuksköterskornas självskattade kunskaper inom kompetensområdena av föreliggande oberoende variablers samspel.

5.2 Resultatdiskussion

Skillnader i sjuksköterskornas skattningar beroende på var de arbetade, fanns inom kompetensområdena *Säkerhet och kvalitet* samt *Vårdmiljö*. Inom *Säkerhet och kvalitet* skattade sjuksköterskorna inom rättspsykiatri högst (medelvärde) på alla frågorna, medan de i allmän psykiatrisk vård och de i öppenvård psykiatri skattade nästan lika, men ca 10 % lägre än de inom rättspsykiatri. Även inom *Vårdmiljö* skattade sjuksköterskorna inom rättspsykiatri högst på 5 av 6 frågor, medan de övriga vårdinrättningarna varierade lite (se tabell 6). En sjuksköterska måste hålla sig uppdaterad med utvecklingen och aktuell forskning för att kunna utföra sina uppgifter. Sjuksköterskan ansvarar för att omvårdnaden utförs på ett ändamålsenligt sätt och bygger på vetenskap och erfarenhet (SOSFS 1993:17). Då patienter inom rättspsykiatrisk vård är dömda till vård enligt LRV (SOSFS 1991:1129) så kan detta göra att sjuksköterskorna inom rättspsykiatri är mer medvetna om och uppdaterade på aktuella lagar och författningar. Hot och våld från patienter har upplevts som ett större problem bland sjuksköterskor i rättspsykiatri än bland övrig personal inom psykiatrisk vård (Macinnes, 1998). Detta kan tolkas som att arbetet i rättspsykiatri i högre grad kräver god förmåga och fördjupade kunskaper i att hantera konflikter än inom annan psykiatrisk vård.

Då män och kvinnor jämfördes hittades signifikanta skillnader inom kompetensområdena *Säkerhet och kvalitet*, *Forskning, utveckling och utbildning*, *Vårdmiljö* och *Bemötande, information och undervisning*. På de 3 frågorna inom *Säkerhet och kvalitet*, samt de 3 frågorna inom *Forskning, utveckling och utbildning* skattade kvinnorna högst på alla. De 3 frågorna inom *Bemötande, information och undervisning* skattades högst av män. Inom *Vårdmiljö* skattade kvinnorna högst på frågorna som handlade om att kunna utveckla och medverka till trygg, säker och ändamålsenlig vårdmiljö. Frågan om god förmåga att hantera konflikter med patienter skattade männen högst, medan män och kvinnor svarade lika på frågan om de hade fördjupade kunskaper att hantera konflikter med patienter (se Tabell 10).

På frågorna inom kompetensområdet *Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa* skattade de sjuksköterskor utan specialistutbildning högst. I framtiden tros specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård förekomma oftare i multidisciplinära team inom primärvården med sina medicinska kunskaper och kunskaper i case management (Naegle & Krainovich-Miller, 2001). Att integrera psykiatrin i primärvården kan vara ett sätt att främja hälsa och förebygga ohälsa, då en större helhetssyn av patienten borde möjliggöras.

Enligt Barker et. al. (1999) krävs att psykiatrisjuksköterskan har god förmåga inom många olika kompetensområden vilket Bowring-Lossock (2006) framhåller att alla sjuksköterskor inte har förmåga att kunna etablera trovärdiga allianser med sårbara patientgrupper. Därför önskas en mera avancerad kompetensutveckling utifrån yrkesskicklighet och kunskap kopplad till lämpliga värderingar och ståndpunkter (Bowring-Lossock, 2006). Frågan är om de sjuksköterskor med god förmåga och de sjuksköterskor med sämre förmåga att etablera trovärdiga allianser med patienter, har självinsikt om sina styrkor och svagheter. Dessa insikter borde påverka hur de skattar sig själva i kompetens.

