

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:37

Att arbeta med patientens delaktighet i psykiatrisk
öppenvård
-Specialistsjuksköterskors erfarenheter

Sofie Carlsson
Marcus Mellåker



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Att arbeta med patientens delaktighet i psykiatrisk öppenvård
– specialistsjuksköterskors erfarenheter

Författare: Sofie Carlsson
Marcus Mellåker

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterska inom Psykiatrisk Omvårdnad

Handledare: Laura Darcy

Examinator: Lise-Lotte Jonasson

Sammanfattning

Inom psykiatri är det viktigt att arbeta med patientens delaktighet för att som specialistsjuksköterska skapa en god vård. En öppenpsykiatrisk mottagning bedriver specialiserad psykiatrisk vård där specialistsjuksköterskan är en del i ett team kring patienten. Specialistsjuksköterskan har en vårdande roll där patientens delaktighet i sin vård är central. Patientlagen betonar patientens rätt till delaktighet. Om patienten inte är delaktig kan behandlingsresultat utebli och patienten få ett lidande. Syftet med denna studie var att beskriva specialistsjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med patienters delaktighet. Detta gjordes genom en empirisk studie enligt kvalitativ metod. Induktiv innehållsanalys tillämpades som analysmetod. Resultatet delades in i tre kategorier; möjliggöra patientens deltagande, att få patienten självständig samt att få patienten aktiv i vårdteamet. Författarna diskuterar resultatet utifrån fördelar och svårigheter i att göra patienten delaktig. Slutsatsen är att det krävs mer utbildning och utrymme för reflektion kring patientens delaktighet.

Nyckelord: *Delaktighet, specialistsjuksköterska, öppenvård, psykiatri*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Patientens delaktighet i sin vård	1
Att vårda på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning	2
Sjuksköterskans vårdande roll	2
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE	4
METOD	4
Design	4
Urval	4
Datainsamling	4
Dataanalys	5
Etiska överväganden	6
Förförståelse	6
RESULTAT	6
Möjliggöra patientens deltagande	6
Inställning till patientens delaktighet	7
Göra samtalet möjligt	8
Tillgänglighet för patienten	8
Att få patienten självständig	8
Krav på professionalitet	9
Att vilja förstå patienten	10
Aktivt lyssna på patienten	10
Stärka patienten	11
Att få patienten aktiv i vårdteamet	12
Tydlig kommunikation av information	12
Ett öppet samarbetsklimat	13
Omvårdnad utifrån patienten	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Slutsatser	18
Kliniska implikationer	19
REFERENSER	20
Bilaga 1	22
Bilaga 2	24
Bilaga 3	26

INLEDNING

Inom psykiatri är arbetet med patienternas delaktighet viktigt för att skapa en god vård. Författarna är sjuksköterskor som båda arbetat ett antal år inom psykiatri. Båda har arbetat i psykiatrisk slutenvård och öppenvård och har erfarenheter av att delaktighet kan vara svårt att arbeta med för att det är komplext. I specialistutbildning med inriktning mot psykiatri har delaktighet lyfts fram som centralt för att skapa en god vård. Detta väckte frågor kring hur specialistsjuksköterskan faktiskt arbetar med patientens delaktighet, hur ser erfarenheterna ut i den kliniska verksamheten? I denna magisteruppsats benämns "Specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård" som "Specialistsjuksköterska".

BAKGRUND

Patientens delaktighet i sin vård

Enligt Dahlberg och Segesten (2010, s.108) innebär delaktighet att patienten får möjlighet att vara i ett vårdande sammanhang. I det vårdande sammanhanget kan patientens upplevelse av sårbarhet minska och känslan av frihet öka. En förutsättning för att uppleva hälsa och välbefinnande. Sandman och Munthe (2009) beskriver olika delar av modellen "delat beslutsfattande" som i hälso- och sjukvård kan vara mellan patient och vårdare. Idealet är att sträva mot en gemensam beslutsmodell där båda kommer överens om det alternativ som är mest gynnsamt. Enligt Barry och Edgman-Levitan (2012) innefattar personcentrerad vård att tillämpa delat beslutsfattande, också i detta sammanhang kan det handla om patient och vårdare. Vidare beskrivs att patienten och vårdaren lyfter fram olika perspektiv. Vårdaren informerar om olika behandlingsalternativ och konsekvenser av dessa. Patienten uttrycker sina uppfattningar och värderingar. Således har de gemensamt ett ansvar för att hur vården skall utformas.

Den 1 januari 2015 trädde Patientlagen (SFS 2014:821) i kraft. Syftet är att stärka patientens ställning samt att främja integritet, självbestämmande och delaktighet §1 kap1. I kap5 lagstadgas patientens rätt till delaktighet. Samtidigt som Patientlagen trädde i kraft publicerade Socialstyrelsen handboken "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig". Där framgår det att en delaktig patient leder till ett bättre vårdresultat. För att patienten skall kunna vara delaktig krävs att det sker ett samspel mellan patienten och vårdpersonalen där patientens kunskap om sig själv och vårdpersonalens kunskap kring diagnostik, behandling och rehabilitering skapar förutsättningar för patienten att utöva sitt självbestämmande. Vårdpersonalen måste tillämpa individuellt anpassad information för att förmedla den kunskap som patienten saknar (Socialstyrelsen, 2015 ss. 21-22). Senaste utvärderingen av Patientlagen (Vårdanalys, Rapport 2017:2) visar på en försämring av patientens delaktighet sedan mätningen innan patientlagen trädde i kraft. Patienter som involveras i beslutsprocessen för vård och behandling är mer sannolika att få en individuellt utformad vård och behandling. Detta leder i slutändan till högre följsamhet till planeringen och ett bättre resultat (Kauppi, Hätönen, Adams & Välimäki 2014). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) skall sjukvård bygga på respekt för patienten och dennes självbestämmanderätt. Sjukvården skall också främja en god kontakt mellan patienten och personal samt vara lätt tillgänglig för patienterna.

Att vårda på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning

Enligt Johansson (2010, s.343) bedriver psykiatriska öppenvårdsmottagningar vård av patienter med mer allvarliga psykiska tillstånd och sjukdomar som kräver specialistsjukvård. Endast en mindre del av patienterna vårdas i perioder i psykiatrisk slutenvård som lokaliserar till sjukhusen. Öppenvårdsmottagningar består av mottagningar som riktar sig både till specifika diagnoser såsom psykossjukdom eller patienter med missbruk, men det finns också de mottagningar som har flertalet olika psykiatriska diagnoser, allmänna öppenspsykiatriska mottagningar (Levander, Adler, Gefert & Tuninger 2006, s. 18). På en psykiatrisk öppenvårdsmottagning finns ett team kring patienten. Vanliga yrkeskategorier på en öppenvårdsmottagning är läkare, psykiatriker, sjuksköterskor, mentalskötare, socionomer, arbetsterapeuter och psykologer. Teamet beslutar om utredning och behandling. Insatser som rör patienten fördelas efter patientens behov (Ottosson & Ottosson 2007, s. 25-29).

En studie av Bee, Brooks, Fraser & Lovell (2015) visar att personal inom psykiatrisk vård ser positivt på vårdtagarnas delaktighet eftersom de bidrar med unik kunskap till beslutsprocessen. Denna delaktighet tros inte bara inverka på vårdens innehåll utan även dess kvalitet och långsiktigt behov av framtida vård. Dock upplevs det finnas svårigheter att efterleva delaktighet i praktiken. Problem som lyftes är gamla kulturer inom den psykiatriska vården där hierarkiska strukturer fokuserade på att undvika risk genom minskad delaktighet. Detta hämmar ett meningsfullt engagemang från patienten. För att övervinna de hinder som lyftes finns önskan från vårdgivare om utbildningsinsatser och metoder för att engagera vårdtagarna i deras vård (Bee, Brooks, Fraser & Lovell 2015). Patienter som involveras i beslutsprocessen för vård och behandling är mer sannolika att få en individuellt utformad vård och behandling. Detta leder i slutändan till högre följsamhet till planeringen och ett bättre resultat (Kauppi, Hätönen, Adams & Välimäki 2014).

