

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi.

Sjuksköterskors uppfattningar av begreppet
psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom.
- en fenomenografisk studie

*Anne-Lie Stanzé-Svensson & Camilla Svensson
September 2009*

Examensarbete, 15poäng, D-nivå
Vårdvetenskap

**Vårdvetenskap D:2, 15 poäng
Examinator: Agneta Schröder
Handledare: Ann-Charlotte Karlsson**

1. Inledning

Bipolär sjukdom medför en stor hälsorisk för den enskilt drabbade. Det finns även risk för kroppslig ohälsa, samsjuklighet med andra psykiatriska sjukdomstillstånd, missbruk och en hög frekvens av självmordsförsök och självmord. Det innebär en stor belastning för familj och närstående samt stora kostnader för samhället (St John, 2005). Begreppet bipolaritet har vidgats under 1990-talet framför allt genom det stora inflytandet som den amerikansk-armeniske psykiatriker Hagop S. Akiskal numera i San Diego har utövat (Akiskal. & Mallaya, 1987). Bipolär sjukdom karakteriseras av episoder av manier och depressioner. Den övervägande delen av tillståndet är dock depressioner (Judd et al. 2002, Lewinsohn, Seelsy & Klein, 2003, Post et al. 2003). Bipolär sjukdom kan allvarligt påverka patienter och deras anhöriga (Goossens, Hartong, Knoppert-van der Klein & Achterberg, 2008). Bipolär sjukdom är en livslång sjukdom som behöver behandlas för att undvika långsiktigt handikapp och det medför en ökad risk för suicid (Cullen-Drill, Smith, & Morris, 2008).

2. Introduktion

2.1 Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är en livslång affektiv sjukdom som karakteriseras av maniska eller hypomaniska och depressiva episoder (St John, 2005). Det är ett svårt återkommande psykiskt tillstånd med en ärftlighet på 85 %. Den multifaktoriska etiologin karakteriseras av interaktioner mellan dispositiva gener och miljöer (Hajek et al. 2008). En tidig debut av sjukdomen leder till ökade svårigheter, psykosociala försämringar och en svårare sjukdomsbild. Det innebär även en större risk för suicid (Ernst & Goldberg, 2004, Schurhoff et al. 2000). Bipolär sjukdom förväxlas ofta med andra psykiska sjukdomar som depression, ångest eller paniksyndrom samt borderline personlighetsstörning (Perlis, 2005). Akut mani medför svåra symtom och kräver ofta sjukvård. Agitation, aggression, irritation, psykoser och dåligt omdöme resulteras ofta med inläggning. Det gäller dock inte alla maniska patienter (Sachs & Gardner-Schuster, 2007).

Akiskal & Mallaya (1987) beskriver fem olika bipolära tillstånd. Benämningen på dessa är Bipolär I, Bipolär II, Bipolär II 1/2, Bipolär III, Bipolär IV. Bipolär I är den klassiska manodepressiva sjukdomen. Den maniska fasen är en av de utmärkande polerna i Bipolär I. Denna mani gör ofta att individen hamnar i psykosens värld. Depressionen som följer med är den av en svårare grad. Bipolär II utmärks av kortare intervaller mellan depression och mani, här

talar man om hypomani. Det är inte ett helt obekvämt tillstånd för individen upplever sig mera klartänkt och kreativ än annars. Tyvärr kan det leda till ett slösaktigt leverne med svåra ekonomiska förhållanden som följd. Baksidan är den djupa depressionen som är den andra polen i Bipolär II. En depression som ska tas på allvar. Där både självmordsförsök och självmord är vanligt. I Bipolär II är det depressionen som är grundläget. Tillståndet Bipolär II ½ upptäcks oftast hos yngre personer och diagnosen personlighetsstörning/borderline är vanlig. Dessa tillstånd orsakar ofta intoxikationer och andra självdestruktiva handlingar och kan bäst beskriva som återkommande svåra depressions insjuknanden och cyklotyma stämningssvängningar med en duration kortare än fyra dygn både på den depressiva och hypomana fasen. Akiskal & Mallaya (1987) menar att Bipolär III är en så kallad unipolär depression som vid behandling med antidepressiva läkemedel svarar med att gå upp i en hypoman fas, vilket är ett tecken på en underliggande bipolaritet. Bipolär VI kan bäst beskrivas i termen ”hypertymdepression”. Hypertym står för ett mer kontinuerligt temperament utan några svängningar men med återkommande djupa depressions insjuknanden (a a).