Sjuksköterskor har visat sig skatta den självupplevda kompetensen högre ju längre arbetslivserfarenhet de har (Salonen, Kaunonen, Meretoja & Tarkka, 2007). Sjuksköterskorna utan specialistutbildning i psykiatri skattade högre än de med specialistutbildning inom kompetensområdena *Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa* och *Omvårdnads- och*

medicinsk vetenskap. Arbetslivserfarenheten och åldern hos undersökningsdeltagarna visade dock inte att detta hade något samband med varför de utan specialistutbildning skattade högre än de som hade, eftersom de både var yngre, hade färre år i yrket och färre år inom psykiatrisk vård än genomsnittet. Enligt Räikkönen, Perälä och Kahanpää (2007) kunde både personal med kort och personal med lång arbetslivserfarenhet ha låg uppfattning om sin yrkesskicklighet (*Ibid.*).

Utifrån Peplaus (1997) omvårdnadsteori framhålls vikten av sjuksköterskors sociala kompetens och att det primära målet är att identifiera patienters behov. Som sjuksköterska inom psykiatrisk vård får det anses som eftersträvansvärt att i mötet med patienter vara lyhörd, empatisk och att ha förmåga att ta hänsyn till patienters integritet. En bra allians med patienten är viktig för att denne skall ha möjlighet att kunna känna förtroende för sjuksköterskan och på så sätt kunna uttrycka sina behov. Cai, Li & Zhang (2008) belyste att kvaliteten på omvårdnad är relaterad till måendet och arbetstillfredsställelsen hos omvårdnadspersonal och Arvidsson, Löfgren och Fridlund (2001) har påvisat att sjuksköterskor genom grupphandledning upplevde att de fick ett mera samlat omvårdnadsperspektiv och att deras därigenom ökade självförtroende gav upphov till en större arbetsrelaterad självständighet. För att kunna utföra ett optimalt arbete som sjuksköterska är det viktigt att ha möjlighet till att ventilerat problem och diskutera omvårdnadsproblem. Då handledning tycks stärka sjuksköterskan i hennes yrkesroll är det av stor vikt att handledning är obligatorisk, då den även måste anses kunna vara ett led i att fortsatt kunna utveckla sin sociala kompetens som Peplau efterlyser.

5.3 Metoddiskussion

5.3.1 Validitet

Validitet avser giltighet eller att en mätning verkligen mäter det den ska mäta. De undersökningsdeltagare (udd) som inte ville delta i studien utgjorde ett hot mot den externa validiteten eller generaliserbarheten. För att minska risken för bortfall och hot mot den externa validiteten, var uppsatsförfattarna vara närvarande vid så många enheter som möjligt under vecka 9 - 16 år 2009, och presentera studien samt svara på frågor. Uppsatsförfattarna lämnade ut enkäter vid 21 psykiatriska enheter, och var personligen närvarande vid 18 av dessa tillfällen. Genom att udd fick kuvert som de själva klistrade igen efter genomförd skattning, minskades

riskan för att de skulle känna sig observerade, vilket även kunde utgöra ett hot mot den externa validiteten. För att få så många deltagare som möjligt i studien så gavs en generös inlämningstid. Alla enkäter var insamlade under 8 veckor. Även om alla tillfrågade ej deltog i undersökningen säkrades den interna validiteten med i detta fall tydliga enkäter. VAS-skalan användes för att mäta udd:s skattningar, för att vara exakt mättes skalan från 0cm till 10cm med en decimal. Alla enkätsvar mättes med samma linjal. Analys och mätningar av enkäterna gjordes först efter att alla enkäter inkommit. Bortfallet blev 21 stycken (28,8%) vilket må betraktas som vanligt och måttligt bortfall och kan bero på att vissa personer avstod från att delta på grund av hög arbetsbelastning, bristande intresse eller längre frånvaro från arbetsplatsen. För att kartlägga inom vilken organisation undersökningsdeltagarna arbetade, fick svarskuverten olika färg beroende på om de delades ut i psykiatrisk öppenvård, allmän psykiatrisk slutenvård eller rättspsykiatrisk vård. Enkäterna kodades ej, varför individuella påminnelser om deltagande ej kunde göras. Då udd skattade sin egen kompetens så kan inte uteslutas att svaren påverkades av personlighetsfaktorer såsom självkänedom och självkänsla vilket kan ha hotat den interna validiteten. Kelly, Harper & Landau (2008) har belyst begreppet social önskvärdhet, som till skillnad från ljugandet, innefattar både medvetna och omedvetna processer. Validiteten vid en enkätundersökning kan ha behäftats med fenomenet social önskvärdhet, det vill säga vederbörande ville framställa sig i bästa möjliga dager. I detta fall kan de sjuksköterskor utan specialistutbildning ha skattat generellt något högre då de informerats om studiens syfte att jämföra självupplevd kompetens med specialistutbildade sjuksköterskor.

