



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Psykiatrisjuksköterskans arbetsuppgifter och
kompetensområde inom den slutna vården.

- Intervjustudie inom den psykiatriska akutsjukvården.

Monica Backström och Gudrun Skuladottir

Juni 2009

Examensarbete, 15hp, Avancerad nivå

Vårdvetenskap

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning mot psykiatrisk vård, 60 hp

Handledare: Urban Torstensson, Gerth Hedov

Examinator: Eva Boström

Förord

Författarna vill rikta ett stort tack till alla de sjuksköterskor som har deltagit i studien genom att ge oss tillåtelse att genomföra intervjuerna och därmed delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser av sitt arbete som psykiatrijuksköterska.

Tack också till våra handledare och vår examinator för all värdefull hjälp som vi fått av er.

Att ha genomfört den här studien har varit både givande och roligt men samtidigt svårt ibland. Framför allt så har den gett oss ökad förståelse och inspiration till vårt arbete som psykiatrijuksköterskor. Vi hoppas att i framtiden kunna använda resultatet av studien för att utveckla vårt arbete som psykiatrijuksköterskor inom den akuta slutenvården.

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka psykiatrisjuksköterskans självrapporterade utförda arbetsuppgifter och självupplevda kompetens. Studien bygger på individuellt genomförda intervjuer med 19 psykiatrisjuksköterskor verksamma inom den psykiatriska slutenvården. Författarna har använd ett proportionellt stratifierat urval. Resultatet presenteras i fem kategorier; psykiatrisjuksköterskans kompetensområde, specifika arbetsuppgifter i kompetensområdet, arbetsuppgifter utanför kompetensområdet, arbetsuppgifter som psykiatrisjuksköterskan saknar samt rollkonflikter med tillhörande subkategorier. I psykiatrisjuksköterskans kompetensområde ingår arbetsuppgifter som arbetsledare och omvårdnadsansvarig att planera fördela arbetet på avdelningen, vårdplanera, dokumentera samt läkemedelsadministration. Det specifika i kompetensområdet visade sig vara bland annat vara stöd samtal, motiverande samtal och undervisning. Sjuksköterskorna skulle också ha en övergripande helhetssyn samt göra observationer. Arbetsuppgifter utanför kompetensområdet visade att de hjälper doktorerna med olika administrativa uppgifter samt en del kuratorsarbete. Arbetsuppgifter som sjuksköterskorna saknar främst; är mer aktiviteter för patienterna, mer patientkontakt, bättre samarbete med vårdgrannar och anhöriga samt en ökad etisk medvetenhet i omvårdnads och dokumentationsarbetet. Sjuksköterskorna upplevde även rollkonflikter i sitt arbete som mest berodde på olika otydligheter inom arbetsgruppen. Författarna anser att en tydligare arbetsbeskrivning, bättre ansvarsfördelning mellan de olika yrkesgrupperna samt en mer strukturerad vård av patienterna skulle minska otydligheten och osäkerheten för psykiatrisjuksköterskorna.

Nyckelord: psykiatrisjuksköterska, psykiatriskomvårdnad, kompetensområde, arbetsuppgifter.

Abstract

The purpose of the study was to examine self-reported psychiatric nurse performed tasks and self-perceived competence. The study is based on individually conducted interviews with 19 psychiatric nurses working in psychiatric inpatient ward. The authors have used a proportional stratified sample. The results are presented in five categories; psychiatric nurse competence, specific tasks in the areas of competence, work outside the areas of competence, tasks psychiatric nurse lack and role conflicts and related subcategories. In psychiatry nurse competence includes duties as supervisor and nursing manager to plan the work in the department, care planning, documenting, and pharmaceutical administration. The specific competence in the field proved to be, inter alia, support calls, motivational talks and teaching. The nurses would also have a comprehensive approach and make observations. Tasks outside the competence demonstrated that they are helping the doctors with various administrative tasks, and some counselors work. Tasks that nurse do mainly lack; are more activities for patients, more patients, better cooperation with neighbors and family care, and increased ethical awareness in the nursing care and documentation work. The nurses also experienced role conflict in their work as most were due to various ambiguities in the working group. The authors conclude that a better working instruction, better division of responsibilities between the different professions and a more structured care of patients would reduce the lack of clarity and uncertainty of psychiatry nurses.

Keywords: psychiatric nurse, psychiatric care, competence, tasks.

Innehållsförteckning

1.	Introduktion	1-6
1.1	Omvårdnad inom psykiatri	1
1.1.2	Kompetensbeskrivning	2
1.1.3	Yrkesrollen	5
1.2	Problemformulering	6
1.3	Syfte	7
1.4	Frågeställning	7
2.	Metod	7-10
2.1	Design	7
2.2	Undersökningsmaterial och urval	7
2.3	Bortfall	8
2.4	Datainsamlingsmetod	8
2.5	Tillvägagångssätt och arbetsfördelning	8
2.6	Dataanalys	9
2.7	Forskningsetiskt övervägande	10
3.	Resultat	10-22
3.1.	Psykiatrisjuksköterskans kompetensområde	12
3.1.1.	Omvårdnadsansvarig	12
3.1.2.	Samtal	13
3.1.3.	Dokumentation	13
3.1.4	Läkemedelsadministration	14
3.2.	Specifika arbetsuppgifter i kompetensområdet	14
3.2.1	Information och trygghetsskapande	14
3.2.2	Observation	15
3.2.3.	Helhetssyn	15
3.3.	Arbetsuppgifter utanför kompetensområdet	16
3.3.1.	Utför andra yrkesgruppers arbete	16
3.3.2.	Utgör ”slasktratt” för arbetsuppgifter utan gränser	17

3.3.3.	Vårdar felplacerade patienter	17
3.4.	Arbetsuppgifter som psykiatrijuksköterskan saknar	17
3.4.1.	Olika aktiviteter/behandlingar för patienterna	18
3.4.2.	”Sluta cirkeln”, samarbete med vårdgrannar och anhöriga	18
3.4.3.	Mer patientkontakt, terapeutiska samtal och vårdplaner	19
3.4.4.	Etisk medvetenhet	20
3.5.	Rollkonflikter	21
3.5.1.	Dokumentation enligt patientjournalagen	21
3.5.2.	Otydlighet	21
4.	Diskussion	22-29
4.1	Huvudresultat	22
4.2	Resultatdiskussion	23
4.3	Metoddiskussion	27
4.3.1	Klinisk tillämpning	29
4.3.2	Slutsats	29
5.	Referenser	

Bilaga 1. Ansöka om tillstånd hos verksamhetschef.

Bilaga 2. Missivbrev

Bilaga 3. Frågeguide

1. Introduktion

Psykiatrijuksköterskan har funnits som yrkesgrupp sedan början av 1900 – talet. Tidigare bestod personalgruppen huvudsakligen av manliga vårdare, som mest fungerade som arrestvakter på avdelningarna (Strömberg & Ericksson, 2006). Idagens hälso- och sjukvård är behovet av specialistutbildade sjuksköterskor stort. Tillgången på specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk omvårdnad är inte tillräcklig för att möta den ökade efterfrågan. Arbetsmarknaden för psykiatrijuksköterskor är därför ljus. (Arbetsförmedlingen, 2009).

Olika studier visar att det finns behov av psykiatrijuksköterskans profession. Clarke (2006) menar att när det gäller t.ex. läkarens medicinordination så föredrar patienterna att höra det förklarad från psykiatriköterskan mer konkret och att det kändes bättre att ställa viktiga frågor gällande medicineringen till psykiatrijuksköterskan. Människor som behövde omvårdnad i studien ville att psykiatrijuksköterskan skulle känna igen och förutse deras behov, även om patienten var oförmögen att uttrycka sig muntligen. Enligt Barker, Jackson och Stevenson (1999) kräver psykiatrijuksköterskans arbete förmågan att kunna variera sin roll i mötet med olika människor samt att hon skall vara både inkännande, flexibel och ha en god empatisk förmåga. I Wortans, Happel och Johnstone (2006); Lauder, Reynolds, Smith och Sharkley (2002) samt Kralik, Koch och Wotton (1997) studier framgår att patienterna uppskattade psykiatrijuksköterskan främst för att de visade en större delaktighet och tillgänglighet än en psykiatriker som inte hade lika mycket tid. De tar också upp betydelsen av delaktigheten från sköterskan gav en känsla av att ha kontroll även under en svårare period. Sjuksköterskorna skapade en känsla av säkerhet samt att det förbättrade patientens välbefinnande.

1.1 Omvårdnad inom psykiatri

Omvårdnad kan vara allmän eller specifik. Allmän omvårdnad är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling. Den specifika omvårdnaden kräver speciell kompetens och den som har för uppgiften lämplig utbildning och erfarenhet svarar för den praktiska utformningen, i första hand sjuksköterskan (SOSFS 1993:17). Omvårdnad inom psykiatrisk vård riktar sig till en persons upplevelse av hälsa och livskvalitet oavsett sjukdom. Omvårdnadsinsatserna kan beskrivas som en process där sjuksköterskan tillsammans med vårdtagaren bedömer, planerar och åtgärdar problem och förändringar som har lett till psykisk ohälsa. Omvårdnad bygger på vetenskaplig teoribildning och består av två integrerade delar, uppgiften som

utförs och relationen inom vilken den utförs. Uppgiften och relationen är alltså varandras förutsättningar och alltid närvarande samtidigt. Relationer upprättas och vidmakthåll genom samspel och kommunikation. Schröder, Ahlström och Larsson (2007) beskriver begreppet vårdkvalitet för anhöriga och patienter där värdighet, trygghet, delaktighet, återhämtning samt en hälsofrämjande miljö är viktiga faktorer i vården. Det är viktigt att all personal ser människan holistiskt och att inte endast insatser på sjukdomstillståndet tillgodoses. Omvårdad skall planeras och genomföras så att patientens självständighet respekteras och behovet av säkerhet och integritet tillgodoses. Ett respektfullt bemötande av patienten är grundläggande för omvårdnad samt ett etiskt tänkande. Förståelsen menar Hellzén, Lind, Dahl och Hellzén (2005) för andra människors värde kan ibland också bli felaktig då det istället leder till brist på omtanke och visar sig i grymhet.

1.1.2 Kompetensbeskrivning

Kompetens beskrivs ofta som ett samlingsbegrepp för en individs förmåga att utföra en given uppgift genom att tillämpa kunskaper och färdigheter. Socialdepartementet beskriver i sin ”Utredning om kompetens och kunskapsutveckling” kompetens som den förmåga en individ har att kombinera färdigheter, kunskaper, erfarenheter, kontakter och värderingar (SOU 1995:58).

