



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patientens bedömning av information från sjuksköterskan

En kvantitativ undersökning om hur patienten
bedömer information relaterat till patientens
utbildningsnivå

Författare: Anna Norberg & Karin Persson

Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Patientens bedömning av information från sjuksköterskan

En kvantitativ undersökning om hur patienten bedömer information relaterat till patientens utbildningsnivå

Författare: Karin Persson & Anna Norberg

Handledare: Anna Ekwall

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Abstrakt

Akutmottagningen är en stressam miljö där besökande patienter har olika förutsättningar och erfarenheter. Det är viktigt att patienten delges information samt att vårdpersonalen ser till att patienten förstår informationen. Informationsförmedling är en mycket central del i sjuksköterskans yrke. Syftet med studien var att beskriva potentiella skillnader i hur patienter bedömde information från sjuksköterskan på en akutmottagning. Detta jämfördes med patientens utbildningsnivå för att se ifall skillnader mellan grupperna grundskole-, gymnasie- och högskoleutbildning förelåg. Studien är en kvantitativa, icke experimentell, prospektiv tvärsnittsstudie. Enkätundersökningen utfördes på en akutmottagning i södra Sverige under sommaren 2013. 209 personer besvarade enkäten. Resultatet visade att inga större skillnader kunde ses i hur patienter upplever informationen utifrån deras utbildningsnivå.

Nyckelord

Akutmottagning, Information, sjuksköterska, utbildningsnivå

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund.....	3
Perspektiv och förhållningsätt	4
Kommunikation och lärande i vården.....	5
Brister i kommunikation och inläring	7
Utbildning och hälsa.....	8
Syfte.....	10
Specifika frågeställningar	10
Metod	10
Instrument	11
Urval.....	11
Datainsamling	12
Data analys	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat.....	13
Demografisk fakta	13
Spridning på utbildningsnivå relaterat till frågorna	14
Resultat från frågeformuläret	14
Diskussion.....	17
Diskussion av vald metod	17
Items och variabler från enkäten.....	18
Bortfall och exkludering.....	19
Diskussion av sammanställt resultat oberoende av utbildningsnivå	20
Diskussion av sammanställt resultat relaterat till utbildningsnivå	21
Slutsats och kliniska implikationer	22
Författarnas arbetsfördelning	23
Referenser	24

Introduktion

Problemområde

Till en svensk akutmottagning söker sig alla typer av människor för att få hjälp med olika brådskande tillstånd (Wikström, 2012). En del tillstånd är mindre akuta än andra men kan ändå vara ett orosmoment för patienten. På akutmottagningen finns ett brett spektrum av människor med olika erfarenheter och bakgrund. Skillnader inom kultur, religion, utbildning och ekonomisk status är utbredd hos individerna som söker akutsjukvård (ibid). Den yrkeskategori inom sjukvårdspersonal som först träffar patienten på akutmottagningen är en sjuksköterska. Sjuksköterskan ska på bästa sätt försöka bedöma hur allvarligt en patients tillstånd är genom triagering. Patienten blir prioriterad utifrån vitalparametrar och symtom. Utifrån prioriteringen får patienten vänta olika länge på att träffa en läkare. Under tiden ska sjuksköterskan finnas till hands för att utföra olika kontroller, undersökningar och även svara på frågor och funderingar som patienten har (ibid).

Information har en central roll i sjuksköterskans arbete på akutmottagningen (Wikström, 2012). I en studie som undersökte sjuksköterskans effektivitet på en akutmottagning tyckte 79% av patienterna att informationen de fått av sjuksköterskan var adekvat för tillståndet de befann sig i (Wilson & Shifaza, 2007). Patienten kan få både bristande insikt och bristande egenvård samt sämre följsamhet om inte tillräckligt med kunskap finns hos patienten (Klang Söderkvist, 2013). Detta kan i sin tur leda till sämre vårdresultat, ökade samhällskostnader, kvarstående symtom, komplikationer och förlängd vårdtid (ibid). Vid missförstånd, brist på information eller oförstående av informationen kan det leda till sämre vård och minskad patientsäkerhet (Edberg & Wijk, 2009).

I en studie undersöktes sambandet mellan patientens utbildningsnivå och hur nöjd patienten var med sitt besök på en akut vårdcentral. Inga signifikanta samband kunde ses mellan patientnöjdhet och patientens utbildningsnivå (Ryan & Rahman, 2010). Det saknas studier om hur patienten bedömer information från sjuksköterskan utifrån vilken utbildningsnivå individen har. Dock finns studier som beskriver konsekvenser av låg utbildningsnivå hos patienter. Låg utbildningsnivå är associerad med senare ställd diagnos och minskad överlevnad vid malignt melanom (Eriksson et.al., 2013). Patienter med låg utbildningsnivå och bröstcancer hade även en signifikant ökad risk för förtidig död (Herndon, Kornblith,

Holland & Paskett, 2011). Relaterat till de breda spektrum av människor på akutmottagningen ställer sig författarna till föreliggande studie frågan om sjuksköterskan måste anpassa och utveckla sitt sätt att kommunicera på. I uppsatsen har författarna fördjupat sig och undersökt skillnaden mellan patienters utbildningsnivå och hur de bedömer den informationen de fått av sjuksköterskan.

Bakgrund

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) finns bestämmelser över hur Sverige ska bedriva sjukvård (1 §). Målet för hälso- och sjukvården är att bedriva en god vård som är lika för all befolkning (2 §). Som sjukvårdspersonal ska vården medicinskt förebygga, utreda och behandla olika sjukdomstillstånd. Ett av kraven för hälso- och sjukvården är att ge patienten individuellt anpassad information gällande all vård (2 b §). Det kan till exempel vara information om undersökningar, behandlingsalternativ och hälsotillstånd (HSL 1982:763). Sjuksköterskan har ett stort ansvar när det gäller att upprätthålla dessa mål och krav som hälso- och sjukvårdslagen har. I Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) beskrivs det hur kommunikationen ska fungera mellan de olika parterna och att det skall vara ett hjälpmedel för sjuksköterskan vid informationsförmedling samt undervisning för patienter och närstående. Informationen skall ges förutsättningslöst och oberoende av patientens bakgrund så att patienten blir mer delaktig i sin vård (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Dorothea Orems teori ska sjuksköterskan ha förmåga att kunna bedöma patientens egenvårdsbrist, egenvårdsbehov samt kunna identifiera vilken omvårdnadskapacitet patienten har (Kirkevold, 2000). Sjuksköterskan skall förmedla kunskap till patienten så att denne kan medverka i sin egen vård efter bästa möjliga förmåga (ibid). I kompetensbeskrivningen (Svensk Sjuksköterskeförening, 2005) står det även att sjuksköterskan har ett ansvar att försäkra sig om att patienten förstår informationen. Sjuksköterskan ska genom relevant vetenskap och litteratur uppdatera sig om vad som är en effektiv kommunikationsmetod (Socialstyrelsen, 2005).

Som sjuksköterska finns det även etiska koder som är viktiga att följa. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2006) beskriver olika ansvarsområdena som tillhör yrket. Det är viktigt att ta ett moraliskt ansvar för sina bedömningar, använda sig av professionellt framtagen kunskap och omvandla den till praktik samt utveckla ett personligt förhållningssätt till etiska koder inom professionen. Sjuksköterskan ansvarar över att delge den information som krävs för att

den enskilda individen skall kunna ge samtycke av vård och behandling samt om rättighet att kunna välja eller vägra behandling. Sjuksköterskan skall även använda sig av en informationshantering som garanterar sekretess för individen (Svensk Sjuksköterskeförening, 2006).