5.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet innebär mätsäkerhet, upprepad mätning av samma sak ger alltså samma resultat. Reliabilitet är alltså ett mått på tillförlitlighet och säkerhet hos en metod vilken visar att resultatet inte är slumpmässigt, såsom frihet från slumpfel i en mätning, en slutledning eller ett omdöme (Polit & Hungler, 1999). Inom psykiatri och medicin används parametriska analysmetoder på ickeparametriska variabler, vilket var skälet till att använda MANOVA och ANOVA. På grund av att nio beroende variabler och fem oberoende variabler användes i MANOVA:n må viss försiktighet iaktas vid tolkningen av signifikanser, å andra sidan motverkades uppkomsten av slumpartade signifikanser genom att antalet undersökningsdeltagare ej var för stort. Ett litet antal undersökningsdeltagare ger vanligen upphov till en relativt sett större spridning eller varians

vilken leder till att resultatet ej blir signifikant. Cronbachs alfa är ett reliabilitetsmått som användes för att säkerställa den interna konsistensen, vilket betyder att varje item inom ett visst kunskapsområde mätte samma sak. Endast två kunskapsområden av nio hade en Cronbachs α som låg något under 0,70. En allmänt accepterad regel är att α mellan 0.6-0.7 indikerar en acceptabel reliabilitet, och 0.8 eller högre en god reliabilitet (Cronbach's alpha, 2009). Angående denna uppsats är det möjligt att replikera fynden med samma metoder och att få fram samma eller snarlika resultat. Även svarsfrekvensen får anses som tillfredställande då den uppgick till 71,2 %.

5.4 Klinisk tillämpning

Det har visat sig att en sjuksköterska i ett visst sammanhang, eller med en viss kunskap skattar sig på ett visst sätt. Vilket kön sjuksköterskan har påverkar hur hon upplever sin kompetens. Äldre eller ny specialistutbildning har inte visat något av betydelse. Dessa faktorer är värda att beakta vid utvärdering av självskattad kunskap.

5.5 Förslag till vidare forskning

Arbete inom visst verksamhetsområde påverkade fördjupningen av kunskap inom ett visst område. Hur ser då dessa verksamhetsområden ut? Hur skulle kunskaperna se ut i en jämförelse mellan barnpsykiatri eller mobila team?

5.6 Slutsats

Huvudresultatet av föreliggande studie visade att sjuksköterskornas självskattade kunskaper inom kompetensområdena *Omvårdnads- och medicinsk vetenskap, Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa, Säkerhet och kvalitet, Vårdmiljö, Bemötande, information och undervisning, Undersökningar och behandlingar, Forskning, utveckling och utbildning, Personlig och professionell utveckling* och *Ledarskap* var influerade av olika faktorer. Sjuksköterskans kunskaper inom kunskapsområdet *Säkerhet och kvalitet* samt inom området *Vårdmiljö* påverkades av verksamhetsområdena: Rättspsykiatri, Allmän sluten vård eller öppen psykiatrisk vård. Kunskaper inom området *Undersökningar och behandlingar* påverkades av interaktionen mellan verksamhetsområde och ålder. Kön påverkade självupplevd kompetens inom områdena *Säkerhet och kvalitet* samt *Vårdmiljö*. Könsskillnader fanns inom områdena *Bemötande, information och undervisning* samt *Forskning, utveckling och utbildning*.