Kunskap utgör kärnan i kompetensbegreppet. Kompetens kan delas in i formell kunskap som fås genom den formella utbildningen som kan verifieras genom betyg/intyg och reell kompetens som sjuksköterskan får via sitt dagliga arbete, sättet som arbetet utförs på är en viktig del i den kliniska kompetensen. Patricia Benner (1993) har definierat sjuksköterskans kompetensutveckling genom att beskriva processen för hur deras växande yrkeskunnande inom omvårdnad är relaterat till erfarenheter i den kliniska verksamheten. Hon beskriver sjuksköterskans utveckling mot ett expertkunnande i fem olika faser, från novis till expert.

1. Novis/nybörjare

Novisen saknar erfarenheter och är styrd av att regler, teorier och rutiner vägleder deras handlande. Teori och praktik behöver vävas samman för att kompetensen ska utvecklas. Den formella kunskapen för sjuksköterskor utgörs av den godkända högskoleexamen i omvårdnadsvetenskap.

2. Avancerad nybörjare

Den avancerade nybörjaren är koncentrerad på det som sker här och nu. Hon har begränsad erfarenhet men har varit med om ett antal liknande situationer och kan börja urskilja återkommande, betydelsefulla beståndsdelar i en situation. Har ofta ca ett års yrkeserfarenhet som sjuksköterska.

3. Kompetent

Den kompetenta sjuksköterskan känner att hon behärskar situationen och kan även klara av oförutsedda händelser som uppstår i den kliniska omvårdnaden. Hon planerar sina omvårdnadshandlingar och är mera effektiv och organiserad. Den formella kompetensen utgörs oftast av en kandidatexamen i omvårdnadsvetenskap inkluderat ett examensarbete om 15 hp. Sjuksköterskan ska ha minst två års yrkeserfarenhet.

4. Skicklig

Den skickliga sjuksköterskan uppfattar situationer som helheter och uppfattar situationens betydelse i förhållande till långsiktiga mål. Hon upptäcker snabbt om ett förlopp inte stämmer överens med det förväntade och normala. Den formella kompetensen innebär gärna en magisterexamen inom ämnet samt minst fem års erfarenhet av kliniskt arbete.

5. Expert

Experten har mycket stor erfarenhet och uppfattar intuitivt varje situation. Hon sammanbinder den egna förståelsen av en situation med en lämplig åtgärd utan stöd av regler och riktlinjer. Hon har en grundlig helhetsförståelse och förlitar sig inte längre på analytiska principer. Expertsjuksköterskan förväntas ha en relevant doktorsexamen samt minsta sex års erfarenhet av kliniskt arbete.

Alber m.fl. (2009) beskriver i sin studie som är baserad på Benners teori hur psykiatrisjuksköterskornas självupplevda kompetens ökade efterhand som de erhöll mer och mer yrkeserfarenheter, allra mest ökade den under de första 3-5 åren av yrkeskarriären som psykiatrisjuksköterska. Benner (1996) tar upp vikten av att informera och förmedla den självupplevda kunskapen till arbetskollegor samt att det leder till att hålla ökade kompetensutveckling vid liv.

Sjuksköterskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar, lagar, förordningar, föreskrifter och andra riktlinjer (Socialstyrelsen,

2005) Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård har sjuksköterskan en viktig uppgift i att utforma omvårdnaden efter patienters behov. Det innebär att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv genom att se både patienter och deras närstående i den rådande livssituationen. En av hörnstenarna är kontinuitet i arbetet och förmågan att härbärgera patientens psykiska smärta samt stötta individen att övervinna den. Arbeta hälsofrämjande oavsett patientens hälsotillstånd medverka till att patientens resurser beaktas och tas tillvara. Samverka och samarbeta med patientens naturliga nätverk, olika insatser och vårdgrannar i samhället (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening 2008).

I Schröder, Ahlström och Larsson (2006) studie sett utifrån patientens perspektiv visade att ett väl fungerande socialt nätverk i vården har ett klart samband för patienters tillfrisknande. Ett gott samarbete med öppenvård, anhöriga och andra viktiga personer i nätverket leder till ökad psykisk hälsa för individen. Det var också viktigt att få medverka och samarbeta i sin vårdplanering med hänsyn till självbestämmande samt att få kunskap om sin egen hälsa.

Psykiatrisjuksköterskan har även en viktig uppgift utifrån sin specifika kompetens att utbilda och handleda kollegor, andra medarbetare, studenter samt att på ett adekvat sätt sprida information om psykisk ohälsa till arbetsgivare, nätverk och samhället i stort (Loughlin & Fitzpatrick, 2008; Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening 2008).

När det gäller handledning av studenter är det viktigt att det ges möjligheter att reflektera över vilka etiska principer och ställningstagande arbetet baseras på i olika omvårdnadssituationer. För att leda till professionella kunskaper och färdigheter i omvårdnadsprocessen för studentens tillväxt. I sammanhanget också få emotionell och teoretisk återkoppling samt att ges möjlighet till att kritiskt granska och få diskutera ibland svåra ställningstaganden med sin handledare är viktigt (Arvidsson, Löfgren & Fridlund, 2001). Hung, Huang och Lin (2009) tar upp betydelsen av att psykiatrisjuksköterskan genom bra handledning av studenter kan motverka studenternas förutfattade meningar om psykisk vård och rädslor inför mötet med psykiatriska patienter.

Sjuksköterskor efterlyser en ökad kompetensutveckling inom sitt yrke. Detta kan erhållas genom adekvat fortbildning och kompetent yrkeshandledning som den övervägande delen av de verksamma sjuksköterskorna lider brist på (Josefsson, Sond & Robins-Wahlin, 2006).

1.1.3 Yrkesrollen

Flera psykiatriska slutenvårdsavdelningar övergår idag till att samarbeta i multidisciplinära team runt patienten sjuksköterskor, skötare samt läkare och ibland psykolog bildar ett vårdteam som leder till en bättre kontinuitet i omvårdnaden kring patienten. Ett team är en mindre grupp som samarbetar i bestämt syfte för patientens bästa och resursanvändningen blir effektivare. Detta görs i samråd med uppsatta mål, riktlinjer, regler och patientens individuella situation. Det är ett mänskligt redskap där individer samarbetar. Inom den finns en rollfördelning för ansvar, status och inflytande. Detta sätt att arbeta är ofta överlägset jämfört med att arbeta på individnivå. Det som skiljer team från en arbetsorganisation är att i teamet kommer den enskilda personens kunskap och kompetens fram. Genom teamarbete blir arbetsgruppen bättre rustad att klara av kvalificerade uppgifter. Sjuksköterskan sågs som den naturliga ledaren i teamet då hon hade kunskaper inom de olika disciplinerna (Barker & Walker, 2000; Solheim, Elmurry & Kim , 2007).

Målsättningen med multidisciplinära team (SoU 2 000:91) där varje yrkesgrupps specifika kompetens ska bidra till patientens vård och behandling, innebär ett erkännande och ett förutsättande av att kompetensområden är olika. Ofta likställs kompetens inom det psykosociala området och olika professioner uppfattas sinsemellan utbytbara trots stora skillnader i inriktning i grundutbildningarna (Hedelin & Jansson, 2004).

Enligt en studie av Rungapadiachy, Madill och Gough (2006) så upplevde deltagarna att rollen som psykiatrisjuksköterska var otydlig och olika beroende på vart sjuksköterskan arbetar. Även inom psykiatriska akutvårdsavdelningar så finns stora tolkningsmöjligheter av rollen.

Elsom, Happell och Manier visar i sin studie att de flesta deltagarna rapporterade att flera arbetsuppgifter gick utanför psykiatrisjuksköterskornas område såsom läkemedelsförskrivning, beställning av diagnostiska tester och remiss till olika specialister. Därför behöver psykiatriker och sjuksköterskor gemensamt samarbeta för att förstå respektive kunskaper och färdigheter samt att vara tydlig om hur de tar ansvar för klientens vård.

Att få möjlighet till reflektion inom sin yrkesroll tydliggörs i socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 1 995:15, (Socialstyrelsen, 1995). Där rekommenderas att sjuksköterskor ska ges tid och tillfälle till att reflektera och bearbeta känslor som uppstått i olika situationer. Därav kan sjuksköterskor växa i sin profession, för att skapa trygghet i sin yrkesroll och nå en yrkesmässig växt vilket gör att vårdkvaliteten kan säkras vilket i sin tur kan bidra till att patienterna får en bra vård (Horton-Deutsch & Sherwood, 2008). I praktiken innefattar dock omvårdnadsarbetet en hel del administrativt arbete och tidsmässigt så tar det en stor del av värdefull tid för samtal med patienterna som har minimerats för psykiatrisjuksköterskorna (Camerond, Kapur & Campbell, 2005).

Den rådande ekonomiska och politiska systemet leder till att hälso- och sjukvårdssystem blir omstrukturerade och sjukhus omorganiserade i syfte att minska kostnader och öka effektiviteten samt produktiviteten. Så att inarbetade rutiner och arbetsplatser störs vilket ofta leder till svårigheter att uppfylla ett minimikrav på god omvårdnad samt begränsar känslan av medkänsla och delaktighet i vården. Detta ställer krav på de moraliska aspekterna av god omvårdnad beaktas (Weiss, Malone, Merighi, & Benner, 2009).

Osäkerhet inför sin yrkesroll leder ofta till en stress och belastning som i sin tur kan leda till att psykiatrisjuksköterskor väljer att lämna sitt arbete och därav blir omsättningen av personal stor (Edwards & Burnard, 2003).

1.4 Problemformulering

Författarna har erfarit att många sjuksköterskor inom den psykiatriska slutenvården upplever att en arbetsbeskrivning saknas och att psykiatrisjuksköterskor kompetensområde är otydlig samt att gränserna mellan de olika yrkeskategorierna på avdelningen (sjuksköterskor, skötare, kurator samt läkare) är diffusa och att arbetsuppgifterna ofta går in i varandra. Tidigare forskning har även visat på detta. Detta kan medföra att psykiatrisjuksköterskor känner en osäkerhet i sin yrkesroll inom slutenvården samt att deras önskan om utförda arbetsuppgifter inte alltid stämmer överens med verkligheten, vilket i sin tur kan leda till en känsla av otillräcklighet. Genom att undersöka om detta överensstämmer med empirin så kan resultatet i förlängningen leda till att psykiatrisjuksköterskornas kompetensområde tydliggörs samt att en arbetsbeskrivning utformas.

1.5 Syfte

Syftet med studien var att beskriva psykiatrisjuksköterskans självrapporterade utförda arbetsuppgifter och självupplevda kompetens inom den psykiatriska slutenvården.

1.6 Frågeställning

Vilka arbetsuppgifter anser psykiatrisjuksköterskan ingår i deras kompetensområde?

