

## KAPITTEL 3

# Sjuksköterskans kärnkompetenser

*Lena Wiklund Gustin*

UiT Norges arktiske universitet och Mälardalens högskola, Sverige

**Abstract:** The overall aim of this chapter is to introduce different competencies that are considered as pivotal for good nursing care. This is motivated as skilfulness in such competences can contribute to how professionals manage their responsibilities and take actions as professionals. Therefore, the chapter is not presented as a study. Rather, it has a theoretical approach focusing on the description of six core competencies in nursing, i.e., patient-centred care, teamwork and collaboration, evidence-based practice, quality improvement, safety, and informatics. These core competencies have been developed and described by the QSEN Institute (Quality and Safety Education for Nurses). Therefore, they are reflected on in relation to an understanding of nursing as an autonomous profession with a theoretical basis in caring science. This will not only shed light on nurses' competencies but also contribute insights into the understanding of challenges and opportunities related to nurses' domains of actions.

**Keywords:** caring science, core-competencies, nursing, nursing values, professional responsibility

## Introduktion

För att vården ska bli säker och hålla en hög kvalitet behöver kunskap omsättas i handling. Ett sätt att närma sig detta är att reflektera över vilka kompetenser en profession behöver ha för kunna göra det. I den reflektionen kan de kompetensområden som identifierats inom ramen för ett amerikanskt projekt, Quality and Safety Education in Nursing (QSEN) i USA, utgöra ett stöd. De sex kompetensområdena som stödjer och berikar varandra är: personcentrerad vård, samarbete i team, evidensbaserad

Sitering av denne artikkelen: Wiklund Gustin, L. (2020). Sjuksköterskans kärnkompetenser. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (Red.), *Handlingsrom for profesjonlisert velferd: Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern* (Kap. 3, s. 47–77). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.114.ch3>  
Lisens: CC-BY 4.0.

vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, informatik samt säker vård (Sherwood & Barnsteiner, 2012). Tankegångarna har sedan spridits till andra länder. I ett skandinaviskt perspektiv har sjuksköterskans kompetensområden bland annat lyfts fram av Svensk sjuksköterskeförening (2010) och en svensk statlig utredning (SOU 2018:77) som betonar vikten av att samtliga kompetensområden beaktas i sjuksköterskeutbildningar på grund- och avancerad nivå. I Sverige har också ett flertal författare skrivit om dessa centrala områden för sjuksköterskans kompetens (Edberg et al., 2013; Leksell & Lepp, 2013), men i Norge är litteraturen mer sparsam. Därför handlar det här kapitlet om de sex kompetensområdena och den betydelse de har för sjuksköterskors professionsutövning. I och med det berörs också sjuksköterskors handlingsutrymme, eftersom kompetensområdena inte bara återspeglar de krav och förväntningar som ställs på professionen. Sjuksköterskors användning av dessa kompetenser påverkas också av begränsningar relaterade till de ramar som finns i den kliniska verksamheten, något som har betydelse för de val och möjligheter som sjuksköterskor ställs inför i den kliniska vardagen.

Samtidigt som dessa kompetenser utvecklats i relation till sjuksköterskans profession så är de en angelägenhet även för andra personalgrupper inom vård och omsorg, exempelvis läkare, fysioterapeuter och psykologer inom olika kontexter. Exempelvis lyfter såväl internationella som nationella källor (Helsedirektoratet, 2018; Hoffmann, Bennett & Del Mar, 2017; WHO, 2017) fram värdet av att olika yrkesgrupper baserar sina interventioner på en bedömning av den enskilde personens behov i relation till den vetenskapliga evidens som finns att tillgå inom området.

De som ansvarar för vården av patienter bör även ha kompetens nog för att bedriva säker vård, kunna identifiera brister och utvecklingsområden samt arbeta tillsammans. I dagens vård och omsorg ökar också kraven på att behärska informatik och olika former av hälso- och sjukvårdsteknologi (Nelson & Staggers, 2018). Därför syftar detta kapitel till att introducera och reflektera över de sex kompetensområden som uppfattas som avgörande för god omvårdnad för att på så vis skapa en teoretisk förståelse för hur olika kompetensområden kan ha betydelse för de professionellas handlingsutrymme. Samtidigt som utgångspunkten tas i sjuksköterskeyrket som en autonom profession och således kan

bidra med en teoretisk förståelse av sjuksköterskans kompetens, och av de utmaningar och möjligheter som är knutna till den och som bidrar till att forma sjuksköterskans handlingsutrymme, är det rimligt att anta att dessa kompetensområden är aktuella inom andra professioner, även om ansvarsområdet skiljer sig åt. Detta betonas också av Leonardsen (2019) som beskriver värdet av att kartlägga den kompetens olika yrkesgrupper har för att säkerställa god kvalitet i en allt mer komplex kommunal vård och omsorg. I linje med exempelvis Gadamer (1989) tankar om att vi kan tillägna oss en ny förståelse genom att den egna förståelsehorisonten ställs i ett dialektiskt förhållande till en annan horisont, bör således läsare med en annan yrkesbakgrund än sjuksköterskor också få stöd av texten i en reflektion i relation till den egna professionens kompetens, ansvar och handlingsutrymme.

## Att ha en autonom profession

Att vara sjuksköterska innebär att ha ansvar för andra människors liv och hälsa och att bära det ansvaret på ett professionellt vis. För att förstå sjuksköterskans handlingsutrymme behöver de krav och förväntningar som ställs på professionen synliggöras, något som är nära förknippat med den kompetens sjuksköterskor förväntas ha som utgångspunkt för sitt handlande. För att ett yrke ska få kallas profession behöver följande kriterier vara uppfyllda: Yrkets ansvar och verksamhet vilar på vetenskaplig grund i form av ett eget kunskapsområde, följer etiska regler samt att utbildningen leder fram till en auktorisation. Dessutom ska professionen vara autonom, värderas högt av samhället och tillhöra en nationell organisation (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a).

Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad utgör den vetenskapliga grunden för sjuksköterskans profession. Inom vårdvetenskap har olika forskare och teoretiker utvecklat en rad olika omvårdnadsteorier (Allgood, 2018; Kirkevold & Bonnevie, 2010; Meleis, 2018; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Merparten av dessa är från USA, men i Norge har Kari Martinsen utvecklat en teori eller snarare en filosofi för en värdebaserad omvårdnad, som också uppmärksammats internationellt (Alvsvåg, 2018). Det utsluter inte att man som sjuksköterska också

behöver använda sig av teorier från andra vetenskaper, som exempelvis medicin, psykologi och sociologi – det är en del av yrkesutövningen och den breddning som finns mot såväl andra vetenskaper som samarbetet med andra professioner. Men utgångspunkten för sjuksköterskans professionsansvar är den egna vetenskapen och dess teorier, vilket bland annat innebär att det är dessa som behöver omsättas i handling.

Ytterligare ett kriterium för en profession är att den följer *etiska regler*. I tillägg till de generella etiska principer som bör genomsyra all vård- och omsorgsverksamhet finns också en etisk kod för sjuksköterskor. Den är framtagen av International Council of Nurses (ICN, 2012) och återspeglas också i de nationella etiska riktlinjerna där det personliga och professionella ansvaret synliggörs (Norsk sykepleierforbund, 2019). Den etiska koden innebär bland annat att sjuksköterskor har ett ansvar att lindra lidande och främja hälsa, att visa respekt för patienters värdighet och autonomi samt värna om patienters sårbarhet och föra deras talan. Mot denna bakgrund har centrala etiska värden identifierats (National League for Nursing, 2020; Svensk Sjuksköterskeförening, 2016b). Sådana värden, som människovärde, självbestämmande, likabehandling, social trygghet, förutsägbarhet, öppenhet, rättvis fördelning av välfärd och rättssäkerhet ses också som grundläggande för den norska välfärdsstaten (NOU 2018:16).

För att man ska veta vad man kan förvänta sig av en sjuksköterska är utbildningen reglerad och leder till *auktorisering* i form av legitimation som sjuksköterska. Detta har betydelse för professionens *autonomi*, och därmed också för handlingsfriheten. Hummelvoll (1993) beskriver autonomi som att personen är fri och har kraft och förmåga att göra val och handla i enlighet med det han eller hon värderar. För sjuksköterskor handlar detta om att ha såväl frihet som förmåga att göra bedömningar och prioriteringar inom ramen för sitt ansvarsområde, och att ha vilja och mod att handla i linje med den kunskap och den värdegrund som professionen vilar på.