Perspektiv och förhållningsätt

I denna uppsats betraktas patienten ur ett humanistiskt perspektiv. Individen ses som ett subjekt som är fri och självständig och har förmågan att ta och påverka sina egna beslut (Arlebrink, 2006). Förhållandet mellan sjuksköterska och patient ska byggas på respekt och patienten ska behandlas utifrån de specifika behoven som omger individen. Omvårdnaden ska bygga på att sjuksköterskan tar hand om hela individen och inte bara den sjuka lungan eller det dåliga hjärtat (ibid). Malmsten (2007) har liknande tankar om hur patienten ska behandlas. Han beskriver hur viktigt det är att respektera patientens människovärde. Varje individ har ett eget värde och oavsett intellektuell nivå eller kroppslig förmåga ska man ha rätt till sitt eget ideal. När sjuksköterskan lyssnar och visar sympati till en patients berättelse, visar det att sjuksköterskan verkligen ser patienten och inte bara vårdfallet. Det är därför en viktig uppgift för sjuksköterskan att informera, trösta och finnas där för patienten vid behov (ibid). En studie gjord på en akutmottagning i Cleveland visar att det är viktigt att sjuksköterskan informerar patienten (Pytel, Fielden, Meyer & Albert. 2009). Patienter fick frågan hur viktigt det var att sjuksköterskan informerade om provtagningar och behandlingar som utfördes. ca 96% svarade att det var mycket viktigt. ca 95% av patienterna tyckte även att det var mycket viktigt att sjuksköterskan svarade på deras frågor (ibid).

Sjuksköterskan kan ibland under ett samtal kränka en patients integritet genom att ställa frågor om privatliv eller vid förmedlande av vårdanvisning (Friberg, Öhlén & Edberg, 2009). Malmsten (2007) beskriver integritet som varje individs inre personliga gränser. Om denna gräns överstigs finns det en risk att patientens integritet kränks. Det är därför av största vikt att vårdpersonal tar hänsyn till och respekterar patientens integritet i så stor utsträckning som möjligt (ibid).

Kommunikation och lärande i vården

Människor kommunicerar för att överleva, samarbeta, förstå och tillfredsställa sina behov (Fossum, 2013). För att mötet mellan patient och vårdgivare ska bli effektivt så är det viktigt att ha förståelse för varandra. I ett samtal utgår de båda parterna ifrån olika krav och förväntningar. Dessa krav och förväntningar skiljer sig ofta till följd av parternas olika erfarenheter, syfte och mål med mötet enligt Fossum (2013). Samtalet handlar även om hur patienten upplever samtalet och hur vårdgivaren upplever att den får kontakt tillbaka. Alla samtal är olika beroende på kontext, tillfälle, deltagare och villkor (ibid).

Patienter har olika förutsättningar att ta emot information, bearbeta information samt följa de rekommendationer som rör deras hälsa (Fossum, 2013). Det är viktigt att ta tillvara på individens egna resurser och kunskap och fråga vad patienten själv tror och har för uppfattningar om till exempel ett symptom. Det kan i många fall vara positivt för både följsamhet, patientnöjdhet samt informativt för vårdpersonal (ibid). Wilson & Shifaza (2007) beskriver hur viktigt det är för patientnöjdhet att sjuksköterskan informerar tillräckligt om vad som ska hända, till exempel vid ett besök på en akutmottagning. ca 91% av patienterna "höll med fullständigt"/"höll med" om att sjuksköterskan var duktig på att förklara vad som skulle hända under besöket (ibid).

Orem beskriver människan som en rationell, medveten, motiverad och målinriktad varelse (Kirkevold, 2000). Människans inläring förklaras som en process som sker utifrån olika kulturella och sociala kontexter och att kunskapen utifrån detta används på ett lämpligt sätt för att skapa de bästa förutsättningarna för individen. Enligt Orem kommer informationsförmedlingen in i aspekten att man skall ge individen verktyg att själv kunna tillgodose sina behov i samband med sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. En av sjuksköterskans arbetsuppgifter är att undervisa patienten i egenvård (ibid).

De flesta patienter som söker sig till akutmottagningen upplever någon form av ohälsa, obehag eller smärta (Wikström, 2012). Det kan vara en väldigt stressam situation och miljö för individen och det är viktigt att patienten bemöts på ett bra sätt. En del i ett bra bemötande är att patienten ska bemötas med relevant information som bör ges vid upprepade tillfällen. Sjukvårdspersonalen skall försäkra sig om att patienten har förstått informationen (ibid). Enligt Fossum (2013) är det viktigt att ta sig tid och prata så att mottagaren förstår. Låter sjukvårdspersonalen tillexempel stressad kan det bli svårt för patienten att hänga med, ställa

frågor, ta till sig information eller berätta om saker som känns betydelsefulla (ibid). Detta styrker även studien av McCabe (2004) då patienterna inte ville störa sjuksköterskan som ofta var upptagen med medicinsk-tekniska moment (McCabe, 2004). Även olika uttryck eller slang på instrument eller behandlingar bör undvikas då innebörden kan missförstås (Fossum, 2013). Det kan bekräftas av en studie gjord på en akutmottagning då 89% av patienterna tyckte det var mycket viktigt att sjuksköterskan pratade med ett språk som patienterna kunde relatera till (Pytel, Fielden, Meyer & Albert. 2009). 89,1% tyckte även att det var mycket viktigt att sjuksköterskan använde sig av termer som de kunde förstå (ibid). I den tidigare nämnda studie (McCabe, 2004) förlitade sig patienterna på att sjuksköterskorna använde sig utav öppen och ärlig kommunikation samt av uttryck och språk som de förstod (ibid).

Enligt Fossum (2013) innefattar kommunikation och bemötande både en verbal och en kroppslig del. Den verbala delen handlar om vad vi säger, när vi säger det och hur vi uttrycker något. I den kroppsliga delen handlar bemötande och kommunikation om hur vi hälsar, hur vi pratar, tonfall, placering i rummet och inte minst ögonkontakt. Bemötande handlar även om att vara vänlig, artig, hjälpsam, respektfull, öppen och stödjande gentemot patienten och anhöriga (ibid). Samma företeelser beskrivs av Wilson och Shifaza (2007) då patienterna på en akutmottagning tyckte att sjuksköterskan hade en vänlig framtoning gentemot dem. 70% av de deltagande tyckte att informationen som sjuksköterskan gav var bra och relevant, vilket kan sammankopplas med att 91% av patienterna överlag var nöjda med vården (ibid). McCabe (2004) har även studerat hur viktigt det är att sjuksköterskan visar empati gentemot patienterna. När sjuksköterskan visade empati gentemot patienten, kände de sig trygga. Patienterna var medvetna om att sjuksköterskan inte skulle kunna bota deras sjukdom, men att empatin hjälpte mot deras svåra ångest (ibid).

Lärandets utgång är beroende av vad patienten tycker är väsentligt och motiverad till att lära in (Fossum, 2013). Förutsättningarna för inläring kan beskrivas i termer som patientens drivkraft, kapacitet, resurser, färdigheter, mål och kontrollsystem. För att alla dessa delar ska fungera måste vårdpersonal se, lyssna, bekräfta och stödja patienten i lärandets process. Sjukvårdspersonalens roll blir sedan att se till att patienten är välinformerad och kan ta egna och medvetna beslut för att kunna medverka i sin egen vård (ibid). Enligt Slatore et.al. (2012) tycker sjuksköterskor att en viktig del i deras yrke är att fungera som en översättare för patienten. Exempelvis i situationer där patienten ej har förstått vad läkaren har informerat om (ibid). För att patienten ska kunna ta beslut som känns trygga måste tillräckligt med kunskap

finnas (Klang Söderkvist, 2013). Om patienten inte har förstått informationen från vårdpersonalen kan detta bli svårt att uppnå. Information är nyckeln för att kunna understödja patientens egna kapacitet till egenvård och hälsa och patienten behöver känna tillit till sin egen samt vårdpersonalens förmåga (ibid). Dorothea Orem tar även upp detta då hon sammanfattar patientens egenvårdskapacitet som något som dels spontant utvecklas genom utförande men även är en samling av instruktioner som förmedlas till individen (Kirkevold, 2000).