Utför psykiatrisjuksköterskan de arbetsuppgifter som de anser sig ha kompetens för och finns det andra arbetsuppgifter som de utför eller efterfrågar?

2. Metod

2.1 Design

Studien har deskriptiv design med en kvalitativ ansats.

2.2 Undersökningsgrupp och urval

Studien är genomförd vid en mellan stor psykiatrisk klinik i södra norrland. Kliniken består av två slutenvårdsavdelningar, en psykosavdelning och en allmänpsykiatrisk avdelning som båda bedriver en akut verksamhet. Totalt arbetar det 32 sjuksköterskor varav hälften har specialistutbildning inom psykiatrisk vård.

Författarna har använd ett proportionellt stratifierat slumpmässigt urval där sjuksköterskorna delandes in i två lika stora grupper; en grupp som hade specialistutbildningen inom psykiatri (n=16) och den andra gruppen bestod av de sjuksköterskor som saknade den vidareutbildningen (n =16). Ur varje grupp valdes sedan tio stycken genom ett obundet slumpmässigt urval med hjälp av lottning (n=20). För att återspegla sjuksköterskegruppen inom kliniken så nära verkligheten som möjligt.

Inklusionskriterierna var att intervjupersonerna var legitimerade sjuksköterskor verksamma inom den psykiatriska slutenvården. Urvalsgruppen bestod av 20 verksamma sjuksköterskor varav 18 kvinnor och 2 män. Åldern på intervjupersonerna varierade mellan 27-63 år, antal år

som verksam sjuksköterska var mellan 1-35 år och som psykiatrisjuksköterska 1- 23 år, hälften av intervjupersonerna saknade specialist utbildning och de som hade utbildningen hade varit färdiga i mellan 2-16 år.

2.3 Bortfall

En av de 20 kontaktade deltagarna valde att tacka nej till att ingå i studien. Författarna valde att genomföra studien med de 19 genomförda intervjuerna och inte att göra ett nytt urval för att uppnå antalet 20.

2.4 Datainsamlingsmetod

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med en frågeguide (se bilaga 3) innehållande fyra stora öppna frågor samt när behov fanns ställdes följdfrågor för att få fram svar på frågeställningen. Samtliga intervjuer gjordes i enrum på respektive deltagares arbetsplats och på arbetstid. Alla intervjuer spelades in och transkriberades sedan.

2.5 Tillvägagångssätt och arbetsfördelning.

Författarna införskaffade via personaladministrationen fram listor över samtliga sjuksköterskor anställda vid klinikens två berörda vårdavdelningar. De 20 st. sjuksköterskor som inkluderades i studien efter urvalet gjorts kontaktades av författarna via brev till sina hemadresser. Därefter, tidigast en vecka senare kontaktades de via telefon på sina respektive arbetsplatser för att få frågan om de var intresserade att delta i studien.

Intervjuerna genomfördes och analyseras med hjälp av innehållsanalys. Utifrån resultatet av analysen kom sedan resultatet att beskrivas.

Varje författare har ansvarat för en frågeställning och två intervjufrågor på så sätt att hon har genomfört bakgrundsbeskrivning, datainsamling med 10 informanter var, analys, resultatredovisning och diskussion av resultaten rörande denna frågeställning.

2.6 Dataanalys

Intervjumaterialet bearbetas med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004).

Intervjuerna spelades in och sedan transkriberas. Hela texten (analysenheten) lästes igenom upprepade gånger för att författarna skulle få en känsla för helheten. Meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningarna plockades ut. Omgivande text ska tas med så sammanhanget kvarstår. Dessa meningar eller fraser kallas meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenseras i syfte att korta ned texten men ändå behålla hela innehållet. De kondenserade meningsenheterna kodades och grupperas i subkategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Dessa subkategorier sammanfördes i kategorier som utgör det manifesta innehållet.

En förklaring av hur analysprocessen gått till visas i tabell 1, analysprocessen. Exempel hämtat ifrån frågeställningen: *Vilka arbetsuppgifter utför du som psykiatrisjuksköterska?*

Tabell 1. Analysprocessen

Meningsenhet	Kondensering	Subkategori	Kategori
<i>Ja hm..jag är med och rondar.. jag delar mediciner, jag har samtal med patienter, jag dokumenterar . Ja lite spindel i nätet mellan patient och läkare och så där</i>	Rondar, delar mediciner, har samtal dokumenterar Lite spindeln i nätet.	Läkemedels - administration Samtal Dokumentation	Kompetensområde
<i>Arbetsuppgifter... Ja det är ju omvårdnadsansvaret tycker jag man har patienter det är det viktigaste att man har en helhetssyn, ett etiskt tänkande speciellt.</i>	Viktigaste med helhetssyn samt ett etiskt tänkande.	Omvårdnads-ansvarig	

2.7 Forskningsetiskt övervägande

Tillstånd för undersökningen ansöktes skriftligen hos berörd verksamhetschef (se. Bilaga 1). Intervjuerna vände sig endast till personal och syftet var att få fram konkreta handlingar och inte olika värderingar och förhållningssätt. Urvalsgruppen kontaktades i sina hem via missivbrev (se. Bilaga 2) och därefter på telefon och kunde därför lugnt tänka igenom om de var intresserade av att delta i studien eller inte. Samtliga intervjuade sjuksköterskor informerades om att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Intervjumaterialet har behandlats konfidentiellt och inga personer kommer att kunna identifieras i resultatet.

3. Resultat

Resultat kommer att presenteras i löpande text med citat från intervjuerna utifrån fem följande kategorier; psykiatrisjuksköterskans kompetensområde, specifika arbetsuppgifter i kompetensområdet, arbetsuppgifter utanför kompetensområdet, arbetsuppgifter som psykiatrisjuksköterskan saknar och rollkonflikter (se tabell 2 nedan).

Tabell 2. Resultatet

Subkategori	Kategorier
Omvårdnadsansvarig	Psykiatrisjuksköterskans kompetensområde
Samtal	
Dokumentation	
Läkemedelsadministration	
Information och trygghetsskapande	Specifika arbetsuppgifter i kompetensområdet
Observation	
Helhetssyn	
Utför andra yrkesgruppers arbete	Arbetsuppgifter utanför kompetensområdet
Utgör ”slasktratt” för arbetsuppgifter utan gränser	
Vårdar felplacerade patienter	
Olika aktiviteter/behandlingar för patienterna	Arbetsuppgifter som psykiatrisjuksköterskan saknar
”Sluta cirkeln”, samarbete med vårdgrannar och anhöriga	
Mer patientkontakt, terapeutiska samtal och vårdplaner.	
Etisk medvetenhet	
Dokumentation/patient journallagen	Rollkonflikter
Otydlighet	

3.1. Psykiatrisjuksköterskans kompetensområde.

I kategorin framgår subkategorierna; omvårdnadsansvarig, samtal, dokumentation och läkemedels administration.

3.1.1. Omvårdnadsansvarig

En psykiatrisjuksköterska betonade att de hade ett övergripande omvårdnads ansvar under läkaren. Sjuksköterskorna tog också upp arbetsledarrollen och att de fördelade arbetet och samarbetade med skötarna. De var med på rond och genomgångar med uppföljning av läkarordinationer. Var den sammankallanden på möten och vårdplaneringar.

”Jaa de är ju många arbetsuppgifter egentligen är de är ju att ta emot patienter .. ja ställa anamnes så status.. och ta reda på anhöriga informera anhöriga informera läkare informera personal övrig personal ..dela mediciner informera om mediciner... jaa.. ja de är ju å hålla ihop.. ja ha ronden.. å hålla ihop arbetsuppgifter dela ut arbetsuppgifter som ska göras under dan.. hålla efter vad det är för läkemedel som ska beställas hem å de är vad gör ja mer ta prover ..å...är mycke jaa va är de? Planeringar försöka prioritera va som är viktigast nu och mycke bestå ju hålla ihop, alltså hålla ihop gruppen informera varann och..... fråga vem som håller på med vad.” Intervju 18

*”Men det är väl det som är vårt huvudansvar egentligen läkemedelshantering injektioner och omvårdnadsansvar och dokumentation det är väl det som är vårt huvudansvar.”
Intervju 14*

”Uppföljning av läkarordinationer medicinutdelning, bevakning av arbetsområdet, utveckling samarbete med skötarna.” Intervju 16

En del av sjuksköterskorna tog upp vårdformen psykiatrisk tvångsvård under LPT – lagen. När patienter vårdades under LPT – lagen blev det speciella inskrivningar som sjuksköterskan gjorde eftersom de kom med polis många gånger, under tvång. De kunde bli tvungna att göra tvångsåtgärder som t.ex. bältesläggningar eller tvångsinjektioner och de skulle vara väl insatta i det juridiska. Patienterna kunde bli utskrivna under öppen tvångsvård som är en ny vårdform i hemmet. Då kunde patienten komma in till avdelningen och få mediciner, ibland injektioner.

” Ja det är ju omvårdnadsansvaret tycker jag man har patienter det är det viktigaste att man har en helhetssyn, ett etiskt tänkande speciellt. Man får tänka på det här juridiska eftersom att de flesta är ju tvångsvårdade under LPT –lagen. ”intervju 1

Flera av sjuksköterskorna ansåg att de hade en viktig roll i att fungera som en länk i vårdkedjan när det gällde samordning av olika kontakter runt omkring patienten samt vårdplaneringar. De skulle föra patientens talan samtidigt fungera som stöd för anhöriga och finnas till hands för skötare, läkare och övrig personal.

”Man har ett allmänt omhändertagande för patienter, man har ett patientnära arbete vad gäller allt egentligen runt patienten kontakt med andra vårdgivare både inom kommun och landsting och även andra involverade runt patienten anhöriga.” Intervju 5

Jaa hm.. jag är med och rondar.. jag delar mediciner jag har samtal med patienter jag dokumenterar ... ja lite spindel i nätet mellan patient och läkare och så där. Pratar i telefon, samordnar mellan .. alltså när patienten ska härifrån avdelningen till boenden så att det funkar med kontakt för dem när de går hem. Intervju 11.

3.1.2. Samtal

Det viktigaste i arbetsrollen som betonades mest av psykiatrisjuksköterskorna var bemötandet. Det var viktigt att skapa en god allians i kontakten med patienterna som mådde psykiskt dåligt och att de fick känna sig delaktiga i vården. Det kunde innebära flera stödsamtal, de informerade patienten vad det innebar att ha t.ex. ångest och hur man skulle hantera sin ångest. Huvuduppgiften var att prata med patienter om deras tillstånd och hjälpa till på bästa sätt, ibland behövde de hjälp med begränsning.