Förutsatt att professionen lever upp till det ansvar som är förknippat med den, skapas också *förtroende och tillit* så att sjuksköterskor också värderas i samhället. ICN, som utvecklat den etiska koden, är en sammanslutning av sjuksköterskeorganisationer från hela världen. Detta knyter an till det sista tecknet på en profession, att dess medlemmar är

organiserade på nationell nivå, i Norge genom Norsk sykepleierforbund (NSF). Sammantaget kan vi således konstatera att det att tillhöra en profession innebär att ha ett ansvar, och med det en rad krav och förväntningar på att också ha en viss kompetens. Detta i sin tur bidrar till hur professionens handlingsutrymme formas.

## **Sex kärnkompetenser i Quality and Safety Education in Nursing (QSEN)**

Som nämnts inledningsvis har QSEN (2019), vars övergripande mål är att förbereda blivande sjuksköterskor så att de har såväl de kunskaper och färdigheter som den hållning som behövs för att utveckla kvalitet och säkerhet inom det hälso- och sjukvårdssystem de arbetar inom, identifierat sex kompetensområden som är centrala för sjuksköterskors professionsutövande. Dessa områden är också kopplade till sjuksköterskans roll som ledare av omvårdnaden, något som innebär att sjuksköterskor behöver gedigen kunskap också om omvårdnadens värdegrund och bärande värden som exempelvis respekt för sårbarhet, värdighet och autonomi för att säkerställa en etisk vård (Buchanan-Barker, 2004; Cöster, 2003; Edvardsson, Watt & Pearce, 2017; Gabrielsson, Sävenstedt & Olsson, 2016; Nåden & Eriksson, 2004; Pollard, 2015; Sarvimäki & Sandelin Benkö, 2001; Svensk sjuksköterskeförening, 2016b).

### **1. Personcentrerad vård**

Ett grundläggande värde inom omvårdnadsvetenskap är respekten för patientens värdighet. Därför framstår personcentrerad vård som det mest grundläggande kompetensområdet. Människan och hennes hälsa står i centrum för omvårdnaden, men fokus vidgas också mot att se personen i ett vidare sammanhang än den aktuella sjukdomssituationen. En sådan helhetssyn på människan är också utgångspunkt för de omvårdnadsteorier som utvecklats runt om i världen (Alligood, 2018; Kirkevold & Bonnevie, 2010).

Den personcentrerade vården utgår från ett holistiskt perspektiv där den människa som är i behov av vård ses som en person snarare än att

reduceras till att vara en patient med ett eller flera symtom som ska diagnosticeras och behandlas. Istället lyfter man fram en helhetssyn på människan som en person med vilja, förmågor och behov (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Att arbeta personcentrerat är därför ett sätt att tillämpa Ricoeurs (1992) ”lilla etik”, det vill säga att sträva efter det goda livet med och för andra inom rättvisa institutioner. Det ”goda” är i detta fall att verka för den andres bästa och så långt det är möjligt tillsammans med denne, för att på så vis främja personens upplevelse av hälsa, eftersom hälsa i ett omvårdnadsteoretiskt sammanhang är en subjektiv erfarenhet som omfattar mer än frånvaro av sjukdom (Eriksson, 2018).

Två centrala begrepp i den personcentrerade vården är berättelsen och partnerskapet (Kristensson Ugglå, 2014). Det blir med andra ord inte bara viktigt att ”ha patienten i centrum” och ur ett expertperspektiv fastslå vad som är bäst för denne. Snarare måste utgångspunkten tas i personens berättelse, och en medvetenhet om att såväl sjuksköterskan som den vård patienten får – eller inte får – bidrar till denna berättelse. Därigenom blir också ett partnerskap med utgångspunkt i relationen som samtidigt asymmetrisk och ömsesidig central.

Personcentrerad vård innebär alltså att beakta personens perspektiv och livssammanhang och inte bara dennes ohälsoproblem, och att så långt det är möjligt ge patienten inflytande över omvårdnadsplanen. En professionell hållning innebär emellertid också att kunna se skillnad mellan det en person vill här och nu och det denne verkligen behöver och agera utgående från denna bedömning (Wiklund Gustin, 2019). En person som lider av diabetes kan till exempel önska sig mat som kan påverka hälsotillståndet negativt, och personer som utvecklat ett beroende av exempelvis smärtstillande eller ångstdämpande läkemedel kan mycket väl ge uttryck för en önskan om en ökad dosering. En ”låt-gå”-attityd där personen får sin vilja igenom kan således innebära ett svek och en kränkning för patienten, i lika hög grad som rigida strukturer där man exempelvis tillämpar regler för deras egen skull (Bowen & Mason, 2012). Det är emellertid viktigt att de gränser som sätts upp i form av regler utgår från patientens vårdbehov och inte från personalens behov av ordning och struktur (Enarsson, Sandman & Hellzén, 2007). Kompetensen handlar med andra ord inte bara om att lindra lidande och hjälpa

patienten att komma till rätta med ohälsoproblem. I grunden innebär det också att sjuksköterskan bör ha ett handlingsutrymme för att kunna använda den makt som är knuten till det professionella ansvaret för att främja patientens intressen med utgångspunkt i personens eget perspektiv och livssituation, snarare än för att styra patienten mot standardiserade mål för vad som är ett gott liv som definierats av hälso- och sjukvården (Wallinvirta, 2017). På svenska talar Rundqvist (2004) om detta som att sjuksköterskan har patientens fullmakt att agera å patientens vägnar när hen saknar kraft att göra det själv, medan engelskspråkig litteratur ofta använder begreppet "advocacy" (Gerber, 2018; McKeown et al., 2014). Begreppet som använts under flera decennier sträcker sig bortom patientens juridiska rättigheter och inkluderar även att sjuksköterskan ger röst åt patienten på ett sådant sätt att personens livssituation, värden och drömmar också får utrymme (Barker & Buchanan-Barker, 2004; Gaylord & Grace, 1995; Lindahl & Sandman, 1998).

Det borde således vara självklart att som sjuksköterska alltid utgå från människan i ett helhetsperspektiv. En sådan holistisk syn på personen som en person som finns i ett sammanhang, och vars hälsa behöver förstås i relation till den övergripande livssituationen och inte reduceras till symtom, kan emellertid vara utmanande såväl i forskning som i den kliniska vardagen (Montgomery Dossey & Keegan, 2013; Zahourek, 2009). Vården har blivit allt mer specialiserad, och organisatoriska modeller som exempelvis New public management (NPM) kan innebära att kraven på effektivitet och lönsamhet leder till att fokus läggs på specifika och avgränsade problem snarare än på att se personen och dennes hälsa i ett större sammanhang (George, 2017). Detta kan begränsa upplevelsen av handlingsfrihet, och i värsta fall också innebära att sjuksköterskor distanserar sig från de personer de vårdar. Därför är det viktigt att sjuksköterskor tillägnar sig omvårdnadsvetenskap och den värdegrund vetenskapen vilar på så att omvårdnaden blir personcentrerad på ett sådant sätt att patienten känner sig sedd och tillvaratagen som person (Barker, 2008; Martinsen, 2000). Detta är också i linje med sjuksköterskors etiska ansvar för de prioriteringar som görs i vården, så att resurser fördelas rättvist och sårbara personers behov och rättigheter tillgodoses (NOU 2018:16).

Men är personcentrerad vård bara en sjuksköterskekompetens? Borde inte detta vara något för alla som arbetar inom vården? Förmodligen skulle många svara ja på den frågan, och kanske likt Sheard (2004) ställa frågan om inte begreppet ”personcentrerad vård” bara är en ny benämning på något som existerat under en lång tid, men uttryckts med andra begrepp som exempelvis patientcentrerad vård eller primärsykepleie. Skillnaderna jämfört med patientcentrerad vård är emellertid inte bara semantiska (Barnett, 2018). Som en analys av tidigare reviewartiklar på begreppen personcentrerad respektive patientcentrerad vård visar finns det många likheter (Håkansson Eklund et al., 2019). Inom såväl den patient- som den personcentrerade vården betonas en helhetssyn och fokus på individen, liksom vikten av empati, engagemang, trygga relationer, delat beslutsfattande och samordnad vård. Håkansson Eklund med kolleger (2019) upptäckte emellertid också en intressant skillnad – dessa olika aspekter formades i relation till olika mål. Inom ramen för patientcentrerad vård fann de att empati, delat beslutsfattande etcetera var viktiga redskap för att nå mål som fokuserade på att patienten skulle få ett funktionellt liv. Inom ramen för personcentrerad vård konstaterade samma forskare att dessa redskap istället användes för att främja ett meningsfullt liv för personen.