Brister i kommunikation och inläring

Som beskrivits ovan är kommunikation och inläring en viktig del i patientens omvårdnad (Fossum, 2013). Vid brister i informationsförmedlingen från sjuksköterskan kan det leda till brister i inläringen hos patienten. Vid bristande insikt och otillräcklig kunskap hos patienten kan detta som tidigare nämnts leda till sämre vårdresultat, ökade samhällskostnader, kvarstående symtom, komplikationer och förlängd vårdtid (Klang Söderkvist, 2013).

Fossum (2013) beskriver sammanhang där han pratat med patienter och anhöriga, som har varit missnöjda med olika vårdmöten. I dessa sammanhang tycker patienter och anhöriga att det ofta har brustit i bemötandet från vårdpersonalen. Ett dåligt bemötande kan få negativa konsekvenser i den fortsatta vården för både patienter och anhöriga i form av bristande följsamhet, missnöje, ökad och onödig sjukvårdskonsumtion samt i vissa fall ökad ohälsa. En viktig del i bemötandet av patienten är att delge information så att patienten känner sig sedd (ibid). I en Iransk studie (Fakhr-Movahedi, Salsali, Negharandeh & Rahnavard, 2011) undersökte forskarna vilka svårigheter som kunde hindra lärandet för patienter. Sjuksköterskorna fick exempelvis lägga ner längre tid på att informera en del av de patienter med låg utbildningsnivå än de med högre utbildningsnivå. Det hade att göra med att sjuksköterskorna fick anstränga sig mer för att använda termer som patienten kunde förstå (ibid). Ett annat problem var när sjuksköterskan fokuserade mer på de medicinsk-tekniska momenten än på kommunikationen. McCabe (2004) undersökte i sin studie hur patienten upplevde sjuksköterskans sätt att kommunicera. Flera av de medverkande patienterna i studien tyckte att sjuksköterskan fokuserade mer på de medicinsk-tekniska momenten än att kommunicera med patienterna. Dock ansåg flera av patienterna att det inte var sjuksköterskornas fel att de kommunicerade för lite, utan att sjuksköterskorna hade för många andra arbetsuppgifter. Det kunde få patienterna att känna sig förbisedda och att andra moment

var viktigare än patienten. Att sjuksköterskorna hade mycket annat att göra kunde även resultera i att patienterna kände att de inte ville störa sjuksköterskan i arbetet (ibid).

Kommunikations strategier i svensk sjukvård handlar enligt Klang Söderkvist (2013) om hur information och kunskap ska förmedlas till patienter och anhöriga. Strategierna beskrivs som otydliga och oklara och informationsförmedlingen till patienter är ofta informell, spontan och inte samordnad. Informationen förmedlas ofta oberoende av varandra både inom men även emellan professioner. Detta kan leda till förvirring, informationsbortfall samt minskad kontinuitet i vården (ibid). Fakhr-Movahedi et.al. (2011) hävdar också att dålig kontinuitet i vården försämrar kommunikationen mellan patient och vårdpersonal.

Klang Söderkvist (2013) tar även upp att informationen från sjuksköterskan ofta innebär så kallad banköverföring. Det innebär att sjuksköterskan informerar patienten utifrån egna erfarenheter, tolkningar och slutsatser. Kunskapen och hälsorådgivningen som förmedlas blir därför vad sjuksköterskan väljer att berätta eller anser att patienten bör veta. Klang Söderkvist (2013) menar att öppna frågor och reflektioner saknas och undervisningen blir mer av förmedlarpedagogisk karaktär som innebär att ett budskap förmedlas till en mottagare. Följden blir då att patienten inte får chans till självbestämmande eller medverkande i sin egen vård utan blir en passiv mottagare (ibid). I en studie (Saltore et.al., 2012) som gjordes på en intensivvårds avdelning, tyckte däremot patienterna att sjuksköterskorna ofta gav väldigt bra och relevant information. Patienterna ville ofta att sjuksköterskorna skulle hjälpa dem att förstå de som läkarna hade informerat om. Därför var det väldigt viktigt för sjuksköterskorna i undersökningen att använda sig av relevanta termer som patienten kunde förstå (ibid).

Utbildning och hälsa

En svensk studie visade en minskad överlevnad hos de patienter med låg utbildningsnivå med diagnostiserad malignt melanom (Eriksson et.al., 2013). Sambandet mellan negativa konsekvenser av cancersjukdom och låg utbildningsnivå hos patienten bekräftas även av Herndon, et.al. (2011) som påvisade att dödligheten hos kvinnor med låg utbildningsnivå ökade vid bröstcancer.

Enligt den statistiska centralbyrån (2012) finns det drygt 1,2 miljoner högutbildade personer i Sverige d.v.s. de som gått minst en treårig högskoleutbildning. I det område där föreliggande studie genomförts har ca 51% av individerna minst en treårig eftergymnasial utbildning. Riksgenomsnittet för andelen högutbildade i Sverige i åldern 25-64 år är 25%. Yngre högutbildade personer ersätter successivt äldre lågutbildade personer och utbildningsnivån i Sverige stiger sakta. (Sveriges Statistiska Centralbyrå, 2012). Enligt Illeris (2006) organiseras lärandet i dagens moderna samhällen på ett samhälleligt sätt. Detta beskrivs som kompetenser som alla individer i samhället bör ha så att individerna skall ha någorlunda samma kunskapsgrund, så kallat samhällsstyrt. Idag är ett problem att många hamnar i en utbildning under tvång, där lärandet uteblir på grund av bristande motivation, speciellt under skolpliktsåren (ibid). Det skapar ett stort slöseri på Sveriges samhälleliga resurser. Illeris (2006) menar att samhällets politik syftar till att alla i Sverige ska ha en högre utbildning av något slag (ibid).

I en svensk studie (Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2008) undersöktes olika bakgrundsfaktorer hos patienter och hur de uppfattade vårdkvaliteten på en akutmottagning. Enkätfrågorna delades in i fyra olika teman som analyserades med olika faktorer. En av dessa faktorer var patienternas utbildningsnivå. De olika temana innefattade "medicinskteknisk kompetens", "personcentrerat tillvägagångssätt", "tekniska- och fysiska förhållanden" och "sociokulturell atmosfär" (ibid). Signifikanta skillnader i hur patienter med olika utbildningsnivå uppfattade vårdkvaliteten hittades i de båda teman "personcentrerat tillvägagångssätt" samt "sociokulturell atmosfär". Temat "personcentrerat förhållningssätt" innehöll flera frågor angående om patienter tyckte att de hade fått bra information av vårdpersonalen. Studien tyder på att patienter skattar dessa teman olika beroende på vilken utbildningsnivå de har (ibid). Störst skillnader syntes mellan de patienter som hade grundskoleutbildning som högsta utbildningsnivå och de patienter som hade en universitetsutbildning. Universitetsgruppen var mer kritisk till vårdkvaliteten inom de två tidigare nämnda teman (ibid). I en liknande kanadensisk studie (Thrasher & Purc-Stephenson, 2008) undersöktes patientnöjdhet av sjuksköterskans vård på en akutmottagning. Tre teman undersöktes: lyhördhet, omfattande vård och sjuksköterskans roll. Temat "omfattande vård" innehöll frågor angående sjuksköterskans informationsförmedling till patienten. Inga signifikanta skillnader kunde ses inom dessa områden gällande patienter med olika utbildningsnivåer (ibid).

Som tidigare beskrivits har utbildningsnivån haft skilda betydelser för olika faktorer. Information har en central roll i sjuksköterskans arbete och författarna till den föreliggande studien anser att det behövs mer kunskap om patienter på akutmottagningen med olika utbildningsnivå bedömer informationen från sjuksköterskan olika.

Syfte

Syftet var att beskriva hur patienter på en akutmottagning i Sverige bedömer information från sjuksköterskan utifrån deras utbildningsnivå.