Sjuksköterskans vårdande roll

Enligt Sahlsten, Larsson, Sjöström och Plos (2009) studie har Sjuksköterskor olika strategier för att öka patienters delaktighet. Dessa strategier handlar om att bygga ett nära samarbete med patienten, att lära känna patienten och att stödja patienten till att upptäcka sin förmåga till egenvård. Vidare menas i Sahlsten, Larsson, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007) studie att sjuksköterskor ser på delaktighet som en ömsesidig förhandling mellan patient och behandlare. Förhandlingen beskrivs som en dynamisk interaktiv process mellan sjuksköterska och patient. Den ömsesidiga förhandlingen karakteriseras av olika komponenter. Dessa beskrivs som att ha ett mellanmänskligt tillvägagångssätt, att ha ett terapeutiskt förhållningssätt samt att ha fokus på patientens resurser och möjligheter till inflytande. Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane och Chaboyers (2015) har undersökt sjuksköterskors uppfattningar kring patienters delaktighet. Att se patienten som en partner i vårdandet och sjuksköterskorna upplevde att det är patientens rätt att välja behandlingsalternativ. Sjuksköterskors uppfattning är också att deras uppgift är att informera patienten om olika alternativ för att patienten skall kunna göra ett adekvat val. Och att ha respekt för

det valet. Sandman och Kjellström (2013, s.770) beskriver autonomiprincipen som att respektera människors rätt till självbestämmande.

Enligt ICN:s etiska kod (Svensk Sjuksköterskeförening 2014, s.4) innefattar sjuksköterskans ansvar att ge information som är korrekt och lämplig för den enskilda patienten. Detta ligger sedan till grund för samtycke gällande vård och behandling. Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor 2014, s.8) finns specifika ansvarsområden som är utöver de som beskrivs för en grundutbildad sjuksköterska. Specialistsjuksköterskan har ansvar för att ta till vara på patienters och närståendes upplevelser, behov och mål med grund i ett personcentrerat förhållningssätt. Detta gäller både i planering och genomförande av vården. Vidare beskrivs att specialistsjuksköterskan har ansvar för att identifiera och tillgodose patienten och dennes närståendes behov av kunskap och information. Samt att i samråd med patienten planera, genomföra och utvärdera vården och ta till vara på patientens subjektiva upplevelser av vården.

Det finns osäkerhet hos specialistsjuksköterskor kring hur patienter kan göras delaktiga i sin vård och vad detta innebär för den enskilde patienten. En del patienter i psykiatrisk öppenvård sakar insikt i sin problematik men är ändå i behov av vård. Det saknas kunskap kring hur sjuksköterskan kliniskt arbetar med patientens delaktighet och hur de erfar det arbetet. Att undersöka empiriskt hur specialistsjuksköterskan erfar och arbetar med patientens delaktighet innebär en kunskapsöversikt som kan ge indikationer på vart vidare resurser behöver fördelas och arbetas vidare med. Studiens intention är att bidra med ny kunskap om hur specialistsjuksköterskors erfarenhet är gällande att arbeta med patientens delaktighet.

PROBLEMFÖRMULERING

Dagens hälso- och sjukvård skall bedrivas enligt autonomiprincipen. Detta innebär att patienten skall ha självbestämmanderätt i frågor som rör vård och behandling. För att kunna ta ställning till, och vara delaktig i beslutsfattande krävs att patienten får korrekt och tillräcklig information. Patientlagen förtydligar och betonar patientens rättighet till information och delaktighet. Bristande delaktighet i vården leder till brister i patientens följsamhet mot vården vilket riskerar försämrat behandlingsresultat och lidande för patienten. Specialistsjuksköterskan med inriktning mot psykiatrisk vård har ansvar för att patientens vård utformas och genomförs tillsammans med patient, närstående och andra vårdgivare. Detta innebär att specialistsjuksköterskan fungerar som samordnare och ledare för omvårdnadsinsatserna där patienten är i fokus. Detta innebär således ett ansvar för patientens delaktighet i sin egen vård.

SYFTE

Att undersöka specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med patienters delaktighet i psykiatrisk öppenvård.

METOD

Design

Studien gjordes enligt kvalitativ metod där data insamlades genom semistrukturerade intervjuer och analyserades genom induktiv innehållsanalys.

Urval

Informanterna i studien var specialistsjuksköterskor där samtliga arbetade på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar. Inga fler kriterier utformades för att få en bredd hos informanternas erfarenhet. Antalet informanter bestämdes till minst fem stycken för att få en överförbarhet i resultatet (Kvale & Brinkman 2014 s.156). Författarna kontaktade klinikchefen för vuxenpsykiatrin vid ett medelstort sjukhus i södra Sverige för godkännande att genomföra studien. Därefter kontaktades verksamhetscheferna vid tre öppenvårdsmottagningar som sammantaget arbetade mot ett brett spektrum av psykiatrisk problematik. Verksamhetscheferna fick studien förklarad för sig muntligt och genom skriftligt verksamhetsbrev. De vidarebefordrade sedan informantbrev till de specialistsjuksköterskorna på respektive mottagning. Av totalt tio tillfrågade bokades och intervjuades åtta informanter från tre olika vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar. Samtliga informanter var specialistsjuksköterskor och hade minst tre år erfarenhet av att arbeta i psykiatrisk öppenvård. Informanternas medelålder var cirka 46 år.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes sedan på av informanterna bestämd tid och plats. Intervjuerna spelades in med bandspelare och mobiltelefon. Författarna utformade en intervjuguide med två öppna frågor om informanternas erfarenheter av att arbeta med patienters delaktighet. Informanternas svar följdes upp med följdfrågor för att fördjupa och förtydliga deras erfarenhet. Frågorna var en blandning av tematiska och dynamiska frågor för att skapa en variation i materialet med spontana och rika beskrivningar av informanternas erfarenheter (Kvale & Brinkman 2014 ss. 173-174). Författarna utförde fyra enskilda intervjuer var. Intervjuerna var mellan 24 och 52 minuter långa. När båda författarna utfört minst en intervju diskuterades upplevda svårigheter för att stärka en samstämmighet i en majoritet av intervjuerna. Utöver denna reflektionstid hade författarna kontinuerlig dialog om uppkomna tankar och reflektioner som skulle kunna påverka resultatet i slutändan. Intervjuerna transkriberades ordagrant till flytande skriftlig form och aidentifierades inför analysen (Kvale och Brinkman 2014 ss. 217-218).

Dataanalys

Enligt Elo och Kyngäs, (2008) är en induktiv analys en process där insamlad data kodas, grupperas och slutligen abstraheras. Data läses och menings bärande enheter markeras och kodas. Koderna först sedan över i ett analysdokument ”coding sheet” där de grupperas. Abstraktionen av data sker slutligen då grupperna kategoriseras i större och större kategorier så långt det är möjligt. Induktiv analys rekommenderas på områden där det finns lite tidigare forskning gjord.

Båda författarna läste samtliga intervjuer och markerade meningsbärande enheter som svarade an mot syftet. De meningsbärande enheterna diskuterades sedan gemensamt för att få fram koder och skapa samstämmighet i resultatet. Varje intervjus koder gavs en unik färg för att senare kunna spåras till ursprungsintervjun och fördes över i ett analysdokument. De färglagda koderna fördes därefter en och en över på en ny sida i analysdokumentet där de placerades i grupper efter betydelse. Varje kod jämfördes på så vis med samtliga befintliga grupper för att se var koden hörde hemma eller om den utgjorde en egen grupp. Grupperna namngavs så att namnen representerade innehållet (Elo & Kyngäs 2008).

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen.

Grupper	Subkategorier	Kategorier
Komplex delaktighet Förebyggande delaktighet	Inställning till patientens delaktighet	Möjliggöra patientens deltagande
Tillgänglighet(Tid) Tillgänglighet(Rum)	Tillgänglighet för patienten	
Ge utrymme i samtalet Förmedla förtroende Avvika från struktur	Göra samtalet möjligt	

Samma process utfördes med grupperna där de fördes över på en ny sida för att få fram kategorier. Kategorierna namngavs åter igen för att representera dess innehåll. Processen upprepades tills så långt författarna ansåg möjligt (Elo & Kyngäs 2008) och mynnade ut i tre kategorier: möjliggöra patientens deltagande, att få patienten självständig och att få patienten aktiv i vårdteamet med tio tillhörande subkategorier.