Håkansson Eklund et al.:s (2019) översikt av forskning avseende patient- respektive personcentrerad vård visade således att den patientcentrerade vården inriktar sig mot funktionalitet och att patienten ska bli så frisk som möjligt, medan den personcentrerade vården – utan att förringa att såväl funktionalitet som friskhet är viktiga områden – i högre grad också beaktar möjligheten till ett meningsfullt liv för personen, oavsett funktionsnivå. Ett möjligt sätt att förstå denna skillnad är att omvårdnaden formas i relation till synen på människan som patient/person och den situation personen befinner sig i, men också i hur vi ser på hälsa. Inom personcentrerad vård ses hälsa, i linje med flertalet omvårdnadsteorier som beskrivs i böcker som *Nursing Theorists and Their Work* (Alligood, 2018) och *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (Kirkevold & Bonnevie, 2010) inte som ett objektivt tillstånd i motsats till att vara sjuk, utan som en subjektiv upplevelse av livet som meningsfullt och en själv som i stånd att hantera tillvarons utmaningar och förverkliga små och stora projekt i livet (Dahlberg & Segesten, 2010;



Ricoeur, 1992). Det kan till exempel handla om att trots sjukdom kunna göra sådant man upplever som meningsfullt, och att uppleva att man har sin värdighet intakt snarare än om att återfå funktion. Detta ska inte tolkas som att funktionalitet inte är viktigt, och för många professioner kan detta vara centralt. Samtidigt innebär det etiska utmaningar om målet med vården reduceras till funktionalitet eller till att en person ska bli frisk, eftersom människor som inte når detta mål inte får överges som ”färdigbehandlade” eller ”icke-behandlingsbara”.

Personcentrerad vård kan med sin tydliga koppling till den syn på människan, hennes hälsa, livssituation och vård som med utgångspunkt i konsensusbegreppen<sup>1</sup> beskrivs i omvårdnadsvetenskapliga teorier (Alligood, 2018; Kirkevold & Bonnevie, 2010), ses som ett centralt kompetensområde för professionen. På samma sätt behöver den omvårdnadsvetenskapliga grunden genomsyra övriga kompetensområden för att professionens unika särart ska bli synlig.

## 2. Samarbete i team

Med utgångspunkt i personcentrerad vård kan ett team beskrivas i termer av ”patient och/eller närstående i samverkan med professionell personal” (Ekman et al., 2014, s. 80). Teamsamverkan kan med andra ord inte begränsas till interprofessionellt samarbete för patientens bästa, utan är en fråga om att arbeta tillsammans med patienten och dennes närstående för att skapa ett bärkraftigt vardagsliv (Rusner, 2019). Detta innebär också att delaktighet sträcker sig längre än till att patienten är välinformerad och deltar i beslutsfattande och innefattar även att patienten känner sig inkluderad i en gemenskap (Eldh, 2006). De från den

---

1 I och med att omvårdnadsforskningen började växa fram enades forskare om att en omvårdnadsteori skulle beakta fyra begrepp som det rådde konsensus om skulle inkluderas i omvårdnadsteorier: människa/patient, hälsa, omvårdnad och miljö. Inom ramen för respektive teori gavs dessa s.k. konsensusbegrepp sedan innehåll och relaterades till varandra. Detta innebar paradigmatiska likheter som gav stöd för att utveckla omvårdnadsvetenskapen och skilja ut den från andra vetenskaper, samtidigt som det möjliggjorde analys av skillnader mellan teorier inom vetenskapen. Konsensusbegreppen kallas därför ibland även för omvårdnadens metaparadigm (Fawcett, 1980, 1996).

personcentrerade vården centrala begreppen 'berättelsen' och 'partnerskapet' bör med andra ord genomsyra teamarbetet – såväl i relation till patientens och dennes närståendes delaktighet som mellan de professionella medlemmarna i teamet. Detta innebär att teamets medlemmar behöver vara medvetna om att de är medaktörer i såväl varandras som patienters och närståendes berättelser, och att det sätt vi agerar och möter varandra på har betydelse för hur de inblandade personerna ser på sig själva och sina möjligheter att både ge och få hjälp och att ta ansvar på ett sådant sätt att autonomi och värdighet främjas. Det innebär också att man ser på varandra – såväl professionella som patienter och deras närstående – som jämlika partner i det ”projekt” som omvårdnaden av varje enskild patient innebär. Detta kan också jämföras med Lévinas (1988) tankar om att vi har ansvar för den andres ansvar, vilket bland annat innebär att ta det ansvar den andre i stunden inte förmår, och att också ge personen det ansvar hen kan bära – oavsett om personen är en kollega eller en patient – då detta enligt Lévinas är en mellanmänsklig process som bör genomsyra alla relationer.

Genom att tillvarata vars och ens kunnande kan olika professioner tillsammans med patienten forma en god vård och omsorg för dem som behöver den. Ett gott samarbetsklimat ska således inte förstås som att alla kan och vill exakt samma saker, utan om att var och en har tillräckligt stor handlingsfrihet för att ta sitt professionsansvar. Förmågan att samarbeta i team innebär därigenom också en möjlighet att vidga sitt handlingsutrymme i och med att man såväl kan synliggöra den egna professionens kunnande som hitta övergripande arbetssätt där detta kunnande kompletterar andras, snarare än att konkurrera med dem. Detta kan vara en utmaning, eftersom det många gånger medför förändringar i arbetssätt och strukturer. Om kulturen på en arbetsplats präglas av maktordningar där vissa yrkeskategorier tar sig mer makt eller ges tolkningsföreträde, eller där olika genusförhållanden avgör vems röst som blir hörd, kan det vara svårt att få till ett fungerande teamarbete (Ekstrand, 2010). En annan utmaning finns i hur vi använder språket. Som Håkansson Eklund et al. (2019) studie visade så kan vi inte ta för givet att vi talar om samma sak även då vi använder likartade begrepp. Sjuksköterskans kompetens innefattar här en medvetenhet om betydelsen av olika perspektiv och en

förmåga att ta det omvårdnadsansvar som är förknippat med den egna professionen. Sjuksköterskor behöver således kunna artikulera och hävda den omvårdnadsvetenskapliga kunskapsbasen, och de bärande värden som är förknippade med professionen, samtidigt som de i dialog med andra synliggör personens perspektiv (Holm, 2014). Detta är nödvändigt för att inte förlora sin etiska integritet.

Sjuksköterskor kan därigenom fylla en viktig roll för att koordinera vården med utgångspunkt i en helhetssyn på patientens situation och vårdbehov (Leonardsen, 2019; McKay & Vanaskie, 2018; Neumann, Olsvold & Thagaard, 2016; Ruggiero, Pratt & Antonelli, 2019). Detta är viktigt, eftersom bristande koordination också innebär att vårdens kvalitet hotas (Grimsmo, Kirchhoff & Aarsedt, 2015; Sundlisæter Skinner, 2015). Samtidigt kan sjuksköterskans roll i teamarbete således inte begränsas till att vara en samordnande ”spindel i nätet”, vilket är en liknelse som ofta används av sjuksköterskor när de ska beskriva sin funktion relaterat till teamets arbete (Lindberg-Sand, 1996). Snarare än att koordinera andra yrkeskategoriers insatser handlar det om att bidra med sin omvårdnadskompetens på en nivå som är jämbördig med övriga teammedlemmars (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013). På det viset kan samarbetet leda till vinster inte bara för patienten utan också för teamets medlemmar. Sandberg (2011) talar om detta i termer av samarbetshälsa och funktionella synergier som skapar gynnsamma förutsättningar för teamet att utvecklas. De förutsättningar Sandberg talar om är i hög grad interpersonella, samtidigt som det är viktigt att vara medveten om att arbetsformer och bristande yttre förutsättningar rent praktiskt kan försvåra teamets arbete. För att teamet ska fungera bra är det inte bara viktigt att ha en tilltro till varandra och till att det gemensamma arbetet är viktigt och meningsfullt. Det är också viktigt att förstå varandras roller, och hur olika roller i teamet kompletterar varandra, samt att ha förmågan att kommunicera på ett sådant vis att man kan omsätta visioner och beslut i handling, följa upp det man gör och hantera motsättningar och stress på ett konstruktivt vis (Baker, Day & Salas, 2006). Detta är viktiga förmågor för teamets alla medlemmar, men teamet behöver också ett gott ledarskap. Ofta kan det vara sjuksköterskan som är ledare för teamet. Detta kräver generella ledaregenskaper men också kompetens i relation till det

egna paradigmet, och att man kan vara autentisk i sitt ledarskap genom att i sin grundhållning sträva efter förståelse av den andres verklighet som en källa till kunskap (Akerjordet, 2014). Ledarskapet bör således präglas av att ledare lever som de lär (Bondas, 2006). Ett sådant ledarskap präglas inte bara av att ledaren har handlingsfrihet nog att trots ekonomiska och organisatoriska begränsningar verka för personcentrerad omvårdnad av hög kvalitet. Det kan också förstås i termer av styrkebaserat ledarskap, där ledaren även bidrar till att stärka medarbetares upplevelse av handlingsfrihet och tilltro till sin egen kompetens (Oljemark, 2014b).