Specifika frågeställningar

1. Hur bedömer patienterna på en akutmottagning informationen från sjuksköterskan oberoende av utbildningsnivå?
2. Hur bedömer patienterna på en akutmottagning informationen från sjuksköterskan relaterat till deras utbildningsnivå?

Metod

I denna kvantitativa, icke experimentella, prospektiva tvärsnittsstudie har det tidigare beskrivna syftet undersökts (Henricson, 2012). Författarna till den föreliggande studien tycker metoden till studien passar bra på grund av många faktorer. Enkätundersökningar är effektiva då en större grupp ska undersökas (Henricson, 2012). Det är även en positiv faktor att se hur något ser ut vid en exakt tidpunkt och att mycket information kan samlas in under en kort period (ibid).

Instrument

Enkätfrågorna som ligger till grund för den föreliggande studien har utvecklats i samband med ett större forskningsprojekt som utförts på Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet. Frågorna som valts i den föreliggande studien har valts ut från en enkät med sammanlagt 56 items. Enkäten består av frågor om demografisk fakta, patientnöjdhet, oroskattning och graden av patientcentrerad vård. Deltagande har alltså svarat på alla 56 items och inte bara de två som författarna till den föreliggande studien har fördjupat sig i. *Fråga 1* ("Akutmottagningen är ett ställe där personalen pratar med mig så jag förstår") har valts ut från en grupp av 17 items. Den ursprungliga enkäten är uppbyggd enligt den amerikanska Person-centred Climate Questionnaire. Enligt Edvardsson, Sandman & Rasmussen (2009) är frågorna tillförlitliga och har hög validitet då det har gjorts en svensk översättning. *Fråga 2* ("Sjuksköterskan förklarade på ett sätt som jag kunde förstå") har valts ut från en grupp med totalt 18 items från den ursprungliga enkäten. Dessa frågor är uppbyggda från ett amerikanskt verktyg kallat Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS). Den svenska versionen är testad av Ekwall & Davis (2012) och beskrivs ha hög validitet.

Urval

Under en tio veckors period under sommaren 2013 har enkäten delats ut till patienter som befinner sig på en akutmottagning i södra Sverige. Inklusionskriterierna för det större forskningsprojektet var att patienten skulle vara över 18 år och kunna förstå det svenska språket. Deltagarna har valts ut konsekutivt ur en större grupp och individen har bara blivit tillfrågad en gång. Patienter med livshotande tillstånd samt patienter som inkommer med ambulans har ej tillfrågats och räknas som exklusionskriterier för studien. Det vill säga alla patienter med prioritet 2, 3 och 4 enligt prioriteringsverktyget RETTS som inkommit via väntrummet har tillfrågats att delta.

1000 st frågeformulär delades ut och totalt 209 st (20,9 %) blev ifyllda och skickades in korrekt. I urvalet till föreliggande studie har författarna valt att sortera bort de patienter under 24 år. Det beror på att patienterna skall vara så pass gamla så att de har haft möjlighet att påbörjat en universitetsutbildning. Av de ursprungliga 209 ifyllda enkäterna har 174 st uppfyllt föreliggande urval. Att behålla urvalet på 18 år hade medfört att dessa patienter fortfarande går i gymnasiet och ej haft möjlighet att påbörja en universitetsutbildning och därför har författarna satt en gräns på 24 år.

Datainsamling

Varje individ har tillfrågats på plats om de vill delta i studien. Patienterna gav först sitt medgivande att delta i undersökningen när enkäten var ifylld och inlämnad. Den besvarade enkäten lades av de deltagande i en svarslåda som fanns på akutmottagningen. De som ville fylla i den hemma skickade den istället direkt till studiens ansvariga. Utdelning av enkäterna har skett av receptionisterna på akutmottagningen vid inskrivning och hade därför ingen direkt vårdkontakt med personerna som fick enkäten. Varje patient som uppfyller inklusionskriterierna har fått frågeformuläret i handen vid ankomst. Enkäten har delats ut under alla veckodagar och under dygnets alla timmar. Sjuksköterskorna vid triageringen samt receptionisterna som ansvarade för inskrivningen var informerade om studien och kunde svara på eventuella frågor. Författarna till föreliggande studie anser att tillräckligt många svar har lämnats in som kan representera populationen på ett bra sätt.

Data analys

Genom en statistisk bearbetning gjordes en sammanställning av data från enkäterna. Det har genomförts med statistikprogrammet SPSS. För ålder har max-, min-, medelvärde och standardavvikelse beräknats. Efter en uppdelning av de olika kategorierna: "högstadienivå", "gymnasienivå" och "högskola-/universitetsnivå", har det studerats hur stor andel som svarat på varje svarsalternativ. Utav denna information har författarna till föreliggande studie gjort en jämförelse mellan grupperna. Den första frågan som lyder: *Akutmottagningen är ett ställe där personalen pratar med mig så jag förstår* hade en likertskala med 6 svarsalternativ ("Ja, håller med fullständigt", "Ja, håller med", "Ja, håller med delvis", "Nej, håller inte med delvis", "Nej, håller inte med", "Nej, håller inte alls med"). Den andra frågan: *Sjuksköterskan förklarade på ett sätt som jag kunde förstå* hade istället en likertskala med 5 alternativ ("Ja, håller med fullständigt", "Ja, håller med", "Inget av dem", "Nej, håller inte med", "Nej, håller inte alls med"). Likertskalan används enligt Polit & Beck (2006). I resultatet har svaren på de olika alternativen respektive vilken utbildningsgrupp som svarat på frågan jämförts med varandra i diagram. Informationen har med hjälp av Excel sammanställts i diagram och tabeller.

Forskningsetiska avvägningar

Det större forskningsprojektet har genomgått en etikprövning som blivit granskad och godkänd av regionala vårdvetenskapliga etiknämnden. Etik-diariumnummer: H15 2013/56. Även användandet av enkäten i föreliggande studie har granskats och beviljats av VEN med diariumnummer: VEN 102-13. Den insamlade datan innehåller ej några uppgifter som kan knyta den medverkande personen till enkäten. Den har lämnats in helt anonymt av patienten på de olika sätt som beskrivs under datainsamling. Det har varit helt upp till patienten att delta och har i vilken stund som helst kunnat avbryta sitt medverkande genom att ej lämna in ifyllt frågeformulär. Som tidigare nämnts har patienter med prio 1-larm eller de som inkommer med ambulans ej tillfrågats. Detta eftersom att de kan vara för sjuka eller stressade av sitt tillstånd. En bra princip att ta i beaktning är autonomiprincipen (Olsson & Sörensen, 2011). Den innebär att patientens självbestämmande förmåga om att ta sina egna beslut respekteras. Individen har rätt till att handla hur den vill utifrån informationen som ges (ibid).

Resultat

Demografisk fakta

Åldern för de 174 deltagande varierade från 24 till 94 år. Medelåldern beräknades att vara 56 år, med en standardavvikelse på 17,13 år hos de deltagande. 58% var kvinnor och 42% var män (*tabell 1*). I *tabell 1* är patienterna uppdelade i vilken utbildningsnivå de har. Av de deltagande hade 22,9% en högstadietutbildning, 38,3% gymnasietutbildning och 38,8% en högskole-/universitetutbildning.