Sjuksköterskornas utbildning influerade kunskaper inom *Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa* vilka var influerade av specialistutbildningen men även av sjuksköterskans ålder. Vidare påverkades kunskapsområdet *Ledarskap* av specialistutbildningens interaktion med sjuksköterskans ålder. Emellertid visade resultatet att sjuksköterskor med specialistutbildning skattade sin självupplevda kompetens lägre inom *Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa* än de sjuksköterskor som inte hade vidareutbildning. Utifrån Peplaus (1997) omvårdnadsteori framhålls att omvårdnaden bygger på relationen mellan patient och sjuksköterska, där sjuksköterskan är speciellt utbildad för att identifiera och bemöta patientens specifika behov. Följaktligen spelar sjuksköterskor oavsett specialistutbildning eller inte en viktig roll i mötet med patienten och denna förmåga innefattar bland annat empati och lyhördhet. Empatin är en personlighetskomponent som vederbörande inte nödvändigtvis kan skaffa sig genom utbildning.

6 Referenser

- Allen, J. (1998). A survey of psychiatric nurses' opinions of advanced practice roles in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 451-462.
- Arvidsson, B., Löfgren, H. & Fridlund B. (2000). Psychiatric nurses' conceptions of how group supervision in nursing care influences their professional competence. *Journal of Nursing Management*, 8, 175-185.
- Arvidsson, B., & Skärsäter, I. (2006). *Psykiatrisk omvårdnad- att stödja hälsofrämjande processer*. Studentlitteratur.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur.
- Barker, P., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999). What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 273-282.
- Benner, P., Grundberg, T., & Rooke, L. (1993). *Från novis till expert: mästerskap i talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad- omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bathsevani, C., Khalaf, A., & Willman, A. (2005). Evaluation psychiatric nurses' awareness of evidence-based nursing publications. *Worldviews on evidens-based nursing*, 2, 196-207.
- Berg, A., & Rahm- Hallberg, I. (2000). The meaning and significance of clinical group supervision and supervised individually planned nursing care as narrated by nurses on a general team psychiatric ward. *Australian and New Zealand journal of mental health nursing*, 9, 110-27

Björck, M., & Sandman, L. (2007). Vårdrelation – ett försök att tydliggöra begreppsanvändningen. *Vård i Norden*, 4, 14-19.

Bowring- Lossock, E. (2006). The forensic mental health nurse- a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13, 780-785.

Cai, Z-X., Li. K., & Zang, X-C. (2008). Workplace stressors and coping strategies among Chinese psychiatric nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 4, 223-231.

Cameron, D., Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Realising the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse- patient relationship. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12, 64-74.

Carlsson, G. (2007). Vård som berör – en studie av våldsamma möten inom psykiatrisk vård. *Vård i Norden*, 3, 29-34.

Clarke, L. (2006). So what exactly is a nurse? *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 13, 388-394.

Cowman, S., Farrelly, M., & Gilheany, P. (2001). An examination of the role and function of psychiatric nurses in clinical practice In Ireland. *Journal of advanced nursing*, 34, 745-753.

Cronbach's alpha (2009). Internal consistency.

<http://en.wikipedia.org/wiki/Internal_consistency>. Hämtad den 14 maj.

Cutcliffe, J.R. (1996). The nature of expert psychiatric nurse practice: a grounded theory study. *Journal of clinical nursing*, 6, 325-332.

Fredriksson, L., & Lindström, Å. U. (2002). Caring conversations- psychiatric patients' narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 369-404

Furåker, C., & Nilsson, A. (2009). The competence of certified nurses assistants caring for persons with dementia diseases in residential facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16, 146-152.

Författningshandboken 2008 för personal inom hälso- och sjukvård (2007). Liber AB.

Geanelios, R. (2003). Nursing based evidence: moving beyond evidence-based practice in mental health nursing. *Journal of evaluation in clinical practice*, 10, 177-186.

