



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisterexamen

Omvårdnad av patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) inom psykiatrisk slutenvård: Sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter

En kvalitativ intervjustudie

**The nurse's experience of caring for patients under compulsory mental care
act within psychiatric inpatient care**

A qualitative interview study

Författare: Annika Mattsson
Handledare: Marika Marusarz
Examinator: Anncarin Svanberg
Granskare: Ginger Selander
Ämne/huvudområde: Vårdvetenskap
Kurskod: VÅ 3111
Poäng: 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2016-06-13

Högskolan Dalarna
79188 Falun
Sweden
Tel 023-77 80 00

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: All sjukvård i Sverige styrs av Hälso-och sjukvårdslagen [HSL]. Under vissa omständigheter kan denna lag behövas kompletteras med Lagen om psykiatrisk tvångsvård [LPT]. Dessa personer vårdas inom psykiatrisk slutenvård. Omvårdnadens syfte är att patienten samtycker till vården och tvångsvården kan över gå till frivillig vård. Dessa personers problematik är dock ofta komplex och omvårdnaden upplevs innebära många svårigheter för sjuksköterskorna.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelse av omvårdnad i samband med LPT-vård inom sluten psykiatrisk vård.

Metod: Empirisk kvalitativ studie med deskriptiv design. Studien baseras på sju semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor. Dessa analyserades med manifest innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visade att en förutsättning för att uppnå målet med tvångsvården genom omvårdnad var att skapa en allians med patienten. Kommunikation som innefattade individuellt anpassad information var en nyckelfaktor till alliansskapande. Omvårdnadsarbetet innefattade samverkan och sjuksköterskorna upplevde ett behov av kompetensutveckling.

Slutsats: Sjuksköterskor upplever att omvårdnad enligt LPT är en utmaning och sammankopplat med flertalet svårigheter. Erhålls kompetens, tid för reflektion och trygghet i arbetsgruppen ses dock inte omvårdnaden som en omöjlighet utan kan upplevas som positivt för både den som vårdar och för den som vårdas.

Nyckelord: innehållsanalys, lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), omvårdnad, sjuksköterskors erfarenheter, sjuksköterskors upplevelser

Abstract

Background: All health care in Sweden is governed by the Health Care Act. Under certain circumstances, this law needs to be supplemented with the Compulsory mental care act. These people cared for within psychiatric inpatient care. Nursing aim is that the patient agrees to care and compulsory care may go to voluntary treatment. These people's problems are often complex and the nursing care experienced many difficulties.

Aim: To describe nurses' caring and experiences for patients under compulsory mental care act within psychiatric inpatient care.

Method: Empiric qualitative study with descriptive design. The study is based on seven semi-structured interviews with nurses. These were analysed with manifest content analysis.

Result: The results showed that a prerequisite for reach the goal of compulsory care through nursing was to establish alliance with the patient. Communication that included individualized information was a key factor to alliance building. Nursing included collaboration and nurses experienced a need for skills development.

Conclusion: Nurses experiencing that caring according to compulsory mental care act is a challenge and is linked to a number of difficulties. Obtained competence, time for reflection and perceived safety in the working group does not care felt as an impossibility, but could be experienced as positive for both the caring and the cared for.

Key words: caring, compulsory mental care act, content analysis, nurses' experiences

Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Lagen om psykiatrisk tvångsvård	1
Hot och våldsprevention	2
The Brøset Violence Checklist	2
Bergenmodellen	2
God omvårdnad inom tvångsvård.....	3
Personcentrerad omvårdnad	3
Autonomi.....	4
Sjuksköterskans perspektiv av tvångsvård	4
Problemformulering	5
Syfte.....	5
Frågeställningar.....	5
METOD	6
Design.....	6
Undersökningsgrupp	6
Datainsamlingsmetod	6
Tillvägagångssätt	7
Forskningsetiska övervägande	8
Analys	10
RESULTAT.....	11
Utmanande process	12
<i>Att skapa en allians</i>	12
<i>Ett arbetssätt som tillåter delaktighet</i>	13
<i>Känsla av kluvenhet</i>	13
Vikten av kommunikation.....	14
<i>Informationsöverföring mellan sjuksköterska och patient</i>	15
<i>Informationsöverföring inom arbetsgruppen</i>	15
Samverkans betydelse	17
<i>Känsla av trygghet</i>	17
<i>Roller</i>	18
<i>Känsla av glädje</i>	19
Behov av utveckling.....	19
<i>Utbildning</i>	19

<i>Tid för reflektion</i>	20
DISKUSSION.....	20
Sammanfattning av huvudresultaten.....	20
Resultatdiskussion.....	21
Metoddiskussion.....	26
Slutsats	29
Studiens kliniska betydelse.....	30
Förslag till vidare forskning	30
REFERENSER.....	30
Bilagor	
Bilaga 1: The Brøset Violence Checklist (BVC)	
Bilaga 2: Intervjuguide	
Bilaga 3: Informationsbrev till verksamhetscheferna	
Bilaga 4: Informationsbrev till informanterna	
Bilaga 5: Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor	
Bilaga 6: Beslut Forskningsetisk granskning av studentarbete	
Bilaga 7: Exempel på analysprocessen	

Inledning

I Sverige styrs sjukvården av Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763). Både den somatiska och den psykiatriska vården är i grunden frivillig. Vården ska utformas i samråd med patienten och bygga på respekt för patientens självbestämmande. Vissa omständigheter kan bortse från denna lag och kan då kompletteras av Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård [LPT], (Allgulander, 2014). När tvångsvård tillämpas anses att utan vård skulle patientens lidande fortgå eller förvärras och vården ska syfta till att personen återfår hälsa och kan därigenom frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Under denna tid kan ej patienten själv bestämma över sin vård och behandling och patienten fräntas tillfälligt sin autonomi. Denna vård kan upplevas som etiskt konfliktfylld för sjuksköterskan och i denna situation har sjuksköterskan en starkare maktposition till patienten än inom frivillig vård, därför krävs att sjuksköterskan har kunskap och förståelse om tvångsvård för att kunna ge god, säker och personcentrerad vård (Cutcliffe & Happel, 2009). Min egen upplevelse av att vårda med stöd av lagen är att dessa personer befinner sig i en otroligt sårbar situation och omvårdnaden blir därmed förbundet med ett stort ansvar.

Bakgrund

Lagen om psykiatrisk tvångsvård

Redan under medeltiden fanns tvångslagsstiftning i Sverige. Genom landskapslagarna kunde människor med avvikande beteende tas omhand av staten. Syftet var då inte att vårda utan meningen med lagen var då enbart att skydda omgivningen från dessa människors galenskap (Grönwall & Holgersson, 2009). Idag finns det inom psykiatrin två separata lagar som möjliggör tvångsvård, Lagen om psykiatrisk tvångsvård och Lagen om rättspsykiatrisk vård. Förutsättningarna för att tvångsvårda enligt 3§ LPT är att patienten uppfyller tre kriterier samtidigt. Dessa tre kriterier innebär att: 1) Patienten ska lida av en allvarlig psykisk störning. 2) Ett behov av psykiatrisk vård som inte kan uppfyllas på annat sätt än ineliggande vård på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning. 3) En förutsättning för vård enligt denna lag är även att patienten måste motsätta sig vård på frivillig väg eller om vård inte antas kunna ges med samtycke av patienten. Det bör även tas hänsyn till om patienten på grund av sin psykiska störning kan betraktas som farlig för sin omgivning ur fysisk eller psykisk hälsa eller personlig säkerhet. Efter att en legitimerad läkare har bedömt patienten och skrivit ett vårdintyg ska patienten bedömas av en chefsöverläkare inom psykiatri om intagningsbeslut

ska ske eller ej, senast 24 timmar efter ankomst till vårdinrättning. Chefsöverläkaren kan då fatta intagningsbeslut enligt LPT. Efter beslutet att intagning enligt LPT har skett, får patienten vårdas under tvång i max fyra veckor, därefter måste chefsöverläkaren ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt sådan vård. En av huvuduppgifterna med tvångsvården är att förmå patienten att frivilligt medverka till nödvändig vård och behandling och ta emot det stöd som patienten behöver (SFS 1991:1128).

Hot och våldsprevention

Riskbedömningar för hot och våld är en oundviklig del av det kliniska arbetet inom psykiatri. Rädsla för hot och våld från patienter kan påverka vårdkvaliteten som sjuksköterskor ger (Herlofsen 2010). Inom Landstinget Dalarnas psykiatriska avdelningar används The Brøset Violence Checklist, benämns hädanefter BVC och Bergenmodellen som en del av det våldsförebyggande arbetet.

The Brøset Violence Checklist

BVC är ett strukturerat kliniskt verktyg som hjälper vårdgivare att göra individuella riskbedömningar av hot och våldssituationer (Bilaga 1). Instrumentet har arbetats fram av Roger Almvik och Philip Woods. Instrumentet stödjer vårdpersonalen att identifiera patienter som har potential att bli våldsamma eller aggressiva inom de närmaste timmarna eller dygnet. BVC är ett sex-gradigt instrument, där det gäller att iaktta hur personen beter sig, jämfört med tidigare. Målet med användningen av BVC är att förebygga hot och våldssituationer. Personalen ska ha kunskap och kunna identifiera tänkbara hotfulla händelser och därigenom undvika att en våldsam situation uppstår (Abderhalden et al. 2006; Woods & Almvik, 2002).

Bergenmodellen

Bergenmodellen är en metod för hot och våldsprevention utvecklad för psykiatrisk verksamhet. Metoden utgår från en humanistisk och medkännande människosyn som baseras på att bygga goda vårdrelationer. Modellen har även riktlinjer för hur man ska ingripa vid aggressiva eller våldsamma situationer utan att skada någon annan eller komma till skada själv. Modellen utarbetades på Klinik for sikkerhetspsykiatri vid Haukeland Universitetssjukehus i Bergen, Norge. Bergenmodellen bygger på aktuell vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet, och motsvarar Världshälsoorganisationens [WHO], rekommendationer för vilken kunskap hälso- och sjukvårdspersonal behöver för att kunna förebygga och bemöta hot och våld. Det förebyggande arbetet är indelat i tre nivåer som avspeglar tre olika lägen: 1) Den vanliga vardagen på avdelningen, utan aggressiva situationer. Här grundläggs arbetet med goda relationer främst till patienten men även till des

närstående. 2) Irriterade och upprörda situationer. Fokus ligger på att lugna och förhindra att en våldsam situation utvecklas. 3) Tydligt aggressiva eller våldsamma situationer. Här sätts patientens, medpatienternas och personalens fysiska säkerhet först. Personal måste ofta ta fysisk kontroll för att hindra patienten från att skada sig själv eller andra. I dessa situationer måste personal tydligt sätta gränser vilket innebär att patienten tillfälligt förlorar sin rätt till självbestämmande (Björkdahl, Hansebo & Palmstierna, 2013).

God omvårdnad inom tvångsvård

Enligt Olofsson och Norberg (2001) kan god omvårdnad vid tvångsvård ges om det finns möjlighet att upprätta en god vårdrelation och skapa en allians med patienten. Den goda vårdrelationen uppnås bland annat genom kommunikation där patienten får veta vad som kommer att hända och varför det sker. Att vara tillgänglig för patienten genom att lyssna, prata och intressera sig för denne som person gör i sin tur att tvångsvården kan uppfattas minde negativ av patienten.

Patienter som har vårdats enligt LPT har i en studie av Johansson och Lundman (2002) beskrivit sina upplevelser. Patienterna upplevde att ofrivillig vård inte var synonymt med att känna sig tvingad till vård. De insåg att vården var som ett skydd och att det var för deras eget bästa. Dock beskriver studien att patientens självbestämmande således bör beaktas i så stor omfattning som möjligt vilket resulterar i att patienten blir mer delaktig i sin egen vård och behandling vilket resulterar i ett större ansvarstagande.