Tabell 1: Demografisk Fakta

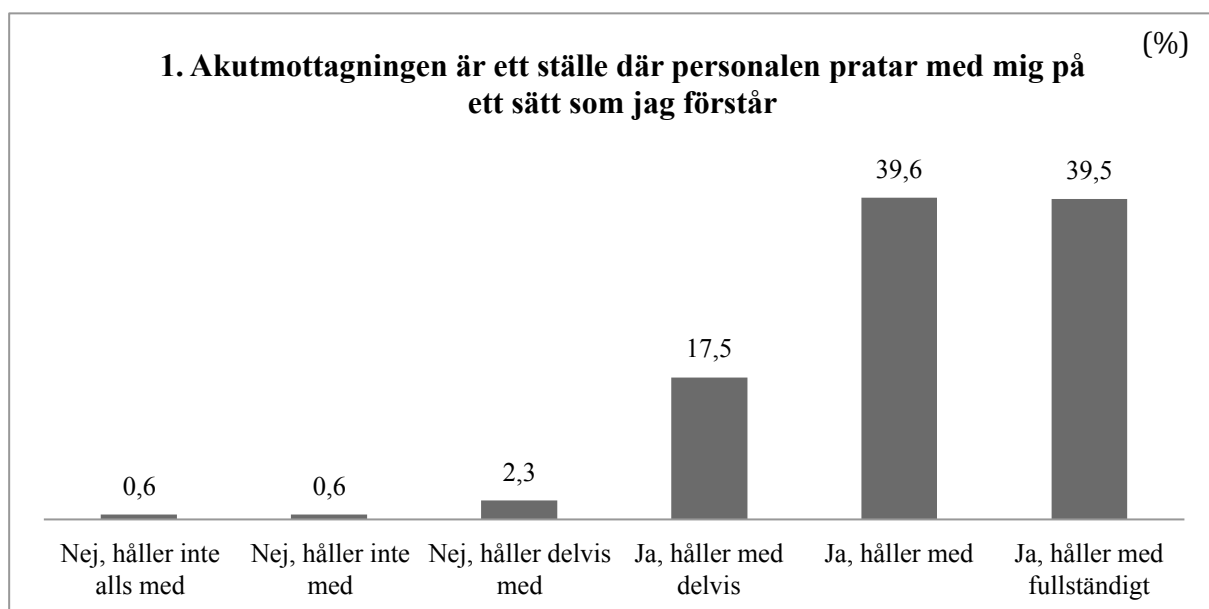
Variabler		Antal (n)	Procent (%)
Kön	Kvinnor	102	58
	Män	72	42
Totalt		174	100
Ålder	24-94	174	
Utbildningsnivå	Högstadi utbildning	40	22,9
	Gymnasium eller motsvarande	66	38,3
	Högskole- eller Universitetsutbildning	68	38,8
Totalt		174	100

Spridning på utbildningsnivå relaterat till frågorna

Det var olika många som besvarade frågorna på enkäten. I de två frågor som undersöks har 172 st (*Fråga 1, "Akutmottagningen är ett ställe där personalen pratar med mig så jag förstår"*) respektive 155 st (*Fråga 2, "Sjuksköterskan förklarade på ett sätt som jag kunde förstå"*) av de deltagande svarat. 40 st individer med högstadi utbildning, 65 st med gymnasieutbildning och 67 st med högskole- eller universitetsutbildning har svarat på *fråga 1*. Det interna bortfallet var 1%. 34 st individer med högstadi utbildning, 57 st med gymnasieutbildning och 64 st med högskole- eller universitetsutbildning har svarat på *fråga 2*. Det interna bortfallet var 11%.

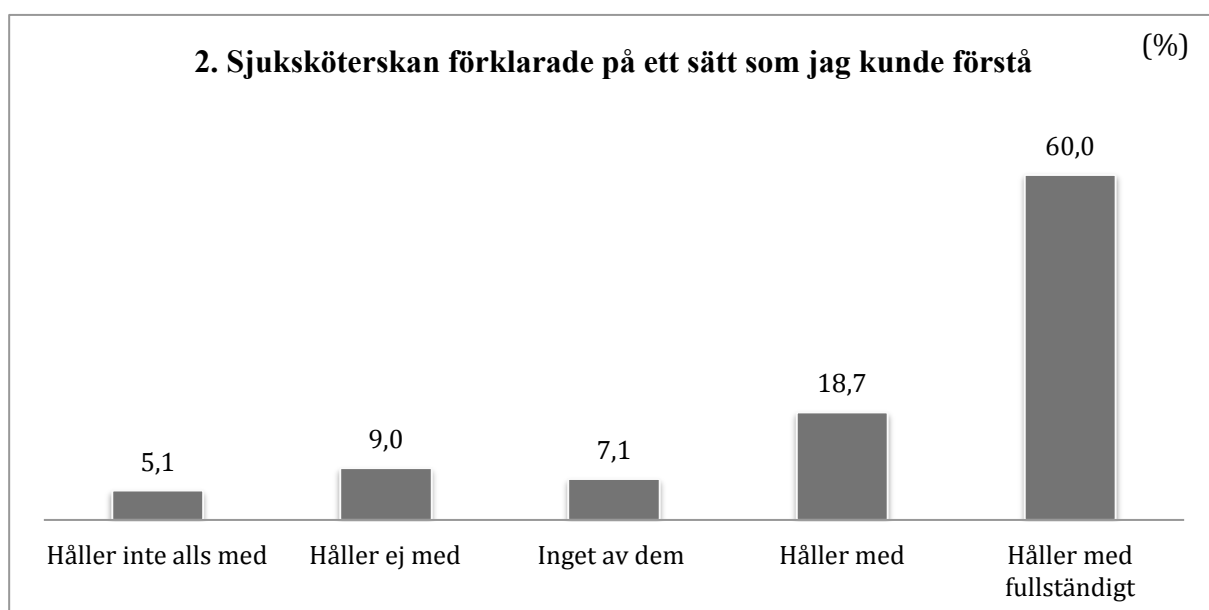
Resultat från frågeformuläret

I *figur 1* redovisas resultatet från sammanställningen av *fråga 1*. Sammanställningen visar de 172 patienter som har svarat på frågan, oberoende av utbildningsnivå. Som kan avläsas av *figur 1* har flest patienter kryssat i att de "håller med" om att akutmottagningen är ett ställe där personalen pratar så att de förstår. Endast 0,6% av patienterna har svarat "nej, håller inte alls med".



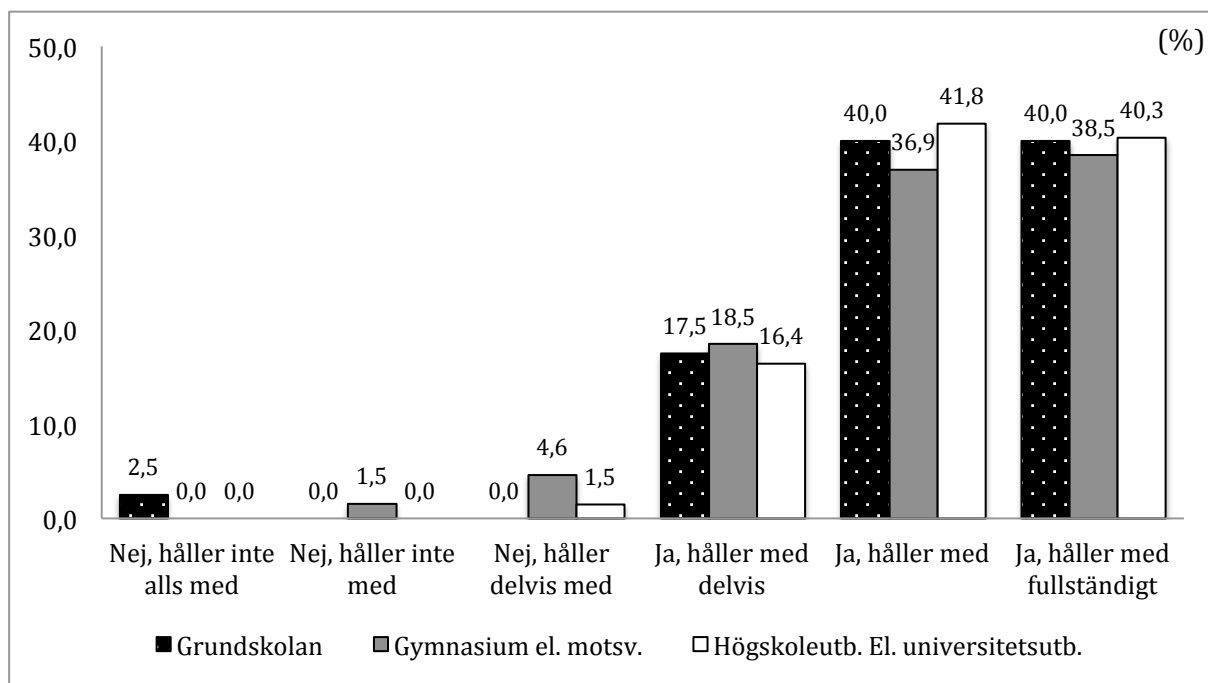
Figur 1. Frekvensfördelning av fråga 1. Oberoende av utbildningsnivå.