2.1.1 Depressiv episod

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) benämner depressiv episod med minst två av de tre första symtomens ska finnas och sammanlagt skall minst fyra symtom ingå. Beroende på antalet och svårighetsgraden av symtomen skiljer man på lindrig, måttlig och svår depression.

1. Nedstämdhet.
2. Brist på intresse eller nöje i aktiviteter som normalt är trevliga.
3. Minskad energi eller ökad uttrötthet.
4. Minskat självförtroende eller självkänsla.
5. orimliga självföreläsa eller överdriven och obefogad skuldkänsla.
6. Återkommande tankar på död eller självmord; självmordshandling.
7. Nedsatt förmåga att tänka eller koncentrera sig, obeslutsamhet och vankelmod.
8. Agitation och hämning.
9. Sömnstörning.
10. Minskad eller ökad aptit, med motsvarande viktändring (World Health Organization, 2003).

2.1.2 Manisk episod

För en hypoman episod är kriterierna det samma med undantag för att en duration på fyra dagar är tillräcklig och att symtomen endast ger en lindring störning av den sociala funktionen.

- Varaktig förhöjd, expansiv eller irriterad sinnestämning under minst en vecka.
- Minst tre (fyra om sinnestämningen är irriterad) av följande symptom som påtagligt skall störa den sociala funktionen.

1. Hyperaktivitet eller rastlöshet.
2. Talträngdhet.
3. Tankeflykt eller upplevelse av att tankarna flyger iväg.
4. Minskade hämningar så att beteendet blir opassande.
5. Minskat sömnbehov.
6. Förhöjd självkänsla eller storhetsidéer.
7. Avledbarhet eller ständiga förändringar i aktiviteter och planer.
8. Hänsynslöst, oansvarigt beteende.
9. Ökat libido eller sexuella snedsprång (World Health Organization, 2003).

Både Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) och International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10 (World Health Organization, 2003) uppger kriterier för bipolär sjukdom. Båda definierar liknande kriterier men skiljer sig vad gäller antalet episoder för diagnostisering, betydelsen mellan bipolär I och II samt kriterierna för en manisk episod.

2.2 Psykiatrisk omvårdnad

Psykiatrisjuksköterskans arbete innebär möten med patienter vars sjukdom yttrar sig i olika former av lidande. Lidandet ger sig i uttryck genom ångest, nedstämdhet, psykotiska upplevelser samt våld. Alliansen sjuksköterska och patient kan hos sjuksköterskan väcka starka känslor i form av stress, hjälplöshet, rädsla, ångest, medlidande och brist på tillit i arbetet. Alliansen kan också vara en känsla till positiva känslor i sjuksköterskerollen. Det kan vara relaterat till att patientens hälsa förbättras eller att det finns en fungerande vårdrelation som fungerar bra för båda parter (Ohlson & Arvidsson, 2005). Omvårdnadens huvudsakliga målsättning är att främja hälsa ur det individuella perspektivet. Där sjuksköterskan intar en unik och central ställning för det hälsofrämjande arbetet med patienten. Det har dock visat sig

att sjuksköterskor i kliniks verksamhet inte är tillräckligt medvetna om att det övergripande målet med omvårdnaden är att stärka patientens hälsa. Därför är det betydelsefullt att psykiatrisk omvårdnadspersonal har kunskap om samspelets betydelse (Arvidson & Skärsäter, 2006). Hummelvoll definierar psykiatriskomvårdnad som:

”Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfresstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer” (Hummelvoll, 2006, sid 46).

Det är viktigt att sjuksköterskor ökar sin medvetenhet om omvårdnadens värdegrund och att de ska ställa krav på kompetens utveckling. Den erfarna sjuksköterskan har med tiden skaffat sig en samling av inre bilder och tolkningar som hon eller han använder sig av för att se alternativa lösningar (Samarasinghe & Arvidson, 2005).

Modellen den goda omvårdnadens dörr bygger på att tydliggöra nycklar till en god omvårdnad. Den bygger på förståelse, empati, tillit, hållbarhet, kunskap, uthållighet och förtroende. För personer med bipolär sjukdom kan det vara svårt att sätta ord på sin problematik. Detta är vanligt hos personer som drabbas av psykisk ohälsa (Arvidson & Skärsäter, 2006).