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad vård är ett arbetssätt som implementeras mer och mer inom svensk sjukvård. Grundläggande hörnstenar i detta arbetssätt är att se människan som en helhet, inte som en patient och dennes symtom. Detta syn- och arbetssätt främjar delaktigheten genom vårdprocessen i den psykiatriska omvårdnaden för den enskilda personen. Vid detta arbetssätt minskar maktförhållandet mellan patienten och sjuksköterska och genom att personen görs delaktig ges ökad makt och ansvar. Vårdrelationen mellan personen och sjuksköterskan blir mer av ett partnerskap än att patienten står i en beroendeställning gentemot vården (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2013).

Vid vård enligt LPT beskriver Johansson och Lundman (2002) att friheten att fatta beslut är begränsad, men individen har rätt till information och att delta aktivt i vissa delar av sin egen vård trots att den är ofrivillig.

Jormfeldt et al. (2013) studie visar att patientens delaktighet och förståelse för deras psykiatriska sjukdom ökar vid personcentrerad vård vilket hade positiv inverkan på återhämtningen och även risken för återfall minskade.

Personcentrerad vård värnar om patientens autonomi då det anses att människan är kapabel att fatta egna beslut (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2013).

Autonomi

Ordet autonomi kommer från grekiskans *autós* (själv) och *nómos* (regel eller lag) och kan enligt Svenska Akademiens ordbok (SAOB) översättas med självständighet eller självbestämmande. Inom sjukvården kopplas ibland ordet autonomi med patientens rätt till behandling och framförallt rätten att motsäga sig vård och behandling. Under en människas liv är inte autonomi konstant. Psykiatrisk tvångsvård är ett exempel när patientens autonomi och integritet kränks. En individ som lider av en allvarlig psykisk störning saknar ofta sjukdomsinsikt och är inte förmögen att inse sina egna behov av vård och behandling. Autonomi måste då tillfälligt ”vikarieras” av någon annan, till exempel vårdpersonal. Målet med vården trots tvångsvård är dock att patientens autonomi utlånas kortast möjliga tid (Herlofson, 2010).

Sjuksköterskans perspektiv av tvångsvård

En studie av Staniuliene et al. (2013) visar att sjuksköterskor som tvångsvårdar patienter har liknande tankar och känslor runt detta. Studien genomfördes i sex olika europeiska länder: England, Finland, Irland, Italien, Litauen och Portugal och innefattade 130 sjuksköterskor. Studiens författare utsåg fokusgrupper och genomförde intervjuer med dessa. Resultatet ur studien identifierar sex olika faktorer: 1) Blandade känslor som oro för säkerheten då de inte vet hur patienten reagerar samt en oro för att inte kunna klara av situationer som uppstår 2) Sjuksköterskor vårdar patienter på liknande sätt i de länder som undersöks, de önskar skapa en allians med patienten för att lindra negativitet om tvångsåtgärder skulle bli tvunget att användas. Då tvångsåtgärder använts kände sjuksköterskorna det som ett misslyckande i deras vård 3) Rutiner för att vårda oroliga och oregeliga patienter saknas på flera håll, i dessa fall sker vården enligt tidigare erfarenheter på arbetsplatsen. 4) På ett flertal ställen saknades det tid att diskutera händelser med kollegor. Detta trots att det framkommit att det var av vikt för att fortsatt kunna ge en god vård. 5) Etiska besvär framkom såsom att till exempel vara tvungen att utföra tvångsåtgärder fast det stred mot sjuksköterskornas egna värderingar. Detta gick att bortse ifrån om det visade sig vara till gagn för patienten 6) Det framkom att det i flera länder saknades adekvata utbildningar för att kunna förbereda sjuksköterskorna på att

tvångsvårda patienter och då främst oroliga och störande patienter. Sjuksköterskorna fick istället lära sig efter hand och av varandra samt av sina misstag. Det uppfattades att de få utbildningar som fanns var mer inriktat mot relationsaspekten i vården och inte mot att ta hand om aggressiva patienter.

Zarea et al. (2013) genomförde en intervjustudie i Iran med tio stycken sjuksköterskor som arbetade inom psykiatrisk vård. Sjuksköterskorna kände ibland oro för både patientens och sin egen säkerhet. Risker att bli överfallen av patienter gjorde att sjuksköterskans ständiga oro ledde till utmattning. De upplevde det även som frustrerande att de saknade kompetens i kommunicerandet med patienter. Kommunikationen ansågs som viktigt verktyg i att bygga relationer och allianser med patienten. Sjuksköterskorna ansåg att de behövde utbildning som de inte fick inom detta område. Ju längre erfarenhet sjuksköterskorna fick av att arbeta på psykiatriska vårdenheter ju bättre blev deras tolerans för arbetsbelastningen och arbetsförhållandet. Eventuella förolämpningar togs inte längre som personligt utan sjuksköterskan hade en förståelse för att det var patientens sjukdomstillstånd som framkallade detta beteende hos patienten.

Problemformulering

En av hörnstenarna inom svensk sjukvård är att ingen ska erhålla vård eller behandling mot sin vilja, detta gör att vården av patienter som vårdats enligt LPT är unik ur både patientens och sjuksköterskans perspektiv. Tidigare studier visar att omvårdnadsarbete inom psykiatrisk tvångsvård inkluderar många olika svårigheter och etiska överväganden som är unika just för den psykiatriska vården (Staniulienė et al. 2013; Zarea et al. 2013). Författarna saknar forskning som ger en djupare förståelse kring de upplevelser sjuksköterskorna har av att tvångsvårda patienter. Tidigare forskning inom området fokuserar mycket på tvångsåtgärder såsom tvångsmedicinering och bältesläggning. Uppsatsförfattarens förhoppning med denna studie är att påvisa att denna vård innefattar mycket mer än dessa åtgärder samt synliggöra och sätta ord på sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av att vårda patienten enligt LPT.

Syfte

Syfte med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av omvårdnad i samband med LPT-vård inom psykiatrisk slutenvård.

Frågeställningar

Hur beskriver sjuksköterskor sina erfarenheter av omvårdnad i samband med LPT-vård inom psykiatrisk slutenvård?

Hur beskriver sjuksköterskor sina upplevelser av omvårdnad i samband med LPT-vård inom psykiatrisk slutenvård?

METOD

Design

Följande studie är en empirisk kvalitativ studie med deskriptiv design.

Denna metod valdes då syftet var att beskriva och tolka människors upplevelse av ett specifikt fenomen ur den intervjuades perspektiv (Ahrne, 2011; Kvale & Brinkmann, 2014). Detta styrks även av Polit och Beck (2008) som anser denna ansats som relevant när informanters kännedom inom ett specifikt ämne vill undersökas. Steinar Kvale och Svend Brinkmann (2014) skriver: "Om man vill veta hur människor uppfattar sin värld och sitt liv, varför inte prata med dem?" (s.15).

Undersökningsgrupp

Informanterna i studien bestod av sju legitimerade sjuksköterskor som arbetade på en sluten allmänpsykiatrisk klinik i Sverige. Kliniken hade 48 vårdplatser fördelat på fyra avdelningar. Informantgruppen bestod av två män och fem kvinnor som var mellan 30 och 65 år gamla och medelåldern var 45,7 år. Antalet år deltagarna hade arbetat som sjuksköterska varierade mellan 5 och 42 år. Av de sju sjuksköterskor som intervjuades hade tre specialistutbildning inom psykiatri. Alla hade varit tillsvidareanställda vid berörd klinik i minst två år samt hade erfarenhet av tvångsvård enligt LPT, Bergenmodellen samt BVC. Vid intervjutillfället tjänstgjorde tre av informanterna på kliniken akutavdelning, fyra tjänstgjorde på kliniken akutmottagning, samtliga hade dock tidigare arbetat på avdelningar där tvångsvård förekom.

Datainsamlingsmetod

För att försäkra sig om att studiens syfte skulle besvaras utformades en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 2) av författarna som innehöll en inledande del med bakgrundsfrågor, en huvuddel med frågeområden samt en avslutande fråga. Denna intervjuguide användes sedan vid individuella intervjuer som sedan låg till grund för analysmaterialet. Enligt både Polit & Beck (2008) och Trost (2010) är intervjuer en bra metod när upplevelser och erfarenheter efterfrågas. Frågeområdena utformades så att informanterna gavs hjälp till att öppet kunna berätta som om sina erfarenheter och upplevelser (Trost, 2010). Intervjudeltagarna hade inte

tillgång till frågorna innan intervjun ägde rum utan var endast informerade om studiens syfte. Informanterna fick inledningsvis svara på fyra bakgrundsfrågor såsom ålder, kön, antal år de arbetat som sjuksköterska samt om de hade specialistutbildning i psykiatri eller ej. Efter dessa frågor följdes huvuddelen som bestod av fem stycken frågeområden. De svar som behövdes fördjupas eller förtydligas följdes upp av följdfrågor. Exempel på följdfrågor var: Vilka känslor väckte detta hos dig? På vilket vis anser du att detta är viktigt? Kan du berätta lite mer? Intervjuerna avrundades med en avslutande fråga om något ytterligare önskades tilläggas innan intervjun avslutades. Samtliga intervjuer spelades in på band med hjälp av en diktafon. Intervjuernas längd varierade mellan 15-26 minuter och den totala intervjutiden för samtliga informanter beräknades till 2 timmar och 21 minuter.

Tillvägagångssätt

Under hösten 2015 ansökte författarna om tillstånd om att utföra studien hos verksamhetschefen på berörd klinik (bilaga 3) denna ansökan godkändes. Under januari 2016 delade informationsbrevet (bilaga 4) ut till sjuksköterskor på berörd enhet. De sjuksköterskor som författarna ansåg hade mycket att berätta tillfrågades även personligt om de kunde tänka sig att delta i studien. De som var villiga att delta anmälde sitt intresse till författarna och tid bokades för intervju. I informationsbrevet framkom syftet med studien och att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan om så önskades.

Det empiriska arbetet inleddes med en pilotintervju i slutet på januari 2016. Syftet med denna pilotintervju var att undersöka frågeguidens samstämmighet med studiens syfte samt att få en uppfattning om intervjuernas längd. Denna pilotintervju gav även författarna erfarenhet av att genomföra en intervju samt att säkerställa att inspelningsutrustningen fungerade tillfredsställande. Efter pilotintervjun korrigerades inte frågeguiden nämnvärt, endast ett par förtydliganden gjordes varav även denna intervju inkluderades i studien.

Intervjuerna skedde under februari 2016 och skedde under informanternas arbetstid.

Intervjuernas längd var mellan 15 och 26 minuter och de genomfördes i ett avskilt rum anslutning till sjuksköterskornas arbetsplats där intervjuerna kunde genomföras ostört.

Uppsatsförfattaren var ovana intervjuare och samtliga intervjuer genomfördes (förutom en) tillsammans med en annan författare som efter genomförda intervjuer avslutade sitt arbete med examensarbetet. I intervjuprocessen hade en av de två författarna en ledande roll och ställde huvudfrågorna och den andra hade en mer passiv roll och kunde därmed lyssna aktivt

och följa upp uttalanden som kunde fördjupas eller förtydligas med följdfrågor. Dessa följdfrågor hjälpte informanterna att verbalisera och tydliggöra sina erfarenheter och upplevelser så tydligt som möjligt.

Enligt Trost (2010) innebär två intervjuare att de känner stöd av varandra vilket resulterar i en högre intervju kvalitet.

Samtliga sju intervjuer spelades in på band med hjälp av en diktafon för att i efterhand analyseras. Bell (2006) skriver att ljudbandinspelningar är bra då all uppmärksamhet kan riktas mot det informanten säger för att senare kunna lyssna på det som sagts flera gånger och genomföra en innehållsanalys. Däremot skriver Polit och Beck (2008) att det kan kännas obekvämt att spelas in på band vilket kan i sin tur påverka studiens resultat negativt då informanterna kan bli mera återhållsam med sina svar.