Figur 2 illustrerar sammanställningen på frågan 2 som 155 patienter svarat på. Under denna fråga har ett större antal patienter kryssat i "ja, håller med fullständigt" (60%). En större andel av patienterna har kryssat i "håller inte med" och "håller inte alls med" om att sjuksköterskan förklarade på ett sätt som de kunde förstå jämfört med fråga 1.



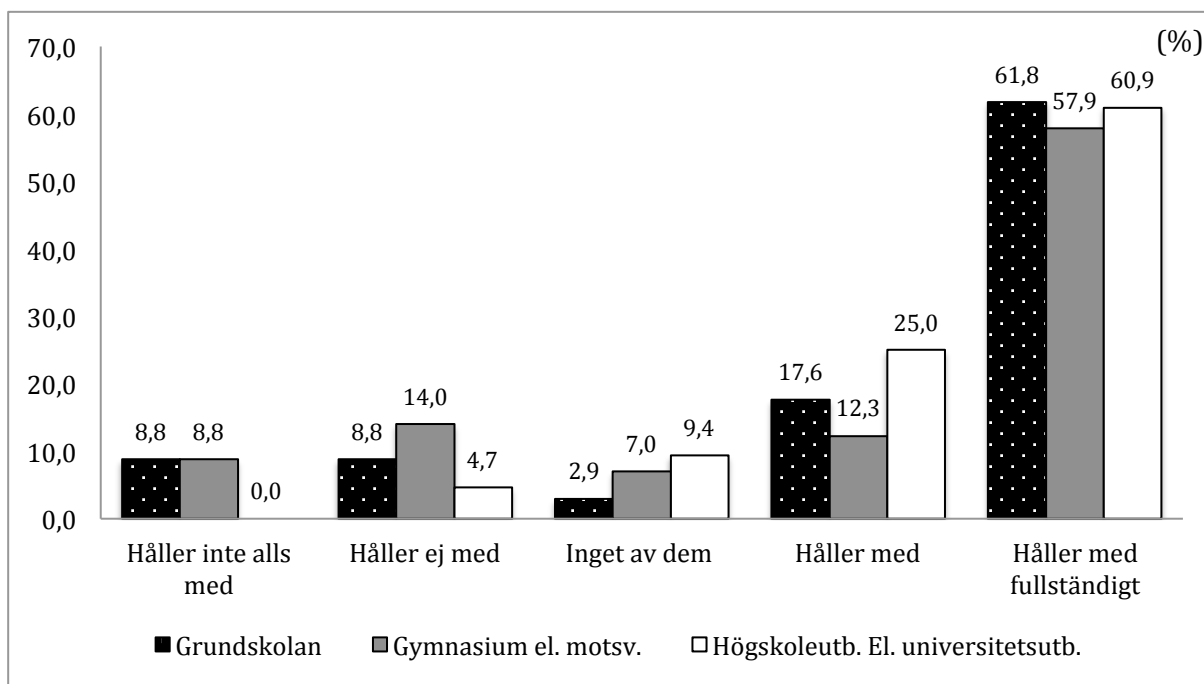
Figur 2. Frekvensfördelning av fråga 2. Oberoende av utbildningsnivå.

Figur 3 presenterar frekvensfördelningen av fråga 1 ("Akutmottagningen är ett ställe där personalen pratar med mig så jag förstår") uppdelat utifrån utbildningsgrupperna. Värt att belysa är att endast de med grundskoleutbildning har kryssat i "Nej, håller inte alls med" samt att ingen av de högtbildade har kryssat i alternativen "Nej, håller inte alls med" & "Nej, håller inte med".



Figur 3. Frekvensfördelning av enkätfråga 1 uppdelat i utbildningsgrupper.

Frekvensfördelningen av fråga 2 ("Sjuksköterskan förklarade på ett sätt som jag kunde förstå") uppdelat i utbildningsgrupperna presenteras i figur 4. Under alternativet "håller inte alls med" har ingen med höskole- eller universitetsutbildning kryssat i. Endast små procentuella skillnader kan ses mellan utbildningsgrupperna gällande de olika svarsalternativen i övrigt.



Figur 4. Frekvensfördelning av enkätfråga 2 uppdelat i utbildningsgrupper.

Diskussion

Syftet med studien var att beskriva hur patienter på en akutmottagning i Sverige bedömer information från sjuksköterskan utifrån deras utbildningsnivå. Patientens bedömning av sjuksköterskans och sjukvårdspersonalens informationsgivande har undersökts närmre både beroende och oberoende av patientens utbildningsnivå. Utifrån resultatet har syfte och frågeställningar besvarats. Under denna rubrik kommer även svagheter med studien diskuteras.

Diskussion av vald metod

Eftersom författarna till den föreliggande studien har fått ta del av ett större forskningsprojekt har utformningen av enkäten inte gått att påverka. Både *fråga 1* & *fråga 2* är vetenskapligt testade och anses vara tillförlitliga och ha hög validitet (Ekwall & Davis, 2012; Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2009). Frågorna anses därför ha hög trovärdighet av författarna.

Items och variabler från enkäten

Som tidigare beskrivits är informationsförmedling en central del i sjuksköterskans yrke (Klang Söderkvist, 2013). Det är många delar gällande patientens vård och rehabilitering som kan falla om detta brister (ibid). Frågor har valts av författarna som inriktar sig på hur mycket av informationen från sjuksköterskan samt vårdpersonalen som patienten bedömer sig förstå. Anledningen till att författarna har velat se hur patienten bedömer både sjuksköterskans och vårdpersonalens informationsgivande är för att kunna jämföra de olika resultaten och se om de skiljer sig åt.

Alternativsvaren till de valda items kan vara svåra att uppskatta då skillnaden mellan t.ex. ‘ja, håller med fullständigt’ och ‘ja, håller med’ är svår att bedöma enligt författarna. Enligt Ejlertsson (2005) är ordinalskala ett bra sätt att mäta attityder eller åsikter hos en grupp (ibid.) Trost (2012) beskriver dock att många svarsalternativ kan vara förvirrande för den deltagande och leda till att betydelsen av svarsalternativet glöms bort. Författarna har valt att analysera itemsen som de såg ut från början eftersom de anses ha hög validitet (Ekwall & Davis, 2012; Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2009). I några av de tidigare beskrivna studierna har forskarna också använt sig av liknande likertskalor (Pytel et.al., 2009; Wilson & Shifaza, 2007; Ryan & Rahman, 2010; Thrasher & Purc-Stephenson, 2008). Författarna anser att denna metod är ett bra verktyg till föreliggande studie.

De variabler som har valts ut är kön, ålder och utbildningsnivå. Faktorer som kan ha påverkat resultatet är att en större del av urvalet var kvinnor (58%). Enligt socialstyrelsen (2010) besökte 55% män och 45% kvinnor akutmottagningar runt om i Sverige 2010. Medelåldern var 56 år med en hög standardavvikelse. Det visar att det finns en snedfördelning i åldersgrupperna och att urvalet inte är helt representativt ur ett åldersperspektiv. Ålder och kön skulle kunna vara två intressanta variabler för djupare analys och diskussion. Författarna har valt att analysera variabeln utbildningsnivån i föreliggande studie. Värt att nämna är även att utbildningsgrupperna är olika stora. Deltagande i studien var 40 st med högstadietutbildning, 65 st med gymnasietutbildning och 67 st med högskoleutbildning. Det innebär att större grupper med gymnasie- och högskoleutbildning är representerade i studien.