Tabell 2. Kategorier med tillhörande subkategorier.

Subkategorier	Kategorier
Inställning till patientens delaktighet	Möjliggöra patientens deltagande
Göra samtalet möjligt	
Tillgänglighet för patienten	
Krav på professionalitet	Att få patienten självständig
Att vilja förstå patienten	
Aktivt lyssna på patienten	
Att stärka patienten	
Tydlig kommunikation av information	Att få patienten aktiv i vårdteamet
Ett öppet samarbetsklimat	
Omvårdnad utifrån patienten	

Etiska överväganden

Ingen etisk prövning av studien behövdes eftersom den utfördes inom ramen av en högskoleutbildning på avancerad nivå (SFS 2003:460). Vetenskapsrådets (2002 ss.6-14) forskningsetiska principer tillämpades. Författarna vidtog skäligen åtgärder för att säkra informanternas integritet i. Informanterna informerades på förväg om studien och deras rätt att tacka nej eller dra tillbaka sitt deltagande. I samband med intervjun fick informanterna åter samma information och de fick skriva under sitt samtycke till studien. Godkännande för att bedriva studien inhämtades från verksamhetschefen som fick samma information som informanterna.

Förförståelse

Författarna har tidigare erfarenhet av både öppen och slutna psykiatrisk vård. I den kliniska vardagen upplevde författarna själva en brist på gemensamma och konkreta metoder för att leva upp till patientens rättighet att vara delaktig i sin egen vård och behandling. Att sjuksköterskan skulle göra patienten delaktig anses av många självklart men exakt hur det gick till lämnades till den enskilde sjuksköterskan. Detta ledde enligt författarna till en osäkerhet hos sjuksköterskan och i slutändan hämmade det patientens fulla rättighet.

RESULTAT

Möjliggöra patientens deltagande

Informanterna ansåg att patientens delaktighet var mycket viktigt eftersom delaktiga patienter uppvisade ett ”större driv” i sin vård. Med det vårdande samtalet som det enda verktyg som informanterna ansåg låg specialistsjuksköterskan till hands sågs det som viktigt att vara tillgänglig för patienten, planera besökstid och plats med patienten. Detta för att samtalet skulle komma till stånd. Eftersom informanterna menade att patientens delaktighet var en förutsättning för god vård framkom tre subkategorier för att

möjliggöra patientens delaktighet: inställning till patientens delaktighet, göra samtalet möjligt samt tillgänglighet för patienten.

Inställning till patientens delaktighet

Delaktighet sågs av informanterna som en viktig del att få till. Det fick dock inte bli en skendelaktighet, utan patienten behövde känna sig delaktig på riktigt eftersom den delaktiga patienten uppvisade ett annat driv i sin vård och behandling enligt informanterna. Därför sågs patientens delaktighet som en förutsättning för att tillgodose en vård byggd på frivillighet. Informanterna tillskrev delaktighet en förebyggande egenskap eftersom en delaktig patient kunde berätta om när planeringen brutits och upprätthålla en kontakt i väntan på specifika insatser. Delaktighet var också viktigt i undersökande enkäter som syftade till att inhämta patienternas perspektiv på vården som organisation.

”Att det inte blir skendelaktighet där vi låtsas att patienten får vara delaktig men där han/hon inte får vara det.” ~Informant (I).7

Informanternas erfarenhet var att en del patienter var delaktiga från första stund medan specialistsjuksköterskan behövde arbeta hela tiden med andra. Inom psykiatrien upplevde informanterna att patienterna hade en bristande erfarenhet av delaktighet och att de ibland inte var medvetna om rätten att vara delaktiga. Specialistsjuksköterskan behövde därför försöka göra patienten delaktig och ge patienten inflytande över sin vård. Dock kunde patienten ha krav som inte gick att uppfylla och ibland saknades till och med förutsättningarna för delaktighet. Det var viktigt att specialistsjuksköterskan var ärlig när delaktigheten begränsades och specialistsjuksköterskan behövde vara tydlig med vad som var tvång och inte när patienten vårdades under psykiatrisk tvångsvård. Specialistsjuksköterskan behövde också vara medveten om risken att delaktigheten tappades bort under tvångsvård och lägga mer energi på delaktigheten eftersom behandling var angeläget.

”Och vara ärliga att ”nej, i den här frågan kommer vi fatta ett beslut, här är inte du som patient så delaktig.” ~I.7

Det var inte alltid lätt att arbeta med patientens delaktighet även om det upplevdes lättare i öppenvård där patienterna generellt är friskare. För att arbeta med patientens delaktighet behövde specialistsjuksköterskan ha gott om tid och en flexibilitet som lät olika faktorer påverka arbetssättet. Det innebar att specialistsjuksköterskan behövde hitta sitt eget sätt att få patienten delaktig. Dock uttryckte informanterna samtidigt en osäkerhet kring hur specialistsjuksköterskan skulle få patienten att känna sig delaktig. Informanterna trodde att de inte alltid var medveten om allt de gjorde, på både gott och ont, för patienten delaktighet.

”Sedan får man väl som sjuksköterska hitta sitt arbetssätt för att få patienten delaktig. Jag tror man skall vara personlig.” ~I.6

Göra samtalet möjligt

Informanterna uttryckte vikten av att ge patienten utrymme till att berätta sin livshistoria och uttrycka det som är viktigt för dem. Samtalet lyftes fram som det enda specialistsjuksköterskan hade att tillgå eftersom det vårdande samtalet var nödvändigt för delaktighet. Därför var det också betydande att avsätta tillräckligt med tid för samtalet.

”Det är ju det enda vi har liksom, att samtala. Och att då också fokusera kring det som är... Alltså det är väl att försöka känna till så mycket som möjligt av helheten.” ~I.7

Informanterna ansåg att specialistsjuksköterskan behövde förmedla ett förtroende till patienten eftersom förtroendet var viktigt för delaktighet. Vidare menades att det mesta byggde på förtroendet, där ärlighet gjorde det lättare för patienten att tala om, och lyfta upplevelser i samtalet. Det krävde ett ömsesidigt förtroende där specialistsjuksköterskan visade tillit till patienten och fångade upp det som sades i förtroende. Detta på ett sådant sätt att patienten kunde känna tillit och förtroende till specialistsjuksköterskan. Att ibland göra avsteg från rutiner och struktur för att ge patienten en chans kunde gynna patientens delaktighet. Informanterna menade att med erfarenhet lärde de sig att avvika från strukturen ibland för att det gynnade patienten och ökade dennes delaktighet, samtidigt uppgav de att riktlinjer i möjligaste mån måste följas. Informanterna uppgav att det var viktigt att ge patienten en chans och kunna göra avsteg från mallar om patienten blev nöjd. Det handlade om att se till patientens bästa och att veta när de skulle göra undantag. Samtidigt var det väsentligt att påtala för patienten om specialistsjuksköterskan gjorde undantag.

Tillgänglighet för patienten

Tillgänglighet lyfte informanterna fram som väsentligt för patientens delaktighet. Att vara tillgänglig som specialistsjuksköterska innebar att försöka styra besökstid och besöksfrekvens, så att patienten kunde komma när det passade dem. Patienten behövde också veta att de kunde få tag på specialistsjuksköterskan och vid behov komma tidigare eller få en snar uppföljningstid. Det var också viktigt att svara an och göra kontakten möjligt för patienten genom att skapa förutsättningar och erbjuda alternativa besöksformer. Detta för att anpassa efter patienten livssituation och förutsättningar. Enligt informanterna var det viktigt att patienten var delaktig när specialistsjuksköterskan planerade in besöken, både i tid och rum.