### 3. Evidensbaserad omvårdnad

Internationellt talar man om evidensbaserad omvårdnad (evidence based nursing, EBN), medan man i Norge ofta använder begreppet kunskapsbaserad praxis. I grunden handlar ett evidensbaserat arbete om att vilka ska göra det vi vet och kan (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016).

Traditionellt värderas så kallade RCT-studier, d.v.s. randomiserade kontrollerade studier som designas med noga utvalda interventions- respektive kontrollgrupper, högt inom hälso- och sjukvården. Detta gestaltas tydligt i den så kallade evidenspyramiden där RCT-studier, experiment och stora kvantitativa studier rankas högst. Först på sjunde plats av åtta bland olika källor till evidens återfinns kvalitativa studier (Polit & Beck, 2017). Att ranka RCT-studier högt är rimligt när det gäller att värdera effekten av specifika interventioner. Samtidigt behöver man vara medveten om att resultaten i dessa studier återspeglar hur verksamt något är på gruppnivå. I relation till personcentrerad vård och en syn på varje människa som unik kan det emellertid bli problematiskt om det enbart blir denna typ av forskning som styr vad som görs och inte görs på en enhet (Martinsen & Eriksson, 2009). Därför har omvårdnadsforskare de senaste tjugo åren lyft fram att också kvalitativ forskning har ett värde och kan bidra till att såväl patienters och närståendes som de professionellas erfarenheter tas tillvara. Genom att ta del av den kan de professionella få en vidgad förståelsehorisont och i och med det också en nyanserad grund för handling (Clarke, 1999; Fawcett, Watson, Neuman, Hinton Walker

& Fitzpatrick, 2001; L. Fredriksson, 2014; French, 2002; Norlyk, Haahr, Dreyer & Martinsen, 2017; van Wijngaarden, van det Meide & Dahlberg, 2017). Detta innebär inte att positivistisk forskning är meningslös, men att den – i likhet med all forskning – behöver problematiseras eftersom ett för snävt evidensbegrepp och ett för stort fokus på standardiserade interventioner kan inkräkta på sjuksköterskans handlingsutrymme och möjligheter att bedriva personcentrerad omvårdnad. Det handlar om att granska kunskapens värde som grund för sjuksköterskans reflektion och handlande. På vilka grunder väljer sjuksköterskan att agera på det ena eller det andra sättet? Hur påverkas handlingsutrymmet om ett strikt evidensbegrepp tillämpas, jämfört med en kunskapsbaserad och personcentrerad vård där såväl kvalitativ forskning som patientens egna erfarenheter beaktas? Hur kan sjuksköterskan manövrera mellan generella riktlinjer och omsorg om personen utan att vården blir godtycklig?

Ett sätt att hantera spänningen mellan standardiserade metoder som baserar sig på kvantitativ forskning och sjuksköterskans ansvar för personcentrerad vård är att utgå från utvärderade metoder och att anpassa tillämpningen till den unika personen (Hellzén, Johansson & Pejler, 1999). Den kvantitativa forskningen kan också kompletteras med resultat från kvalitativa studier. För att utnyttja den kunskap som tagits fram i små, kvalitativa studier görs idag olika metastudier där flera kvalitativa studier som berör samma område syntetiseras. På så sätt skapas ett bredare underlag baserat på analys av subjektiva erfarenheter (Bondas & Hall, 2007; Finfgeld, 2003; Sherwood, 1999). Ett annat sätt är att vidga evidensbegreppet så att det beaktar även andra former av kunskap. Det innebär att inte bara utgå från resultatet av vetenskapliga studier, utan också ta hänsyn till vårdares, patienters och närståendes erfarenheter av vad som fungerar inte bara i en viss situation, utan för en viss person (Karlsson & Borg, 2017). En sådan syn på evidens kan stärka patientens autonomi, då den enskilde personens uppfattning om vad som är verkligt mycket väl kan vara annorlunda än det som är evident på en övergripande nivå (Colyer & Kamath, 1999). Utifrån ett sådant perspektiv kan sjuksköterskor tillämpa kunskap på ett sätt som är evident i relation till den enskilda personens perspektiv och förena empirisk, etisk och praktisk kunskap (Eriksson, Nordman & Myllymäki, 1999).

Att arbeta kunskapsbaserat innebär därför inte att rutinmässigt följa exempelvis manualbaserade metoder för en viss typ av problematik. Snarare handlar det om att i vården av enskilda personer kunna integrera det man kan tala om som bästa tillgängliga vetenskapliga bevis med sin kliniska erfarenhet och patientens önskemål (Johansson & Wallin, 2013). Detta innebär, som tidigare lyfts fram, att personens perspektiv på vad som är viktigt och verksamt måste beaktas. Det innebär dessutom att sjuksköterskan behöver ha de kunskaper som behövs för att – med utgångspunkt i en analys av patientens hälsa, ohälsa och omvårdnadsbehov – kunna söka och värdera tillgänglig forskning. Med denna som stöd kan sjuksköterskan prioritera evidensbaserade omvårdningsinterventioner och utnyttja sitt handlingsutrymme till att tillämpa dem på ett sätt som kan beskrivas som vårdkonst (Nåden, 1998).

#### 4. Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling

I Svensk sjuksköterskeförening och Svenska läkaresällskapet (2017) skrift om teamarbete och förbättringskunskap finns två citat av Paul B Batanden: ”Alla som arbetar och kommer att arbeta i hälso- och sjukvården har två jobb: att göra det ordinarie arbetet och jobbet att utveckla detta arbete och system man arbetar i” (s. 23) och ”Alla förändringar innebär inte förbättringar, men alla förbättringar innebär förändringar” (s. 28).

Citaten fångar dels den oundvikliga verklighet vårdpersonal lever i, en värld där kunskapen om vad som är det bästa att göra ständigt utvecklas, dels att förändring i sig inte har ett egenvärde – ska den vara meningsfull bör den leda till att den vård som ges får högre kvalitet. Detta lyfts också såväl av WHO som på nationell nivå (Helse- och omsorgsdepartementet, 2016) som prioriterade områden. I WHO:s (2020) definition relateras kvalitet till att vården är säker, evidensbaserad, kostnadseffektiv, jämlik och tar hänsyn till såväl personliga preferenser som kulturella faktorer. Det är därför inte förvånande att förbättringskunskap för kvalitetsutveckling har lyfts fram som ett centralt kompetensområde för sjuksköterskor.

Som sjuksköterska är man inte bara ansvarig för den omvårdnad man ger själv. Man förväntas också ha kompetens för att aktivt värna om omvårdnadens kvalitet, liksom om arbetsmiljö och resursutnyttjande.

Det handlar om att ha kunskaper och färdigheter såväl för att bidra till större projekt där evidensbaserade metoder implementeras som att kunna arbeta med alla de små förändringar som kan behöva göras på en enhet eller i en organisation. Det förbättringsarbete som bedrivs, både vad gäller vårdens innehåll och metoder, har därmed också betydelse för sjuksköterskors handlingsutrymme i det direkta omvårdnadsarbetet, eftersom det bidrar till såväl ramar som förutsättningar.

Eftersom förbättringar bör vila på vetenskaplig grund samt beakta patienters och närståendes behov behöver sjuksköterskan vara uppdaterad i forskning och nationella riktlinjer samt ha en reflekterande hållning i relation till praxis (Gabrielsson & Ejneborn Looi, 2019b; Johansson & Wallin, 2013). Frågor som ”Vad gör vi, och varför gör vi det?”, ”Utgår det vi gör från det vi vet, eller är det andra faktorer som avgör hur omvårdnaden utformas?”, ”Vad finns det för vetenskapligt stöd för det vi gör?” och ”I vilken riktning bör vi utveckla det vi gör?” kan bidra till att identifiera utvecklingsområden. Andra resurser för att identifiera områden för kvalitetsutveckling är nationella kvalitetsregister. Hos Nasjonalt service-miljø for medisinske kvalitetsregistre finns sådana inom en rad områden.<sup>2</sup> Hommel, Idwall och Andersson (2013) lyfter också fram värdet av att använda sig av lokala enkäter, exempelvis patientnöjdhet eller avvikelserapporter för att på så vis identifiera områden för kvalitetsutveckling på den egna enheten. Dessutom är det viktigt med brukarmedverkan. Detta innebär inte bara att patienter bör vara delaktiga i sin egen vård och behandling, utan också ges möjlighet att påverka hur hälso- och sjukvården organiseras och görs delaktiga i forsknings- och utvecklingsprojekt (M. Fredriksson, Torjesen, Tynkkynen & Vrangbæk, 2019; Grundy et al., 2016). I det direkta förändringsarbetet innebär brukarmedverkan också en möjlighet att värna om personcentrering, och det kan också bidra till en maktförskjutning där patienter känner sig tillvaratagna och respekterade samtidigt som de också kan få en ökad förståelse för hur vården fungerar (Socialstyrelsen, 2012).