”Ja, först och främst är det väl kontakt med patienten. Försöker få ett bra förhållande.. få ett bra.. att man känner att man kommer nära dom att dom vågar..man får en bra kontakt, det är viktigt tycker jag. Att dom känner förtroende.” Intervju 3

”Det är kanske stödsamtal, att vi kan, vi berättar för patienten att det finns olika utvägar och hur man ska hantera sin ångest. . Och så kan vi undervisa för dom vad det innebär att ha ångest. Det är just, att huvuduppgift är att prata med patienter angående om deras tillstånd och hjälpa på bästa sätt, kanske med avslappningsövningar och sånt.” Intervju 2

3.1.3. Dokumentation

I ansvarsområdet ingick en del dokumentationsarbete som upplevdes ta mycket expeditionstid av de intervjuade sjuksköterskorna. De skulle dessutom skriva in och ut patienten på flera ställen i datasystemet.

”Jo, jag ska ju om de är någon som kommer in så får jag ju skriva in allting är det någon som ska iväg så får jag fixa det.” Intervju 6

”Jag tar emot patienter, jag har samtal, jag har dokumentationsarbete.” Intervju5

3.1.4 Läkemedelsadministration

Flera av psykiatrisjuksköterskorna betonade att läkemedelsadministration tog upp mycket av patienttiden och det innebar en hel del information om mediciner. En av sjuksköterskorna tog upp när patienter kom in på avdelningen så skulle de se över vilka läkemedel som fanns hemma i läkemedelsförrådet. Ibland fanns medicinen inte som patienten behövde på avdelningen eller att den var resstad efter beställningen till apoteket. Då fick de ringa runt till olika avdelningar för att tillfälligt låna medicinen.

”Ja, det är samma uppgifter som alla andra sjuksköterskor. Det är medicindelning framförallt.” Intervju 2

”Administrering av mediciner det är både tabletter och injektioner å hålla koll på medicinlistor.” Intervju 1

”Jag har alltså jag delar ut läkemedel och har en viss undervisning för patienten.” Intervju 5

3.2. Specifika arbetsuppgifter i kompetensområdet.

I kategorin framgår subkategorierna; information, observation och helhetssyn.

3.2.1 Information och trygghetskapande

Flera av deltagarna nämnde samtal och information till patient och anhöriga som en viktig faktor för att skapa trygghet och för att förhindra konflikter under vårdtiden. Även motiverande samtal där man planerade inför framtiden. Några tog upp att de fått t.ex. utbildningar inom kognitiv beteende terapi och att ett kognitivt förhållningsätt tillämpades på avdelningen. En av sjuksköterskorna menade att det kunde bli en del samtal under natten och det var ganska många patienter som kom in nattetid. Oftast mådde de rätt dåligt och behövde samtala en liten stund innan de lade sig. Det kunde vara första gången patienten blev inlagd på en slutenvårdsavdelning.

”Information är väl också väldigt viktigt tycker jag om sjukdomar och lite de här att när de kommer hem sen att de uppmärksammar på sitt mående och tecken kanske som kan tyda på att de blir försämrade och vikten att de håller kontakt och tar kontakt när de känner att dom behöver det eller någonting känns annorlunda när man kanske blir försämrad.” Intervju 3

”Just det här att de får kunskap om sin sjukdom är ju viktigt..att man informerar. Men att dom känner att man finns att man har tid.” Intervju 3

3.2.2 Observation

Sjuksköterskorna i undersökningen samlade viktig information runt patientens vårdbehov. Personalens iakttagelser och rapporteringar var viktiga och skulle leda till åtgärder och resultat. En av sjuksköterskorna nämnde att många gånger under natten kunde det hända ganska mycket beroende patientens tillstånd. Då var det viktigt att det fanns tillräckligt med personal med tanke på säkerheten både för personal samt patienter. Det kunde också innebära att ta beslutet om det gick att hämta patienter från akutmottagningen när bemanningen var mindre än på dagen.

”Ja, det är väl att man kan observera patienterna på ett annat vis när man har specialist när man är specialist sjuksköterska, man är mer kunnig när det gäller mediciner och eventuella biverkningar och sådana saker. När patienten börjar varva upp och när patienter börjar stabilisera sig.” Intervju 4

”Och att göra vårdplaneringar tycker jag också ingår att göra bedömningar..., vissa bedömningar alltså av patientens tillstånd ingår väl också kan man säga specifikt.” Intervju 5

3.2.3. Helhetssyn

Sjuksköterskorna belyste att det fanns vårdtagare som hade både psykiska och somatiska sjukdomar. Det krävdes en övergripande helhetssyn av psykiatrisjuksköterskorna och att det fanns flera orsaker att ta hänsyn till när patienterna mår psykiskt dåligt. En sköterska tog upp att det kunde vara psykosociala faktorer t.ex. när patienten blev inlagd och allt kunde vara i fulltständigt kaos från ekonomi till boende. Det var väldigt mycket samarbete med öppenvården och kommuner. Det kunde också vara patienter som varit inlagda som ringde och berättade hur det var och frågade saker. Flera patienter upplevde avdelningen som en trygghet eftersom de inte hade någon att vända sig till och det gällde även anhöriga.

”Ja man ska ju ha en övergripande helhetssyn. Man ska ju både se det psykiska och somatiska man ska ju se båda delarna. Det kan ju vara ibland somatiska orsaker till att folk mår dåligt psykiskt också; urinvägsinfektioner, vaxproppar, ätit druckit dåligt t.ex.” Intervju 1

”För en del patienter kommer ju in hit och så har dom ju allt i fulltständigt kaos dom har inte ens ett fungerande boende det kan vara fruset vatten och det kan vara råttor inne och då måste man ju försöka att motivera patienten att kanske ta mediciner och söka hjälp för mycket samtal.” Intervju 8

3.3. Arbetsuppgifter utanför kompetensområdet.

I kategorin framgår subkategorierna; utför andra yrkesgruppers arbete, utgör ”slasktratt” för arbetsuppgifter utan gränser och vårdar felplacerade patienter.

3.3.1. Utför andra yrkesgruppers arbete

Flera av informanterna tar upp problemet med att sjuksköterskor gör andra yrkesgruppers arbete och då kom det främst fram att de serverar och hjälper läkarna. Även kuratorernas arbetsuppgifter rörande patienters ekonomi och boendefrågor och sekreterarnas arbetsuppgifter hamnar mer och mer på sjuksköterskornas bord enligt informanterna. En av de intervjuade tar upp arbetsuppgifter rörande omvårdnaden av patienterna ute på avdelningen som om de främst skulle ingå i skötarens kompetensområde även om hon gärna utförde dessa, medan de flesta intervjuade betonade att ansvaret över omvårdnaden av patienterna vilar hos sjuksköterskan och att arbetet ska utföras tillsammans med skötare.

”Det kan ju vara att man hjälper läkare t.ex. hjälper till med dokumentationen, hjälper till när dom ska skriva recept om dom är ovana och skriva in läkemedel kanske.” Intervju 4

”Oj, oj ,oj, eh tyvärr så gör man läkarjobb ibland och det är ju egentligen inte bra, vi serverar doktorerna lite mycket, även sekreterare jobb som vi mer och mer måste göra.” Intervju 5

”vi hade väldigt mycket nya doktorer här ..som kom och funderade vad vi använde för läkemedel å sånt där ..och så vad som vad gångbart på den här avdelningen.. och lika hjälp till med.. Skriva med i läkemedelsmodulen och sånt där när de var nya doktorer.. å de är inte vårt egentligen men man gör det för att arbetet ska funka .” Intervju 13

”vi ofta får göra tycker jag de är och pila läkemedel och de ska vi ju inte göra egentligen .. de är en läkaruppgift .. men i början .. gjorde de inte heller för jag tyckte de får jag inte göra men nu gör jag de bara för de ska flyta på helt enkelt för att vi ska kunna signera å men de är inte vårans uppgift.. så att händer det något ting och de blir nån ansvarsfråga då är ju frågan om hur de går men de är jag medveten om så de är ju nånting som läkarna måste bli bättre på tycker ja..” Intervju 18

”Kuratorsarbete gör vi mycket.” Intervju 19

”Ja så sen ibland kanske då att det är en del planeringsarbete som kanske borde vara mer kurators arbete som man få ta och man får vara spindeln i nätet och planera framåt även när det gäller boende och patienters ekonomi som inte riktigt är mitt kompetensområde som sjuksköterska..” Intervju 8

”Alltså jag försöker att hjälpa till skötare, jag kan köra sängar till ECT patienter, jag kan hjälpa till kolla blodtryck, temp kanske ta andra urinprover jag kan hjälpa till byta sängkläder, typ sådana grejer. Servera mat.” Intervju 2

”För liksom själva omvårdnaden i det hela tycker jag liksom att den ingår man ju i oavsett om man är skötare eller sköterska så jobbar man ju så klart tillsammans men sen har man ju

som sköterska lite andra ansvarsområden som skötare inte gör men jag tycker att mycket ska man ju jobba tillsammans för en bra vård av patienten..” Intervju 3

3.3.2. Utgör ”slasktratt” för arbetsuppgifter utan gränser

En sjuksköterska beskriver att hon upplever sig ibland som en ”slasktratt” för arbetsuppgifter som igen annan vill ha och att arbetsuppgifter som blir över ofta hamnar på sjuksköterskornas bord. En annan påpekar att arbetsuppgifter utan gränser är sådant som alla borde hjälpas åt med.

”Ja ibland känns det lite som man är lite som en lite slasktratt att man får ta lite allting som ingen annan inte vill göra hamnar kvar på sjuksköterskans bord även om det kanske inte är just min uppgift egentligen.” Intervju 11

”Ja det gör man väl.. det finns ju mycket som egentligen inte tillhör nåns kompetensområde kan jag tycka som att tömma soppsåsar och plocka diskmaskin det får man ju hjälpas åt med tycker jag, eller det gör man väl.” Intervju 3

3.3.3. Vårdar felplacerade patienter

Informanterna tar upp problemet med patienter som vårdas inom psykiatriska slutenvården och som egentligen har ett annat vårdbehov än det psykiatriska.

”En sak som man kan reagera på det är att ibland så finns det ju patienter här ju som kanske inte just nu har en psykiatrisk diagnos utan det kan vara en för just för tillfälligt en somatisk.. eller att dom är hemlös.. eller att problemet är ligger i en ensamhetsproblematik i hemmet och då känns det lite som om man vårdar en patient som inte ska vara på avdelningen egentligen och man tar hand om den sociala biten runt han eller henne så det kanske inte är tänkt på en akutpsykiatrisk avdelning egentligen.” Intervju 7

”Ibland är det så när vi har patienter som är felplacerade här på avdelningen framför allt patienter med kroppsliga sjukdomar eller demens sjukdomar där tror jag det är att det behövs en specialistvård som jag inte kan utöva.” Intervju 9

3.4. Arbetsuppgifter som psykiatrisjuksköterskan saknar.

I kategorin framgår subkategorierna; olika aktiviteter/behandlingar för patienterna, ”sluta cirkeln”, samarbete med vårdgrannar och anhöriga, mer patientkontakt, terapeutiska samtal och vårdplaner samt etisk medvetenhet.