”Även att man i möjligaste mån försöker styra vilken tidpunkt på dagen patienten skall komma. Den kanske inte vill ha en morgontid.” ~I.1

Att få patienten självständig

För att en patient skulle bli självständig lyfte informanterna vikten av att agera professionellt som specialistsjuksköterskan. Genom att vara tydligt personlig kunde patienten knyta an i en vårdande allians med specialistsjuksköterskan. I denna allians kunde patienten sedan stärkas i sig själv och sina egna resurser. Specialistsjuksköterskan kunde genom det vårdande samtalet uppvisa en genuin vilja att förstå patientens specifika behov och lidande. Detta krävde enligt informanterna ett

aktivt lyssnande där specialistsjuksköterskan var öppen gentemot patientens berättelse och inte tog saker för givet. Kategorin att få patienten självständig beskrevs utifrån fyra subkategorier: krav på professionalitet, en vilja att förstå patienten, aktivt lyssna och att stärka patienten.

Krav på professionalitet

Delaktighet ställde stora krav på specialistsjuksköterskan. Att arbeta med patientens delaktighet krävde mycket arbete. Specialistsjuksköterskan behövde använda både kunskap och erfarenhet. Dock var inte erfarenhet ett krav för att kunna skapa delaktighet men det krävdes en vilja till att göra patienten delaktig i patientens vård. Specialistsjuksköterskan fick inte ge upp utan försöka att vara flexibel med patienten. Att som specialistsjuksköterska vara påläst på diagnos och behandlingsalternativ kunde skapa mer motivation hos patienten, väsentligt var också att få tillräcklig information från patienten för att kunna göra denne rättvisa. Att inte framföra sitt eget tyckande som specialistsjuksköterska lyftes fram som viktigt för patientens delaktighet, även om resonemanget också innefattade att även om specialistsjuksköterskan kunde tycka kunde de ändå inte tvinga patienten. Informanterna ansåg också att det var betydande för delaktigheten att erkänna när de hade fel och att de vågade visa sina egna begränsningar och sin okunskap. Att specialistsjuksköterskan inte hade alla svar, lösningar eller visste bäst utan hade en ödmjukhet inför patienten.

”... ibland tror jag att jag ju att jag vet bäst, men att jag faktiskt brukar släppa det då. ... det går inte att ta något för givet. ~I.2

Informanterna uppgav att patienten behövde ett gott bemötande som präglades av respekt och genuinitet. Viktigt var att anpassa bemötandet efter den patient som de hade och att använda fingertoppskänsla så att patienten kände att det var på riktigt. Informanterna lyfte därför vårdrelationen till patienten som en betydande del i patientens delaktighet. Det menades att det inte var möjligt att skapa delaktighet för patienten om specialistsjuksköterskan inte hade en relation med patienten. Vidare handlade relationen om att skapa allians med patienten där också förhandling var möjlig. Ibland kunde vårdrelationen i sig vara läkande. Vidare menades att det var svårt att läsa sig till hur specialistsjuksköterskan kan få till relationen med patienten. Informanterna uppgav att det kunde vara enklare att få till en relation till friskare patienter. Viktigt var att stå ut med att relationen kunde vara mindre bra. Att vara personlig lyftes fram som betydande för relationen. Informanterna uppgav vikten av att inte ta patientens uttryck personligt och att inte ta sig själv på för stor allvar i sin roll. Det senare kunde leda till att specialistsjuksköterskan blev för korrekt och relaterat till det, kylig och avståndstagande i kontakten med patienten.

”Du måste få någon slags relation. Efter 35år i det här jobbet är jag 100% övertygad. Kan du hitta på vilka behandlingsformer som helst, och det funkar inte om man inte har en relation.” ~I.6

Att vilja förstå patienten

Informanterna lyfte vikten av att vara intresserad av patienten. Detta innebar att vara intresserad av patientens berättelse och syftade till att få en helhetsbild av patientens situation. Specialistsjuksköterskan behövde därför ställa frågor kring patientens behov, önskemål och förväntningar på vården. Det var viktigt att patienten i samtalet fick berätta om sina faktiska upplevelser och blev inbjuden till att specificera sina behov. Specialistsjuksköterskan behövde vara följsam i patientens berättelse och ställa vidare frågor kring patientens bekymmer och vad patienten verkligen ville ha hjälp med. Att vara intresserad av patienten innebar också att vara nyfiken på patienten. Frågorna behövde dock ställas på ett respektfullt sätt. Specialistsjuksköterskan behövde samtidigt vara medveten om risken att nyfikenheten kunde förloras vid en långvarig vårdkontakt eftersom specialistsjuksköterskan kunde tro sig veta vad patienten ville.

"... men att jag ändå visade en genuin vilja, faktiskt att försöka förstå fördelarna med att inte ta sina mediciner trots att man har psykossjukdom." ~I.1

Enligt informanterna behövde specialistsjuksköterskan ha en vilja att försöka förstå patienten även om det ibland var svårt. Vidare behövde specialistsjuksköterskan ställa frågor för att förstå patienten och visa förståelse för de tankar som patienten i sin tur uttryckt. Det var viktigt att specialistsjuksköterskan bekräftade det patienten uttryckte genom att återge det som sagts tillbaka till patienten. Detta för att försäkra sig om att specialistsjuksköterskan hade uppfattat rätt och att patienten skulle få vetskap om att specialistsjuksköterskan hade förstått. Ibland kunde specialistsjuksköterskan inte förstå fullt ut, men det var ändå viktigt att visa att vederbörande försökte förstå och sätta sig in i patientens svårigheter. Informanterna lyfte fram att i möjligaste mån möta patienten där denne befinner sig, och hjälpas åt därifrån. För att kunna möta patienten där den befinner sig var informanternas erfarenhet att det krävs en öppenhet gentemot patienten.

Aktivt lyssna på patienten

Att aktivt lyssna under samtalet krävde att specialistsjuksköterskan lyssnade in patienten. Det innebar att vara öppen gentemot patientens berättelse och att lyssna genom hela samtalet. Dessutom behövde specialistsjuksköterskan visa patienten att den lyssnade på patientens idéer, önskemål och funderingar. Detta innebar också att lyssna till vad patienten tänkte och ville själv. Ett aktivt lyssnande handlade inte enbart av att lyssna, utan specialistsjuksköterskan behövde också ha förmåga till att känna in patienten genom samtalet. Detta för att inte missa underliggande stämninglägen som kunde vara av vikt. Specialistsjuksköterskan behövde alltså använda alla sina sinnen.

"Har man kommit dit att patienten pratar kring det kan man inte säga 'det vill inte jag höra' eller 'det är inte min uppgift som sjuksköterska att lyssna till' utan visa att 'jag är beredd att ta emot det här' att lyssna och dela det." ~I.7

Informanterna uttryckte hur viktigt det var att specialistsjuksköterskan kunde släppa känslan av att specialistsjuksköterskan vet bäst och tron att sitta med alla svar. Specialistsjuksköterskan fick dessutom inte förvänta sig något specifikt av patienten och inte heller utgå ifrån att patienten ville berätta om hela sin situation, utan behöver be

patienten om tillstånd att ställa vissa frågor. Därmed fick specialistsjuksköterskan inte heller ta något för givet.

Stärka patienten

Informanterna lyfte vikten av att avlasta patienten från känslor av skuld och att inte orsaka ytterligare belastning för patienten genom pekpinnar. Specialistsjuksköterskan måste vara medveten om att besök hos psykiatrin kunde ge upphov till skam och därför aktivt jobba med att avstigmatisera psykisk ohälsa. Erfarenheten var att det stigma som psykiatrisk vård innebar, var ett hinder för delaktighet.