Omvårdnad inom slutenvård för sjuksköterskan innebär flera olika arbetsuppgifter. De ska bland annat ansvara för att miljön har en bra ändamålsenlig struktur med en bra standard som befrämjar trygget och självständighet. Sjuksköterskan ska genom samvaro och kommunikation, samla in data för att kunna bedöma vilka omvårdnads åtgärder som patienten är i behov utav samt kunna genomföra och planera dem. De ska även vara medansvariga för att överföra patienter till annan behandling eller vårdform.Handledning för studenter, medarbetar och anhöriga ingår även i sjuksköterskans arbetsuppgifter (Løkensgard, 1997). I en studie gjord av Pollack & Cramer (2000) framkom att patienter som vårdas på sjukhus, hade ungefär tre

fjärdedelar uppfattningen att det var svängningar i stämningläget som var den viktigaste orsaken till varför de behövde sjukhusvård. Knappt en femtedel av patienterna hade uppfattningen att det största problemet var av social karaktär medan ett fåtal i studien upplevde att de inte hade några problem.

2.2.1 Omvårdnad vid en depressiv episod

Sjuksköterskan kan inte vänta sig själv att kunna påverka depressionens djup eller förlopp. Omvårdnads mål vid depressionstillstånd bör vara: lindra patientens besvär, få stöd och förståelse för sitt tillstånd, försöka stärka patientens självförtroende, att patienten ska komma ur depressionen utan bestående men, erbjuda närmast anhörig avlastning och att patientens nätverk uppträder lämpligt med hänsyn till patientens tillstånd. Det är bara när patientens omvårdnadsbehov är mycket omfattande som slutenvård är nödvändig (Løkensgard, 1997).

2.2.2 Omvårdnad vid manisk episod

Patienter med maniska symtom blir lätt överstimulerade och det är viktigt att skydda dem mot intryck för att motverka att deras tankeverksamhet stimuleras på ett negativt sätt. Det första som bör beaktas är dosering av kommunikation. Informationen som ges ska vara konkret och vädja till patientens realitetsmedvetenhet och självkontroll. Patientens samvaro med medpatienter, personal och övriga bör begränsas. Omgivningen skall vara lugn och stabil. Omgivningen skall innehålla intryck som förekommer i vardagsmiljöer. Det är viktigt att avskärmningen inte får leda till en alltför fattig och tom miljö på intryck. Det måste finnas något som kan sysselsätta patientens livliga tankeverksamhet och aktivitetsbehov. Det innebär att det är viktigt att patienten får möjlighet till fysisk aktivitet och sysselsättning. Det är viktigt att sätta gränser för beteenden som kan skada patienten själv eller andra i sin omgivning. Sjuksköterskan bör därför vara delaktig i att vidta åtgärder för förhindra det. Sjuksköterskan bör även vara behjälplig vad gäller personlig hygien och kroppsvård, näringstillstånd, sömn och vila (Løkensgard, 1997).

3. Syfte

Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskor inom slutenvård och öppenvård uppfattade begreppet psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom.

4. Frågeställningar

Vad innebär psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom enligt sjuksköterskor som arbetar inom slutenvården?

Vad innebär psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom enligt sjuksköterskor som arbetar inom öppenvård?

5. Metod

5.1 Design

Studien genomfördes som en intervjustudie ur ett kvalitativt perspektiv med fenomenografi som ansats. Fenomenografi är sammansatt av de två orden fenomeno (-n) och grafi (-a). Fenomenon står för det som visar sig och grafia som betyder att beskriva i ord eller bild. Den har sina rötter i inlärnings- och gestaltpsykologi. Forskningsintresset i denna ansats ligger i hur människor utvecklar sin kunskap om vården och riktas vad denna kunskap innehåller. Det så kallade uppfattningsbegreppet (Starin & Svensson, 1994). Fenomenografi är ett sätt att närma sig forskning om mänskligt tänkande och förståelse. Där fokus riktar sig på det mänskliga tänkandet och dess mening (Fridlund & Hildingh, 2000). Fenomenografi är en kvalitativ empirisk inriktad forskningsansats, som gestaltar eller beskriver människors uppfattningar av olika perspektiv på omgivningen. Ansatsen utvecklades av forskare i INOM-gruppen (Inläring om Omvärldsuppfattning) vid institutionen för pedagogik vid Göteborgs Universitet 1977 (Granskär & Höglund-Nilsen, 2008). När gruppens forskningsområde skulle beskrivas introducerades termen fenomenografi av Ference Marton (1981). Kvalitativ metod handlar om hur något gestaltas och i fenomenografi handlar det om hur människor uppfattar sin omvärld. Grundläggande för ansatsen är skillnad mellan om hur något är och hur det uppfattas att vara. Marton talar här om en skillnad i beskrivningsnivå. Där det första benämns första ordningens perspektiv. Här handlar det om fakta, vad som kan observeras utifrån. Den andra ordningens perspektiv handlar om hur någon upplever något. Här pratar man inte om sant eller falskt utan frågan är vad man studerar. I fenomenografin är forskaren ute efter innebörder och istället för förklaringar. Det innebär att man beskriver hur något framstår och inte hur det är (Larsson, 1986). Det centrala i fenomenografin är uppfattningen av ett fenomen i vår omgivning (Starin & Svensson, 1994).