3.4.1. Olika aktiviteter/behandlingar för patienterna

Flera av informanterna efterfrågar och förslår konkreta aktiviteter och behandlingar för de inneliggande patienterna. Det är främst bristen på sysselsättning på avdelningen som tas upp, samt behovet av att patienterna behöver redskap för att handskas med sitt mående och sin situation.

”Sysselsättningen .. de jag har tänkt på också då att på en avdelning så brukar va väldigt lite med sysselsättning för patienterna. Vad finns de för alternativ som jag kan tänka ut som sjuksköterska tillsammans med skötarna med övrig personal ..finns det nåt sätt att hitta på till patienten nånting som är bra för patienten.. känner sig aktiv.. å inte bara ligga där å vänta.. ta sina mediciner och .. jag skulle vilja göra mer utav det här .. att sysselsätta patienten på ett bra sätt ..” Intervju 17

”Ja, jag tycker att det skulle vara bra om vi kunde ha typ sånt, grupper med mindfulness så att regelbunden träffar så att alla patienter.. alltså om vi hängde upp lappar på avdelningen att den dag blir mindfulness övning t.ex. och alla som vill fick komma dit eller att vi skulle ha kanske något pyssel rum att dom som mår dåligt kanske vill fokusera på något annat dom kanske kan sitta där och pyssla kanske göra fina kort eller måla någonting sånt. Det tycker jag skulle vara bra.....” Intervju 2

”Just det här med utgång.. egentligen så borde dom.. jag tror att patienterna skulle må bra av att vara ute mer, promenera ute i naturen kanske inte ner på stan man jag tror att de sitter inne här mycket men det kanske man också skulle kunna.. men det krävs ju personal som kan komma ifrån.” Intervju 3

”de här med alternativa metoder..... att de finns att patienten kan välja.. också att de finns, ja om mellan den å den tiden finns möjligheter då att de är avsatt på schema att de finns och då får patienten välja..och ja tror att de här skulle fungera bra om patienten kände till det å att det fanns .. att till exempel då nu i eftermiddag mellan ja.. tre och en halv fem nånting så har man möjlighet då till lite massage eller andningsövning eller va de nu kan vara för nånting ... akupunktur eller ja har tänkt på dom här sakerna då att lära patienten lägga sig ner å slappna av till musik.. .. dom här sakerna skulle ja vilja jobba med mer” Intervju 17

”Jag saknar verkligen bra mellanvård..... så ibland är patienter placerade på slutenvårdsavdelningar i onödan och det skulle jag gärna vilja ändra också om man har en jour mottagning och inte varje patient som kommer till psykiatrin blir inlagd på en gång. Det finns flera patienter som inte behöver slutenvård. Det är någonting mellan slutenvård och öppenvård, någon slags dagverksamhet eller också nåt terapicentrum kanske där man kan hitta ögonterapi eller också psykologer som tar hand om patienter eller kanske ja utslussning inte blir så svårt som det är i nuläget.” Intervju 9

3.4.2. ”Sluta cirkeln”, samarbete med vårdgrannar och anhöriga

Många av de intervjuade sjuksköterskorna tar upp vikten av att förbättra samarbetet med andra vårdgivare och anhöriga till patienten samt att utöka informationsutbytet mellan alla

parter. Detta för att förbättra vården för de inneliggande patienterna samt underlätta hemgång och undvika framtida inläggningar.

”.....är den här kontakten runt omkring allting den slutna cirkeln skulle liksom bli mer tydlig tycker ja att liksom kontakten mellan alla olika instanser fungerar bättre de är något vi kan jobba på alltså.” Intervju 12

”Jag tycker att vi skulle kunna bli mycket bättre på just det här med samarbetet med våra vårdgrannar. Det tycker jag skulle vara mer självklart att kanske bjuda in anhörig och vårdgrannar så att vi får en tajtare relation för vi har ju samma patient, klient, anhörig, det är ju samma person vi ser dom ur olika synvinklar bara. Det tycker jag att vi kan bli bättre på, kommer jag på. Det är jätte viktigt.” Intervju 4

”Ibland kan man ju känna att eh om man tänker sig att man kanske skulle vilja egna lite mera tid än man gör till att hämta upp information utifrån också det kan jag tycka är lite.. snålt om tid och snålt om alltså möjlighet att göra också.” Intervju 5

”En bit som jag brukar tänka på som man inte hinner med riktigt eller inte i den utsträckning som jag skulle önska det är väl det här med anhöriga och barn kan jag också som finns.. det kan jag känna att det kanske missas en del...” Intervju 3

”Sen är det ju Information till patienterna och det är ju kanske lika viktigt att de anhöriga också får samma information om sjukdomen och de ser ju också kanske tidigt liksom tecken på att patienten börjar försämrans eller.. lika med barnen.. små barn förstår ju också och ser ju om mamma eller pappa eller vem det nu är börjar förändras varför de gör de och kanske skuldbelägger sig.. jag tycker att det finns mycket just med de anhöriga och kanske också för patienten också som får ett bättre stöd och som känner att de inte är ensamma.” Intervju 3

”Och hur är de runtomkring patienten då när patienten ligger inne nu då.. hur går de för ..hur kommer de att gå sen när patienten kommer hem? Vilka kontakter har patienten?.... också är min uppgift å kolla och få upp det till ytan ..Kontakten med anhöriga fungerar den?.. Finns det nåt annat sätt att hantera patienten med till exempel ..Hur..det kan vara en massa saker kring patienten som ingen har tänkt på.. ja tycker att sjuksköterskans roll på en psykiatrisk avdelning är väldigt viktig för att doktorerna träffar inte patienterna på samma sätt.. man sitter på rondan å så berättar man hur patienten har bettet sig eller hur de har varit å så.. dom följer inte me patienten ..dom går inte rondan där inne utan dom sitter då på ett speciellt sätt vilket ja e ju egentligen inte van vid.. sån som somatiken att man går runt till patienterna eller man samtalar med patienterna på ett annat sätt då.. här ska ju vi sköterskor vara patientens advokater .. tala om hur dom har bettet sig hur de har gått för dom och därmed är det väldigt viktigt att vi tar upp dom här sakerna då runtomkring patienten ..om de e nu ..ekonomiska vad finns det att göra.. finns det nånting som man inte har tänkt på, kunna lyfta upp så att det blir bra för patienten för anhöriga... Intervju 17

3.4.3. Mer patientkontakt, terapeutiska samtal och vårdplaner

Flera av informanterna framhåller bristen på tid för samtal med de inneliggande patienterna. Många efterlyser mera patientkontakt och möjligheter för att skriva individuella vårdplaner.

”Det jag känner att det blir för lite tid för egentligen.. det är att konkret sitta med patienten, det kan jag sakna, eh i samtal att få till vettiga vårdplaner individuellt kan jag sakna, att jag hinner inte riktigt med det jag skulle vilja och det tror jag handlar om endera tidsbrist eller att det är en planeringsfråga som är lite svårlost ibland.” Intervju 5

”Mycket som jag känner med samtal med patienterna som man inte hinner med att man kunde gå in mer och ha mer till viss del terapeutisk eller vad man ska säga.. att man får prata mer med dom och vårda dom på det sättet som man inte hinner idag utan det blir ju mycket att det ligger på skötarna istället. Eh å vi får gå utbildningar för att kunna hantera det och så har man ändå inte tiden att utföra det sen och det känns frustrerande..” Intervju 8

”så skulle jag vilja ha mer patientkontakt för i princip så har jag väldigt lite med patienterna att göra ..ja, det känns som att jag är på expedition (dom fem timmarna jag är på jobbet). Fastnar mycket framför datorn och i telefon så mer nära kontakt med patienterna så här ... ha ja samtal å så.” Intervju 11

”... som sjuksköterska känner jag oftast man vill vara mer ute på avdelning kanske å prata med patienterna än vad man hinner med för lära känna de kan ja tycka.” Intervju 15

”.. skulle kunna ha många fler samtal men de har ju inte vi nån av oss tid med.. typ alltså längre samtals serier eller huvudtaget samtala med patienter i lugn å ro.. Intervju 16

”jag skulle vilja ha mer tid å kunna gå in till dom å stå kvar där och ..jobba med avslappning medvetande andning göra dom här övningarna som tar en kort stund då dom gångerna ja har gjort det också va så har vi märkt att patienten blir mycket lugnare å då vill inte ha sin vid behov medicin...” Intervju 17

3.4.4. Etisk medvetenhet

Två informanter anser att det brister i etisk medvetenhet och de efterlyser mer utbildning och struktur kring arbetet med etiska analyser.

”Ja, det är brister i etisk medvetenhet också, det skulle behövas utbildning i etik och göra etiska analyser. Det är speciellt viktigt tycker jag med det när det gäller dom här patienterna med psykisk ohälsa, tycker jag. Så det känns inget roligt alls tycker jag. Vården ska bygga på god och säker vård för patienterna och det samma för dokumentationen.” Intervju 1

”Kanske det här med att många patienter kan vara dåliga på att sköta sin ADL själv och att man många gånger låter det vara att dom kan gå med smutsiga kläder i flera dagar och att man låter patienten bestämma liksom och det kan jag tycka ibland är lite oetiskt att man inte har duschat och att man kommer in å till slut blir det ju oftast att man tvångs duschas eller så men ibland kan det gå väl långa att patienten går i samma kläder och samma underkläder. Men det handlar ju om och det är ju etiskt rätt eller fel jag vet inte det är ju ett övergrepp också att bestämma över en annan person så att det är väldigt, det är ett etiskt dilemma många gånger.” Intervju 4

3.5. Rollkonflikter

I kategorin framgår subkategorierna; dokumentation enligt patient journallagen och otydlighet.

3.5.1. Dokumentation enligt patient journallagen

Sjuksköterskorna upplever att det ibland uppstår brister i omvårdnadsdokumentationen och att detta kan leda till konflikter mellan yrkesgrupperna inte minst vad det gäller ansvarsfrågor.