För att stärka patienten ansåg informanterna att specialistsjuksköterskan behövde se patienten och få denne att känna sig sedd, bekräftad och lyssnad på. Genom att hjälpa patienten sätta ord på sina upplevelser fick denne möjlighet att tala om det som var svårt. Det var i detta sammanhang viktigt, att specialistsjuksköterskan kunde vara med patienten i det och visa att denne kunde ta emot, stå kvar och klarade av att höra. Specialistsjuksköterskan delade det sagda med patienten och på så vis stöttades patientens åsikter och gav patienten känslan av att dennes tankar hade betydelse. Att få dela erfarenheter kunde också ske i grupp där det stärkte patienten att bli förstörd av andra i samma situation. Specialistsjuksköterskan behöver vara tydlig med det som är patientens egen kunskap för att förändra maktbalansen. Detta för att patienten skulle se möjligheten att påverka, eftersom denne kunde påverka mycket själv. På detta sätt hjälpte specialistsjuksköterskan patienten till att vara delaktig. Genom att berömma patientens mod och visa uppskattning när denne var ärlig stärktes patientens känsla av delaktighet enligt informanterna.

”Jag tror att när man tänker på den här maktbalansen som kan finnas men som ändå kan förändras så får de möjlighet att påverka” ~I.5

Informanterna erfar att patienten behövde ha en motivation till att ta emot vård och behandling. Motivationen förutsatte att patienten trodde på att livssituationen kunde bli bättre och därmed var med på behandlingsupplägget. Om patienten inte var motiverad ansågs det vara svårt att nå delaktighet. Genom samtalet kunde specialistsjuksköterskan inge hopp om att saker kan bli bättre. Informanterna uttryckte att hoppet var det viktigaste att ge patienten. Patienten behövde också känna trygghet enligt informanterna. Trygghet kunde vara att känna sig trygg i behandlingen och trygg med vilken information som når närstående. Trygghet var också att känna att det är okej för patienten berättar svåra upplevelser som att patienten inte är nöjd med vården och också veta att det tas emot väl. Specialistsjuksköterskan behövde därför ge trygghet åt patienten vilket var en stor utmaning.

Informanterna lyfte vikten av att visa patienten respekt på flera olika sätt. Genom att ha respekt för patienten tog specialistsjuksköterskan denne på allvar och visade en ömsesidig respekt, kommer i tid inför besök. Specialistsjuksköterskan erkände patientens kunskap och tog denna på allvar genom att vara ödmjuk och respektera patientens åsikter och beslut, även när patientens svar var nej. Eftersom patienten har kundskap om sig själv var det viktigt att specialistsjuksköterskan hade en öppenhet att erkänna patientens upplevelse och att inte bli problemlösare för snabbt.

Specialistsjuksköterskan fick aldrig bagatellisera patientens problem eller nonchalera dennes ifrågasättande. Istället var det viktigt att kunna besvara patienten och om specialistsjuksköterskan inte har svaren själv fick specialistsjuksköterskan gå vidare med patientens frågor. Att bekräfta patientens egen kunskap stärkte delaktighet. Specialistsjuksköterskan kunde också visa respekt genom att ge och ta. Det innebar att patienten ändå fick ta vissa beslut, även när det inte var säkert att patientens vilja tog behandlingen framåt. Informanterna uttryckte att det var viktigt att ge patienten ansvar och ge tillbaka bollen att kunna påverka.

"Grunden för delaktighet är att ta det som patienten kommer med på allvar..." ~I.2

Att få patienten aktiv i vårdteamet

En aktiv patient var enligt informanterna välinformerad och hade en känsla av en vård som utgick ifrån dennes upplevelse och mål. Förutsättningen var ett fungerande team samarbete där patienten ingick och där patienten kunde utöva sin rätt till beslut. Dock upplevde informanterna att patienter inom psykiatrin ofta har en bristande erfarenhet av att vara delaktiga. Tre subkategorier identifierades: tydlig kommunikation av information, ett öppet samarbetsklimat och omvårdnad utifrån patienten.

Tydlig kommunikation av information

Att ge information var att ge kunskap. Informanterna lyfte att delaktighet krävde information och att patientundervisning därför skapade delaktighet. Undervisningen ökade dessutom patientens känsla av självständighet. Det var viktigt att tänka på vad forskning och erfarenhet sa, så att den kunskap som patienten erhöll från specialistsjuksköterskan var faktabaserad. Information gavs också utifrån egna erfarenheter genom rekommendationer.

"... patient- och anhörigundervisning är också en stor sak faktisk, för patienten att få kunskap för att kunna vara delaktig. Vet man inte och förstår man inte sambanden så är det också svårt att vara delaktig. ~I.7

Patienten behövde enligt informanterna tidigt få ärlig information om de förutsättningar som gäller när de söker vård. Patienter behövde veta vad den kunde förvänta sig i sin kontakt med vården eftersom det inte finns något smörgåsbord av möjligheter. Ibland hade patienter föreställningar kring vården som inte stämde överens med verkligheten, då behövde specialistsjuksköterskan vara ärlig med vad som gick och inte gick. Patienter behövde informeras om vad organisationen inte tillät och när dennes förväntningar inte kunde mötas. Patienter kunde också önska något direkt olämpligt, då måste specialistsjuksköterskan vara ärlig med det och kunna förklara varför. Informanterna ansåg också att det var viktigt att specialistsjuksköterskan var tydlig med patienten om vad som krävs av denne under behandlingen. Att patienten har ett eget ansvar för vården och att patienten var säker på att den verkligen vill ha vården som erbjuds.

Informanterna visade på specialistsjuksköterskans ansvar att informera patienten kring olika behandlingsalternativ. Det krävde att specialistsjuksköterskan var påläst om olika alternativ och kunde presentera dem på ett genuint sätt utan egna värderingar. Patienten behövde enligt informanterna ha vetskap om att det fanns behandlingsalternativ och i vilka former de erbjöds. Specialistsjuksköterskan skulle också kunna förklara vad de olika insatserna innebar för patienten och informera patienten om dennes valmöjlighet.

Informanterna ansåg det viktigt att vara tydlig med att inte kunna lova något eftersom patienter svarade olika på behandlingsalternativen. Specialistsjuksköterskan behövde, tydligt kunna presentera för- och nackdelar med de olika alternativen och även diskutera dessa med patienten. Konsekvenser av patientens beslut behövde förtydligas av specialistsjuksköterskan eftersom informanterna menade att patienten behövde kunna se samband om denne skulle kunna vara delaktig.

I dokumentation var informanternas erfarenhet att det skulle vara en värdig dokumentering av patienten, med full respekt för patienten. Det skulle inte stå något tyckande i patientens journal, utan saklig information och viktiga observationer. Dokumentationen skulle också vara läslig för patienten. Informanterna lyfte offentliga journaler på nätet som en god utveckling. Detta innebar enligt informanterna att patienter kunde påverka sin vård mer. De kunde läsa och ändra det som stod skrivet och se att det inte fanns några hemligheter i journalen. En ökad trygghet med det skrivna för patienterna.

Informanterna menade att information behövde lämnas så att den nådde fram till patienten. Det ställde därför krav på specialistsjuksköterskan att vara pedagogisk och att anpassa informationen. Det krävdes också av specialistsjuksköterskan att de var öppna och följsamma mot patienten, och att de kunde tala på patientens nivå. Informationen som specialistsjuksköterskan lämnade skulle vara saklig och relevant för patienten och fri från specialistsjuksköterskans egna värderingar. Informanterna beskrev hur information kunde behöva ges flera gånger. Både i muntlig och skriftlig form samt via digitala kommunikationsvägar som email, sms och chatt. Ibland behövde specialistsjuksköterskan dessutom träffa patienten flera gånger för att återkoppla informationen och försäkra sig om att den nått fram. Genom att ha en ärlig kommunikation kunde specialistsjuksköterskan vara lite rakt på sak vid behov. Att vara tydlig och rak men samtidigt mjuk var utmanande enligt informanterna.