Forskningsetiska övervägande

En intervju innebär risker för informanten (Polit & Beck, 2008) därför gjordes en etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor (bilaga 5). En potentiell risk med studien som uppkom genom granskningen var att intervjuerna kunde väcka obehagliga minnen hos informanterna och medföra ett känslomässigt lidande. En ytterligare risk som uppmärksammades var att en två mot en situation kom att uppstå under intervjuandet och Trost (2010) beskriver att den intervjuade kan känna sig i underläge gentemot två intervjuare. Författarna upplevde dock att de gynnades av den ömsesidiga kännedom som fanns mellan intervjuare och informant så tillvida att informanterna kände sig trygga och avslappnade under intervjuerna. Polit och Beck (2008) anser att det är viktigt att skapa en god kontakt till de som intervjuas så att de vågar öppna upp sig och berätta. För att motverka ett ojämnt möte utfördes intervjuerna vid ett runt bord där deltagarna placerades sig jämt fördelat runt bordet. Dessutom var författare och informanter sedan tidigare kända för varandra vilket gynnade känslan av jämbördighet. För att få en god kvalitet på intervjuerna och erhålla önskat datamaterial ansåg författarna som är ovana intervjuare att fördelarna med att vara två som intervjuade övervägde riskerna (Trost, 2010). För att få stöd i denna bedömning sändes projektplan samt ansökan till Forskningsetiska nämnden vid högskolan Dalarna för granskning. Studien godkändes av FEN 150413 (bilaga 6).

Uppsatsförfattarna hade som mål att informanten alltid skulle få prata till punkt och inte någon gång under intervjun bli avbruten. En intension fanns även att intervjuerna skulle avslutas på ett sätt som upplevdes positivt för informanterna. Efter varje avslutad intervju blev

även informanten tillfrågad hur denne upplevt intervjun och om de upplevde någon form av obehag och författarna hade som avsikt att i så fall vara behjälpliga med ett uppföljande stödsamtal.

Genom forskningsprocessens alla faser har de fyra grundläggande principerna beaktats. Autonomi-principen, rättvise-principen, göra gott och inte skada-principen samt människovärdes-principen. Som författare, intervjuare och kollegor har autonomiprincipen beaktas genom att respektera informanternas integritet och självbestämmande. Denna studies avsikt var att göra gott då ny, fördjupad kunskap kan förbättra den personcentrerade vården till nämnd patientgrupp. Författarna har haft för avsikt att inte vara dömande och undvika att utsätta informanterna för skada. Alla informanter skulle även behandlas lika och deltagandet skedde med fri vilja (Olsson & Sörensen, 2007).

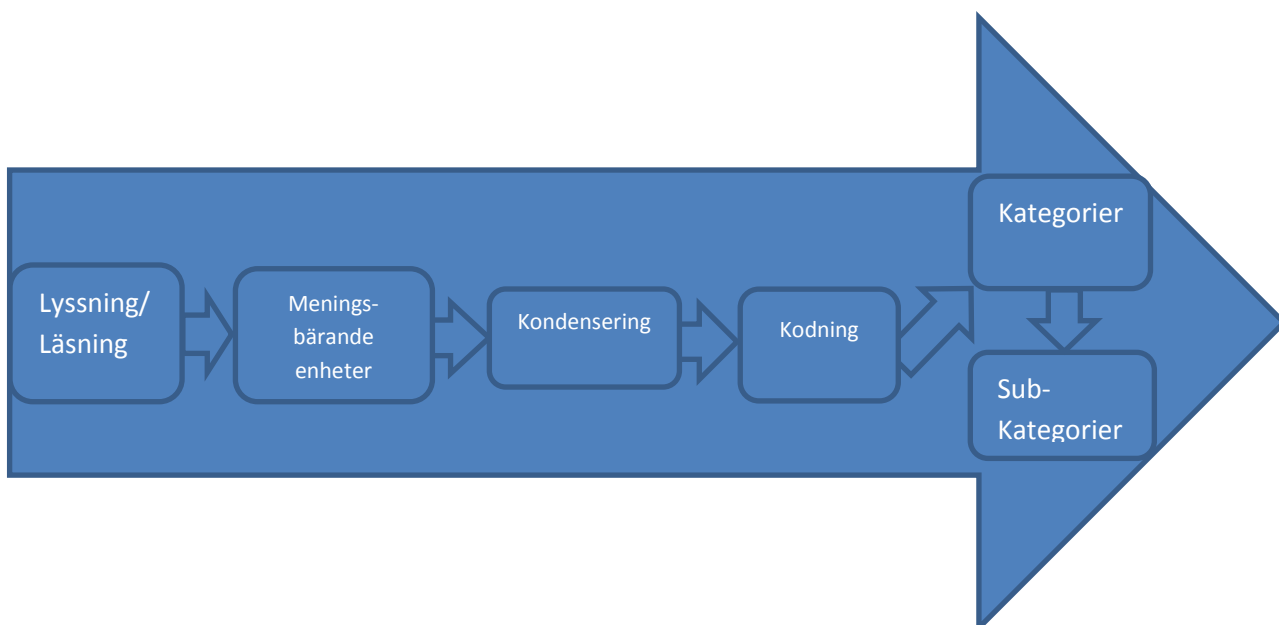
Datamaterialet har hanterats med målet att inte förvränga eller ändra innebörden i textmaterialet. Citat som presenteras i resultatet är ej omgjorda från talspråk till skriftspråk och skulle därför enligt Trost (2010) kunna såra informanten. En ytterligare risk med detta skulle kunna vara att det var möjligt för läsare att identifiera någon informant. Då samtliga informanter var informerade både muntligt och skriftligt hur studien skulle genomföras och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan valde uppsatsförfattaren att publicera citaten i ursprungligt skick för att inte riskera meningar skulle gå förlorade.

Samtyckeskravet tillgodosågs genom att informanterna vid upprepade tillfällen (genom informationsbrev, underskrift av samtycke till deltagande samt muntlig information inför varje enskild intervju) blev informerade om att deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas. *Konfidentialitetskravet* togs det hänsyn till genom att informanternas identitet har skyddas såtillvida att intervjumaterialet endast har varit tillgängligt av författaren under arbetets gång och kommer att makuleras så snart uppsatsen är examinerad. Under arbetet gavs varje informant en bokstav vilket bidrar till att informanters identitet inte ska röjas i resultatet, det ska inte gå att härleda vem som sagt vad under intervjuerna. *Nyttjandekravet* har följts då insamlat material inte har använts till annat än för studiens syfte. *Informationskravet* tillgodosågs genom att informanterna fick ta del av informationsbrev där syftet med studien tydligt framgick (Vetenskapsrådet, 2002).

Dataanalys

Materialet för dataanalysen bestod av sju intervjuer som transkriberats till 18,5 dataskrivna A4 papper med radavståndet 1.0. Vid en transkribering omvandlas det talande språket till skrift. Enligt Olsson och Sörensen (2007) är det värdefullt att transkriberingen görs så nära inpå intervjun som möjligt. För att texten skulle vara så lik intervjuerna som möjligt gjordes transkribering av intervjuerna samma dag eller dagen efter. Detta för att intervjuerna skulle vara så färsk i minnet som möjligt vilket minskade risken för att meningsfulla innebörder gick förlorade. Enligt Kvale och Brinkman (2014) går alltid saker förlorade vid en transkribering till exempel ironi, kroppsspråk och röstläge. Dessa saker försökte intervjuerna inkludera i texten med hjälp av anteckningar som gjordes av den intervjuare som hade den mera passiva rollen under intervjuerna.

Samtliga intervjuer både lyssnades på och lästes upprepade gånger för att få en helhetsbild av materialet som utgjorde analysenheten. Därefter analyserades materialitet med Graneheim och Lundmans (2004) manifesta innehållsanalys. I denna metod beskrivs variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet med så låg grad av tolkning till skillnad från latent nivå där det underförstådda innehållet tolkas. Analysprocessen skedde genom sex steg enligt Graneheim och Lundman (2004).



I det första steget lyssnades bandinspelningarna från intervjuerna igenom noggrant och skrevs med på papper. De transkriberade intervjuerna lästes igenom upprepade gånger för att finna en känsla för helheten i texten. I det andra steget plockades meningar ut som var relevant för studiens syfte utan att sammanhanget gick förlorat. Dessa meningar utgjorde meningsbärande enheter. Sedan kondenserades de meningsbärande enheterna det vill säga samtidigt behålla innehållet men korta ned texten. Därefter abstraherades de kondenserade meningsenheterna till *koder*, vilket Graneheim och Lundman (2004) beskriver vad en meningsenhet innehåller likt en etikett. De koder som hade ett liknande innehåll sammanfördes i gemensamma *kategorier* som kom att utgöra det manifesta innehållet i texterna. Slutligen delades kategorierna in i *subkategorier*. Denna process resulterade i fyra kategorier och 11 subkategorier.

RESULTAT

Resultatet bygger på vad som framkommit under analysarbete av intervjuer med sju sjuksköterskor med erfarenhet av omvårdnad av patienter som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Resultatet presenteras i löpande text utifrån följande fyra kategorier: *Utmanade process, vikten av kommunikation, samverkans betydelse och behov av utveckling*. Till samtliga kategori ingår 11 subkategorier vilka redovisas i tabell 1. Samtliga kategorier är inte fristående från varandra utan resultatet visar att ett samspel mellan kategorierna förekommer. Kategorierna och främst subkategorierna har styrkts med citat från sjuksköterskornas berättelser, vid varje citat finns en kodbokstav (A-G) dessa bokstäver representerar varsin sjuksköterska av de sju som deltog.

Tabell 1. Sammanfattning av kategorier och subkategorier

Kategorier	Subkategorier
Utmanande process	Att skapa en allians Ett arbetssätt som tillåter delaktighet Känsla av kluvenhet
Vikten av kommunikation	Informationsöverföring mellan sjuksköterska och patient Informationsöverföring inom arbetsgruppen
Samverkans betydelse	Känsla av trygghet Känsla av skuld och skam Roller Känsla av glädje
Behov av utveckling	Utbildning Tid för reflektion

Utmanande process

Att vårda patienter enligt LPT innebär att patienten motsäger sig denna vård eller att på grund av det psykiska tillståndet finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med samtycke. Att ge omvårdnad till någon som inte vill ha eller inser behovet av vård innebär en utmaning.

”Tvångsvård blir ju komplext förstås och det är svårt, så är det ju... men omöjligt är det inte” (G)

I citatet ovan berättar en sjuksköterska om sina erfarenheter av omvårdnadsarbetet med patienter som vårdas enligt LPT. Samtliga sjuksköterskor uppgav att de upplevde svårigheter i omvårdnadsarbetet. Dessa svårigheter sågs inte endast som negativt utan gav arbetet en extra dimension och som sågs som en utmaning. Under denna kategori lyfts det som sjuksköterskorna upplevde som en utmanande process. Kategorin omfattar tre subkategorier: att skapa en allians, ett arbetssätt som tillåter delaktighet och känsla av kluvenhet.

Att skapa en allians

Samtliga intervjuade sjuksköterskor var eniga i att skapa en allians med patienten var det grundläggande och den viktigaste delen i omvårdnadsarbetet. I citatet nedan berättar en sjuksköterska:

”Det viktigaste i omvårdnadsarbetet är absolut att skapa allians och att finnas till hands, inge trygghet” (A)

Att skapa en allians med patienten ansågs som nyckeln till framgång i omvårdnadsarbetet.

”Mötet blir ju viktigt, att man försöker få till en vårdrelation ändå då trots att dom inte vill ha det då kanske till en början men att man jobbar för det. För det mesta så får man en bättre relation när dom mår bättre” (C)

I citatet ovan beskrivs hur vårdrelationen ofta gynnas i och med att patientens mående förbättras. Något som däremot kunde försvåra skapandet av en vårdrelation var förekomst av hot eller våldssituation. I citatet nedan beskrivs en situation där riktat våld gör det svårt för sjuksköterskan att finna en förklaring till våldshandlingen och därigenom blev det svårt att vara förstående för just den personen.