5.2 Urval

Vid fenomenografiska studier handlar undersökningen om att identifiera uppfattningar och att beskriva variationer av uppfattningar. Fenomenografins forskningsintresse handlar inte om att skatta hur stor del av befolkningen som har en viss uppfattning av fenomenet utan det handlar om att identifiera kvalitativt olika uppfattningar som kan täcka större delen av variationen i uppfattningar i befolkningen (Starrin & Svensson, 1994). Från början var vårt urval strategiskt för att få en variation i undersökningsgruppen och att kunna identifiera kvalitativt de olika uppfattningar som finns av fenomenet. Tio stycken sjuksköterskor intervjuades på ett flertal slutenvårdsavdelningar, de var mellan 24-48 år och har jobbat mellan 1-9 år inom psykiatri. Åtta stycken sjuksköterskor intervjuades på en öppenvårdsmottagning, där åldern varierade mellan 37-64 år. De hade arbetat inom psykiatri mellan 11-39 år. Enbart en man intervjuades och han arbetade inom slutenvården. Inklusionskriterierna var att de skulle ha arbetat som sjuksköterskor inom psykiatri under minst ett år. Från början var det planerat för ett strategiskt urval med stor variation vad gällde kön, ålder och arbetslivserfarenhet. Detta reviderades dock och urvalet blev istället ett bekvämlighetsval beroende på svårigheter att få sjuksköterskor att delta. Sjuksköterskorna fick informationen via brev efter att deras namn delgetts från enhetscheferna (Bilaga 1).

5.3 Fenomenografisk intervju

Den rekommenderade metoden för datainsamling är enligt Sjöström & Dahlgren (2002) semistrukturerad intervju med följdfrågor. Intervjuguiden ska innehålla några inledande frågor med möjlighet till öppna svar. Det är tillåtet att tänka högt och göra paus under intervjun. För att uppnå målet med en fenomenografisk intervju ska en accepterad attityd, en avslappnad intervjustil samt ett genuint intresse av det informanten berättar finnas (Lepp & Ringberg, 2002).

I den aktuella studien genomfördes intervjuerna av sjuksköterskorna på slutenvårdsavdelning i ett angränsande rum till arbetsplatsen. Intervjuerna på öppenvårdsmottagningen skedde i deras egna arbetsrum. Sjuksköterskorna

informerades om att deltagandet var frivilligt. Sjuksköterskorna informerades även om intervjun bandinspelades och att materialet behandlades konfidentiellt. Intervjuerna skrevs ned ordagrant och bandinspelningarna raderades. Sjuksköterskornas nedskrivna utsagor kodades därefter. Tidsåtgången för intervjuerna var mellan femton till tjugofem minuter. Utgångspunkten var frågeguiden (Bilaga 2). De första frågorna i guiden var av allmän karaktär för att skapa ett behagligt klimat. Resterande frågor var av berättande karaktär. Intervjuguiden testades på en sjuksköterska. Den visade sig vara för svår från början och omarbetades därefter.