*”... är man bara hyffsat i balans så måste man ju få information om är saklig så man vet vad det är man ska ta ställning till, och det tänker jag, det är ju min sak att se till.
~I.2*

Ett öppet samarbetsklimat

Informanterna uttryckte att det var viktigt att arbeta i kontinuerlig dialog med patienten och att samarbete var grundläggande för delaktigheten. Även om det ibland uppstod konflikter mellan specialistsjuksköterskan och patienten, ansågs arbetet med delaktighet vara värt ansträngningen att göra patienten delaktig. Att vara överens med patienten och förhandla i en ömsesidig process lyftes fram som en förutsättning för delaktighet. Samtidigt var erfarenheten att informanterna inte förhandlade tillräckligt med

patienterna. Att skapa ärliga diskussioner och få patienten att reflektera kring lösningar var enligt informanterna viktigt. Samarbetet med patienten innefattade att ta hjälp av varandra, som bollplank och även att specialistsjuksköterskan rådfrågade patienten om vägledning i behandlingsarbetet. Vidare lyfte informanterna att det var betydande för delaktigheten att de tog till vara på patientens kunskap, som ofta hade lösningar själv men behöver stöd i använda dem. Att få med sig patienten i vården var en förutsättning för att insatserna skulle hålla över tid och ibland fick specialistsjuksköterskan nöja sig med att enbart vara överens med patienten. Ibland kunde det vara hjälpsamt att byta roll med patienten i samtal för att skapa förståelse. Viktigt för informanterna var att följa det som var överenskommet med patienten, även om patienten kunde bryta överenskommelser.

” ... och hitta det, någon slags målformulering och att göra det tillsammans med men det brukar vara värt det jobbet i sista endan. För om vi gör det tillsammans, om jag gör det bra tillsammans med patienten så finns det något att jobba med sedan som har betydelse för patienten.” ~I.2

Självbestämmande handlade enligt informanterna om att patienten fick en genuin möjlighet att välja genom att specialistsjuksköterskan berättade om valmöjligheter. Specialistsjuksköterskan behövde också ge tid och låta beslut ta tid för att inte stressa patienten. Möjligheten att välja förutsatte att patienten var informerad och därigenom fick makt till att ta beslut och val som fungerar för denne. Specialistsjuksköterskan fick inte vilja saker åt patienten utan behövde vara tydlig med att det är patientens beslut och att specialistsjuksköterskan inte tar beslut åt patienten. Patienten behövde också ges ett konkret inflytande över vad som bestäms i sin egen vård genom att involvera närstående, välja slutenvårdstid eller att byta behandlare. Specialistsjuksköterskan måste också vid behov fråga patienten om dennes godkännande kring specifika frågor såsom att få involvera närstående, eller hur mycket information patientens närstående skall få. Patienten behöver få känna att det inte är någon annan som bestämmer. Inom psykiatrien upplevde informanterna att patienterna hade en bristande vana av delaktighet och att de ibland inte var medvetna om att de kunde vara delaktiga. Det var därför viktigt att gå patienten till mötes i dennes beslut. Dock lyfte informanterna patientens möjlighet att ge behandlaren mandat till att ta beslut i dennes ställe och i vissa fall helt välja bort delaktighet.

Enligt informanternas erfarenhet var det betydelsefullt att resonera tillsammans med patienten om hur specialistsjuksköterskan hade tänkt omkring patienten problematik. Att tala om för patienten när tilliten brast, berätta om misstankar och ha mod att tala om för patienten vad som observerats. Kunna berätta för patienten varför det tänkts på ett visst sätt, förklara för patienten varför specialistsjuksköterskan hade vissa åsikter och samtidigt, som specialistsjuksköterska kunna förmedla sin upplevelse av situationen. Vidare var det viktigt att ge tillbaka reflektioner till patienten och visa respekt för denne även om specialistsjuksköterskan behövde vara tydlig och ärlig kring beslut.

Informanterna berättade att deras intention med patienterna var att vara mycket transparenta. Att de inte hade dolda agendor som patienterna inte kände till. Patienten skulle känna att det inte fanns några hemligheter som specialistsjuksköterskan inte delade med sig av. Viktigt i sammanhanget var också att möten och dylikt inte skedde

bakom stängda dörrar utan att patienten deltog. För att skapa transparens med i vårdandet uppgav informanterna att öppenhet och ärlighet var grundläggande i kontakten med patienten.

”Det skall vara transparant. Att det som planeras och det som händer det ska patienterna vara medvetna om. Och vara med i den dialogen och att det inte finns några dolda agendor.” ~I.2

Omvårdnad utifrån patienten

Gällande vårdplaner uppgav informanterna att dessa lätt kunde bli filosofiska och att det var lätt att använda omvårdnadstermer. Det var därför av betydelse att skriva begripligt för att patienten skulle kunna läsa den. Att upprätta en vårdplan för varje enskild patient lyftes fram som en viktig del i delaktigheten, att patienten var delaktig i vårdplanen och att båda parter var överens om planen. Fokus enligt informanterna var att den omvårdnad som beslutades om i vårdplanen skulle arbetas efter och uppdateras. Delaktighet kunde handla om att patienten var medverkande på möten gällande vården för att kunna ha inflytande om det som sades och bestämdes. Viktigt var att ha mötet tillsammans. Gällande planering av vården lyftes matchning fram. Att insatser passades med både patientens grundläggande värderingar och livsmål samt att vården utformades på ett sådant sätt att patientens mål blev uppfyllda. Specialistsjuksköterskan skulle ta in olika aspekter om vad som var lämpliga insatser och tänka flexibelt kring dem. En ny planering behövde göras för att patienten inte skall känna sig misslyckad vid avbrott eller ha en planering vid försämrat mående.

”Utan det är väl grunden att prata mer om mål. ... Och då inte bara mål med vården här utan ’vad är dina livsvärderingar, vad är dina mål med livet, vart vill du nå?’. Ja de här värderingarna för patienten ’vilka områden är viktigast för dig?’ och kunna matcha det.” ~I.7

Att stämma av vården tillsammans med patienten och ge denne möjlighet att uttrycka sig och höra av sig om något inte var bra var enligt informanternas erfarenhet en viktig del i delaktigheten. Liksom att gå igenom vårdplanen kontinuerligt och att revidera den vid behov. Vidare beskrev informanterna att det var viktigt att titta på vad som fungerat tidigare för patienten, vad som inte har fungerat och tänka nytt om det behövdes. Informanterna beskrev också att kontinuitet i vårdandet hade en fram och baksida. Ibland kunde det vara bra att ta in ytterligare en behandlare som tittade på kontakten, eftersom informanterna ibland upplevde vid långvariga vårdkontakter att de kunde missa att kolla av med patienten. Ibland blev det svårt att avgöra vems mål som skulle uppfyllas, specialistsjuksköterskans eller patientens mål. Det var därför essentiellt att fånga upp patienten under vårdprocessen.

Att utgå ifrån patientens upplevelse och göra det som är värdefullt för patienten var grundläggande enligt informanterna. Att fokusera på patientens upplevelse av problem och behov samt att hitta resurser hos patienten. Vidare var det viktigt att behandlingen som gjordes var patientens vilja och att denne kunde styra samtal med specialistsjuksköterskan. Specialistsjuksköterskans ansvar var att ta reda på vad

patienten vill tala om på det aktuella besöket. Det kunde ibland skilja sig från det som specialistsjuksköterskan hade planerat. Det innebar att utgå från det som patienten ansåg var viktigt och det som patienten behövde för att känna sig delaktig i sin vård. Enligt informanterna hade alla patienter olika behov för att känna sig delaktig. Viktigt var att beakta vart patienten ville komma och vad denne hade för mål med sin behandling. Att inte specialistsjuksköterskan tyckte något kring behandling som inte stämde överens med patientens mål. Att komma till samsyn kring målen kunde ta tid.