”De här gångerna när det är mer riktat våld då då tycker jag då har man svårt att själv finna en förklaring för det och man kan få svårt i vårdrelationen efteråt” (C)

När tvångsåtgärd utförts var det gynnande för vårdrelationen om ett uppföljningssamtal utfördes. Naturligtvis var både patienten och sjuksköterskan angelägna om att förhindra att

liknande situation skulle uppkomma igen. Vid dessa samtal fick patienten en chans till att beskriva sina upplevelser i samband med tvångsåtgärden och sjuksköterskan fick en möjlighet att förklara för patienten bakgrunden till varför tvångsåtgärden genomfördes. Sjuksköterskan upplevde det som befriande om ett sorts samförstånd och en försoning kunde uppstå vid dessa samtal. Nedan beskriver en sjuksköterska hur ett uppföljningssamtal kunde uppfattas

”De jag hade det med var äh inte förstående... inte så... men accepterade ändå det vi hade gjort och kunde liksom se tillbaka ja jag var väldigt orolig då jag var väldigt förbannad och på nått vis i den diskussionen möttes vi någonstans på mitten det var ingen som var nöjd med det som skedde men det var kanske tyvärr tvunget till” (B)

Ett arbetssätt som tillåter delaktighet

Det framkom i analysen att LPT-vård inte ansågs vara synonymt med att patienten inte fick bestämma någonting själv utan tvärtom önskades patienten göras delaktig i vården och behandlingen i så lång utsträckning som var möjlig.

”Det handlar ju mest om relationen, ödmjukhet och respekt.... att man jobbar på det sättet att man tillåter patienten att vara delaktig, det ska dom ju vara så långt det går då även under LPT då” (C)

Delaktighet beskrevs som nödvändigt för att göra tiden för tvångsvård så kort som möjligt och upplevdes påskynda övergången till frivillig vård vilket även var målet med LPT-vård. Sjuksköterskan hade en viktig arbetsuppgift med att motivera patienten till delaktighet. För att patienten skulle ses i ett sammanhang krävdes att omvårdnaden individanpassades och att arbetssättet innefattade en helhetssyn av patienten.

”Man ser till hela individen också att det inte bara är det psykiska.... det är ju människan som helhet.... det är ju en människa bakom sjukdomen” (F)

Känsla av kluvenhet

Omvårdnaden vid tvångsvård väckte stundtals känsla av kluvenhet. Bemötandet beskrevs som en balansgång där förhållningssättet vilade på en grund av respekt och ödmjukhet men att vissa situationer krävde en tydlighet som ibland även fungerade som gränssättning.

”Det är viktigt att kunna vara rakt och tydlig men samtidigt ödmjuk det är en balansgång däremellan ja” (C)

Även situationer i samband med utförande av tvångsåtgärder upplevdes tudelade. Att utföra en tvångsåtgärd sågs som den sista utvägen och anammades endast när alla andra alternativ var uttömda. Trots detta utlöste tvångsåtgärder ofta en inre etisk konflikt som uppstod när sjuksköterskans olika värderingar kolliderade med varandra. Att använda våld som svar på

våld kändes i grunden fel. Nedan belyser en sjuksköterska att negativa känslor väcks när patientens rätt till självbestämmande kommer i konflikt med att göra gott principen.

”Det kan vara jobbigt när man ska genomföra de ordinerade tvångsåtgärderna, kanske tvångsmedicinera. Man känner lite att man begår ett övergrepp mot någon trots att man intalar sig att det är positivt i det långa loppet” (C)

Denna kluvenhet och inre konflikt bar sjuksköterskan med sig trots många år av yrkeserfarenhet. Nedan beskriver en sjuksköterska just detta:

”Jag lär mig aldrig, jag tycker att det är så nå fruktansvärt att tvångsinjicera jag har aldrig tyckt om det men jag vet ju att ibland måste det göras.... det är ett sånt ingrepp för mig..” (A)

När patientens mående förbättrades och kom till insikt att tvångsmedicineringen varit nödvändigt kändes detta som en upprättelse och sjuksköterskan fick bekräftat att tvångsinjiceringen varit det enda rätta alternativet just i denna situation och att det gynnat patienten i förlängningen.

”Det känns ju bra för en själv om dom utvecklar en förståelse senare för det, till exempel en tvångsinjektion om dom senare förstår så har vi ju nått varandra litegrann” (C)

En känsla av kluvenhet infann sig även när sjuksköterskan reflekterade över huruvida patienten gagnades av vårdtillfället eller ej. Tankar om att vården ibland gav möjlighet till förändring och förbättring för en del men upplevdes däremot endast ha tillfogat skada för andra väckte tankar om vad som egentligen var bäst för patienten. En informant upplevde att tvångsvården generellt sett var för lång och att det skulle vara mer vunnit med att släppa på tvångsvården tidigare. Att fortsätta vårda enligt lag trots att detta inte ansågs vara det bästa för patienten skapade även det en känsla av kluvenhet.

Vikten av kommunikation

Under analysen framkom att kommunikation spelade en avgörande roll genom hela omvårdnadsprocessen. Att kommunicera och avsätta tid för samtal med patienterna uttrycktes som omvårdnadens A och O. Kommunikationen var även grundläggande och en förutsättning för att samarbetet i arbetsgruppen skulle fungera. Denna kategori består av subkategorierna: informationsöverföring mellan sjuksköterska och patient samt informationsöverföring inom arbetsgruppen.

Informationsöverföring mellan sjuksköterska och patient

Vid LPT-vård ansågs information till patienten extra viktig. Patienten hade rätt att få veta vad tvångsvården innebar och sina rättigheter. Sjuksköterskan tillsammans med läkaren hade en viktig roll i att delge patienten individanpassad ändamålsenlig information. Denna information var av högsta vikt för patientens möjlighet till delaktighet av planeringen av sin egen vård.

”Man förklarar varför den ska ta mediciner eller inte får gå ut, man förklarar vad det då innebär dels är det läkaren som förklarar villkoren inom lagen, vårdformen. Att man förklarar rättigheter det är väl mycket det vi gör i den mån det går” (B)

I citatet ovan beskriver en sjuksköterska vad information till patienten kunde innefatta.

Sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att avsätta tid för samtal, lyssna på patientens önskemål och klargöra eventuella oklarheter. Bristfällig eller felaktig information kunde ligga till grund för missförstånd vilket i sin tur kunde leda till irritation och i värsta fall affekt och aggression. En välinformerad patient som var lyssnad på ansågs därför förebyggande för att hot och våldssituationer skulle uppstå. Något som också poängterades var att sjuksköterskan inte lovade mer än den kunde hålla, att aldrig ge patienten falska förhoppningar som inte kunde infrias. I citaten nedan ges exempel på tankegångar kring detta.

”Man kan vara tydlig med vad som gäller med information, vad dom får göra och inte får göra enligt dom riktlinjer som vi måste förhålla oss till avdelningsregler och läkarens restriktioner men information tycker jag är viktigt det brukar jag tänka på att man är tydlig med information att man inte lovar saker som man inte kan hålla” (B)

”Att man försöker att avsätta lite tid för samtal och fråga om önskemål och åsikter och känslor och så att de får möjlighet att ta fram det... de tycker jag är viktigt det kan förhindra mycket också missförstånd och våld” (C)

Informationsöverföring inom arbetsgruppen

Kommunikation mellan vårdpersonal av olika yrkeskategorier samt mellan olika enheter var även det grundläggande för att säkerställa en god omvårdnad. Kontinuerlig kommunikation i arbetsgruppen var en nyckelfaktor för gynnsamt samarbete och planering.

”För att det ska bli en bra och säker vård så tycker jag att information till varandra och även under hela skiftets gång. Att man pratar och tänker liksom: nu ser det ut så här på avdelningen men om det skulle komma in någonting hur ska vi tänka då. Så det är mycket: prata ihop sig, samarbeta” (F)

Kommunikation mellan klinikens akutmottagning och avdelningar angående patienter som förvarnats om ankomst var av värde för avdelningspersonal då de fick tid att planera och

förbereda för patientens ankomst. Misstänktes att situationen kunde bli stökig var denna information av ännu större betydelse för att patienten skulle kunna tas emot på bästa sätt.

”Jag tycker det är jätteviktigt och veta när man jobbar vad det är som är på väg in, om man vet att det kommer ett vårdintyg där det kan bli väldigt stökigt att man har en chans att förbereda det jag tycker mycket handlar om det att man kan planera i god tid innan sen är det ju inte alltid det är möjligt för ibland bara dyker det upp patienter” (F)

En del av informationsöverföring innefattade dokumentation, detta var något som upplevdes vara en viktig del av sjuksköterskans arbete vid LPT-vård. Dokumentation ansågs vara en källa för informationsöverföring mellan personal men även vikten av att dokumentera för patientens skull lyftes. När patienter vårdades enligt LPT var de ofta i ett skede av akut psykisk ohälsa och journalanteckningar kunde då vara till hjälp för patienten när den förbättrats för att få en förståelse vad som hänt. I citatet nedan beskriver en sjuksköterska varför hen anser att dokumentation är en viktig del i omvårdnadsarbetet.

”Någonting som också är viktigt är dokumentera, dokumentera, dokumentera exakt vad som hände, klockslag och så det är jätteviktigt om patienten sen vill läsa sitt och varför det blev så, nej jag tycker att det är viktigt att man dokumenterar så att det finns svart på vitt vad som har hänt och ifall om det blir nå anmälningar eller nåt som hänt då kan man ju stå för det man skrivit, jag tycker dokumentation är viktigt ja det gör jag” (A)

Under analysen framkom att känslor av meningslöshet väcktes när brister av kommunikationsöverföring mellan olika enheter inom kliniken uppmärksammades. Information som sågs av värde följde inte med patienten mellan olika enheter och en frustration uppstod och momentet ansågs som meningslöst att utföra.

”På akuten jobbar vi med BVC-skattningar även om jag kan tro att det inte framgår eller att informationen går fram till avdelningen alla gånger.. någon slags pappersdrake eller vad man kallar det, vi gör det men det syns inte eller hörs inte” (E)

Citatet ovan beskrivs hur informationsöverföring brister. En förklaring till varför viktig information ej följde med längs patientens väg genom vården uppgavs vara okunskap i andra enheter arbetssätt och rutiner, att det helt enkelt brast i kommunikationen och samarbetet olika enheter emellan. Andra orsaker ansågs vara att momentet ansågs ej tillföra någonting och en ovilja och ett motstånd uppstod mot att genomföra arbetsuppgiften vilket ledde i förlängningen till att rutinen rann ut i sanden.

Något som även det kunde leda till frustration var informationsöverföring mellan olika yrkeskategorier. Sjuksköterskan upplevde att deras (och även skötares) journalanteckningar inte lästes utav läkare, de kände då att deras arbete inte uppskattades eller kändes som meningsfullt.

”Jag tycker dokumentation är viktigt, ja det gör jag fast man skriver emellanåt för blinda ögon det har man ju märkt när man sitter på ronder, de klickar ju bort det..... det är lite mera stuns i deras diktat naturligtvis” (A)

Samverkans betydelse

Samtliga informanter beskrev att samverkan i olika former var en stor del av arbetet, med ordet samverkan menades samarbete, samspel och allians. I denna kategori lyfts betydelse och aspekter av samverkan både gentemot patienter samt samverkan vårdpersonal emellan.

Känsla av trygghet

Samtliga informanter uppgav att de upplevt situationer som innefattat hot och våld på sin arbetsplats. Detta innebar att ens arbetskamrater blev oerhört viktiga. Att aldrig vara ensam i en hotfull situation var en oskriven lag och trygghet blev synonymt med sina arbetskamrater.