5.4 Tillvägagångssätt

Den erfarenhet och kunskap som forskaren har om det fenomen som ska undersökas kallas för förförståelse. Både erfarenhet och kunskap är viktigt för motivationen som är en förutsättning för att kunna genomföra en studie (Dahlberg, 1997). Det är viktigt att förförståelsen synliggörs. För att andra ordningens perspektiv ska gälla är det viktigt att förhålla sig till och bortse från sin förförståelse (Marton & Booth, 2000). Artikelsökning gjordes för att bilda sig en uppfattning av hur det avgränsade fenomenet hade undersökts. Databaser som användes var Cinahl och PubMed. Relevant litteratur inom ämnet studerades. Därefter utformades en intervjuguide. En förfrågan för genomförande av studien skickades till Forskningsetiskrådet, då författarnas ambition från början var att intervjua patienter och slutenvårdssjuksköterskor. Vidare kontaktades verksamhetschefen för vuxenpsykiatriska kliniken för tillstånd att genomföra studien (Bilaga 3). Efter tillåtelse från ovanstående kontaktades enhetscheferna på slutenvården och öppenvården. De fick information om studiens syfte och en förfrågan om att hitta lämpliga sjuksköterskor som kunde tänkas delta i studien. Förslag på informanter namngavs via e-post.

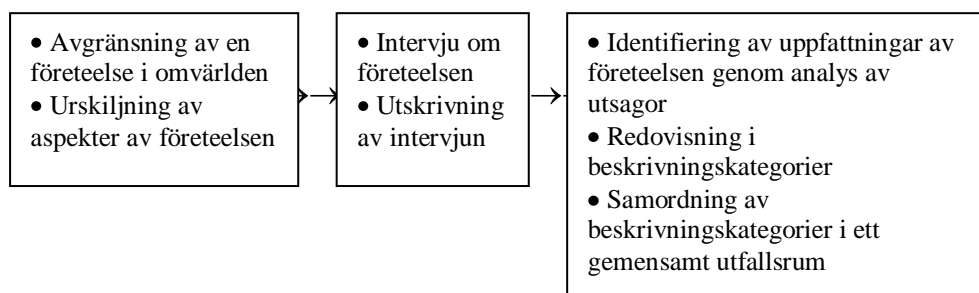
5.5 Dataanalys

Analysen går ut på att beskriva variationer av olika uppfattningar. Vilket kräver en noggrann bearbetning och reflektion av det insamlade materialet. Genom upprepad läsning och reflektion framträder nya dimensioner av fenomenet. Kärnan i analysen är jämförelsen mellan olika svar, som genom kontrastering till andras uppfattningar synliggör det karakteristiska i en uppfattning. För att kunna ta tillvara kunskap och

forskningsdata som studien resulterat i behöver den bearbetas. Detta innebär att data analyseras, struktureras för att sedan presenteras som studiens resultat. För att stärka kategorierna uppvisas citat ur det transkriberade materialet (Larsson,1986).

I de båda analyserna läste i det första steget de båda författarna igenom de transkriberade intervjuerna var för sig för att bekanta sig med dem i detalj och jämförde sedan utsagorna med bandinspelningarna. Sedan byttes det nedskrivna materialet samt bandinspelningarna för att granskas av den andra författaren. I nästa steg lästes intervjuerna åter igenom av författarna för att söka efter specifika utsagor det vill säga uttalanden som beskrev hur sjuksköterskorna uppfattade psykiatrisk omvårdnad. I analysen av slutenvårdens intervjuer framkom 163 utsagor och i öppenvårdens intervjuer framkom 135 utsagor. De gemfördes sedan med varandra avseende likheter och skillnader. Detta genomfördes genom att författarna strök under utsagor som beskrev fenomenet. Genom de systematiskt utförda jämförelserna mellan utsagorna framkom olikheter och skillnader i de olika svaren. Dessa skrevs sedan ner på ett löst blad. För att få en bättre över blick över utsagorna. Utifrån gemensamma karakteristiska drag grupperades utsagorna i uppfattningar. Som även de skrevs ned på ett löst blad. Olika uppfattningar om samma innehåll sammanställdes i de så kallade utfallsrummet, som är huvudresultatet, det vill säga beskrivningskategorierna. Utfallsrummet bildar också grunden för en systematisk analys av hur uppfattningarna förhåller sig till varandra. Studien inom slutenvården resulterade i 31 skilda uppfattningar som slutligen grupperades under fem beskrivningskategorier: miljö, kunskap, bemötande, åtgärder samt det enskilda mötet. Studien inom öppenvården resulterade i 28 skilda uppfattningar som slutligen grupperades under fem beskrivningskategorier: Samverkan, förhållningssätt, kunskap, behandling samt miljö.