Bortfall och exkludering

För att resultatet ska bli trovärdigt av en enkätundersökning är det viktigt med en så hög svarsfrekvens som möjligt (Henricson, 2012). Vidare beskrivs att över 70-75 % i svarsfrekvens anses som acceptabelt samt att två påminnelser vanligtvis utförs (ibid). Av de 1000 enkäter som lämnades ut inkom endast 209 st. Det innebär att en stor del av de som fick enkäten valde att inte delta i studien. Det externa bortfallet är högt och det blir svårt att veta om de medverkande representerar populationen på ett bra sätt.

En faktor som kan ha inverkat på den låga svarsfrekvensen enligt författarna är att studien utfördes på en akutmottagning som är en mycket stressam miljö (Wikström, 2012). Det fanns heller inte möjlighet att påminna de deltagande om att fylla i enkäten. När forskaren inte har möjlighet att påminna leder det till lägre svarsfrekvenser (Trost, 2012). Enkäten till det bakomliggande forskningsprojektet består av sex sidor med sammanlagt 56 st frågor. Eijlertsson (2005) anser att en enkät max bör bestå av 40-50 frågor. Författarna spekulerar om flera av de som fick enkäten tycker att den var för lång eller omfattande. Patienterna som blivit erbjuden enkäten kan ha mottagit den för att senare ändra sig om sitt medverkande när de såg hur omfattande den var. Något som även kan ha påverkat hur deltagarna svarade enligt författarna är vart frågan är belägen i enkäten. *Fråga 1* ligger placerad långt fram i enkäten medan *fråga 2* är placerad långt bak. De deltagande kan möjligtvis tappat intresset och inte svarat lika seriöst som de gjorde i början av enkäten. Enligt Eijlertsson (2005) kan deltagandet till enkätundersökningen påverkats av patientens olika tillstånd eller känslor. De kan ha valt att inte delta relaterat till t.ex. smärta, stress eller ointresse för studien (ibid).

Då enkätinsamlingen hade ett stort bortfall skulle det kunna innebära att resultatet är missvisande (Henricson, 2012). De som valt att inte svara på enkäten kan enligt författarna representera de patienter som t.ex. varit missnöjda med vården och informationen som de fått på akutmottagningen. Det kan ha känts meningslöst att fylla i en enkät om patientnöjdhet om patienten inte har varit nöjd själv (Eijlertsson, 2005). Det kan även vara missvisande åt motsatt håll t.ex. att flera av de som varit nöjda med vården valt att inte fylla i enkäten. Det är omöjligt för författarna att veta vilka patientåsikter som inte är representerade i underlaget.

I grundurvalet till det större forskningsprojektet har individer under 18 år samt individer som inte förstår svenska exkluderats. Sedan har även de under 24 år exkluderats till den föreliggande studien. Det innebär att de som inte fyllt 24 år ej finns representerade i denna

studie. Från grundurvalet på 209 inskickade enkäter till urvalet för föreliggande studie på 174 medverkande fanns ett externt bortfall på 33 personer. Dessa 33 personer representerar patienter under 24 år. Detta bortfall bör tas i beaktande då dessa åldersgrupper ej finns representerade. Exkluderingen har utförts för att få ett så stort utbildningsspektrum som möjligt. Författarna ville att de deltagande skulle haft möjlighet att påbörja eller ha slutfört en universitetsutbildning. Författarna till den föreliggande studien tror att de som inte förstår svenska är en betydligt svårare grupp att urskilja vid inskrivning. Här kan utdelningspersonernas personliga åsikter och erfarenheter spelat in. De kanske bara har delat ut enkäten till de människor som pratar flytande svenska och uteslutit de som t.ex. bryter på svenska eller pratar engelska. Dessa påståenden är endast spekulationer från författarna.

I det område där studien utfördes finns en högre andel högutbildade människor i jämförelse med riksgenomsnittet (Sveriges Statistiska Centralbyrå, 2012). Det är också en faktor som kan leda till att resultatet kan vara missvisande i undersökningen. Även hur de deltagande har kryssat i utbildningsnivå kan ha haft en inverkan på resultatet. Kan det vara så att de patienter som är under pågående utbildning, t.ex. högskoleutbildning, har kryssat i att de har en högskoleutbildning trots att de inte är färdigutbildade. Eller svarar individen att den har en gymnasieutbildning? Individen i fråga kanske bara har en termin kvar av sin utbildning innan examen och anser sig vara högskoleutbildad. Författarna upplever att det är svårt att veta hur de deltagande har fyllt i dess utbildningsnivå och vilken betydelse det kan ha för resultatet till den föreliggande studien.

Diskussion av sammanställt resultat oberoende av utbildningsnivå

Figur 1 och *figur 2* illustrerar resultatet från frågorna oberoende av patientens utbildningsnivå. Mellan de två frågorna kan skillnader observeras gällande de olika svarsalternativen. De deltagande har under *fråga 2* i större utsträckning svarat “ja, håller med fullständigt” (60%) i jämförelse med *fråga 1* (39,5%). Däremot om man slår ihop resultatet från “ja, håller med” och “ja, håller med fullständigt” så skiljer sig svaren på *fråga 1* (78,7%) respektive *fråga 2* (79,1%) inte så mycket åt. De deltagande har svarat på båda frågorna vid samma tidpunkt och har troligen bedömt att det finns en skillnad mellan de två nämnda alternativen. Det kan tyda på enligt författarna att de tycker att informationen från sjuksköterskan har varit något bättre än den de fått av vårdpersonalen. I en liknande studie kände en stor del av patienterna att informationen som sjuksköterskan gav var bra och att de

förstod den väl (Wilson & Shifaza, 2007). Författarna är positiva gällande att en så stor del av patientgruppen förstår informationen given av både sjuksköterska och annan vårdpersonal. Vidare har frågan om sjuksköterskan i denna studie fått mer positiv respons än frågan om vårdpersonal då ett större antal patienter kryssade i "ja, håller med fullständigt" på *fråga 2*. Resultatet tyder på att sjuksköterskan informerar på ett sätt som patienten förstår i stor utsträckning enligt författarna.

Faktorer som kan påverka kommunikationsförhållandet mellan patient och sjuksköterska negativt är ökad arbetsbörda, ökat patientantal och brist på tid (Fakhr-Movahedi et al, 2011). Dessa faktorer kan t.ex. ha inverkat hos de patienter som ställt sig negativt till frågorna för föreliggande studie.

Diskussion av sammanställt resultat relaterat till utbildningsnivå

Figur 3 och *figur 4* presenterar resultatet utifrån patienternas utbildningsnivå. Vid observationer av staplarna (*figur 3*) kan inga större skillnader mellan utbildningsgrupperna ses. T.ex. *fråga 1* under alternativet "ja, håller med fullständigt" har 40% med grundskoleutbildning, 38,5% med gymnasieutbildning och 40,3% med högskoleutbildning svarat. Författarna anser att skillnaderna är små relaterat till det låga antalet deltagare. Under alternativen "ja, håller med" och "ja, håller med delvis" kan ungefär samma skillnader ses procentuellt. Något som är intressant är att det endast är de med grundskoleutbildning som har kryssat i alternativet "nej, håller inte alls med" (2,5%). Det är inte heller någon med högskole-/universitetsutbildning som har kryssat i "nej, håller inte alls med" och "nej, håller inte med" på *fråga 1*. Det kan enligt författarna tyda på att deras kunskapsnivå är högre och att de har lättare att förstå vad vårdpersonalen informerar om. Däremot har en övervägande del av de deltagande kryssat i att personalen på akutmottagningen pratar så att de förstår (*Fråga 1*). Skillnaderna mellan patientens utbildningsnivå och hur de uppfattar information från vårdpersonal är små i föreliggande studie. Detta tyder enligt författarna på att patienterna förstår vårdpersonalens information bra oavsett deras utbildningsnivå.