”Ja, det största problemet tycker jag som det är nu det är ju att det blir såna konflikter mellan skötarnas roll och sjuksköterskornas plikt enligt patientdata journal lagen så är ju vi all legitimerad personal skyldig att dokumentera och vi har utbildning och vi ska följa omvårdnadsprocessen både praktiskt och kliniskt och i dokumentationen vi ska ju följa VIPS modellen och dokumentera enligt omvårdnadsprocessen som vi har lärt oss som vi har utbildning för och då blir det konflikter när skötarna dokumenterar och inte är medveten om det ansvar vi har i och med dom omedvetet kanske diagnostiserar ett omvårdnads problem men dom vet inte att det skall göras en åtgärd enligt omvårdnads processen så ska problemet åtgärdas och det är sjuksköterskans ansvar att få problemet åtgärdat att man ska skriva upp resultatet.” Intervju 1

”Det tycker jag är ett stort problem. Dom är inte medvetna om, de har inte lärt sig omvårdnadsprocessen och att dokumentationen ska ju följa den och att det är ju vi som är ansvarig i och med att dom identifierar ett problem så är det ju vi som är skyldiga att se till att det åtgärdas på det ena eller andra sättet och att resultatet också ska följas upp.” Intervju 1

”Jo, förutom det där med samtal så har vi ju fått utbildning i t.ex. Journalanteckningar och att göra sådana saker och så kan det bli att skötarna gör det istället och man känner att de kanske inte riktigt har fått den utbildningen och har den kompetensen att utföra... att dom tar samtal med patienterna och där dom sen inte har kompetensen riktigt att inte heller utföra samtalet så som vi har fått lära oss och även inte eller har kompetensen att göra journalanteckningarna på ett korrekt sätt.” Intervju 7

3.5.2. Otydlighet

Flera av sjuksköterskorna upplever en otydlighet inför deras arbetsuppgifter och roll som psykiatrisjuksköterska.

”jag önskar de är väl att de vore mera tydligt och klart va de är jag ska göra ... å börja där liksom.. Jaha.. så att man fick en ..ja att ens roll blev mer att de blev, ja mer tydligt.. å att kanske fler respektera va man sa ibland för en del struntar i vad man säger ... auktoriteten den e inte riktigt.” Intervju 15

” de har jag ju pratat om många gånger egentligen just den känslan att jag tycker att .. att de ska vara mer tydligt och att man har mera grepp om vad man ska göra.. inte ..ja hur ska ja

utrycka mig då? Inte bara gå runt med piller ungefär för de tycker ja inte är roligt helt enkelt .. de ger mig ingenting ..utan jag tycker väl att de ska va nån tråd i det man gör för patienterna ..” Intervju 8

”jag saknar att vi hade en bredare diskussion sjuksköterskorna emellan om vad vi jobbar med och inte jobbar med och varför vi gör på det ena viset och varför vi inte gör så..” Intervju 8

”Ja, det är ju vi som ska ju leda och fördela arbetet men vi gör ju det så här på morgonen ju, ja det är väldigt.. om det är nåt slags maktbegär vissa har tycker jag.. Jag har varit med om personer som har ifrågasatt det där hierarkiska systemet som inte är medvetna om dom lagar och författningar som finns. För det är våran, sjuksköterskans uppgift att fullfölja och se tills att läkarordinationen blir utförd.” Intervju 1

”Nä, jag säger de ..att de är svårt att specificera vad man gör de är lite flytande ..Och de tycker ja att de var när jag började här första gången och de är likadant nu, jag har inte riktigt utarbetat och fått riktig kläm på. För ibland tycker ja att det är ..att jag gör saker och då visar det sig att de skulle jag inte gjort för de skratt och sen men jag gör ungefär samma saker jag försöker få till det liksom man tycker att man men ibland då är man inne å klampar på nån annans område om jag tycker att jag gör såna saker som sjuksköterska ska göra, då efter nåt samtal å när ja suttit å skrivit ner liksom vad man har varit med men då har de varit helt fel.” Intervju 15

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Syftet med den här studien var att undersöka psykiatrisjuksköterskans självrapporterande utförda arbetsuppgifter och självupplevda kompetens inom den psykiatriska slutenvården. Efter en innehållsanalys gjorts av intervjumaterialet från sjuksköterskorna utifrån de två första intervjufrågorna kunde två kategorier plockas ut. Dessa kategorier var psykiatrisjuksköterskans kompetens område och specifika arbetsuppgifter i kompetensområdet. I psykiatrisjuksköterskans kompetensområde ingick arbetsuppgifter som arbetsledare och omvårdnadsansvarig att planera fördela arbetet på avdelningen, vårdplanera, dokumentera samt läkemedelsadministration. Det specifika i kompetensområdet visade sig vara bland annat vara stöd samtal, motiverande samtal och undervisning med information om olika sjukdomstillstånd. Sjuksköterskorna skulle också ha en övergripande helhetssyn och se både det psykiska och somatiska. Patienterna vårdas ibland under tvångsvård och sjuksköterskorna skulle vara väl insatta i det juridiska.

Efter innehållsanalys av de transkriberade intervjuerna utifrån de två senare intervjufrågorna forma tre kategorier; arbetsuppgifter utanför kompetensområdet, arbetsuppgifter som psykiatrisjuksköterskan saknar samt rollkonflikter. Sjuksköterskorna tog främst upp det faktum att de hjälper doktorerna med olika administrativa uppgifter samt att en del kuratorsarbete hamnar på sjuksköterskornas bord. Arbetsuppgifter som sjuksköterskorna saknar främst är mer aktiviteter för patienterna, mer patientkontakt, bättre samarbete med vårdgrannar och anhöriga samt en ökad etisk medvetenhet i omvårdnads och dokumentationsarbetet. Sjuksköterskorna upplevde även rollkonflikter i sitt arbete som mest berodde på olika otydligheter inom arbetsgruppen.

4.2 Resultatdiskussion

Psykiatrisjuksköterskans främsta uppgift var att ta hand om människor som mår psykiskt dåligt. Resultatet visade att i de sedvanliga arbetsuppgifterna ingick att ta emot patienter och anhöriga, informera anhöriga, informera läkare, informera personal samt övrig personal. Som arbetsledare fördela arbetsuppgifter som skulle göras under dagen. I ansvarsområde ingick en del dokumentationsarbete som upplevdes ta mycket expeditionstid enligt sjuksköterskorna. En noggrann dokumentation av t.ex. sjuksköterskornas ställningstaganden, åtgärder och resultat av insatser i patientens journal är av stor betydelse för vårdens kvalitet. Alla omvårdnadsåtgärder skall journalföras för att uppnå en god och säker vård (SFS, 1985:562).

Resultatet visade att sjuksköterskans observationer och rapporteringar var viktiga och skulle leda till åtgärder och resultat samt vårdplaneringar. Bishops och Ford - Bruins studie (2003) framgår bland sjuksköterskorna en oro för att deras bidrag till bedömningar trots 24 timmars vård var begränsad. Hamilton och Manias (2007) anser å andra sidan att psykiatrisjuksköterskor har en speciell förmåga att lyssna, ställa frågor och samtala med patienterna samt hur sjuksköterskor medvetet dolt sina metoder för observation, för att inte provocera patienterna. Buchanan – Barker och Barker (2005) menar att psykiatrisjuksköterskans observationer krävde en god och mellanmänsklig relation till patienten med personer som ansågs vara i riskzonen. Sjuksköterskorna fungerade dessutom som spindeln i nätet i när det gällde samordning av olika kontakter runt omkring patienten samt i vårdplaneringar. Bemötandet av patienter och anhöriga var viktig och att de fick känna sig delaktiga i vården. Information tillsammans med förmågan att skapa trygghet i samtalen var en viktig faktor och för att förhindra konflikter under vårdtiden. Grunden menar Shatell,

McAlister, Hogan och Thomas (2006) för psykiatrisk omvårdnad är relationen mellan sjuksköterska och patient som kräver kunskap av individen och förståelse av patientens uppfattningar och intressen. Deltagarna i studien av Fourie, McDonalds, Connor och Barlett (2005) menade att den terapeutiska relationen i samtalen var en grundläggande roll i den slutna vården.

Resultatet visade också läkemedelsadministration tog upp mycket av patienttiden och det innebar en hel del information om mediciner. Kunskaper om säker tillämning av läkemedelsbehandling och möjliga biverkningar är ett krav enligt Bowers (2005) för en god och säker vård. Administrering av läkemedel var en viktig och komplicerad arbetsuppgift i den psykiatriska omvårdnaden. Haglund (2004) beskriver att läkemedelsadministration ofta skapar förutsättningar för sjuksköterskan att bilda sig en helhetssyn av patientens omvårdnadsbehov, undervisa patienten samt att den ger patienten möjligheter att ta upp problem och samtala med sjuksköterskan om dessa. Sjuksköterskorna undervisade också om hur patienten kan hantera t.ex. sin ångest och andra sjukdomstillstånd att det finns olika utvägar, att inge hopp utan att ta över. Holmes (2006) hävdar att den framtida psykiatrins arbetskraft bör ha en specialistexamen och fokusera mer på att ta fram patientens friskfaktorer och för att minska riskerna i omvårdnaden. Istället för att bara vara ombud för läkemedels administration som den traditionella rollen innebar.

Det framgick också i resultatet när patienter vårdades under LPT, lagen om tvångsvård (1991: 1128), så blev det speciella inskrivningar som sjuksköterskorna gjorde och de skulle vara väl insatt i det juridiska. Vidare så kunde LPT- patienterna skrivas ut till hemmet till öppen tvångsvård och det förutsatte bl.a. att patienten behövde iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatriskvård och att de skulle ta emot ordinerad behandling. Den första september 2008 infördes en ny vårdform, öppen psykiatrisk tvångsvård i lagen (1991: 1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård i lagen (1991: 1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Det innebar att en patient som inte har ett oundgängligt behov av vård på sjukhus för kvalificerad dygnet runt vård kunde vårdas under tvång med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård i samarbete och ansvarsfördelning med landsting och kommuner. Återintagning kunde ske om chefsöverläkaren ansåg att en patient återigen uppfyllde förutsättningarna för slutna psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisktvångsvård inte kunde tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen eller att risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag krävde återintagning.

Det största problemet med att utföra andra yrkesgruppers arbetsuppgifter ligger i riskerna att utföra arbetsuppgifter som inte ingår i sjuksköterskornas kompetensområde som att hjälpa läkare med sysslor som de egentligen saknar behörighet att utföra. Kripalani, Badanapuram och Bell studie (2007) tar upp problemet med felmedicinering inom slutenvården. Misstag i samband med insättningen och förskrivningen av läkemedel har visats sig vara den enskilda största faktorn till anmälda misstag inom slutenvården. Att sjuksköterskor tar på sig och utför vissa av läkarnas arbetsuppgifter som att sätta in och ”pila” läkemedel i datorjournalens läkemedelsmodul och till och med förskriver recept åt doktorer som inte kan hantera dataprogrammet borde öka riskerna att fel begås. Detta är även en ansvarsfråga som om misstags sker skulle kunna leda till att en sjuksköterska förlorar sin legitimation.