Fig. 1. Arbetsordning i den fenomenografiska ansatsen (Starrin & Svensson, 1994 sid. 122)



5.6 Etiska övervägande

Forskning är av största vikt för att en utveckling ska komma till stånd på både individ och samhällsnivå. Forskning ska fokusera på viktiga frågor och även vara av hög kvalitet. Etiska principer har därför formulerats för att skapa en norm för forskare och de som delger information till vetenskapliga studier. Normen är till för att underlätta samarbetet mellan forskarens syfte och mål och den enskilda individens rättigheter (Lepp & Ringberg, 2002). Hänsyn har tagits till en lag 2003:460 om etisk forskning som avser människor. Den innehåller bestämmelser om samtycke till sådan forskning, det vill säga vetenskaplig forskning samt utvecklingsarbete på vetenskaplig grund. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning (SFS 2003:460). Studiens genomförande godkändes skriftligen av verksamhetschefen. Samtliga sjuksköterskor som deltog i studien fick var sitt informationsbrev. Sjuksköterskorna informerades här om studiens syfte, de garanterades konfidentialitet och informerades om att deras namn kommer att kodas och inga citat som skrivs kan identifieras till person. De informerades om att de när som helst kunde välja att avbryta deltagandet utan att behöva ange orsak. Om sjuksköterskan under intervjun började gråta eller på andra sätt uppleva situationen obehaglig fanns tid för reflektion efter intervjun. Intervjuarna kände sig professionella nog för att kunna hantera en sådan situation. Skulle så dock inte vara fallet, ser författarna till att sjuksköterskan fick stöd på annat sätt efter kontakt med enhetschef.

5.7 Trovärdighet

Analys arbetet har hela tiden pendlat mellan olika steg i analysen, vilket kan bero på att författarna är ovana vid metoden och författarna har ofta gått tillbaka till grundmaterialet för att jämföra och bekräfta resultatet med det ursprungliga i materialet. Huvudfrågan när det gäller den fenomenografiska ansatsen är om kategorierna beskriver den empiriskt framtagna datan. Här bör forskaren visa att likheter och skillnader är väl underbyggda av den empiriska materialet. Trovärdigheten ökar genom en noggrann beskrivning av forskningsprocessen. Validiteten ökar också om en annan forskare kan finna grund för samma kategorier efter att ha granskat samma material (Sjöström & Dahlgren, 2002). Viktigt för den

kvalitativa forskningen är att värdera dess kvalitet. Datainsamlingen och analysen är det primära för att kvaliteten ska bli god och trovärdigheten hög (Mays & Pope, 2000). För att stärka trovärdigheten i det aktuella arbetet analyserades delar av arbetet enskilt av författarna för att sedan jämföras. Genom att noggrant beskriva metoden från förberedelse, datainsamling, till analys och bearbetning, stärks trovärdigheten. Samtliga beskrivningskategorier i resultatet är illustrerade med citat (Mays & Pope, 2000).

6. Resultat

Resultatet presenteras i två spår varav det första är resultatet från intervjuerna inom slutenvården och den andra presenterar resultatet från intervjuerna i öppenvården. Citat används för att förtydliga resultatet. Utsagor från intervjuerna kommer att användas för att belysa kategorierna. Ibland har viss intervjutext utelämnats. En del av utsagan har uteslutits avsiktligt då den inte tillfört något ytterligare som belyser kategorin. Resultatet presenteras i två spår varav det första är resultatet från intervjuerna inom slutenvården och den andra presenterar resultatet från intervjuerna i öppenvården

6.1 Resultat av slutenvårdsintervjuer

Analysen av de intervjuade sjuksköterskornas uppfattningar inom slutenvården om psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom resulterade i fem beskrivningskategorier: miljö, kunskap, bemötande, åtgärder samt det enskilda mötet.

Miljö

I den första kategorin beskrev samtliga sjuksköterskor sina uppfattningar av miljöns betydelse för att kunna utföra psykiatrisk omvårdnad, både för egen del och för patienternas.

”En manisk fas ...eh... så som jag ser det så handlar det mycket om att jobba med miljön omkring patienten. Vilken miljö patienten vistas i ...eh... just för att begränsa antalet olika stimuli och intryck som patienten får”

Uppfattningarna gällde både möjligheten till ett eget rum för patienterna samt tillgången på samtalsrum. Där stödjande samtal gick att ha.

”.....vi skulle ha mera samtalsrum, ja nu finns det bara två. De rummen som finns nu är inte lämpade för samtal. De är alldeles för stora.....”