När man identifierat potentiella utvecklingsområden behöver man som sjuksköterska kunna söka och granska vetenskapliga artiklar och ta fram underlag för kunskapsbaserad praxis samt ta en aktiv roll i

---

2 Se <https://www.kvalitetsregistre.no/>

implementeringen av denna kunskap. Implementering handlar om den process där kunskap – som förmodas innebära en lösning på det identifierade problemet – på ett aktivt och systematiskt vis integreras i praktiken. Detta ställer ytterligare krav på sjuksköterskors kompetens då det inte bara förutsätter vetenskaplig och metodisk kunskap i relation till den specifika förbättring som ska göras. För ett lyckat utvecklingsarbete behövs även medvetenhet om hur hälso- och sjukvårdssystem fungerar, kunskaper om förändringsprocesser samt förmåga att kommunicera och samverka i team (Ennis, Happell, Broadbent & Reid-Searl, 2013).

Detta är ett kompetensområde som är angeläget för alla professionella inom hälso- och sjukvården, och sjuksköterskor förväntas ha de kunskaper och färdigheter som krävs för att ha en aktiv roll genom hela processen, såväl genom att identifiera hinder för förändring och möjliga vägar att övervinna dem som genom att utbilda personal utifrån det framtagna kunskapsunderlaget. Sjuksköterskan kan också vara en möjliggörare, både genom att vara modell och genom att stödja sina kolleger i tillämpningen av vetenskaplig kunskap (Johansson & Wallin, 2013). Samtidigt kan detta också vara ett område där sjuksköterskor upplever att de har begränsad handlingsfrihet. Detta blir speciellt påtagligt om sjuksköterskor förväntas genomföra förändringar som de inte uppfattar som relevanta för god och säker vård (Mathieson, Grande & Luker, 2019). Sådana ”top-down”-förändringar kan också generera så kallad samvetsstress om vårdare upplever att det sätt vårderna är organiserad på utgör en begränsning i relation till de krav och förväntningar som är knutna till professionens grundläggande etiska värden och till det egna samvetet (Åhlin, 2015).

## 5. Informatik

De senaste decennierna har användandet av internet och datorer brett ut sig i samhället. I och med det har också informatik, d.v.s. informations- och kommunikationsteknologi, blivit en del av vardagen inom hälso- och sjukvård. Informationsteknologin påverkar i allt högre grad hur vårdare och patienter kommunicerar med varandra och därmed också formerna för hur vård kan bedrivas. Så kallad ”e-hälsa”, ett område där bland annat



telefonrådgivning, datorbaserade beslutssystem, videokonsultationer, elektroniska journaler och distansutbildningar av patienter och närstående lyfts fram, kommer med all sannolikhet att utvecklas i framtiden. Som Sävenstedt och Florin (2013) påpekar, så innebär det både utmaningar och möjligheter. Möjligheten att överföra och lagra information kan främja en god och säker vård genom att såväl dokumentation av omvårdnaden som kvalitetsuppföljning underlättas. Den nya tekniken skapar möjligheter för vård i hemmet, och innebär också en möjlighet för patienter till såväl informationssökande som till social interaktion (Spinzy, Nitzan, Becker, Bloch & Fennig, 2012). Den allmänna debatt som gäller källkritik har därför sin plats inom detta område. För att vara säker på att den information man hämtar är evidensbaserad och har ett relevant innehåll kan de kriterier som satts upp av The Health On the Net Foundation ([www.hon.ch/en/](http://www.hon.ch/en/)) vara till stöd.

En ökad grad av tekniska hjälpmedel och ett allt mer digitaliserat arbetssätt kan också skapa stress (Abuatiq, 2015; Stadin et al., 2016). Denna stress kan upplevas som något som inkräktar på sjuksköterskans handlingsfrihet och ”stjäl” tid från den direkta patientkontakten. Samtidigt visar forskning att positiva erfarenheter av teknologin också kan bidra till att arbetsmiljön upplevs positivt (Koivunen, Kontio, Pitkänen, Katajisto & Väломäki, 2013).

Trots att informatik kan föra tankarna till teknik och distans, är det även i dessa sammanhang viktigt att beakta personen. Informatiken ställer sjuksköterskan inför en etisk uppmaning, där patienten inte får reduceras till ett digitalt objekt. Speciellt utmanande kan det vara om man inte, som i en reell vårdssituation, ställs inför den andres ansikte (Birkler & Dahl, 2014). Då finns en risk att fokus riktas mot informationsinhämtning och att personen därmed reduceras. Formatet kan också göra att information som exempelvis kroppshållning, dofter och annat som så att säga ”faller utanför skärmen” missas. Användandet av informatik kräver således inte bara tekniska färdigheter utan också en reflekterande hållning hos sjuksköterskan. Rätt använd kan den då bli en tillgång, där information och kommunikation kan utvecklas (Martin, 2018; Sandelowski, 2000). Omvänt kan en bristande hantering, såväl vad gäller källkritik, sekretess som inkompatibla system, bidra till en negativ

arbetsmiljö och till att vården inte blir etisk och patientsäker (Anderson, Frogner, Johns & Reinhardt, 2006; Skär & Söderberg, 2017).

Informatik är således ett brett område som innefattar allt från att dokumentation som tidigare skedde på papper digitaliseras till avancerade tekniska lösningar. Det är också ett område där den tekniska utvecklingen går snabbt. Kunskaper och färdigheter inom detta område är således färskvara, vilket innebär att sjuksköterskor behöver ha en beredskap för att sätta sig in i aktuella tekniska lösningar som finns i den verksamhet där de arbetar.

## 6. Säker vård

Ett av kännetecknen för en profession är att den värderas högt av samhället. En förutsättning för det är att den omvårdnad som ges är både av god kvalitet och säker. Därför är det inte överraskande att en av utgångspunkterna när sjuksköterskans centrala kompetensområden beskrevs var att vården skulle bli säkrare (Sherwood & Barnsteiner, 2012). Det innebär att alla de kompetensområden som beskrivs i detta kapitel bidrar till en god och patientsäker vård, inte minst förbättringskunskap för kvalitetsutveckling. Detta syns inte minst på <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no> där en rad olika områden för kvalitetsutveckling och säker vård beskrivs som har tydlig koppling till sjuksköterskors arbete, exempelvis läkemedelshantering på sjukhus och förebyggande av fallskador och sepsis. Emellertid behövs också specifik kompetens för att på ett direkt och medvetet sätt verka för att vården ska vara säker för såväl dem som vårdas som dem som arbetar där.

När vi talar om patientsäkerhet och säker vård är syftet att undvika och minska negativa händelser i form av vårdskador och komplikationer (Öhrn, 2013). Detta är angeläget eftersom det finns brister i vården och även risker för att skador uppkommer. Riskområden kan exempelvis vara relaterade till felaktigt handhavande av medicinsk-teknisk utrustning, men även till läkemedelsbiverkningar, bristande hygien och situationer där hot och våld förekommer och/eller till självsador och suicidalitet hos patienter. Andra områden där patientsäkerheten kan äventyras är informationsöverföring – såväl inom organisationen som till vårdgrannar.

Med utgångspunkt i ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv och tanken om personcentrerad vård kan även händelser som kränker patientens värdighet eller på annat sätt skapar vårdlidande (jfr Eriksson, 2018) ses som patientosäkert, då denna typ av händelser inte gynnar patientens hälsoprocesser och kan leda till att patienten och dennes närstående känner sig otrygga med såväl personalen som den vård som ges.

Avvikelse och risksituationer kan inträffa genom att det görs misstag och felbedömningar i en situation, men de kan också bero på latenta förhållanden (Öhrn, 2013). De senare är relaterade till omgivande faktorer som exempelvis bristande rutiner eller utrustning.