Greenhalgh, J., Vanhanen, L., & Kyngäs, H. (1998). Nurse caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*. 27, 927-932.

Haber, J. (2000). Hildegard E. Peplau: The psychiatric Nursing Legacy of a Legend. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6, 56-62.

Hummelvoll, J.K., & Severinsson, E. (2002). Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 4, 416-424.

Jones, A. (2006). Supplementary prescribing: relationships between nurses and psychiatrists on hospital psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13, 3-11.

Jones, M., Bennet, J., Lucas, B., Miller, D., & Gray, R. (2007). Mental health nurse supplementary prescribing: experiences of mental health nurses, psychiatrists and patients. *Journal of advanced nursing*, 5, 488-496.

Josefsson, K., Sonde, L., & Robins- Wahlin, T-B. (2006). Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 428-441.

Kaas, M. J., Dehn, D., Dahl, D., Frank, K., Markley, J., & Hebert, P. (2000). A view of prescriptive practice collaboration: perspectives of psychiatric- mental health clinical nurse specialists and psychiatrists. *Archives of psychiatric nursing, 14*, 222-234.

Karlsén, R. (2007). Improving the nursing documentation: professional consciousness- raising in a northern- norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 573-577.

Kelly, D., Harper, D. J., & Landau, B. (2008) Questionnaire mode effects in interactive information retrieval experiments. *Information Processing and Management: an International Journal. 1*, 122-141.

Lauder, W., Reynolds, W., Smith, A., & Sharkey, S. (2002). A comparison of therapeutic commitment, role support, role competency and empathy in three cohorts of nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 483–491.

Macinnes, D.L (1998). The difference between health professionals in assessing levels of caregiver burden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5*, 265-271.

Mahler C., Ammenwerth E., Wagner A., Tautz A., Happek T., Hoppe B., & Eichstädter (2006). Effects of a computer-based nursing documentation system on the quality of nursing documentation. *Journal of Medical system, 31*, 274-282.

Mahoney J. S., & Engebretsen J. (2000) The interface of anthropology and nursing guiding culturally competent care in psychiatric nursing. *Archives of psychiatric nursing, 4*, 183-190.

Martin, T., & Street, A.F. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 543-551.

McCabe, S. (2000). Bringing Psychiatric Nursing Into The Twenty- first Century. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 109-116.

Naegle, M. A., & Krainovich- Miller, B. (2001). Shaping the advanced practice psychiatric- mental health nursing role: a futuristic model. *Issues in mental health nursing*, 22, 461-482.

Nyström, M.(2002). Att arbeta med psykiskt funktionshindrade personer inom psykiatrin och socialtjänsten- Professionella vårdgivares uppfattningar. *Vård i Norden*, 3, 32-38.

Nyström, M. (2003). Vilka önskemål har psykiskt funktionshindrade människor? *Vård i Norden*, 67, 10-15.

Nyström, M., & Piscator, R. (2007). Att dra sig tillbaka från omgivningen, en ond cirkel vid svår psykisk ohälsa. *Vård i Norden*, 1, 31-36.

Olofsson, B.,& Norberg, A (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 89-97.

Pallant, J. *SPSS Survival manual (2007)*. Ligare Book Printer. Sydney.

Palmblad, B. (2000). *Sjuksköterska- självständig yrkesroll i psykiatrin*. Vårdförbundet.

Peplau, H. E. (1997). *Nursing Science Quarterly*. 4, 162-167.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilizations*. Philadelphia; JB Lippincott Company.

Price, B. (1998). Explorations in body image care: Peplau and practice knowledge. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 179-186.

Rask, M., & Rahm- Hallberg, I. (2000). Forensic psychiatric nursing care- nurses apprehension of their responsibility and work content: a swedish survey. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7, 163-177.

Räikkönen, O., Perälä, M-L., & Kahanpää, A. (2007). Staffing adequacy, supervisory support and quality of care in long-term care settings: staff perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 615-626.

Salonen, H. A., Kaunonen, M., Meretoja, R., & Tarkka, M-T. (2007). Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management*, 15, 792-800.