”Jag får ett adrenalinpåslag vid hotfulla situationer men samtidigt så känner jag att jag har tryggheten i mina arbetskamrater. Man är aldrig själv i det där, man försöker lösa det tillsammans så gott det går” (F)

Hela vårdprocessen ansågs som ett teamarbete och känsla av trygghet var starkt förknippat med om det upplevdes finnas tillräckligt med personalresurser eller ej. Citatet nedan lyfter ett exempel på en hotfull situation som ändå upplevdes trygg i och med att det fanns tillräckliga resurser.

”När jag jobbade natt då kom en patient som var drogpåverkad tillsammans med polis och han uttalade hot då och var väldigt agiterad. Då upplevde jag när det väl hände då kändes det väldigt obehagligt det var det ju men det kändes ändå tryggt vi var mycket personal och polisen var kvar så det kändes ju bra på det sättet sen blev jag ju förvånad att det gick så bra” (E)

Känsla av skuld och skam

Samtliga informanter uppgav att de någon gång upplevt ner på sin arbetsplats. Vid dessa händelser skuldbelade sjuksköterskan ofta sig själv och ansåg att deras eget agerande hade varit felaktigt och därmed orsakat fysiskt våld. I och med detta kände även sig sjuksköterskan misslyckad.

”Jag skämdes över mig själv, vad gör jag? Är jag så dålig så tänkte jag.... är jag så dålig så dom hoppar på mig två stycken så tänkte jag” (A)

”Ja kanske inte helt mitt eget fel men jag var absolut inte skuldfri... det var ju inte för att jag provocerade men jag var ju alldeles för nära på den patienten i det läget” (E)

I citaten ovan beskriver två sjuksköterskor hur de resonerade över situationer där det förekommit riktat våld mot dem. I och med att sjuksköterskorna ansåg att de varit skyldiga till eller åtminstone bidragit till att våld förekommit emot dem togs patienten i försvar och att hot och våldssituationer ansågs höra till och vara en del av arbetet.

”Överläkaren sa att jag skulle polisanmäla det, kommer väl aldrig på frågan sa jag det har jag med mig att det kan hända när jag går till arbetet” (A)

Roller

Olika roller utformades i arbetsgruppen. De olika rollerna bildade tillsammans en helhet. Erfarenhetens längd var en avgörande faktor för vilken roll i gruppen man hade och ändrades således över tid.

”När jag började jobba så var det ju väldigt många som hade jobbat otroligt många år så då var det så att man bara följde med (skratt) men nu har det kommit många nya och ens egen roll blir ju annorlunda, man kanske är mer den som leder nu” (F)

Att jämföra sig med mera erfarna kollegor var vanligt men det var inte alltid som dessa kollegors arbetssätt togs efter utan med tilltagande erfarenhet fann man egna sätt att lösa situationer på.

”Ofta jämför man sig med dom som jobbat länge och tycker dom gör saker och ting så himla bra men man fixar det själv också, det gör man fast kanske inte på samma sätt. Men det innebär ju heller inte att det är dåligt, att man gör det sämre på något vis” (F)

Vid våldsamma situationer blev gruppmedlemmarnas olika roller extra tydliga och de olika rollerna hade särskilda uppgifter.

De olika rollerna i arbetsgruppen utnyttjades även för att anpassa bemötandet efter situation och individ. I citatet nedan beskrivs hur en situation löses utifrån de resurser som fanns i personalgruppen.

”Jävla hora, stulit min man så har man ju hört många gånger då är det ju bara att gå tillbaka och kliva fram efter ett par dagar så har det varit... man tjafsar aldrig med en patient utan som munhuggas, skulle aldrig munhuggas med en patient det är bara att sticka undan och be någon annan kliva fram då är det bättre med en man” (A)

Även gentemot patienterna hade sjuksköterskan olika roller som även de varierade över tid.

”Jag har ju märkt under de här åren jag jobbat att då när jag var klar sjuksköterska och börja arbeta då var man ett hot mot kvinnliga patienter, då hade man stulit deras käresta man eller sambo sen gick jag över till att bli mamma och nu då på slutet är jag mormor och farmor” (A)

Känsla av glädje

Glädje var en känsla som uppkom hos sjuksköterskorna när en situation löste sig på bästa möjliga sätt. Att känna sig nöjd och stolt med sin arbetsinsats var viktigt för att skapa självförtroende och växa i sin yrkesroll. Att få patienten att frivilligt ta emot läkemedel och på så sätt undvika att en tvångsåtgärd uppstod var exempel på en sådan situation.

”Det har varit mitt måtto genom åren att försöka slippa det här tvångssprutorna, att försöka slippa medicinera så utan försöka skapa en allians med patienten och försöka få den att ta medicinen i munnen alltså per os. Det är någonting som jag är stolt över mig själv att jag har lyckats med många gånger” (A)

”När polisen kommer å man lägger i skyddsbälte och dom tar medicin.... att de blir lugnt, dom somnar och att man snabbt kan släppa... då blir jag så lycklig” (A)

Känsla av glädje uppkom även när två informanter beskrev hur de upplevde sitt yrke.

”Psykiatri är ett fantastiskt arbete, jag älskar mitt jobb... just det här att hålla på med människor, solskenshistorier ja” (A)

”Det är ju också väldigt rolig man jobbar ju med sig själv, man använder sig själv som redskap och man får vara med på den här resan och se det i ett utifrån perspektiv... det är ju en sån här rolig grej man får vara med om i sitt yrkesliv” (G)

Behov av utveckling

Då tvångsvård ofta var komplex och stundtals svår behövdes kunskap som kunde användas som verktyg i omvårdnaden. Både för att kunna ge adekvat omvårdnad och för att utveckling i yrkesrollen skulle vara möjlig krävdes utbildning och reflektion. Kategorin behov och utveckling innefattar subkategorierna: utbildning och tid för reflektion.

Utbildning

Då omvårdnaden upplevdes innehålla svårigheter var det av vikt om sjuksköterskan fick bekräftat att deras agerande var korrekt. Detta uppnåddes genom utbildningar och genom att erfarenheter delades med varandra inom arbetsgruppen. Vid utbildningar kunde

sjuksköterskan uppleva att ingen ny kunskap tillskansades däremot sattes ord på omvårdnadsåtgärder och ageranden som redan utövades. Därigenom erhöles en bekräftan på att arbetet utfördes på ett korrekt sätt, vilket även det var av värde.

”Mycket av det dom jobbade med i Bergenmodellen var ju det man alltid hade gjort förut, ofta så gör man det fast man inte tänker på det” (F)

I Analysen framkom att kunskap som tillskansats genom utbildningar som förekom sporadiskt eller sällan föll i glömska. För att tillgodogöra sig kunskap krävdes kontinuerlig fortbildning och repetitioner. I citaten nedan beskrivs utbildningen Bergenmodellen som ingår i det våldsförebyggande arbetet.

”Vi har ju gått på en massa olika kurser men man glömmar ju... Bergenmodellen ja den gick jag ju på och det är ju bra. Det är ju roligt att gå på det men man glömmar ju, det är smått om tid och gå och träna visst kan väl vi träna på avdelningen men det blir inte av”(A)

”Det är ju alltid bra med dom fysiska övningarna i Bergenmodellen, bara att man går igenom det och känner till och vet hur man ska gå tillväga.... nu säger inte jag att folk vet hur dom ska gå tillväga och kan använda det till 100 % för det krävs att man jobbar mycket mer” (E)

Tid för reflektion

För att lära sig av situationer som inte fått det utfall som önskades var återspeglning en metod för att utvärdera och reflektera vad som hänt och varför. Att avsätta en stund för reflektion startade en tankeprocess som fortskred även efter reflektionsstundens slut. Målet med återspeglningen var att ta lärdom, fundera och bli mer medveten vad som kunde göras annorlunda till nästa gång liknande situation uppstod. I citaten framgår att reflektion hjälpte arbetsgruppen att ta lärdom av situationer som inte fått önskad utgång och fick arbetsgruppen att utvecklas.

”Reflektion- Jag tror att det är något som pågår i huvudet på en hela tiden. Jag vet inte annars hur man kan utvecklas om man inte stannar upp och tänker efter varför blev det sådär liksom ” (F)

”Jag tror att man har bättre beredskap för nästa gång det händer det tror jag ... att man tar sig en stund att tänka efter, vad som hände och just det där hade man kunnat göra på annat sätt. Eller bara känna det eller liksom få bekräftelse att jamen vi kunde inte ha gjort på något annat vis det här blev bra i alla fall” (D)

Återspeglning var även ett forum för positiv feedback. Att berömma kolleger och lyfta fram det som också ansågs varit bra gynnade både teamkänslan och ett positivt arbetsklimat. I tider

av personalbrist och hög arbetsbelastning blev dock avsatta stunder för reflektion bortprioriterat.

”Förut körde man mycket spegling på eftermiddagarna där man gick igenom hur man tyckte att man liksom hade löst vissa situationer under dagen, hur man tyckte det blev och just det här om man tyckte man kunde ha gjort någonting bättre det tyckte jag var ganska bra när vi hade men det har försvunnit” (F)

”Jag tror man kände samhörighet och att man såg varandra och vad man hade gjort och inte.. utan det vart liksom att alla var delaktiga i dagens händelser på nåt vis, på ett annat sätt. Så att jag tror ...det kan verka lite krystat sådär men ska gå och sätta sig men jag tror i alla fall att det är bra, jag tror på det. Jag tror det där hade större betydelse än vad vi riktigt, vad vi riktigt förstod faktiskt” (D)

I citaten ovan beskriver två sjuksköterskor hur spegling skapade möjlighet till reflektion som i sin tur kunde förbättra handlingsberedskapen till kommande liknande situationer. De beskriver även att spegling inte enbart gynnade patienterna utan även gagnade samhörighetskänslan i arbetsgruppen.

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultaten

Syfte med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelse av omvårdnad i samband med LPT-vård inom slutenvården psykiatrisk vård. I resultatet framkom fyra kategorier: utmanande process, vikten av kommunikation, samverkans betydelse och behov av utveckling. Resultatet visade att omvårdnaden var sammankopplad med svårigheter och innebar en utmanande process. God kommunikation var grundläggande för alliansskapande med patienten och ett fungerande samarbete i arbetsgruppen. Arbetsättet eftersträvade en välinformerad patient som tilläts vara delaktig i sin egen vård och behandling. Då tvångsvård många gånger upplevdes komplext och svårt fanns ett behov av kompetensutveckling som kunde erhållas genom utbildning och reflektion.

Resultatdiskussion

11731 människor vårdades någon gång under 2014 enligt LPT inom psykiatrisk slutenvård i Sverige (Socialstyrelsen, 2016). Tvångsvård är för många synonymt med tvångsåtgärder såsom tvångsinjektioner, avskiljning och skyddsbälte och ses enbart som något hemskt och traumatiskt.

I resultatet i föreliggande studie framkom dock att tvångsvård ansågs behövas i ett välfungerande samhälle och sågs som en skyddsfaktor gentemot både patient och samhälle. Patienten ansågs ha rätt till vård via juridikens hjälp när den på grund av allvarlig psykisk

störning inte själv kunde ta ansvar för sina handlingar. Informanterna upplevde att tvångsvård enligt LPT innefattar så mycket mer än dessa tvångsåtgärder och kunde till och med ses som något positivt från både patientens och sjuksköterskans perspektiv. Sjuksköterskan strävade alltid efter att göra gott och hade en förhoppning att vårdtillfället skulle leda till en vändpunkt för patienten, början till något nytt och bättre.