”Vad är det som är patientens största problem som han eller hon själv upplever, och då behöver det nödvändigtvis vara samma som personen sökt hjälp för. Det kan handla om att få det på en ganska konkret nivå då, vad det är för problem och vad är det för lidande, faktiskt, en person kommer med.” ~I.2

Enligt informanterna kunde delaktighet innebära att närstående involverades. Att få med patientens nätverk om patienten ville, kunde vara en resurs för patienten. Patienter välkomnades att ta med närstående till besök och andra kontakter. Vidare skedde all närståendeeinvolvering på frivillig bas, närstående kunde involveras men alltid på patientens villkor.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att svara an till studiens syfte valdes en kvalitativ ansats där en semistrukturerad intervju gjorde det möjligt för författarna att förstå informanternas samlade erfarenheter i ämnet (Kvale & Brinkmann 2014 s.43). Öppna frågor användes eftersom dessa ger mer fullständiga svar. Följdfrågor kunde inte på förväg bestämmas utan kräver att den som leder intervjun kan följa upp intervjupersonens svar på plats enligt Kvale och Brinkmann (2014 ss.144-150). De öppna frågorna ledde ofta till ganska långa svar med flera spår författarna hade velat följa upp. Författarna upplevde därför svårigheter i att hålla kvar följdfrågor i minnet och samtidigt vara koncentrerad på det som informanten berättade under långa svar. Då ämnet till stor del upplevdesoreflekterat blev det svårt för författarna att inte ställa ledande frågor när intervjupersonerna upplevdes köra fast i ett svar. Mer erfarenhet i intervjukonsten hade kunnat verka för ett säkrare och reliabelt resultat.

Enligt Elo och Kyngäs (2008) måste urvalet vara representativt för ämnet som analyseras. Studiens urval av informanter som jobbade med ett brett spektrum av psykiatrisk problematik anses av författarna därför som en styrka. Detta eftersom den, i resultatet, samlade erfarenheten inte begränsas till att gälla en specifik patientgrupp vilket hade minskat studiens överförbarhet.

Analysen av insamlad data utfördes utifrån Elo och Kyngäs (2009). Genom att analysera en kod, en grupp och en subkategori i taget i vart steg i abstraktionsprocessen skapades ett strukturerat arbetssätt som torde stärka studiens trovärdighet. Författarna upplevde att analysen fortsatte då resultatet skrevs ut i text och koder fanns som inte passade in under de grupper de var placerade. Detta ledde till att författarna kritiskt

granskade flera koder och återgick till ursprungsintervjun för att förtydliga koden och finna deras rätta grupplacering.

Resultatdiskussion

Att patientens delaktighet är en viktig aspekt av vårdarbetet framkallades med all tydlighet i resultatet. Informanterna lyfte fram flera förutsättningar för patientens delaktighet som specialistsjuksköterskan behöver arbeta med för att patienten skall kunna ta egna och självständiga beslut kring sin vård och behandling. Genom att göra patienten informerad och självständig görs patientens delaktighet möjlig. Vidare krävs att vården arbetar personcentrerat med omvårdnadsprocessen för att patienten skall kunna vara delaktig på ett konkret plan. Det som specialistsjuksköterskan hade till sitt förfogande i arbetet med patientens delaktighet var samtalet. I det vårdande samtalet vårdare och patient emellan närdes hopp, förtroende och trygghet. Detta ledde till en ömsesidig respekt och en ärlig dialog som lade grunden till en konstruktiv planering av vården som utgick från patientens upplevda behov och matchade insatserna till dennes resurser och värderingar. Trots detta beskrev informanterna hur de hoppades, trodde eller inte visste om det de gjorde i slutändan gynnade patientens delaktighet i vården.

Studiens fynd av specialistsjuksköterskors värdesättande av patientens delaktighet stärks av Bee, Brooks, Fraser och Lovell (2015) som belyser att det finns ett brett stöd för att involvera patienten i dennes vård. De menade vidare att det är viktigt att ta hänsyn till patientens tidigare historia och levda erfarenhet då patienten har, annars, onåbar information i beslutsprocessen. I (Rapport 2017:2) lyfter Vårdanalys att begreppet patientcentrerad vård inte har någon närmre definition. Vårdanalys argumenterar för att kärnan i begreppet kan vara att se, lyssna och att vara lyhörd för patientens individuella behov och förutsättningar. Detta faller väl ut med studiens resultat i den meningen att informanterna framhöll vikten av att se, lyssna och att vara lyhörd för patienten. En förutsättning för att se, lyssna och att vara lyhörd för patienten var att ha gott om tid enligt informanterna i studien. Tid och arbetsmiljö är enligt Goodwin och Happell (2008) den viktigaste aspekten enligt sjuksköterskor för att kunna göra patienten delaktig. Eliacin, Salyers, Kukla och Matthias (2015) beskriver att patienter anser att en fungerande vårdrelation är det centrala i ett delat beslutsfattande. Att vårdrelationen är viktig lyfts ytterligare av Sahlsten, Larsson, Sjöström och Plos (2009) som beskriver hur ett fungerande samarbete med patienten kräver att sjuksköterskan visar respekt och skapar förtroende och engagemang. Detta genom att visa genuint intresse för patienten och värdesätta patientens åsikter. Författarna fann själva att vårdrelationen nämndes som en förutsättning att få till för att patientens delaktighet skulle bli möjlig.

Författarna menar vidare att avsaknaden av en vedertagen definition av begreppet patientcentrerad vård gör det svårt för specialistsjuksköterskan att veta hur kunskapen som erhålls i det vårdande samtalet används för patientens bästa. Genom att definiera begreppet patientcentrerad vård skulle ett tydligare mål för utveckling av vårdkulturen framträda där patienten ses som en aktiv samarbetspartner. Bee, Brooks, Fraser och Lovell (2015) lyfter svårigheter med detta då nuvarande psykiatri bygger på gamla filosofier. Rådande kultur i vården fokuserar mycket på att avskilja patienten från risker vilket utmanar patientens integritet och delaktighet. Detta försvårar ett meningsfullt

utbyte mellan specialistsjuksköterskan och patienten och kommer i direkt konflikt med patientens hopp och återhämtning. Författarna vågar mena att detta gäller även för svensk psykiatrisk vård idag och att behovet av ett väl definierat begrepp att arbeta utefter är av stor vikt för att kunna bryta med det gamla. Vårdanalys (Rapport 2017:2) menar att det finns indirekta vinster av att stärka patientens ställning i vården. De lyfter ökad följsamhet till behandling, bättre medicinskt utfall, färre vårdskador på grund av bristande information samt ett minskat undvikbart vårdbehov. Vårdanalys för fram som hypotes att det fortfarande ses som otydligt hos vårdgivare varför patientens ställning ska stärkas. Författarna tror att studien kunna belysa att känslan av att patientens delaktighet är viktigt också är befogad. Detta kan också kopplas till hållbar utveckling genom att resurser frigörs och det kan skapas en positiv trend, som på sikt kan bli självupprätthållande. Kaupi, Hätöm, Adams och Välimäki (2014) finner att följsamhet till behandling stärktes om behandlingen skraddarsyddes efter patienten när vården planerades, höll en kontinuitet samt stödde patientens personliga och sociala liv. Författarna anser därför att specialistsjuksköterskor behöver bli trygga i att deras arbete med att göra patienten delaktighet i vården förbättrar vårdresultatet. Inte bara för den enskilda individen utan för befolkningen i stort då en stärkt patientställning också reducerar kostnaden för vården genom minskat vårdbehov och färre vårdskador. Därför anser författarna att en delaktig patient också är en förutsättning för en hållbar vård och hållbar utveckling.

Vidare uppmärksammade författarna i analysfas att informanterna inte nämnde Patientlagen (2014: 821) och de skyldigheter kring patientens delaktighet som den innebär. Detta uppfattar författarna som att Patientlagen inte har fått det genomslag i den kliniska verksamheten som var intentionen.

Även om den aktuella studien undersökt hur specialistsjuksköterskor arbetar med patientens delaktighet i öppenvård finns det goda anledningar till att använda resultatet till att diskutera hur man jobbar med patientens delaktighet även inom slutenvården. Bowersox, Bohnert, Ganoczy och Pfeiffer (2013 s. 61) fann att patientens känsla av delaktig under pågående slutenvård lade en god grund till ökad närvaro och följsamhet under den följande öppenvården.

Informanterna i nuvarande studie lyfte utmaningen att inte låta vetenskapen om möjlig tvångsvård vara ett hinder för patientens delaktighet. Det skulle enligt författarna kunna vara ett uttryck för att specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk omvårdnad anstränger sig mindre för att få patienten delaktig då alternativet tvångsvård finns. Enligt Gilbert, Rose och Slade (2008) upplever både tvångsvårdade och icke tvångsvårdade patienter att hot och övertalning används för att få patienten att delta i vårdarnas beslut. Författarna hade gärna diskuterat patientens delaktighet under tvångsvård vidare eftersom det är en specifik vårdaspekt för psykiatrisk omvårdnad men tyvärr fanns lite litteratur på området.