Eftersom det kan vara svårt att skilja mellan skador som går att undvika och sådana som inte gör det är det alltid angeläget med reflektion när negativa händelser inträffat. Detta är emellertid inte tillräckligt – det behövs också reflektion för att upptäcka risker redan innan något allvarligt händer och för att kunna förbättra och kvalitetssäkra vården. Därför kan det som brukar beskrivas som reflekterande praktik vara viktigt för att vården inte bara ska bli säker utan också av god kvalitet (Gabrielsson & Ejneborn Looi, 2019a). I kompetensområdet säker vård ingår därför en förståelse för att fel kan inträffa, liksom förmågan att tillsammans i teamet öppet reflektera över såväl begångna fel som identifierade risker utan att enskilda personer ska känna sig anklagade. Detta skapar förutsättningar för ett medvetet patientsäkerhetsarbete när det integreras med kunskaper och färdigheter från övriga kompetensområden.

## Att göra bruk av sin kompetens

Att utöva en profession innebär att vara bärare av ett ansvar, men också att ha en frihet. De krav och förväntningar som finns på professionen är kopplade till professionens grund i såväl vetenskaplig som metodisk kunskap som till en hög etisk standard. Om vi tänker oss handlingsutrymme som ett symboliskt rum, så bidrar krav och förväntningar till väggarna i det rum inom vilket sjuksköterskor har frihet att handla och använda sin kunskap för patientens bästa. Krav och förväntningar skapar med andra ord såväl förutsättningar och stödjande ramar som begränsningar för

vad som är önskvärt och möjligt att göra. Ett exempel på det förstnämnda är forskning som visar att sjuksköterskor och annan personal inom hälso- och sjukvården som engagerar sig i mötet med patienter och kan svara upp mot deras behov och förväntningar kan uppleva detta som en källa till energi och tillfredsställelse (Dunn, 2009; Sacco & Copel, 2018). En möjlig förklaring till detta kan vara att en artikulerad värdegrund ger innehåll och riktning till omvårdnaden (Eriksson, 2018; Martinsen & Eriksson, 2009), liksom även den kunskap som patienter och närstående bidrar med i bedömning och planering (Karlsson & Borg, 2017). Detta kan innebära att sjuksköterskor som upplever att de har ledningens förtroende och handlingsutrymme nog för att använda sin professionella kompetens och ge en omvårdnad de kan stå för beskriver sitt arbete som meningsfullt och givande (Bondas, 2009; Chin Chin Lee, Idris & Delfabbro, 2017; Oljemark, 2014a; Sjølie, Hartviksen & Bondas, 2020).

Samtidigt lever vi i en tid då organisatoriska system och ekonomiska ramar påverkar sjuksköterskors möjligheter att utforma vården i linje med grundläggande värden och använda sin kompetens i patientens tjänst. Upplevelsen av att handlingsutrymmet och därmed möjligheterna att använda sin kompetens minskar kan skapa stress hos sjuksköterskor, speciellt i situationer där de tycker att de borde kunna göra mer för patienten och/eller upplever den vård som ges som bristfällig (Glasberg, Eriksson & Norberg, 2007, 2008; Åhlin, 2015).

Detta är en paradoxal situation. Å ena sidan har sjuksköterskor ett professionsansvar, å andra sidan kan de uppleva sig förhindrade att utöva detta. För att inte öka stressen är det därför viktigt att inte skuldbelägga sjuksköterskor för sådant de inte kan råda över, d.v.s. de begränsningar som finns. Istället behövs stöd för att sjuksköterskor ska kunna använda och utveckla sin kompetens på ett sådant sätt att deras förmåga att göra val som är i linje med den egna professionen stärks. En möjlighet kan vara att vidga perspektivet. Traditionellt – och även i detta kapitel – beskrivs sjuksköterskans kompetens i relation till det patientnära arbetet, eller det man kan tala om som mikronivå. Här skulle ett vidgat perspektiv där sjuksköterskors perspektiv tas tillvara också på meso- och makronivå (Erez & Gati, 2004; Kapiriri, Norheim, & Martin, 2007) kunna bidra till att sjuksköterskors kompetens ses som en resurs – såväl av andra som de

själva – också i teamet och organisationen samt på nationell nivå i högre grad.

Kompetensutveckling bör därför förstås som en kontinuerlig process av reflektion och lärande inte bara för den enskilda sjuksköterskan utan också för organisationens kultur, eftersom dessa står i ett dialektiskt förhållande till varandra (Schein, 2010). Det innebär att det behöver avsättas tid och resurser, inte bara för kunskapsförmedling utan också för reflektion och tillämpning av nya kunskaper och färdigheter. Eftersom handlingsrum inte är fysiska konstruktioner, utan något som skapas när människor interagerar inom ramen för vissa förutsättningar, är emellertid tid och resurser inte nog. Sjuksköterskor behöver ha såväl kunskaper och färdigheter som motivation för att ta den plats som är knuten till professionen och det etiska ansvaret. Detta kan ibland vara en utmaning speciellt i vårdkulturer där sjuksköterskan ses som någon med en assisterande och/eller koordinerande funktion snarare än som en autonom professionsutövare, och där standardiserade metoder uppfattas som oförenliga med de egna idealen och i värsta fall kan innebära att sjuksköterskor överväger att byta arbete (Barker, 2008; Lee, Chiang & Kuo, 2019; Lindberg-Sand, 1996; Parker, 1990). Att synliggöra de sex kompetensområdena kan vara ett stöd för att synliggöra sjuksköterskors kunnande och bidra till en vård med hög kvalitet (Sherwood & Barnsteiner, 2012).

## Avslutande reflektioner

Sjuksköterskors professionella kompetens kan beskrivas med utgångspunkt i de sex kompetensområden som Sherwood och Barnsteiner (2012) beskriver som grundläggande för sjuksköterskors arbete. Samtidigt innefattar den professionella kompetensen också något mer än praktiskt och teoretiskt kunnande, nämligen förmågan att hävda detta kunnande. Detta är inte alltid lätt, och förutsätter att sjuksköterskan har ett subjektivt handlingsutrymme och mod och kraft att hävda sin autonomi för att basera sitt handlande på omvårdnadsvetenskaplig kunskap och de etiska värden professionen vilar på (Lindh, da Silva, Berg & Severinsson, 2010; Price-Dowd, 2017) för att kunna leva upp till de krav och förväntningar som inte bara patienter och närstående utan även samhället har (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2016; Leonardsen, 2019; NOU 2018:16). En autonom sjuksköterska utgår från sin kompetens och agerar på basen av en etisk hållning. Det kan handla om att den autonoma sjuksköterskan kan stå upp för patientens behov gentemot annan personal. Det kan också handla om att ha förmåga att säga nej om en patient ber om något som exempelvis kan innebära en risk – till exempel en suicidal patient som vill bli utsläppt – trots att personen kanske blir sur. Autonomi utesluter inte heller samarbete med andra, men samarbetet grundas i att den egna professionens kunskap värderas och bidrar till den gemensamma förståelsen av situationen och vad som bör göras, snarare än att reduceras till en assisterande funktion. Det handlar här om att tillämpa kunskapen på ett vetenskapligt, konstnärligt och etiskt sätt, så att den tillägnas patienten som person (Nåden, 2003). Med andra ord krävs en medvetenhet om vad som utgående från den egna professionens ansvar ska utvecklas, evidensbaseras och bli säkrare, vad informatik ska användas till och vad vi ska samverka om.

Samtidigt är de olika kompetensområdena relevanta också för andra yrkesgrupper. Det är därför inte förvånande att Svensk sjuksköterskeförening och Svenska läkaresällskapet (2017) samt Dietisternas riksförbund (2019) samverkar i kompetensfrågor. Det finns tydliga gemensamma beröringspunkter som är viktiga för god och säker vård, men kompetensen behöver också användas i relation till varje professions – och även de enskilda yrkesutövarnas – specifika ansvar och den vetenskapliga grunden för varje profession. Då kan det unika kunnandet från alla professioner tillvaratas och berika varandra, i stället för att man hamnar i konflikt eller enas om minsta gemensamma nämnare. Med andra ord, sjuksköterskors och andras professioners kompetens ska användas för att värna behoven hos dem som vårdas, och ge bästa tänkbara vård till sårbara människor.

## Referenser

- Abuatiq, A. (2015). Concept analysis of technostress in nursing. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 2(110).
- Akerjordet, K. (2014). Autentiskt ledarskap i hermeneutiskt ljus. I E. Lassenius & E. Severinsson (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda* (s. 163–173). Malmö: Gleerups.