Omvårdnaden till dessa människor beskrevs som komplext och många gånger svår. Att vårda utan samtycke sågs som ett stort ansvar och som en *utmanande process*. Johansson och Lundman (2002) intervjustudie med fem stycken personer som tvångsvårdats visade att de upplevt vårdtillfället väldigt olika. Några såg vårdtillfället som ”good opportunities” medan det ansågs vara ”great losses” för andra. Samma fenomen beskrevs även av en informant i föreliggande studie fast då ur sjuksköterskeperspektivet där känsla av klivenhet uppstod då tankar väcktes om huruvida vårdtillfället hjälpte eller stälpte patienten. I resultatet på föreliggande studie framkom att förutsättningen för en god omvårdnad trots tvångsvård var att det fanns möjlighet att skapa en allians med patienten vilket är helt i enlighet med Olofsson och Norberg (2001). LPT- vård ansågs vara en kränkning av patientens integritet och att autonomi tillfälligt var till stor del var fräntagen. Ett respektfullt bemötande och att patienten tilläts vara delaktig och att deras självbestämmande beaktades i den mån det var möjligt var därför viktigt och skapade ett förtroende och en allians med patienten var möjlig. Tillämpades detta arbetssätt var enligt Johansson och Lundman (2002) tvångsvård ej synonymt med att känna sig tvingad till vård. Även Svensk sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad lyfter vikten av ett arbetssätt som främjar patientens delaktighet i sin egen vård och behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

I föreliggande studie beskrevs vikten av att patienten inte enbart sågs som en individ utan i ett sammanhang där personen var beroende av sitt sociala sammanhang och sina närstående. Utmaningen för sjuksköterskan var att ”tänka om” och att möta personen bortom symtomen och psykisk ohälsa. Likt Lindkvist (2012) formulering att personer med psykisk ohälsa inte är sin diagnos utan att de allra flesta patienter kunde ges ansvar och göras delaktig i sin återhämtningsprocess. Det är naturligt för oss människor att vilja må bättre (Lindkvist, 2012). Detta kunde upplevas som svårt av sjuksköterskan då patienten var i ett akut skede av psykisk ohälsa. I samma takt som patientens mående förbättrades blev det lättare att skapa en allians och patientens utsträckning av delaktighet ökade. Att anamma ett personcentrerat synsätt vid tvångsvård ansågs betydligt svårare än vid frivillig vård då sjuksköterskan per automatik hade

en starkare maktposition gentemot patienten vilket också bekräftas i Cutcliffe och Happel (2009) studie. Att arbeta utifrån ett personcentrerat synsätt kändes ändock naturligt, det låg nära tillhands och var i samklang med sjuksköterskans grundläggande värdegrund. I en studie av Staniulienė et al. (2013) intervjuades sjuksköterskor som tvångsvårdar patienter i sex olika europeiska länder och det framkom bland annat att sjuksköterskorna ansåg sig ha misslyckats när tvångsåtgärder var tvungna att användas. I föreliggande studie ansåg sig sjuksköterskorna själva vara vållande till att hot och våldssituationer uppstod genom felaktigt agerande och kände sig som de misslyckats med sin uppgift. Båda dessa upplevelser talar för att sjuksköterskan ofta klandrade sig själv när situationer inte löste sig på det sättet som sjuksköterskan tänkt sig. Sjuksköterskan använde sig själv som arbetsredskap i omvårdnadsarbetet och ställdes inför dessa situationer som ofta innebar en etisk konflikt. Enligt uppsatsförfattaren skulle detta kunna förklaras med att osäkerhet väcktes vid dessa etiskt konfliktfyllda situationer och ledde då till att sjuksköterskan lätt klandrade sig själv då konsekvenserna av handlandet inte blev som förväntat.

I föreliggande studie framkom att *kommunikation* betraktades vara en grundbult vid LPT-vård. Patienten hade rätt att få information om vad tvångsvården innebar och sjuksköterskan hade många gången en nyckelroll i denna uppgift. Även kommunikation mellan medarbetare hade en centrall roll i omvårdnadsarbetet. Att personalen i arbetsgruppen kontinuerligt kommunicerade med varandra var en nyckelfaktor vid samarbete och planering. I Zarea et al. (2013) intervjustudie från Iran framkom att kommunikation var en förutsättning för att skapa allians med patienten. I föreliggande studie betraktade sjuksköterskorna att information genom hela omvårdnadsprocessen, vad som händer och vad som kom att ske ansågs skapa trygghet som i sin tur gynnade alliansskapande och patienten gavs förutsättning till delaktighet. Denna slutsats drar även Olofsson och Norberg (2001) i sin studie där de intervjuade sjuksköterskor, läkare och patienter kring deras erfarenhet av tvång. Alla tre parter beskrev vikten av mänsklig kontakt och en ömsesidig relation. Dessa fynd tyder på ett behov av ökad dialog mellan patienter och personal vid tvångsvård.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie identifierade och tillgodosåg patientens behov av information genom att de avsatte för samtal där patienten kunde framföra sina önskningar och sjuksköterskan svarade på eventuella frågor och funderingar, missförstånd kunde på detta sätt förhindras. Detta sammanfattades som att målet med kommunikation till patienten var att uppnå en välinformerad patient vilket skapade ett förtroende och en trygghet vilket även ansågs förebyggande för att hot och våldssituationer skulle uppstå. En individuell bedömning

gjordes vad just denna patient hade för behov och förutsättningar för att ta till sig information. Detta stöds även av Socialstyrelsen (2009) som betonar vikten av ett humant och gott bemötande vilket ej kan tillgodoses patienten utan en god individanpassad kommunikation. I situationer när tvångsvård behövdes ta till var det inte ovanligt att patienten vara svårt sjuk eller i så dåligt skick att informationsöverföringen innebar svårigheter, speciellt ansågs det svårt att motivera vidtagna nödvändigt åtgärder. I föreliggande studie beskrev även en informant att hen ansåg att närstående involverades i patientens vård och behandling i allt för bristfällig utsträckning.

Genom sin kompetens bidrog sjuksköterskan till *samverkan* både gentemot patienten, inom arbetslaget och även till andra professioner. En välfungerad samverkan var en förutsättning för en helhetssyn och att en god och säker vård kunde bedrivas. Att skapa en helhetssyn av varje patients problematik som ofta var komplex krävdes en god samverkan med både andra yrkeskategorier inom den egna verksamheten och även samverkan med vårdgrannar. Just samverkan med andra människor framkom i föreliggande studie som den främsta anledningen till yrkesvalet. När god samverkan förekom gentemot patienter och gentemot kolleger upplevdes en nöjdhet med sin arbetsinsats som ledde till en känsla av glädje. Att trivas med sitt yrke upplevdes även gynna omvårdnaden. Sjuksköterskan upplevde att patienten kände när det fanns ett genuint intresse för att hjälpa och först då kunde ett vårdande möte uppstå. I föreliggande studie framkom tydligt att sjuksköterskorna inte endast var mån om patienterna utan värnade även om sina arbetskamrater och samarbetet värdesattes högt. Arbetskamrater blev synonymt med trygghet. Svåra situationer löste tillsammans i arbetsgruppen och sjuksköterskan upplevde att det alltid fanns arbetskamrater som backade upp. Kontinuitet i arbetsgruppen sågs som en främjande faktor för gott samarbete som genererade bättre effektivitet genom vårdprocessen.

International Council of Nursings (ICN) (2007) etiska kod för sjuksköterskor sammanfattar riktlinjerna för etiskt handlande, ett område där berör just sjuksköterskan och medarbetarna. Där lyfts vikten av samarbete och respekten till sina medarbeten och att ibland kan sjuksköterskan ha en vägledanderoll och stödja medarbetare till ett etiskt korrekt förhållningssätt. Informanterna i föreliggande studie uppgav att öppet arbetsklimat där gruppen kunde hjälpa varandra och reflektera över både sitt eget och andras agerande gynnade en etisk medvetenhet.

Flera studier (Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Norberg, 2001) visade att patienter hade en önskan om ökad interaktion med personal och att det var avgörande för hur tvångsvården upplevdes. I föreliggande studie uppgav samtliga informanter när de fick redogöra för vad de tyckte var viktigt i omvårdnadsarbetet med patienter som tvångsvårdas att det var att finnas till för patienten, inge trygghet och ha ett respektfullt bemötande. Detta förhållningssätt grundlade för en relation som utvecklades till ett alliansskapande något som ansågs som nödvändigt om målet med LPT-vården skulle kunna uppnås, att tvångsvården kunde så snart som möjligt övergå till frivillig vård.

Denna studies resultat visade tydligt att även en samverkan och ett samspel mellan studiens kategorier förekom. Kommunikation var avgörande för att samverkan skulle fungera och för att sjuksköterskan skulle klara sitt uppdrag med att vårda enligt LPT krävdes kompetens som erhöles via erfarenhet och utbildning.

I föreliggande studie framkom genom resultatet att sjuksköterskan hade en önskan och ett *behov av utveckling* i sin yrkesroll. Genom regelbunden reflektion och fortbildning möjliggjordes denna utveckling. Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor framgår att sjuksköterskan har ett personligt ansvar för att genom kontinuerligt lärande upprätthålla sin yrkeskompetens (International Council of Nursing, 2007). I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård (2008) tydliggörs att psykiatrisjuksköterskan ska initiera reflekterande samtal med sina arbetskamrater utifrån ett omvårdnadsperspektiv. I denna studie framkom att behovet av reflektion var särskilt stort efter en utförd tvångsåtgärd. Staniulienė et. al. (2013) redogör även i sin studie om behovet för tid för dessa reflekterande stunder där händelser och situationer diskuteras inom arbetsgruppen. I den studien, precis som i föreliggande studie ansågs denna tid ej finnas och stunder med reflektion och spegling blev bortprioriterat detta trots att det ansågs vara av vikt för utveckling och en fortsatt god vård. I samma studie framkom även att det i flera länder saknades utbildning för mötet med oroliga och utåtagerande patienter och att de lärde sig med ökad erfarenhet och av varandra och av sina misstag. I föreliggande studie lyftes både vikten av erfarenhet och utbildning. Genom tidigare erfarenheter lärde sig sjuksköterskan uppmärksamma och tolka tidiga signaler, sätta in adekvata åtgärder och på detta förhindrade att hot och våldssituation uppstod. Sjuksköterskorna i föreliggande studie var utbildade i Bergenmodellen samt BVC som var en del i det våldsförebyggande arbetet på kliniken, både för och nackdelar med Bergenmodellen och BVC lyftes i studien.

I en litteraturstudie granskades artiklar som publicerats på engelska mellan den 1 januari 1990 och den 1 april 2007 av Livingstone et al. (2010). De utvärderade effekten av ett utbildningsprogram som syftade till att förebygga och hantera våld och aggressivitet inom psykiatri. De 29 artiklar som inkluderades i studien sammanfattades genom en narrativ analys. Denna studie visade att personal som fått utbildning i att hantera hot och våldssituationer hade ett bättre bemötande gentemot aggressiva patienter och lärde sig andra sätt att bemöta och hantera dessa patienter än med tvångsåtgärder. De som gått utbildning var i betydligt mindre utsträckning inblandade i incidenter än de som inte gått utbildning. Ett samband kunde därför ses mellan deltagande i utbildning och minskade tvångsåtgärder. I föreliggande studie uppgav samtliga informanter att de hade upplevt en eller flera hot och våldssituationer på sin arbetsplats och bekräftade att tvångsåtgärder ofta föregicks av en stökig situation. Däremot upplevde ingen informant att vare sig Bergenmodellen eller BVC användes fullt ut eller utnyttjades på ett optimalt sätt. För att Bergenmodellen skulle kunna utnyttjas effektivare fanns önskemål om tid för kontinuerliga träffar. För att komma ihåg de fysiska teknikerna som används när personal fysiskt måste ta kontroll och hindra att någon kommer till skada krävdes fortlöpanderepetitionstillfällen. Gällande BVC fanns det olika sätt att anamma skattningsinstrumenten på olika enheter inom kliniken och upplevde därför inte fylla sin tänkta funktion. Upplevd tidsbrist och bristande engagemang var ytterligare två aspekter till varför dessa två våldsförebyggandestrategier delvis försvunnit ur arbetssättet. Sammanfattningsvis framkom att rutiner och metoder som var tänkt att användas i kvalitetssäkrande syfte och som inte fick kontinuerlig uppföljning ”rann ut i sanden” och slutades anammas.