SSF (2005) Psykiatriska Riksföreningen- PRF och Svensk Sjuksköterskeförening- SSF, *Kompetensbeskrivning- för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. ssf@swenurse.se

Stickley, T. (2002). Counselling and mental health nursing: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9, 301-308.

Wahlgren, L. (2008). SPSS steg för steg. Studentlitteratur.

Wand, T., & White, B. (2007). Progression of the mental health nurse practitioner role in Australia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 644-651.

Willman, A., & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Studentlitteratur.



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Bilaga 1

Till verksamhetschef

vid -----
klinik, sjukhus, vårdenhet

Härmed anhålles om tillstånd att i uppsatsarbete, som ingår som del i utbildning vid Institutionen för vårdvetenskap och sociologi, Högskolan i Gävle, söka uppgifter enligt den beskrivning som ges nedan.

Kort beskrivning av studiens uppläggning

Introduktion

Enligt Svedberg (2006) krävs ny personalkunskap om vad som befrämjar hälsa i psykiatrisk omvårdnad. Specialistsjuksköterskans uppgifter inom psykiatrin har utökats till att omfatta förmågan att kritiskt reflektera över rutiner och metoder. Även tillämpning av kunskaper inom omvårdnad, medicinsk vetenskap,habilitering/rehabilitering samt samhälls- och beteendevetenskap är andra exempel på psykiatrisjuksköterskans uppgift.

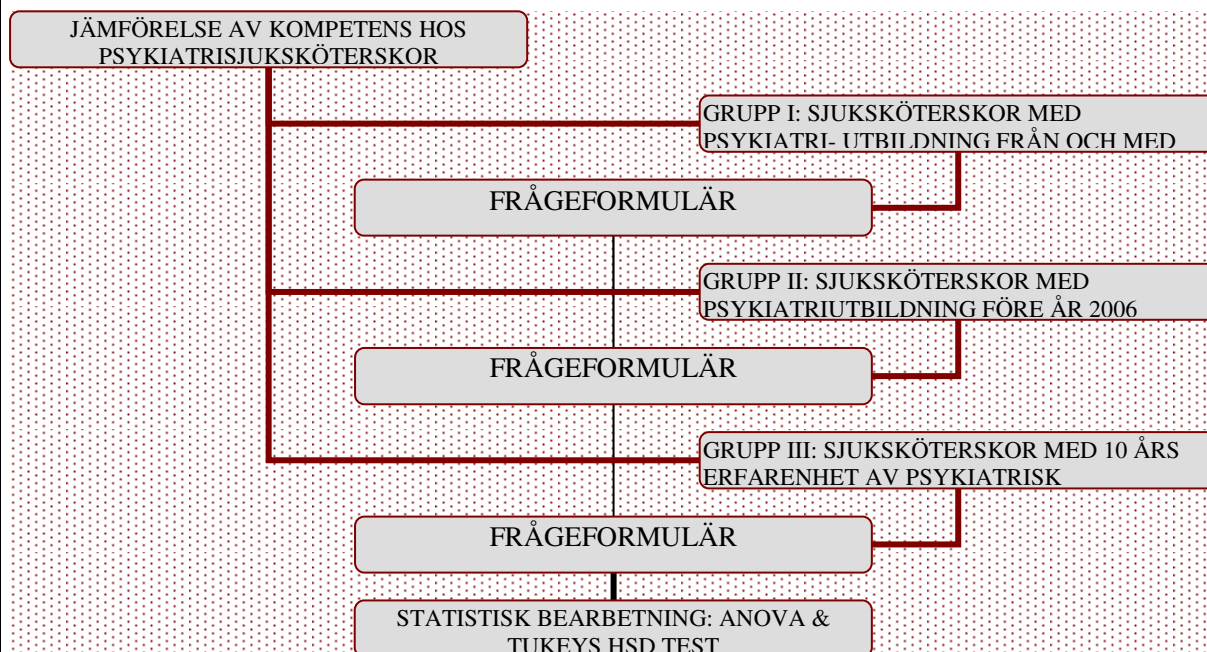
Frågeställning

1. Skiljer sig sjuksköterskors kompetens inom psykiatrin mellan de som specialiserat sig före eller efter år 2006 (mätt med bilagda frågor)
2. Kompenserar lång erfarenhet inom psykiatrin sjuksköterskans avsaknad av specialisering (mätt med bilagda frågor)