- Alligood, M. R. (Red.) (2018). *Nursing theorists and their work* (9 ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Alvsvåg, H. (2018). Kari Martinsen: Philosophy of caring. I M. R. Alligood (Red.), *Nursing theorists and their work* (9 utg., s. 120–139). St. Louis, MO: Elsevier.
- Anderson, G. F., Frogner, B. K., Johns, R. A. & Reinhardt, U. E. (2006). Health care spending and use of information technology in OECD countries. *Health Affairs*, 25(3), 819–831.
- Baker, D. P., Day, R. & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Research and Educational Trust*, 41(4pt2), 1576–1598.
- Barker, P. J. (2008). Reclaiming nursing: making it personal. *Mental Health Practice*, 11(9), 12–16.
- Barker, P. J. & Buchanan-Barker, P. (2004). Beyond empowerment: Revering the story teller. *Mental Health Practice*, 7(5), 18–20.
- Barnett, N. (2018). Person-centred over patient-centred care: Not just semantics. *Clinical Pharmacist*, 10(4), 98–99.
- Birkler, J. & Dahl, M. R. (2014). *Den digitala patienten*. Stockholm: Liber.
- Bondas, T. (2006). Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 332–339.
- Bondas, T. (2009). Preparing the air for care: A grounded theory study of first line nursing managers. *Journal of Research in Nursing*, 14(4), 351–362.
- Bondas, T. & Hall, E. O. C. (2007). Challenges in approaching metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 17(1), 113–121.
- Bowen, M. & Mason, T. (2012). Forensic and non-forensic psychiatric nursing skills and competencies for psychopathic and personality disordered patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23/24), 3556–3564.
- Buchanan-Barker, P. (2004). The Tidal Model: Uncommon sense. *Mental Health Nursing*, 24(3), 6–10.
- Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialitsområden* (s. 63–101). Lund: Studentlitteratur.
- Chin Chin Lee, M., Idris, M. A. & Delfabbro, P. H. (2017). The linkages between hierarchical culture and empowering leadership and their effects on employees' work engagement: Work meaningfulness as a mediator. *International Journal of Stress Management*, 24(4), 392–415.
- Clarke, J. B. (1999). Evidence-based practice: a retrograde step? The importance of pluralism in evidence generation for the practice of health care. *Journal of Clinical Nursing*, 6(1), 89–94.

- Colyer, H. & Kamath, P. (1999). Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some matters for consideration by professional practitioners. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 188–193.
- Cöster, H. (2003). *Att kunna tala allvar med sig själv – utkast till välfärdsskyddets etik och värdegrund* (2003:10). Karlstad: Karlstad University Studies.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dunn, D. J. (2009). The intentionality of compassion energy. *Holistic Nursing Practice*, 23(4), 222–229.
- Ederberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Watt, E. & Pearce, F. (2017). Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 217–227.
- Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrerad omvårdnad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad omvårdnad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik* (s. 69–96). Stockholm: Liber.
- Ekstrand, P. (2010). Genus och mångfaldsperspektiv i hälso- och sjukvården. I S. Bentling & B. Jonsson (Red.), *Vårdpedagogiska utmaningar* (s. 156–185). Stockholm: Liber.
- Eldh, A.-C. (2006). *Patient participation – what it is and what it is not*. (Doktorsavhandling). Örebro: Örebro universitet.
- Enarsson, P., Sandman, P.-O. & Hellzén, O. (2007). The preservation of order: The use of common approach among staff toward clients in long-term psychiatric care. *Qualitative Health Research*, 17(6), 718–729.
- Ennis, G., Happell, B., Broadbent, M. & Reid-Searl, K. (2013). The importance of communication for clinical leaders in mental health nursing: The perspective of nurses working in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(11), 814–819.
- Erez, M. & Gati, E. (2004). A dynamic, multi-level model of culture: From the micro level of the individual to the macro level of a global culture. *Applied Psychology*, 53(4), 583–598.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K., Nordman, T. & Myllimäki, I. (1999). *Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. (1 utg.). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Fawcett, J. (1980). A framework for analysis and evaluation of conceptual models of nursing. *Nurse Educator*, 5(6), 10–14.
- Fawcett, J. (1996). On the requirements for a metaparadigm: An invitation to dialogue. Commentary. *Nursing Science Quarterly*, 9(3), 94–97.



- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Hinton Walker, P. & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115–119.
- Finfgeld, D. L. (2003). Metasynthesis: The state of the art – so far. *Qualitative Health Research*, 13(7), 893–904. <https://www.doi.org/10.1177/1049732303253462>
- Fredriksson, L. (2014). Teoribegreppet inom hermeneutik och vårdande praxis. I E. Lassenius & E. Severinsson (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda* (s. 43–50). Malmö: Gleerups.
- Fredriksson, M., Torjesen, D. O., Tynkkynen, L.-K. & Vrangbæk, K. (2019). Patientinvolvering i den nordiske helsetjenesten: Policyutvikling og nåværende praksis. *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, 96(3), 9–29.
- French, P. (2002). What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 250–257.
- Gabrielsson, S. & Ejneborn Looi, G.-M. (2019a). Ett personligt ansvar för god och säker vård. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (3 ed., s. 569–592). Lund: Studentlitteratur.
- Gabrielsson, S. & Ejneborn Looi, G.-M. (2019b). Reflekterande arbetssätt i psykiatrisk omvårdnad. I I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grund nivå* (s. 587–601). Lund: Studentlitteratur.
- Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434–443.
- Gadamer, H. G. (1989). *Truth and method*. New York: Continuum.
- Gaylord, N. & Grace, P. (1995). Nursing advocacy: An ethic of practice. *Nursing Ethics*, 2(1), 11–18.
- George, M. (2017). The effect of introducing new public management practices on compassion within the NHS. *Nursing Times*, 113(7), 30–34.
- Gerber, L. (2018). Understanding the nurse's role as a patient advocate. *The Peer-Reviewed Journal of Clinical Excellence*, 48(4). Retrieved from [https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2018/04000/Understanding\\_the\\_nurse\\_s\\_role\\_as\\_a\\_patient.15.aspx](https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2018/04000/Understanding_the_nurse_s_role_as_a_patient.15.aspx)
- Glasberg, A.-L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392–403. <https://www.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04111.x>
- Glasberg, A.-L., Eriksson, S. & Norberg, A. (2008). Factors associated with 'stress of conscience' in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(2), 249–258.
- Grimsmo, A., Kirshhoff, R., & Aarsedt, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Organisasjonsstudier*, 17(3), 3–12.
- Grundy, A. C., Bee, P., Meade, O., Callaghan, P., Beatty, S., Ollevent, N. & Lovell, K. (2016). Bringing meaning to user involvement in health care planning: A

- qualitative exploration of service user perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(1), 12–21.
- Hellzén, O., Johansson, A. & Pejler, A. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni*. Stockholm: SBU/SFF.
- Helsedirektoratet. (2018). *Retningslinjer for veiledet praksis for psykolog med lisens –presiseringer*. Hämtat 20 april 2020, från [https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/autorisasjon-og-lisens/dokumenter-autorisasjon/Retningslinjer%20veiledet%20praksis%20for%20psykologer.pdf/\\_/attachment/inline/5fbf8821-61cf-4812-9a6e-b148916da0e0:d33d6ee1f8639aed927e2efcfa581fac012f84dc/Retningslinjer%20veiledet%20praksis%20for%20psykologer.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/autorisasjon-og-lisens/dokumenter-autorisasjon/Retningslinjer%20veiledet%20praksis%20for%20psykologer.pdf/_/attachment/inline/5fbf8821-61cf-4812-9a6e-b148916da0e0:d33d6ee1f8639aed927e2efcfa581fac012f84dc/Retningslinjer%20veiledet%20praksis%20for%20psykologer.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Hoffmann, T., Bennett, S. & Del Mar, C. B. (2017). *Evidence-Based Practice Across the Health Professions* (3 ed.). Chatswood, NSW: Elsevier Australia.
- Holm, A. L. (2014). Hermeneutiska möjligheter i psykiatrisk vårdpraxis. I E. Lassenius & E. Severinsson (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda* (s. 135–148). Malmö: Gleerups.
- Hommel, A., Idwall, E. & Andersson, A.-C. (2013). Kvalitetsutveckling. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 148–179). Lund: Studentlitteratur.
- Hummelvoll, J. K. (1993). Psykiatrisk sykepleie – en holistisk eksistensiell tilnærming. I J. K. Hummelvoll & U. Å. Lindström (Red.), *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad* (s. 34–57). Lund: Studentlitteratur.
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., ... Summer Meranius, M. (2019). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3–11.
- ICN. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva: International Council of Nurses (<http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>).
- Johansson, E. & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 103–145). Lund: Studentlitteratur.
- Kapiriri, L., Norheim, O. F. & Martin, D. K. (2007). Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy*, 82(1), 78–94.
- Karlsson, B. E. & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kirkevold, M. & Bonnevie, A. (2010). *Sygeplejeteorier: Analys og evaluering* (3 ed.). København: Munksgaars.
- Koivunen, M., Kontio, R., Pitkänen, A., Katajisto, J. & Väломäki, M. (2013). Occupational stress and implementation of information technology among nurses working on acute psychiatric wards. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00339.x>
- Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso och sjuk vård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering i hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s. 21–68). Stockholm: Liber.
- Kvalitetsregistre.no (2020) Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, retrieved from <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt>
- Lee, H. F., Chiang, H. Y. & Kuo, H. T. (2019). Relationship between authentic leadership and nurses' intent to leave: The mediating role of work environment and burnout. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 52–65. <https://www.doi.org/10.1111/jonm.12648>
- Leksell, J. & Lepp, M. (Red.). (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber.
- Leonardsen, L. A.-C. (2019). Kartlegging av kompetanse er nødvendig for å sikre gode helsetjenester *Tidsskriftet Sykepleien*, 107, e–19137.
- Lévinas, E. (1988). *Etik och oändlighet*. Stockholm: Symposion.
- Lindahl, B. & Sandman, P. O. (1998). The role of advocacy in critical care nursing: A caring response to another. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 179–186.
- Lindberg-Sand, Å. (1996). *Spindeln i klistret: Den kliniska praktikkens betydelse för utveckling av yrkeskompetens som sjuksköterska, en etnografisk-fenomenografisk studie*. Lund: Lunds universitet, Pedagogiska institutionen.
- Lindh, I.-B., da Silva, A. B., Berg, A. & Severinsson, E. (2010). Courage and nursing practice: A theoretical analysis. *Nursing Ethics*, 17(5), 551–565.
- Martin, L. (2018). *Informatik i vården. Hälsoinformatik för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Martinsen, K. (2000). *Öyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009). *Å se og inse. Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- Mathieson, A., Grande, G. & Luker, K. (2019). Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: A systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e6).
- McKay, C. & Vanaskie, K. (2018). Partnering for Success: The role of the nurse leader in health information technology implementation for coordination of care. *Nurse Leader*, 16(6), 385–388.