Metoddiskussion

Då studiens syfte var att beskriva informanternas upplevelser och erfarenheter valdes en kvalitativ ansats med deskriptiv design. Denna metod ansågs lämplig då denna ansats fokuserar på att skapa mening och förståelse i människans subjektiva upplevelse av omvärlden och få en djupare förståelse om ett fenomen (Ahrne, 2011; Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2008).

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att informanterna skulle vara legitimerade sjuksköterskor och varit tillsvidareanställda i minst två år på berörd klinik samt ha erfarenhet av tvångsvård enligt LPT, Bergenmodellen samt BVC. Dessa kriterier bedömde författarna som nödvändiga för att informanterna skulle kunna besvara intervjufrågorna och ge fylliga

svar. Av de sjuksköterskor som svarade mot inklusionskriterierna tillfrågades personligt de som ansågs vara ändamålsenliga och ha mycket att berätta, det vill säga ett strategiskt urval gjordes. Urvalet gjordes även med tanken att sträva efter en så stor variation som möjligt bland informanterna detta för att erhålla mera allsidiga beskrivningar. Uppsatsförfattaren önskade därför informanter av olika kön, olika åldrar och varierande erfarenhetslängd. Enligt Polit och Beck (2008) är bra informanter de som har mycket att berätta om det som undersöks och således en förutsättning för en kvalitativ studie. Undersökningsgruppen kom att bestå av både män och kvinnor, i olika åldrar och med en skiftande erfarenhet vilket gav varierade beskrivningar ifrån olika perspektiv av det studerade fenomenet, den stora variation som informantgruppen bestod av kan således anses som en styrka i studien.

Det empiriska arbetet påbörjades genom att en pilotintervju genomfördes vars syfte var att säkerställa att intervjuguiden besvarade studiens syfte, få en uppfattning om intervjulängd samt att säkerställa att inspelningsutrustningen fungerade tillfredställande. Denna pilotstudie gav även erfarenhet av att utföra intervjuer. Möjligtvis kunde ytterligare en pilotstudie ha gynnat intervju kvaliteten ytterligare.

För att bedöma en studies trovärdighet måste varje enskild studie utvärderas och bedömmas efter tillvägagångssättet på just den specifika studien. Begreppen: trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet används för att bedöma en studies trovärdighet inom kvalitativ forskning och kommer därför att användas i metoddiskussionen (Graneheim & Lundman, 2008).

Trovärdighet

En studies trovärdighet handlar om resultatets sanningshalt och ett giltigt resultat lyfter fram de karakteristika som är typiska för det som är avsikten att beskriva (Graneheim & Lundman, 2008). Vid kvalitativ innehållsanalys är det grundläggande att identifiera skillnader och likheter i materialet. För att erhålla detta krävs en bredd inom det studerade området och en variation inom informantgruppen var således önskvärd och ansågs ha infriats. Valet av informanter anses därför av stor vikt för studiens giltighet vilket även styrks av Graneheim och Lundman (2004).

Då informanterna var kolleger på uppsatsförfattarens egen arbetsplats kan detta naturligtvis ha haft en betydelse vid tolkningen av materialet samt av studiens resultat. Det faktum att det fanns en nära relation till informanterna ansågs ha både positiva och negativa aspekter. En negativ aspekt var risken att forskarperspektivet kunde gå förlorat medan den redan etablerade relationen gynnade resultatet såtillvida att informanten kände tillit och på så sätt öppnade sig

berättade om sina upplevelser och erfarenheter. Att helt bortse från egen förförståelse som bestod av yrkeserfarenheter inom området kändes som en omöjlighet och upplevdes tvärtom som en fördel för att erhålla intervjuer med god kvalitet som kunde leda till ökad förståelse, verbalisering av tyst kunnande och därmed finna ny kunskap. Likaså upplevdes förförståelsen positivt i aspekten att minska risken för att informanternas utsago feltolkades och gynnade att texten sågs i sitt sammanhang. En ständig medvetenhet och reflektion angående förförståelsen pågick däremot genom hela forskningsprocessen vilket gynnade att ett så neutralt förhållningssätt som möjligt gentemot analysmaterialet skapades något som även styrks av Graneheim och Lundman (2008).

Analysarbetets olika steg beskrivs under metodavsnittet och analysens tillvägagångssätt anses vara utförligt beskrivet. Citat från intervjuerna har presenterats i resultatdelen vilket enligt Graneheim och Lundman (2008) ökar läsarens möjligheter till att bedöma studiens giltighet samt ger läsaren en inblick i intervjuernas innehåll (Kvale & Brinkmann, 2014).

Tillförlitlighet

Är forskningsprocessens alla delar så tydligt beskrivna att andra personer kan följa dess olika steg? Med begreppet tillförlitlighet menas med vilken noggrannhet forskningsprocessens olika delar har följts och beskrivits (Polit & Beck, 2008).

I analys och tolkningsfasen eftersträvades en lojalitet med de beskrivningarna informanterna delgett, vilket underlättades av att intervjuerna skett på sådant sätt att informanternas erfarenheter och upplevelser beskrivits på ett tydligt och utförligt sätt. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det en fördel om två personer tolkar och analyserar materialet tillsammans så att en samstämmighet uppnår. Då den ena uppsatsförfattaren avslutade sitt deltagande efter intervjuerna är det en svaghet med studien att endast en person har varit aktiv under hela analysförfarandet. För att kompensera detta diskuterade uppsatsförfattaren med kurskamrater och handledare istället och tillsammans reflekterades över materialet under hela analysförfarandet. Ibland fick analysprocessen backas tillbaka för att säkerställa att innebörden av informantens upplevelse inte hade gått förlorad. De meningsbärande enheterna kontrollerades återigen mot de transkriberade intervjuerna och i vissa fall lyssnades även på inspelningen en extra gång för att inte feltolkningar skulle begås. För att inte meningsenheterna skulle sammanflätas i flera kategorier vilket enligt Graneheim och Lundman (2008) människors upplevelser gärna gör var det viktigt att meningsenheterna inte blev för långa.

Utöver pilotintervjuen intervjuades sex sjuksköterskor. Intervjuerna utgick från en intervjuguide med öppna frågor, ledande frågor undveks. Intervjuguiden hjälpte till att fånga informanternas upplevelse inom det undersökta området. Att semistrukturerade intervjuer användes som datainsamlingsmetod kan anses som en tänkbar styrka gällande studiens giltighet då den säkerställde att individuella upplevelser kring samma områden utifrån syftet fångades. Informanterna fick alltid prata till punkt och utan avbrott. Eventuella följdfrågor uppmanade endast till en fördjupning eller förtydligande av svar och påverkade således inte svarens riktning. Bell (2006) skriver att både intervjuer samt efterföljande analysarbete är tidskrävande vilket författaren instämmer med. Efter dessa sju intervjuer ansågs även att en mättnad av intervjumaterialet uppnåts då inga ytterligare synpunkter framkom.

Överförbarhet

Är studiens resultat överförbart till andra liknade förhållanden? Det är alltid upp till läsaren att bedöma om studiens resultat är överförbart till andra liknade sammanhang. Graneheim och Lundman, 2004 anser att om informanter, datainsamling och analysprocess tydligt redovisas underlättar det för läsaren att bedöma studiens överförbarhet till andra liknade sammanhang. Föreliggande studie anses på ett utförligt sätt redogöra för samtliga av forskningsprocessens olika delar och kan därför ses som en styrka gentemot studiens överförbarhet.

När människors upplevelser och erfarenheter analyseras bör det tas i beaktan att det alltid finns utrymme för alternativa tolkningar vilket gör det svårt att anse att resultatet är applicerbart på liknade förhållanden. Studiens resultat anses däremot vara applicerbart på författarnas arbetsplats då samtliga informanter arbetade vid berörd enhet och undersökningsgruppens spridning gjorde gruppen representativ för kliniken. Detta innebär som sagt inte att studiens resultat per automatik är överförbart och samstämmigt med LPT-vård inom slutenvård som bedrivs på andra kliniker i landet.

Slutsats

Studios resultat bekräftar det som har framkommit genom tidigare studier i ämnet, att tvångsvård många gånger är komplex och sjuksköterskan upplevde många gånger det som svårt och som ett stort ansvar. Förhoppningen med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelser och erfarenheter av omvårdnadsarbetet vid LPT-vård och resultatet visar att det även finns positiva aspekter med denna vårdform både för den som vårdar och för den som vårdas. Om omvårdnaden innefattar möjlighet till alliansskapande genom individuellt

anpassad information kan sjuksköterskan ge patienten förutsättningar för att kunna fatta samtycke till vården.

Studiens kliniska betydelse

Antalet personer som vårdas enligt LPT har mellan 2011-2014 ökat för varje år (Socialstyrelsen, 2016). Detta skapar ett samhällsproblem då antalet vårdplatser istället har minskats (Sveriges kommuner och landsting, 2016). Studier inom detta område är således betydelsefullt då kunskap ökar möjligheten för de som vårdar att kunna erbjuda en effektiv och ändamålsenlig omvårdnadsprocess. Syftet med studien var inte enbart att tillföra ny kunskap utan däremot fanns en önskan att genom resultatet synliggöra och lyfta delar av den mängd av tyst kunskap sjuksköterskor tillskansats genom erfarenhet och upplevelser. Detta kändes särskilt angeläget då många sjuksköterskor inom snar framtid kommer att avsluta ett långt yrkesliv och ta med sig sin tysta kunskap som därmed försvinner från verksamheten. Uppsatsförfattaren anser att genom att lyfta denna kunskap gagnas utvecklingen av omvårdnadsarbetet kring patienter som vårdas enligt LPT. En ytterligare önskan med studien var även att bredda synen på omvårdnaden vid LPT då många vårdvetenskapliga studier i ämnet har endast tvångsåtgärder i fokus.

Förslag till vidare forskning

Uppsatsförfattaren anser att det är angeläget att flera studier belyser och sätter ord på den ”tysta” kunskap som finns bland sjuksköterskor men även hos andra yrkeskategorier som till exempel skötare. Det vore även intressant att göra samma studie på en annan geografisk plats i Sverige och sedan jämföra likheter respektive skillnader i dessa studier. Då föreliggande studien endast belyser omvårdnaden från sjuksköterskors perspektiv vore det naturligtvis angeläget att få ta del av patienters upplevelser och erfarenheter av omvårdnaden vid LPT-vård. Då vikten av patientens delaktighet framkom i föreliggande studie skulle detta vara ett angenämt framtida forskningsområde, särskilt då ett personcentrerat synsätt enligt uppsatsförfattaren bör genomsyra nutidens psykiatri.

Referenser

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug J-H., & Fischer, J. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. [Elektronisk version]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11(2):422–427. doi: 10.1186/1471-244X-6-17.
- Ahrne, G., Svensson, P. (2011). *Handbok I kvalitativa metoder*. Malmö; Liber AB.
- Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*.(3.uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Björkdahl, A., Hansebo., & G. Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. [Elektronisk version]. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 20 (5): 396-404. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x.
- Cutcliffe, J., & Happel, B. (2009). Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: Exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. [Elektronisk version]. *International Journal of Mental Health Nursing*. 18(2):116-125. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00591.x
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H, & Öhlén, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialtområden*. (1.uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Graneheim, U. H & Lundman, B. (2004). Qualitive content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*: 24:105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Grönwall, L. & Holgersson, L. (2009). *Psykiatrin, tvånget och lagen: en lagkommentar i historisk belysning.4 uppl.* Stockholm: Norstedts juridik.
- Herlofson, J. (2010). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur AB.
- International Council of Nursing. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, Hämtad 11 april, 2016 från: http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Johansson, I.M., & Lundman, B. (2002). Patients´ experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. [Elektronisk version]. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 9, 639-647. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x.
- Jormfeldt, H., Brunt, D., Bengtsson, A., & Svedberg, P. (2013). Staffs´experiences of a person-centred health education group intervention for people with a persistent mental illness.