Arbetsuppgifter som psykiatrisjuksköterskorna främst saknade enligt undersökningen var olika aktiviteter, behandlingar för de inneliggande patienterna samt att sjuksköterskorna ville ha mera patientkontakt. Studier bekräftar detta faktum att utbytet mellan sjuksköterskor och patienter ofta är begränsat till läkemedelshantering inom den akuta slutenvården (Hamblet, 2000). Många av sjuksköterskorna efterfrågade mera tid för samtal med patienterna, terapeutiska samtal. Bowers, Luring och Jacobson (2000) tar upp problemet med tidsbristen inom vården. Sjuksköterskorna i studien uppgav att de hade svårt att hinna utföra nödvändiga uppgifter och att det nästan var omöjligt att spendera tillräckligt med tid med vårdtagarna. Sammanfattningsvis hävdas i studien att en ökad personalstyrka skulle kunna förbättra kvalitén på vården. Nedskärningarna inom vården leder ofta till minskad personalstyrka som i sin tur påverkar vårdkvalitén negativt och detta ställer stora kvar på personalens moraliska medvetenhet för att bibehålla så god kvalité som möjligt på vården trots ökad en tidsbrist beaktas (Weiss, Malone, Merighi, & Benner, 2009).

Forskning visar att grunden för att kunna hjälpa patienterna ligger i att förstå dem och ta sig tid till det. Patienternas erfarenheter av att känna sig förstådda ökar deras förmåga till att förstå sig själva och därmed även kunna hjälpa sig själva. Tre huvudteman visade sig vara viktiga för patienterna; känslan av att var viktig, känslan av samhörighet och känslan av att sjuksköterskorna befann sig på samma nivå som patienterna (Shattell, McAlister, Hogan & Thomas 2006).

Flera av de intervjuade sjuksköterskorna önskade sig ett bättre samarbete med andra vårdgivare och anhöriga som finns runt omkring patienterna för att öka kvalitén på vården av

patienten. Studier bekräftar detta och visar på att anhöriga i de flesta fall är en resurs att tillgå och att skapa en förtroendefull relation med anhöriga ofta leder till en bättre vård av patienten (Hertzberg, Ekman & Axelsson 2002).

Kompetens utvecklig från novis till expert sker främst genom den erfarenhet som sjuksköterskan skaffar sig genom att vara verksam under en längre tid. När teoretisk kunskap och erfarenhet kombineras med reflektivförmåga samt den egna personligheten kan expertkunnandet uppstå och novisen utvecklas till expert (Benner, 1993). Författarna upplevde vissa skillnader i informanternas intervju svar gällande deras kompetens. Intervjupersonernas utbildningsnivå och yrkeserfarenhet visade sig ha en viss betydelse för svaren, men inte minst olika personliga egenskaper hos den intervjuade var av vikt.

Studier visar att adekvat fortbildning och yrkeshandledning bidrar till att främja sjuksköterskornas kompetensutveckling (Josefsson, Sond & Robins- Wahlin, 2006). Avsaknaden av kompetent handledning framkom hos vissa av informanterna. De efterfrågade regelbunden yrkeshandledning för att få stöd i sitt utövande av yrket samt ökade kunskaper.

Två informanter anser att det brister i etisk medvetenhet och de efterlyser mer utbildning och struktur kring arbetet med etiska analyser. Vård av människor och inte minst psykiatriskvård innebär ständiga etiska bedömningar och utvärderingar. Detta betonar även Svedberg (2002) i sin avhandling som beskriver att sjuksköterskor dagligen ställs inför svåra etiska ställningstaganden. Handledning och liknande forum på arbetsplatsen kan vara ett sätt att möta dessa behov samt öka kunskapen och förståelsen för dessa frågor hos hela personalgruppen. Att en ökad utbildnings nivå skulle bidra till att öka den etiska medvetenheten beskriver även Furåker och Nilsson (2009) i sin studie där de anser att vårdvetenskapliga kunskaper ökar vårdarens möjligheter att uppfatta sin roll samt skyldigheter rörande etiska kravet gentemot patienten.

När det gäller etiska problem i samband med journaldokumentationen finns detta beskrivet ICN: S etiska koder för sjuksköterskor (2007).

”Sjuksköterskans primära ansvar är att ge människor vård. I vårdarbetet verkar sjuksköterskan för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras. Sjuksköterskan ansvarar för att den enskilda individen får information som ger förutsättningar till samtycke för vård och behandling. Sjuksköterskan behandlar information, som individen ger, konfidentiellt samt

använder sitt omdöme när information delges andra. Använder system för journalföring och informationshantering som garanterar sekretess. Utvecklar medvetenhet om specifika och överlappande funktioner där det kan uppstå motsättningar mellan yrkesgrupper. Utvecklar strukturer på arbetsplatsen som stödjer allmänna, professionella och etiska värderingar och förhållningssätt. Utvecklar metoder för att skydda individen, familjen eller samhället när vården hotas av vårdpersonalens handlande.”

Sedan första januari 1986 har det varit lag på att sjuksköterskor skall dokumentera omvårdnaden, juridiskt sett är omvårdnadsåtgärder som inte dokumenteras är heller inte utförda (SFS, 1985:562). Sjuksköterskorna i studien upplevde brister i och konflikter i samband journaldokumentationen. Två sjuksköterskor tog upp problemet med att skötarna saknar utbildning i omvårdnadsprocessen och patientjournalagen samt att dokumentationen skall följa den och att det är sjuksköterskan som är ansvarig för omvårdnaden även om skötare identifierar ett problem så är det ju den legitimerade sjuksköterskan som är skyldiga att se till att det åtgärdas på det ena eller andra sättet och att resultatet även skall följas upp.

Undersökningen styrker tidigare forskning som visar på att flera av psykiatrisjuksköterskorna upplever sin roll som otydlig samt att de finner en osäkerhet kring vissa av sina arbetsuppgifter (Rungapadiachy, Madill & Gough, 2006). En annan studie tar upp vikten av en tydlig arbetsbeskrivning och mål för nyexaminerade psykiatrisjuksköterskor på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning för att undvika osäkerhet i deras kompetensområde (Patterson, Curtis, & Read, 2008).

4.3 Metoddiskussion

I genomförandet av studien valde författarna en kvalitativ deskriptiv design för att utifrån frågeställningarna för att få en djupare förståelse för hur psykiatrisjuksköterskor inom slutenvården upplever sina utförda arbetsuppgifter och självupplevda kompetens inom den psykiatriska slutenvården.

Informanterna valdes ut genom ett proportionellt stratifierat slumpmässigt urval där sjuksköterskorna delades in i två lika stora grupper. Författarna anser att undersökningsgruppen också blev en heterogen grupp sjuksköterskor där åldersspridningen och yrkeserfarenheten var väldigt varierad, vilket åtminstone gör studien representativ nationellt sett. Att endast en av de 19 intervjupersonerna var man är heller ingen nackdel utan det kan ses som representativt för den aktuella kliniken. Enligt Denscombe (2000) kan

forskarens identitet påverka vad informanterna uttrycker. Författarna är själva verksamma vid kliniken där studien har genomförts varav författare och informanter var ytligt bekanta samt i vissa fall kollegor sedan tidigare. Detta kan ha lett till att vissa av intervjuerna blev mer slutna då det kan tänkas att informanterna inte ville lämna ut saker om sig själva till någon som man känner. Å andra sidan kan detta upplevas som en fördel i och med att informanterna på så sätt kände sig tryggare och mer avslappnade och kunde eventuellt göra intervjuerna mer öppna. Enligt Olsen och Sörensen (2007) ligger konsten i en intervju i att vara neutral, samtidigt som man måste vara nära och lyhörd för informantens budskap. Författarna hade konstruerat en frågeguide som innehöll fyra öppna frågor. Författarna anser att formuleringen av frågorna är viktig och av avgörande betydelse för innehållet av intervjuerna och hur användbart materialet blir för fyndet i förhållandet till syftet. Fråga nummer tre; Utför du arbetsuppgifter som du anser inte ingår i ditt kompetensområde? Hade en tendens att misstolkas av och krävde ofta ett förtydligande utav författarna. Detta hade kunnat undvikas om författarna hade valt att skicka sin frågeguide till deltagarna i förväg, men då hade de å andra sidan kunnat ”repetera” in sina svar och i efterhand anser författarna att beslutet de tog var rätt och att intervjuerna trots allt blev lyckade.

Resultatets tillförlitlighet refererar till studiens; trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman 2004). Trovärdigheten stärktes genom att författarna använde sig av semistrukturerade intervjuer med följdfrågor som datainsamlingsmetod för att få fram så mycket som möjligt utifrån syfte och frågeställning under analysprocessen (Polit & Beck, 2004; Graneheim & Lundman 2004). De intervjuade sjuksköterskor, 19 stycken berikade resultatet med en stor variation av ålder, arbetslivserfarenhet samt kompetens. För att öka trovärdigheten har författarna använt sig av representativa citat från den transkriberade texten. Pålitligheten är stor då intervjuerna genomfördes under tre veckor och att inga förändringar gjordes under tiden av analysprocessen. Överförbarheten anser författarna borde vara stor på liknande arbetsplatser d.v.s. psykiatriska slutenvårds avdelningar men begränsade i andra sammanhang. Det är läsarens beslut om huruvida resultaten är överförbara till ett annat sammanhang.

4.3.2 Kliniskt tillämpning

Resultatet av denna intervjustudie skulle kunna användas för att utveckla en arbetsbeskrivning för psykiatrisjuksköterskor samt för att utveckla vårdinnehållet för patienterna. Detta i sin tur skulle kunna öka sjuksköterskornas arbetstillfredsställelse och förbättra vården för patienterna.

4.3.1 Slutsats

Författarna anser att en tydligare arbetsbeskrivning, bättre ansvarsfördelning mellan de olika yrkesgrupperna samt en mer strukturerad vård av patienterna skulle minska otydligheten och osäkerheten för psykiatrisjuksköterskorna.

5. Referenser

Alber, L., Augustus, L., Hahn, S., Penkert, J., Sauer, R., & DeSocio, J. (2009). Applying Benner's Model to Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Self-Ratings of Role Competence. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15, No. (2), 126-137.

Arvidsson, B., Löfgren, H., & Fridlund, B. (2001). Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 9, (3), 161-71.

Barker, P., Jackson, B., & Stevenson, P. (1999). What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6, 273-282.

Barker, P. J., & Walker, L. (2000). Nurses' perceptions of multidisciplinary teamwork in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, (6), 539-46.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P. (1995). A response by P. Benner to K. Cash, "Benner and expertise in nursing: a critique. *International Journal Nursing Student*, 32, (6), 527-34.

Bishop, D., & Ford-Bruins, I. (2003). Nurses' perceptions of mental health assessment in an acute inpatient setting in New Zealand: A qualitative study. *International Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12, 203-212.