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att undersöka eventuella skillnader i kompetens (mätta med bilagda frågor) mellan sjuksköterskor med aktuell specialistutbildning i psykiatri och sjuksköterskor med äldre dito specialistutbildning samt sjuksköterskor som saknar vidareutbildning i psykiatri. Vidare undersöks om lång erfarenhet av arbetet inom psykiatrin kompenserar avsaknaden av specialistutbildning.

Metod



Figur 1. Syftet med arbetet är att jämföra skillnader i kompetens mellan tre grupper av sjuksköterskor inom psykiatin.

Urval

Se figur 1.

Etiska aspekter

Inga patienter, som kräver etiskt tillstånd, involveras i studien.

Studerandes namn

Handledares namn

Annelie Bergström
Martina Algotsson

Béatrice Ewalds- Kvist,
Psyk.doc

Tillstånd erhålles Ja Nej

Ort och datum

Verksamhetschef

|

Bästa vårdpersonal inom psykiatri,

Vi är två sjuksköterskor som vidareutbildar oss inom psykiatri och skriver ett examensarbete om olika kompetenser hos oss sjuksköterskor inom detta område. Syftet med studien är att jämföra om det finns skillnader i självupplevd kompetens mätt med ett frågeformulär, mellan sjuksköterskor som vidareutbildats före eller efter år 2006 samt sjuksköterskor som ej erhållit vidareutbildning men har minst 5 års arbetslivserfarenhet från psykiatri.

Undersöknings-deltagarna skall alltså ha gått vidareutbildningen före eller efter 2006 eller är sjuksköterskor som har minst 5 års yrkeserfarenhet inom psykiatri.

Vi är tacksamma för er medverkan genom att fylla i våra enkäter. Deltagandet är naturligtvis frivilligt och kan när som helst avbrytas utan konsekvenser. Full konfidentialitet garanteras och identifiering av undersökningsdeltagarna är omöjlig. När analysen är genomförd förstörs materialet.

Tack för Din medverkan!

Martina Algotsson

Annelie Bergström

Bakgrundsvariabler

Man Kvinna Född år:.....
 Antal år som sjuksköterska: Antal år i psykiatri:.....
 Antal år i psykiatri som sjuksköterska:..... Sjuksköterskeutbildning, avslutad år:...

Jag arbetar inom: Öppenvård Sluten vård

Annat, vad?.....

Specialistutbildning i psykiatri för sjuksköterskor Ja Nej

Om ja, vilket år påbörjade du din utbildning?.....Vilket år tog du examen?

Övrig utbildning som är relevant för ditt arbete i psykiatri:

.....

Omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap

- Känner du till någon omvårdnadsteori? Ja Nej
- Har du någon favorit bland omvårdnadsteoretiker? Ja Nej

Om ja, vilken?.....

På nedanstående frågor, sätt ett kryss på linjen där du tycker att påståendet passar bäst in på dig.

- 1) Jag har god förmåga att uppmärksamma patienters fysiska behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

- 2) Jag har fördjupade kunskaper i att uppmärksamma patienters fysiska behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

- 3) Jag har god förmåga att uppmärksamma patienters psykiska behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

- 4) Jag har fördjupade kunskaper i att uppmärksamma patienters psykiska behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

- 5) Jag har god förmåga att uppmärksamma patienters sociala behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

- 6) Jag har fördjupade kunskaper i att uppmärksamma patienters sociala behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

7) Jag har god förmåga att uppmärksamma patienters kulturella behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

8) Jag har fördjupade kunskaper i att uppmärksamma patienters kulturella behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