[Elektronisk version]. *Issues in mental Health Nursing*. 33 (4) 209-216. doi: 10.3109/01612840.2013.775614.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3.uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Lindqvist, P. (2012). *Människan i den slutna psykiatriska vården*. Lund: Studentlitteratur AB.

Livingstone, J., Verdun-Jones, S., Brink, J., Lussier, P., & Nicholls, T. (2010). A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. [Elektronisk version]. *Journal of Forensic Nursing*, 6 (1) 15-28. doi: 10.1111/j.1939-3938.2009.01061.x

Lundman, B., & Hällgren - Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär och B Höglund-Nielsen. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 159-172). Studentlitteratur: Lund

Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*. 33:89-97. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x

Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen*. (2. uppl.) Liber: Stockholm.

Polit, D.F., & Beck C. T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8:e upplagan. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Psykiatriska riksföreningen (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Hämtad 9 april, 2016, från: <http://psykriks.se/wp-content/uploads/2012/07/Kompetensbeskrivning-PRF1.pdf>

Raadu, G. (2012). *Författningshandboken. För personal inom hälso- och sjukvård* (43.uppl.) Stockholm: Liber AB.

SFS.1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 10 september, 2014, från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS.1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*: Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 20 september, 2014, från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-1991-1128/

SFS. 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*: Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 20 oktober, 2014, från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Socialstyrelsen (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). Hämtad 9 April, 2016, från: <http://www.svenskpsykiatri.se/Riktlinjer/Tvangsvard%20SPF%20slutversion.pdf>

Socialstyrelsen (2016). *Statistikdatabas*. Hämtad 11 april 2016, från:
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/psykiatrisktvangsvard>

Staniulienė, V., Chambers, M., Kantaris, X., Kontio, R., Kuosmanen, L., Scott, A.,...
Välämäki, M. (2013). The feelings and thoughts of mental health nurses concerning the
management of distressed and disturbed in-patients: A comparative qualitative European
study. [Elektronisk version]. *Open journal of nursing*, 3: 426-436. doi:
<http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.36058>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Brommatryck
& Brolins AB.

Sveriges kommuner och landsting (2015). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional
utveckling 2014*. Hämtad 5 maj 2016, från: [http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/statistik-om-
halso-och-sjukvard-samt-regional-utveckling-2014.html](http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/statistik-om-halso-och-sjukvard-samt-regional-utveckling-2014.html)

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4.uppl). Lund: Studentlitteratur.

Woods, P., & Almvik, R. (2002). The Brøset Violence Checklist (BVC). [Elektronisk
version]. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106:103-105.

Vetenskapsrådet, (2002). *Forskningsetiska principer- inom humanistisk-samhällsvetenskaplig
forskning*. Hämtad 17 april 2016, från:
http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Zarea, K., Nikbakht-Nasrabadi, A., Abbaszadeh, A., & Mohammadpour, A. (2013).
Psychiatric nursing as 'different' care: experience of Iranian mental health nurses in inpatient
psychiatric wards. [Elektronisk version]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
20 (2) 124-133. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01891 .x.

Bilaga 1

The Brøset Violence Checklist (BVC)

BVC beteende	Definition
Förvirring	Beter sig uppenbart virrigt och desorienterat. Kan vara omedveten om tid, plats och person.
Retlig	Lättirriterad och retlig. Oförmögen att tolerera andras närvaro.
Bullrig	Ett uppenbart bullrigt och ljudligt beteende, t ex slå i dörrar, skrika istället för att tala.
Fysiskt hotfull	En tydlig avsikt att kroppsligen hota en annan person, t ex en aggressiv kroppshållning, ta tag i någon annan persons kläder, hötta med knytnäven.
Verbalt hotfull	Ett verbalt utbrott som är mer än att bara höja rösten och har för avsikt att förödmjuka eller skrämman annan person.
Attackerar föremål	En direkt attack mot ett föremål och inte en person, t.ex. kasta saker, slå på eller krossa fönster. Sparka, slå eller skalla ett föremål eller slå sönder möbler.

Stämmer någon eller några av de här punkterna in på en person, betyder det att risken för våldsamhet är kraftigt förhöjd de närmaste timmarna eller dygnet.

Frånvaro av symptom/beteende ger 0 poäng. Förändring i, eller förekomst av beteende ger 1 poäng. Bedömning: Summa: 0 = ingen eller liten risk för våld 1-2 = måttlig risk för våld, > 2 = hög risk för våld. Ju högre poäng, desto högre risker för våldsamma situationer inom de närmsta 24 timmarna (Almvik, 2008).

Bilaga 2

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

Ålder:

Kön:

Antal år i yrket:

Specialistutbildning: Ja eller nej

Berätta vad du tänker när du hör ordet tvångsvård.

Berätta om dina erfarenheter av att tvångsvårda patienter.

Eventuell följdfråga: Hur tänkte du då?

Hur kände du då?

Vad är viktigt för dig som sjuksköterska i omvårdnadsarbetet med patienter som tvångsvårdas?

Har du någon gång upplevt hot och våld på din arbetsplats i samband med tvångsvård och i så fall i vilket sammanhang?

Kan du berätta om det våldsförebyggande arbetet på din arbetsplats (till exempel Brøset Violent Checklist och Bergenmodellen)?

Är det något du vill tillägga innan vi avslutar intervjun?



HÖGSKOLAN
DALARNA

Bilaga 3

Till verksamhetschef vid Allmänpsykiatriska kliniken X

Härmed anhålles om tillstånd för att utföra en intervjustudie, som ingår som en del i utbildningen till specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård vid Högskolan Dalarna. Här följer en beskrivning av studien:

Syfte:

Syfte med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) inom psykiatrisk slutenvård.

Metod:

Vår önskan är att genomföra en empirisk kvalitativ studie under våren 2016. Cirka åtta stycken tillsvidareanställda sjuksköterskor vid X kommer att intervjuas. I efterhand kommer intervjuerna att analyseras enligt innehållsanalys. Intervjufrågorna kommer att beröra upplevelser av tvångsvård, erfarenheter att arbeta enligt Bergenmodellen samt The Brøset Violence Checklist (BVC).

Etiska aspekter:

Studien kommer att etikprövas och granskas av Högskolans Dalarnas etiska nämnd innan den påbörjas.

Studerandes namn

Handledarens namn

Tillstånd erhålles: Ja Nej

Ort och datum -----

Verksamhetschef -----



HÖGSKOLAN
DALARNA

Bilaga 4

Information om deltagande i intervjustudie med titel: Sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) inom psykiatrisk slutenvård.

Till dig som arbetar som sjuksköterska vid allmänpsykiatriska kliniken X.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna studie som utgår från Högskolan Dalarna, Falun.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter enligt lagen av psykiatrisktvångsvård (LPT) inom psykiatrisk slutenvård då tidigare studier visar att omvårdnadsarbete inom psykiatrisk tvångsvård inkluderar många olika svårigheter som är unika just för den psykiatriska tvångsvården.

Du som deltar ska vara legitimerad sjuksköterska eller psykiatrisjuksköterska och ha varit tillsvidareanställd i minst 2 år på berörd klinik och ha erfarenhet av tvångsvård, Bergenmodellen samt The Brøset Violence Checklist (BVC). Intervjuer kommer att genomföras under januari och februari 2016. Intervjuerna kommer att utföras av nedanstående där den ena intervjuaren ställer ett antal förbestämda frågor, medan den andra ställer eventuella följdfrågor och antecknar. Beräknad tidsåtgång är cirka 30-60 minuter/intervju. Intervjuerna kommer att genomföras i samtalsrum på berörd enhet och spelas in för att kunna analyseras i efterhand. Det kommer ej att kunna härledas vem som sagt vad under intervjuen.

Insamlat material kommer att förvaras inlåst i arkivskåp utan åtkomst för obehöriga. Endast författarna samt dess handledare kommer att ha tillgång till materialet. Efter studien kommer materialet att makuleras. Studien beräknas vara klar i början av juni 2016.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivillig. Du kan närsomhelst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Studien kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid högskolan Dalarna.
Deltagarna kan om intresse finns få ta del av resultatet av studien på detta vis.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Falun xxxxxx

Annika Mattsson xxx-xxxxxxx

Studerande vid Högskolan Dalarna

h07anmat@du.se

Maria Vestberg xxx-xxxxxxx

Studerande vid Högskolan Dalarna

h07marve@du.se

Bilaga 5

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Projekttitel: Sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienten enligt lagen för psykiatrisk tvångsvård

Student/studenter: Annika Mattsson o Maria Vestberg

Handledare: Doris Hägglund

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas, d.v.s. innehåller studien t.ex. barn, personer med nedsatt kognitiv förmåga, personer med psykiska funktionshinder samt personer i beroendeställning i förhållande till den som utför studien (ex. på personer i beroendeställning är patienter och elever)?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt (t.ex. väcka traumatiska minnen till liv)?	X		
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du att behandla känsliga personuppgifter som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)? Med känsliga personuppgifter avses, enligt Personuppgiftslagen (PuL), uppgifter som berör hälsa eller sexualliv, etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse samt medlemskap i fackförening			X
7	Avser du att behandla personuppgifter som avser lagöverträdelse som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden, och som ingår i eller är avsedda att ingå i en struktur (till exempel ett register)?			X

Bilaga 6



BESLUT
2015-04-13
HDa dnr C 2015/42/90

Annika Mattsson, h074nma@du.se

Forskningsetisk granskning av studentarbete

Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna har granskat ansökan för projektet ”*Sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård*”.

Ansökan är inlämnad av Annika Mattsson och Maria Vestberg.

Ansökan gäller examensarbete inom omvårdnad.

Slutgiltigt beslut:

Kompletteringar har inkommit och ärendet är nu godkänt och kan därmed avslutas.

Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna

Gunilla Carstensen
Ordförande

Högskolan Dalarna

S 791 88 Falun
Sweden

Tfn
+46 23-77 80 00

Fax
+46 23-77 80 80

www.du.se

41(48)

Meningsbärande enhet	Kondenserad Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
”I bland kan det vara jobbigt särskilt när man ska genomföra de ordinerade tvångsåtgärderna eller om det är ohanterbart kanske tvångsmedicinering. Man känner lite att man begår ett övergrepp mot nån trots att man intalar sig att det är positivt i det långa loppet men ibland kan det vara påfrestande”	Att utföra tvångsåtgärder väcker negativa känslor trots vetskapen om att det i förlängningen är positivt för patienten	Ambivalens	Känsla av kluvenhet	Utmanande process
”Jag får ett adrenalinpåslag vid hotfulla situationer men samtidigt så känner jag att jag har tryggheten i mina arbetskollegor. Man är aldrig själv i det där, man försöker lösa det tillsammans så gott det går. Man är ju beroende av att man är samkörda att man har pratat ihop sig”	En hotfull situation leder till ett stresspåslag men löses tillsammans med kollegor vilket skapar en känsla av trygghet	Gott samarbete i arbetsgruppen = Trygghet	Känsla av trygghet	Samverkans betydelse
”Reflektion- Jag tror att det är något som pågår i huvudet på en hela tiden. Jag vet inte annars hur man kan utvecklas om man inte stannar upp och tänker efter.... varför blev det sådär liksom”	Reflektion- En ständig pågående process och en förutsättning för utveckling	Reflektion är nödvändigt för att utveckling i yrkesrollen ska bli möjlig	Tid för reflektion	Behov av utveckling
”Man ska vara tydlig med vad som gäller med information, vad dom får göra och inte får göra enligt dom riktlinjer som vi måste förhålla oss till”	Genom information tydliggöra patientens rättigheter och skyldigheter	Tydlig information	Kommunikationsöverföring mellan sjuksköterska och patient	Vikten av kommunikation