Slutsatser

Specialistsjuksköterskorna i denna studie lyfte fram att det finns svårigheter kring att göra patienten delaktig, det finns en gråzon som också kan innebära en delaktighet där

patienten väljer att inte vara delaktig. Patientens delaktighet är reglerad av lagar men har också en tydlig etisk utgångspunkt som kräver en djupare reflektion av specialistsjuksköterskan. I slutändan anser författarna att den osäkerhet som uttrycktes av informanterna pekar på behovet av vidare utbildningsinsatser och att få utrymme till att problematisera och reflektera kring patientens delaktighet.

Kliniska implikationer

- Ger argument för att specialistsjuksköterskor kan arbeta mer aktivt med patientens delaktighet i den kliniska verksamheten.
- Kunskapen om den delaktiga patientens positiva inverkan på vårdresultatet bör spridas brett inom verksamheterna.
- Utbildningsinsatser kring patientlagen bör innehålla metoder för att göra patienten delaktig.
- Vidare forskning skulle kunna riktas mot patientperspektivet eftersom det finns en osäkerhet kring vad patienten upplever stärker deras delaktighet.

REFERENSER

Barry, M.J. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making -pinnacle of patient-centered care. *The New England journal of medicine*, 366(9), ss.780–1.

Bee, P., Brooks, H., Fraser, C. & Lovell, K. (2015). Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), ss. 1834-1845.

Bowersox, N.W., nohnert, A.S.B., Ganoczy, D. & Pfeiffer, P.N. (2013). Inpatient Psychiatric Care Experience and Its Relationship to Posthospitalization Treatment Participation. *Psychiatric Services*, 64(6), ss. 554-562.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). Hälsa och vårdande. I teori och praxis. Stockholm: Natur och Kultur.

Eliacin, J., Salyers, M.P., Kukla, M. & Matthias, M.S. (2015). Patients' Understanding of Shared Decision Making in a Mental Health Setting. *Qualitative Health Research*, 25(5) ss. 668-678.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), ss. 107-115.

Gilburt, H., Rose, D. & Slade, M. (2008). The importance of relationship in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(92)

Goodwin, V. & Happell, B. (2008). Psychiatric Nurses' Attitudes Toward Consumer and Carer Participation in Care. *Policy, Politics and Nursing Practise*, 9(4) ss. 249-256.

Johansson, I. (2010). Vårdmiljön- spelar den någon roll?. I Skärsäter, I. (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa –på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur. Btj, ss. 339-353.

Kauppi, K., Hätönen, H., Adams C.E. & Välimäki, M. (2014). Perception of treatment adherence among people with mental health problems and health care professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), ss. 777-788.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Levander, S., Adler, H., Gefert, O. & Tuninger, E. (2006). *Psykiatri en orienterande översikt*. Lund: Studentlitteratur.

Ottosson, J-O. & Ottosson, H. (2007) *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk*

vård. Stockholm: Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening.

Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., Lindencrona, C. & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), ss. 630–637.

Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B. & Plos, K. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), ss. 490–497.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken*. Lund: Studentlitteratur.

Sandman, L. & Munthe, C. (2010). Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Analysis*. 18(1), ss. 60–84.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-10>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod*. Stockholm.

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A. Guinane, J., & Chaboyer, W. (2015). Nurses' Views of Patient Participation in Nursing Care. *Journal of Advanced Nursing*. 71(12), ss. 2741-2752.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. <http://www.codex.vr.se/index.shtml>

Vårdanalys. (2017). *Lag utan genomslag: utvärdering av patientlagen 2014-2017 (Rapport 2017:2)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <http://www.varदानalys.se/Rapporter/2017/Lag-utan-genomslag/>

Bilaga 1



HÖGSKOLAN I BORÅS

Deltagarinformation

Vi är två sjuksköterskor som skriver en magisteruppsats vid högskolan i Borås. Magisteruppsatsen är en del av specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatrisk omvårdnad. Syftet med uppsatsen är att belysa vad specialistsjuksköterskor inom vuxen psykiatrisk öppenvård har för erfarenheter i att arbeta med patienters delaktighet. Resultatet hoppas kunna ge en bild över hur erfarenheterna inom verksamheten ser ut och kunna användas som underlag för utbildning och kvalitetsarbete. Uppsatsen kommer vara en innehållsanalys och bygga på intervjuer ute i verksamheten.

För att genomföra denna studie behöver intervju dig i din roll som specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk omvårdnad där du får berätta om din erfarenhet i att arbeta med patienters delaktighet. Om du efter information samtyckt till att delta i studien bestäms tid och plats efter ditt önskemål, förslagsvis på arbetsplats. Intervjuerna kommer inte påverka ditt arbete och du kan när som helst välja att avbryta intervjun utan att redovisa skäl.

Intervjuerna förväntas att ta 15-45 minuter och planeras att hållas under februari mars 2017. Alla intervjuer spelas in och transkriberas. Resultatet kommer att handhas konfidentiellt för att säkerställa din integritet. Studien kommer efter färdigställande att publiceras på högskolan i Borås databas, DIVA.

Sofie Carlsson
Specialistsjuksköterskestudent
sofie.an.carlsson@vgregion.se
Tel. xx

Marcus Mellåker
Specialistsjuksköterskestudent
marcus.mellakergregion.se
Tel. xx

Handledare:
Laura Darcy, Universitetslektor
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd
Sektionen för vårdvetenskap
laura.darcy@hb.se
Tel. xx

Genom en underskrift nedan bekräftar du att du har tagit del av ovanstående information och vill medverka i vår intervjustudie.

Ort Datum

Underskrift Namnförtydligande

Bilaga 2



HÖGSKOLAN I BORÅS

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som skriver en magisteruppsats vid högskolan i Borås. Magisteruppsatsen är en del av specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatrisk omvårdnad. Syftet med uppsatsen är att belysa vad specialistsjuksköterskor inom vuxen psykiatrisk öppenvård har för erfarenheter i att arbeta med patienters delaktighet. Resultatet kommer diskuteras i relation till rådande forskning och lagstiftning. Vi hoppas detta skall ge en bild över hur erfarenheterna inom verksamheten ser ut och som kommer kunna användas som underlag för utbildning och kvalitetsarbete. Uppsatsen kommer vara en innehållsanalys och bygga på intervjuer ute i verksamheten.

För att genomföra denna studie behöver vi tillstånd att intervjua åtta specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk omvårdnad. Om den tillfrågade personen efter information samtyckt till att delta i studien bestäms tid och plats efter önskemål, förslagsvis på arbetsplats. Intervjuerna kommer inte påverka deltagarens arbete och denne kan när som helst välja att avbryta intervjun utan att redovisa skäl.

Intervjuerna förväntas att ta 15-45 minuter och planeras att hållas under februari mars 2017. Alla intervjuer spelas in och transkriberas. Resultatet kommer att handhas konfidentiellt för att säkerställa informanternas integritet. Studien kommer efter färdigställande att publiceras på högskolan i Borås databas, DIVA.

Vid frågor kontakta oss eller vård handledare.
Med vänliga hälsningar

Sofie Carlsson
Specialistsjuksköterskestudent
sofie.an.carlsson@vgregion.se
tel. 0708533078

Marcus Mellåker
Specialistsjuksköterskestudent
marcus.mellaker@vgregion.se
tel.0702618280

Handledare:
Laura Darcy, Universitetslektor
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd
Sektionen för vårdvetenskap
laura.darcy@hb.se
033-435 4717



HÖGSKOLAN I BORÅS

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner att Ssk Sofie Carlsson och Ssk Marcus Mellåker genomför intervjuer enligt ovanstående beskrivning.

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Bilaga 3

Intervjuguide

- Berätta om dina erfarenheter av att arbeta med patienters delaktighet
- Finns det något annat du tänker på kring patienters delaktighet?