9) Jag har god förmåga att uppmärksamma patienters andliga behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

10) Jag har fördjupade kunskaper i att uppmärksamma patientens andliga behov

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

11) Jag tillämpar kunskaper inom medicinsk vetenskap

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa

12) Jag tar tillvara patienters egna resurser för att främja dennes hälsa

Instämmer _____ Instämmer inte alls
helt

13) Jag jobbar aktivt med att motivera patienter till förändrad livsstil i syfte att förebygga ohälsa

Instämmer _____ Instämmer inte alls
helt

Säkerhet och kvalitet

14) Jag är uppdaterad på aktuella lagar och författningar

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

15) Jag är uppdaterad på aktuella riktlinjer inom psykiatriens område

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

16) Jag har fördjupade kunskaper i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

17) Jag har kunskaper i att hantera situationer där våld, hot om våld eller risk för skada föreligger

Instämmer _____ Instämmer inte alls
helt

Vårdmiljö

18) Jag har fördjupade kunskaper i att kunna medverka till en trygg och säker vårdmiljö

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

19) Jag har fördjupade kunskaper i att kunna utveckla funktionell och ändamålsenlig miljö

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

20) Jag har god förmåga att medverka till en trygg och säker vårdmiljö

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

21) Jag har god förmåga att utveckla en funktionell och ändamålsenlig miljö

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

22) Jag har god förmåga att hantera konflikter med patienter

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

23) Jag har fördjupade kunskaper i att hantera konflikter med patienter

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

Bemötande, information och undervisning

24) Jag leder och formar omvårdnadsarbete i samarbete med patienten

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

25) Jag informerar om vård och behandling för att patienten ska ges optimala möjligheter att fatta beslut

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

26) Jag bjuder in patients närstående för undervisning och information

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

27) Jag har en helhetssyn av patienten där livsvillkoren beaktas

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

Undersökningar och behandlingar

28) Jag utför och medverkar i undersökningar och behandlingar utifrån eget kompetensområde

Instämmer _____ Instämmer inte alls
helt

29) Jag ifrågasätter ofta oklara ordinationer från läkare

Instämmer _____ Instämmer inte alls
helt

30) Jag ifrågasätter oklara direktiv från annan auktoritet

Instämmer _____ Instämmer inte alls
helt

Forskning, utveckling och utbildning

31) Jag initierar och/eller medverkar i omvårdnadsforskning

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

32) Jag initierar och/eller medverkar i utvecklingsarbete

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

33) Jag håller mig uppdaterad på evidensbaserad vård med särskilt beaktande inom psykiatrisk omvårdnad

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

Personlig och professionell utveckling

34) Jag är väl medveten om mina personliga styrkor

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

35) Jag är väl medveten om mina personliga svagheter

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

36) Jag deltar ofta i utbildningar/ kurser som är relevanta för mitt arbete som sjuksköterska inom psykiatri

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

Ledarskap

37) Jag har fördjupade kunskaper i att underlätta och stödja forsknings- och utvecklingsarbete

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

38) Jag har god förmåga att underlätta och stödja forsknings- och utvecklingsarbete

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

39) Jag har god förmåga att hantera konflikter på arbetsplats

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

40) Jag har fördjupade kunskaper i att hantera konflikter på arbetsplatsen

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

41) Jag tar initiativ till och medverkar i verksamhetsplanering och verksamhetsuppföljning

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

42) Jag kan genom en reflekterande hållning utveckla arbetsgruppen och den psykiatriska vården

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

43) Jag leder och utformar det psykiatriska omvårdnadsarbetet utifrån bästa tillgängliga kunskap

Instämmer _____ Instämmer helt
inte alls

44) Jag ansvarar för och systematiskt leder, prioriterar och samordnar vårdarbetet i teamet utifrån
medarbetarnas olika kompetens

Instämmer _____ Instämmer inte alls
helt

*Var vänlig skicka in enkäten i bifogat varskuvert
Tack för din medverkan!*

Annelie och Martina