- McKeown, M., Ridley, J., Newbigging, K., Machin, K., Poursanidou, K. & Cruse, K. (2014). Conflict of roles: A conflict of ideas? The unsettled relations between care team staff and independent mental health advocates: Independent mental health advocacy. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 398–408.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (6 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Montgomery Dossey, B. & Keegan, L. (Red.). (2013). *Holistic nursing. A handbook of practice* (6 ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- National League for Nursing, N. (2020). Core values. Retrieved from <http://www.nln.org/about/core-values>
- Nelson, R. & Staggers, N. (2018). *Health Informatics. An interprofessional approach*. St Louis, MO: Elsevier.
- Neumann, C. B., Olsvold, N. & Thagaard, T. (2016). *Omsorgsarbeidets sosiologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norlyk, A., Haahr, A., Dreyer, P. & Martinsen, B. (2017). Lost in transformation? Reviving ethics of care in hospital cultures of evidence-based healthcare. *Nursing Inquiry, early online*.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2018:16. *Det viktigste først – prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nåden, D. (1998). *Når sykepleie er kunstutøvelse [When caring is an exercise of art. An examination of some necessary preconditions for nursing as an art]*. Vasa: Åbo Akademi University: Departement of Caring Science (doctoral dissertation).
- Nåden, D. (2003). Tillegnelsen av klinisk vårdvitenskap og vårdandets kunst. I K. Eriksson & U. Å. Lindström (Red.), *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (s. 63–73). Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Nåden, D. & Eriksson, K. (2004). Understanding the importance of Values and Moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 86–91.
- Oljemark, K. (2014a). *An appreciative inquiry into leadership sense-making and possibilities: A story of values in action* (Doktorsavhandling). Luton: University of Bedfordshire.
- Oljemark, K. (2014b). *An appreciative inquiry into leadership sense-making and possibilities: A story of values in action*. (Doktorsavhandling). Luton, UK: University of Bedfordshire. Retrieved from <http://uobrep.openrepository.com/uobrep/bitstream/10547/552500/1/K+Oljemark.pdf>
- Parker, R. S. (1990). Nurses' stories: the search for a relational ethic of care. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 31–40. Retrieved from <http://ep.bib.mdh.se/>

- login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=107524864&site=ehost-live&scope=site
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2020). HelseDirektoratet. Retrieved from <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Pollard, C. L. (2015). What is the right thing to do: Use of a relational ethic framework to guide clinical decision-making. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 362–358.
- Price-Dowd, C. (2017). The three stages of courage in nursing. *British Journal of Nursing*, 26(17), 989, <https://www.doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.989>.
- QSEN. (2019). QSEN Competencies. Retrieved from [qsen.org](http://qsen.org)
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ruggiero, K., Pratt, P. & Antonelli, R. (2019). Improving outcomes through care coordination: Measuring care coordination of nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(8), 476–481.
- Rundqvist, E. (2004). *Makt som fullmakt [Power as authority]* (soctoral dissertation). Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Rusner, M. (2019). *Vård för ett bärkraftigt vardagsliv vid psykisk ohälsa*. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (3 utg., s. 433–449). Lund: Studentlitteratur.
- Sacco, T. L. & Copel, L. C. (2018). Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nursing Forum*, 53(1), 76–83.
- Sandberg, H. (2011). *Samarbetshälsa. Om effektivt samarbete och välbefinnande*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandelowski, M. (2000). *Devices and desires – gender, technology and American nursing*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Sarvimäki, A. & Sandelin Benkö, S. (2001). Values and evaluation in health care. *Journal of Nursing Management*, 9(3), 129–137.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (4 ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sheard, D. (2004). Person-centred care: The emperor's new clothes? *Journal of Dementia Care*, 12(2), 22–25.
- Sherwood, G. (1999). Meta-synthesis: Merging qualitative studies to develop nursing knowledge. *International Journal for Human Caring*, 3(1), 37–42.
- Sherwood, G. & Barnsteiner, J. (Red.). (2012). *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Sjolie, B. M., Hartviksen, T. A. & Bondas, T. (2020). "Navigation to prioritizing the patient" – first-line nurse managers' experiences of participating in a quality improvement collaborative. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–13.

- Skär, L. & Söderberg, S. (2017). The importance of ethical aspects when implementing eHealth services in healthcare: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1043–1050.
- Socialstyrelsen. (2012). *Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri – en kartläggning av forskning och praktik*. Retrieved from Stockholm: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18536/2011-12-20.pdf>
- SOU. (2018:77). *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Spinzy, Y., Nitzan, U., Becker, G., Bloch, Y. & Fennig, S. (2012). Does the internet offer social opportunities for individuals with schizophrenia? a cross-sectional pilot study. *European Psychiatry*, 27(S1), 1.
- Stadin, M., Nordin, M., Broström, A., Magnussin Hanson, L., Westerlund, H. & Fransson, E. (2016). Information and communication technology stress at work and development of suboptimal self-rated health. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 89(7), 1049–1058.
- Sundlisæter Skinner, M. (2015). En studie av kommunale ledere og legers erfaringer fra samarbeid med helseforetak om kommunale akutte døgnenheter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(11), 97–112.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor*. Stockholm: SSF.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016a). *Sjuksköterskans profession*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening (SSF).
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016b). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening (SSF).
- Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet. (2017). *Teamarbete & Förbättringskunskap, två kärnkompetenser för god och säker vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet.
- Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkaresällskapet & Dietisternas riksförbund. (2019). *Personcentrerad vård – för ökad patientsäkerhet och vårdkvalitet*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening (SSF).
- Sävenstedt, S. & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialismråden* (s. 217–258). Lund: Studentlitteratur.
- van Wijngaarden, E., van der Meide, H. & Dahlberg, K. (2017). Researching healthcare as a meaningful practice: Toward a nondualistic view on evidence for qualitative research. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1738–1747.
- Wallinvirta, E. (2017). Ansvar och makt. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 379–391). Lund: Studentlitteratur.

- WHO. (2017). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO. (2020). What is quality of care and why is it important? Retrieved from [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/)
- Wiklund Gustin, L. (2019). Att integrera teori och praktik i personcentrerad vård. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (s. 546–567). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Zahourek, R. (2009). Holistic nursing research: Challenges and opportunities. I B. Montgomery Dossey & B. Keegan (Red.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (s. 675–694). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Åhlin, J. (2015). *Stress of conscience and burnout among healthcare personnel working in residential care of older people* (Doktorsavhandling). Umeå: Umeå University. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/0023/66e7534da6eb67cb57157b89135f98e27b5a.pdf>
- Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialismråden* (s. 182–215). Lund: Studentlitteratur.