När författarna har undersökt resultatet från *fråga 2, sjuksköterskan förklarade på ett sätt som jag kunde förstå* (*figur 4*), har det inte kunnat observeras några större skillnader mellan utbildningsgrupperna. Precis som *fråga 1* är skillnaderna små mellan utbildningsgruppernas bedömning av informationen. 61,8% av de med högstadieutbildning, 57,9% av de med

gymnasieutbildning och 60,9% av de med högskoleutbildning har kryssat i: “ja, håller med fullständigt”. Värt att nämna är ingen av de med högskole-/universitetsutbildade har kryssat i “håller inte alls med”. Det i jämförelse med grundskoleutbildning (8,8%) och gymnasieutbildning (8,8%). Det skulle kunna tyda på att de med grundskole- och gymnasieutbildning hade svårare att förstå det sjuksköterskan informerade om. Författarna till den föreliggande studien upplever även här att skillnaderna är små och att antalet deltagare är för lågt för att kunna dra några generella slutsatser. Liknande resultat framkom i en studie (Rahman & Ryan, 2012) utförd på en akutmottagning där patienternas tillfredsställelse av sjuksköterskans vård, där informationsförmedling ingick, undersöktes. Det fanns ingen signifikant skillnad relaterat till patienternas utbildningsnivå (ibid). Resultatet till föreliggande studie tyder på att patienterna förstår sjuksköterskans information väl oavsett deras utbildningsnivå på en akutmottagning enligt författarna.

Patienten vars problem blir åtgärdat på akuten kanske blir hemskickad med råd hur denna ska fortsatt ta hand om sig själv och sitt tillstånd. Enligt Orem varierar egenvårdskapaciteten hos varje individ gällande hälsotillstånd, ålder, kunskap och utbildning och bör därför individanpassas (Kirkevold, 2000). Orems teori styrker då att det är viktigt att för sjuksköterskan att anpassa informationen beroende på vilken utbildningsnivå patienten har.

Slutsats och kliniska implikationer

Av resultatet till föreliggande studie har författarna bildat sig en uppfattning om hur väl patienten bedömer sig förstå informationen från sjuksköterskan och vårdpersonal. Resultatet av studien visar att en stor del av patienterna bedömer sig förstå informationen väl. Små skillnader i resultatet tyder på att de med högskole-/universitetsutbildning uppfattar sig förstå informationen något bättre än de med högstadie- och gymnasieutbildning. Finns det en grupp som upplever att de inte förstår vad vårdpersonalen informerar om, är det mycket viktig att fånga upp dessa menar författarna. Denna studie kan inte ge en heltäckande bild över hur väl patienter på en akutmottagning upplever sig förstå informationen de får. Det finns ett stort bortfall som ej har blivit representerade i studien. För att kunna dra några generella slutsatser behövs ytterligare analyser och omfattande undersökningar utföras.

Författarna har valt att undersöka *hur patienten bedömer sig förstå* information av sjuksköterska och vårdpersonal med hjälp av en enkätundersökning. Denna studie kan inte

mäta hur mycket patienten uppfattar och förstår gällande informationsförmedlingen. Själva kvalitén av informationsinnehållet kan inte heller bedömas. För att få en heltäckande bild över informationsförmedlingen mellan vårdpersonal och patient hade enligt författarna fler kvantitativa samt kvalitativa studier varit önskvärda som komplement. En kvalitativ studie hade kunnat ge en djupare analys om patientens uppfattning av informationen. För framtida forskning hade kanske en kortare enkät, mer geografiskt representerad samt en engelsk enkät till de som inte förstår svenska skulle kunna minska bortfallet. Mer forskning behövs inom området för att kunna dra eventuella slutsatser om kliniska implikationer.

Författarnas arbetsfördelning

Båda författarna har varit delaktiga i sökning och urval av artiklar. Anna har haft huvudansvaret för att läsa och analysera artiklar samt sammanställa litteratur. Under tiden har Karin haft huvudansvaret för att utarbeta resultat med tabeller och diagram. Båda författarna har varit delaktiga i samtliga stycken och arbetsbördan har varit jämställd. Möte med handledare, examinator och statistiker har skett gemensamt.

Referenser

- Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik: teori och praktik*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och Uppsatser*. (2. uppl) Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A. & Wijk, H. (red.) (2009). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F., Öhlén, J. & Edberg, A. (red.) (2009). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Sandman, P. O. & Rasmussen, B. (2009). Construction and psychometric evaluation of the Swedish language Person-centred Climate Questionnaire – staff version. *Journal of Nursing Management*, 17, 790–795.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ekwall, A. & Davis, B. (2012) Testing a Swedish Version of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale in an Emergency Department and 2 Observation Wards. *Journal of Nursing Care Quality*, 25, (3), 266-273.
- Eriksson, H., Lyth, J., Månsson-Brahme, E., Frohm-Nilsson M., Ingvar, C., Lindholm, C., Naredi, P., Stierner, G., Wagenius, G., Carstensen, J. & Hansson, J. (2013). Low level of education is associated with later stage at diagnosis and reduced survival in cutaneous malignant melanoma: A nationwide population-based study in sweden. *European Journal of Cancer*, 49, 2705-2716.
- Fakhr-Movahedi A., Salsali M., Negharandeh R. & Rahnavard Z. (2011) A qualitative content analysis of nurse–patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review*, 58, 171–180
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation och bemötande i vården*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Herndon, J. H., Kornblith, A. B, Holland, J. C. & Paskett, E. D. (2011) Effect of socioeconomic status as measured by education level on survival in breast cancer clinical trials. *Psycho-Oncology* 22, 315-323 (2013).
- HSL 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad: november, 19, 2013 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/.
- Illeris, K. (2007). *Lärande*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Klang Söderkvist, B. (2013). *Information - undervisning - lärande*. I B, Fossum (Red) *Kommunikation och bemötande i vården* (s. 51-71) Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. (2. uppl) Lund: Studentlitteratur.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13, 41-49
- Malmsten, K. (2007). *Etik i basal omvårdnad: [-i någon annans händer-]*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Muntlin, Å. M., Gunningberg, L. A. & Carlsson, M. A. (2008). Different patient groups request different emergency care - A survey in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing* 16, 223-232.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. Study guide*. (6. ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H. & Albert, N., (2009). Nurse-Patient/Visitor communication in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 35, 406-11.
- Ryan, K. & Rahman, A. (2010). Examining factors influencing patient satisfaction with nurse practitioners in rural urgent care centers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 24, 77-81.
- Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M. L., Chesnutt, M. S. & Mularski, R. A. (2012). Communication by nurses in the intensive care unit: Qualitative analysis of domains of patient-centred care. *American Journal of Critical Care*. 21, 410-418.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005-105-1)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 19 november, 2013 från: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2010). *Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning (2011-11-18)*. Stockholm; Socialstyrelsen. Hämtad den 18 december, 2013 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18491/2011-11-18.pdf>
- Statistiska Centralbyrån. (2012). *Befolkningens utbildning 2012*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån. ISSN: 1654-3483. Hämtad den 20 november 2013 från: http://www.scb.se/Statistik/UF/UF0506/2012A01P/UF0506_2012A01P_SM_UF37SM1301.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2006). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. International Council of Nurses*. ISBN: 92-95040-41-4. Hämtad den 19 november från:
<http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

Thrasher, C. & Purk-Stephenson, R. (2008). Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. *Journal of the American Academy of nurse practitioners*, 20, 231-237.

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Johanneshov: TPB.

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. (2., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wilson, A. & Shifaza, F. (2007). An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 149-1