Bowers, B. J., Luring, C., & Jacobson, N. (2000). How nurses manage time and work in long term care. *Journal of Advanced Nursing*, 33, (4), 484-491.

Bowers, L. (2005). Reasons for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 231-236.

Buchanan – Barker, P., & Barker, P. (2005). Observation: the original sin of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 541-549.

Camerond, D., Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse–patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 64–74.

Clarke, L. (2006). So what exactly is a nurse? *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 388-394.

Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken*. Sverige: Studentlitteratur AB.

Edwards, D., & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2), 169-200

Elsom, S., Hapell, B., & Manier, E. (2009). Informal role expansion in Australian mental health nursing. *Perspective psychiatric Care*, 45, (1), 45-53.

Furåker, C., & Nilsson, A. (2009). The competence of certified nurse assistants caring for persons with dementia diseases in residential facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, (2), 146 – 152.

Fourie, W. J., McDonalds, S., Connor, J., & Bartlett, S. (2005). The role of the registered nurse in a acute mental health inpatient setting in New Zealand: perceptions versus reality. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, (2), 134-41.

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, (2), 105-112.

Haglund, K., von Essen, L., von Knorring, L., & Sidenvall, B. (2004). Medication administration in inpatient psychiatric care – get control and leave control. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 229–234.

Hamblet, C. (2000). Obstacles to defining the role of the mental health nurse. *Nursing standard*, 14, (51), 34-37.

Hamilton, B.E., & Manias, E. (2007). Rethinking nurses 'observations: psychiatric nursing skills and invisibility in acute inpatient setting. *Social Science Medicine*, 65, (2), 331-43.

Hedelin, B., & Jansson, S. (2004). *Psykiatrisjuksköterskans förebyggande arbete i primärvård*. Arbetsrapport 2004:1.

Hellzén, M., Lind, I., Dahl, A., & Hellzén, O. (2005). Psychiatric nurses' attitudes towards identified inpatients as measured by semantic differential technique. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19, 12-19.

Hertzberg, A., Ekman, S.L., & Axelsson, K. (2003). Relatives are a resource, but...'; Registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 413-441.

Holmes, C.A. (2006). The slow death of psychiatric nursing: what next? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 401-415.

Horton-Deutsch, S., & Sherwood, G. (2008). Reflection: an education strategy to develop emotionally –competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 16,(8),946-54.

Hung, B.J., Huang, X.Y., & Lin, M.J. (2009) The first experiences of clinical practice of psychiatric nursing students in Taiwan: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 2, 5.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (2007). Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm.
Åtkomst april 9,2009,från
<http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf>

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

Kralik,D.,Koch, T.,& Wotton,K. (1997). Engagement and detachment: understanding patients`experiences with nursing. *Journal of Advanced Nursing*,26, 399-407.

Kripalani, M., Badanapuram, R., & Bell, A. (2007). Audit on inpatient prescription writing guidelines. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 598–600.

Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991: 1128). Åtkomst april 3,2009, från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19911128.htm>

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

Mc Loughlin, K.A., & Fitzpatrick, J.J. (2008). Self reports of recovery- oriented practices of mental health nurses in state, mental health institutes: development of a measure. *Issues Mental Health Nursing*, 29(10), 1051-65.

Olsson, H., Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Patientjournallagen (1985:562.) Åtkomst april 7,2009, från <http://www.notisum.se/rnp/sls/fakta/a9850562.htm>

Patterson, C., Curtis, J., & Read, A. (2008). Skills, knowledge, and attitudes expected of a newly – graduated mental health nurse in an inpatient setting. *International of Journal Mental Health Nursing*, 17, (6), 410-8.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Company.

Rungapadiachy, D. M., Madill, A., & Gough, B. (2006). How newly qualified mental health nurses perceive their role. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 533–542.

Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson–Wilde, B. (2006). Patients perceptions of the concept of quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15, (1), 93-102.

Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson–Wilde, B. (2007). Next of kin's conceptions of the quality of care in psychiatric setting: a phenomenographic study. *International of Journal Mental Health Nursing*, 16, (5), 307-17.

Shattell, M. M., McAllister, S., Hogan, B., & Thomas, S. P. (2006). “She took the time to make she understood”: Mental health patients' experiences of being understood. *Archive Psychiatric Nurse*, 20, (5), 234-41.

SOU 1995:58. *Utredning om kompetens och kunskapsutveckling*. Socialdepartementet.

SoS 1995:5. *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. (1995) Stockholm; Socialstyrelsen Allmänna råd.

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Åtkomst april 28,2009, från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>

Solheim, K., Mc Elmurry, B. J., & Kim, M. J. (2007). Multidisciplinary teamwork in US primary health care. *Social Science Medicine*, 65, 622-34.

Strömberg, H., & Ericksson, H. (2006). *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Danmark: Studentlitteratur.

Svedberg, G. (2002). Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft. *Avhandling, Karolinska institutet, Stockholm*. Åtkomst april 9, 2009, från <http://diss.kib.ki.se/2002/91-7349-106-3/thesis.pdf>

Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening. 2008. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Åtkomst november 11, 2008, från http://www.psykriks.se/psykiatri_tillwebb.pdf

Weiss, S.M., Malone, R.,E., Merighi, J.,R., & Benner, P. (2009). Economism, efficiency, and moral ecology of good nursing practice. *The Canadian journal of nursing research*, Mar;41(1):340-64.

Wortans, J., Happel, B., & Johnstone, H. (2006). The role of the nurse psychiatric/ mental health nursing: exploring consumer satisfaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 78-84.



**HÖGSKOLAN
I GÄVLE**

Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Till verksamhetschef - vid - Vuxenpsykiatrien.-----

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

Kort beskrivning av studiens uppläggnig

Introduktion

Psykiatrisjuksköterskan har funnits som yrkesgrupp sedan början av 1900 – talet. Olika studier visar att det finns behov av psykiatrisjuksköterskans profession. När det gäller t.ex. läkarens medicinordination så föredrar patienterna att höra det förklarad från psykiatrisköterskan mer konkret och att det kändes bättre att ställa viktiga frågor gällande medicineringen till psykiatrisjuksköterskan.

Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård har sjuksköterskan en viktig uppgift i att utforma omvårdnaden efter patienters behov. Arbeta hälsofrämjande oavsett patientens hälsotillstånd medverka till att patientens resurser beaktas och tas tillvara. Samverka och samarbeta med patientens naturliga nätverk, olika insatser och vårdgrannar i samhället. Psykiatrisjuksköterskan har även en viktig uppgift utifrån sin specifika kompetens att utbilda och handleda kollegor, andra medarbetare, studenter samt att på ett adekvat sätt sprida information om psykisk ohälsa till arbetsgivare, nätverk och samhället i stort. Målsättningen med multidisciplinära team där varje yrkesgrupps specifika kompetens ska bidra till patientens vård och behandling, innebär ett erkännande och ett förutsättande av att kompetensområden är olika. Ofta likställs kompetens inom det psykosociala området och olika professioner uppfattas sinsemellan utbytbara trots stora skillnader i inriktning i grundutbildningarna.

Författarna anser att många sjuksköterskor inom den psykiatriska slutenvården upplever att arbetsbeskrivning saknas och att psykiatrisjuksköterskor kompetensområde är otydlig samt att gränserna mellan de olika yrkeskategorierna på avdelningen (sjuksköterskor, skötare, kurator samt läkare) är diffusa och att arbetsuppgifterna ofta går in i varandra. Detta medför att många psykiatrisjuksköterskor känner en osäkerhet i sin yrkesroll inom slutenvården samt att deras önskan om utförda arbetsuppgifter inte alltid stämmer överens med verkligheten, vilket i sin tur kan leda till en känsla av otillräcklighet.

Frågeställning

Vilka arbetsuppgifter anser psykiatrisjuksköterskan ingår i deras kompetensområde?

Utför psykiatrisjuksköterskan de arbetsuppgifter som de har kompetens för?

Syfte

Syftet med studien är att undersöka psykiatrisjuksköterskans själv rapporterade utförda arbetsuppgifter och själv upplevda kompetens inom den psykiatriska slutenvården.

Metod

Studien är en empirisk intervjustudie av kvalitativ karaktär.

Urval

Intervjuer kommer att genomföras med 20 sjuksköterskor verksamma inom den psykiatriska slutenvården på ett mellanstort sjukhus i södra Norrland.

Etiska aspekter

Tillstånd för undersökningen kommer att skriftligen sökas hos berörd verksamhetschef. Intervjuerna vänder sig endast till personal och syftet är att få fram konkreta handlingar och inte olika värderingar och förhållningssätt. Samtliga intervjuade sjuksköterskor kommer att informeras om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst.

Studerandes namn

Gudrun Skuladottir

Monica Backström

Handledares namn

Urban Torstensson

Gerth Hedov

Tillstånd erhålles

Ja

Nej

Verksamhetschef

Ort och datum

Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Till berörda sjuksköterskor på avdelning

Vi är två studenter som läser specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård. Under våren arbetar vi med vårt examensarbete. Syftet med studien är att undersöka hur psykiatrisjuksköterskan upplever sina arbetsuppgifter och sin kompetens inom den psykiatriska slutenvården.

Intervjuer kommer att genomföras med sjuksköterskor verksamma inom den psykiatriska slutenvården. Du tillfrågas härmed om Du vill medverka, din medverkan är helt frivillig och Du kan avbryta när som helst och utan förklaring. Materialet behandlas konfidentiellt, dvs. ingen annan än vi själva kommer att känna till Ditt svar; intervjuutskriften kommer att avidentifieras så snart den är utskriven.

Vid frågor var god kontakta undertecknade.

Ni kommer att kontaktas av oss via telefon efter en vecka ang. förfrågan om att delta i studien.

Gudrun Skuladottir. vfk04gsi@student.hig.se

Monica Backström. vs03mbm@student.hig.se

Handledare; Urban Torstensson. unt@hig.se

Handledare; Gert Hedov. ghw@hig.se

Frågeguide

Bakgrundsfrågor.

- Kön
- Ålder
- Yrkeserfarenhet, antal år inom yrket. Tidigare yrken.
- Utbildningsnivå, VUB.

Intervjufrågor.

1. Vilka arbetsuppgifter på avdelningen utför du som psykiatrijuksköterska?
2. Vilka arbetsuppgifter är specifika för ditt kompetensområde som psykiatrijuksköterska?
3. Utför du arbetsuppgifter som du anser inte ingår i ditt kompetensområde?
4. Finns det arbetsuppgifter som du skulle vilja utföra på avdelningen?

Övergripande frågeställningar.

Vilka arbetsuppgifter anser psykiatrijuksköterskan ingår i deras kompetensområde?

Utför psykiatrijuksköterskan de arbetsuppgifter som de har kompetens för?