”...eh...alltså ofta är det bra om patienten sover och vilar mycket och därmed vistas på rummet ...eh... så är det väl egentligen det”

”.....och att just det här med att de vill ha enkel rum och att det inte alltid går att ordna fördom som är maniska.....”

Kunskap

I den andra kategorin kunskap, sammanfattas sjuksköterskornas kunskap eller snarare bristen på kunskap om psykiatrisk omvårdnad. Här pendlar sjuksköterskornas uppfattningar av avsaknad av PM och utbildningar samt vikten av att ha erfarna kollegor att lära av.

”Man behöver uppdatera sig under utbildning för man tappar på vägen så att mer information regelbundet om vad som har hänt och hur man tänker även nytt om vad bipolär sjukdom är”

Sjuksköterskorna uttrycker att det finns för lite psykiatriundervisning i grundutbildningen. De uttrycker även att de har svårigheter att tillgodose sig nya rön och forskning. De nämner att man får gå mycket på intuition och uppfattar det som bristfälligt.

”...eh... jag känner ju att jag skulle behöva mycket mer kunskap egentligen ...eh... har jag ju inte läst vidareutbildningen och alltså inom sjuksköterskeutbildningen är det ju inte mycket psykiatri. Det är ju liksom pinsamt lite av psykiatri”

”.....så att det tror jag att all personal skulle må bra av. Att man fick mera utbildning.”

Det var dock en av sjuksköterskorna som uppfattade sig ha en relativt god kunskap om psykiatrisk omvårdnad bipolär sjukdom.

”...eh... däremot så tror jag att jag har en viss kunskap som gör att jag tror att jag inte agerar helt galet i en omvårdnadssituation med en patient med bipolär sjukdom”

Bemötande

Den tredje kategorin bemötande varierade från att bemöta patienten i förståelse, försöka inge hopp, ta det lugnt, respektera och prata med patienten. Detta berördes av samtliga sjuksköterskor.

”Att man försöker ha det så lugnt som möjligt kring dem. Att de försöker vila sig och att man är ärlig emot dem”

”Ja, det är väl det här att försöka inge hopp och stötta, informera om behandlingsmetoder ...eh... ja alltså framför allt förklara att man kommer att bli bra och att det finns vetenskapliga bevis på att patienter kan bli bättre från depressioner.....”

”.....att man...eh...även där samtal och inger hopp till patienten.....”

Alliansen mellan sjuksköterska och patient anses viktig. En sjuksköterska beskriver att det är de enkla små sakerna som till exempel att sova och äta som är viktiga när en patient är deprimerad.

”.....en allians då i omvårdnad, det kan vara nutrition, ADL att man tänker på såna saker, det är ju inte säkert att dom som är deprimerade tänker på såna saker.”

Åtgärder

Den fjärde kategorin beskrev hur sjuksköterskorna såg på de moment som försvårade utförandet av den psykiatriska omvårdnaden. Detta var allt ifrån att inte ha tillräckligt med tid för patienterna.

”.....jaa, det är ju det här man känner att det finns för lite tid ibland.....”

Till uppfattningar om det otillräckliga samarbetet med läkare och öppenvårdspersonal.

”Kunskaperna finns ju alltid men däremot kanske vi inte har läkarna med oss kanske inte har hela gruppen med oss och kanske inte heller hela kliniken med oss, kanske inte har öppenvården med oss så samarbetet är svårare.....”

Det enskilda mötet

Den femte kategorin sammanfattas i det enskilda mötet, och svårigheter med att kunna få till det. Den belyser sjuksköterskornas uppfattningar med allt ifrån begränsningsscheman till aktivitetsscheman.

”Det är ju viktigt det här att de får i sig mat i en manisk fas, håller sig på avdelningen, inte umgås för mycket med de andra patienterna eh nu har jag bara erfarenhet av slutenvården men sen är det det här med anhöriga en viktig bit”

Sjuksköterskorna belyser även uppfattningar av att söka upp patienten för samtal samt att planera in samtalstid på schemat är viktigt. Vissa av sjuksköterskorna nämner att patienterna behöver ha en kontaktperson eller på passet utsedd person att vända sig till.

Puscha på patienten att prata, personalen får söka kontakt, stötta och uppmuntra patienten, göra ett aktivitetsschema, bädda säng, duscha och gå promenader. Det finns inte så mycket aktiviteter.....”

Några sjuksköterskor har den uppfattningen att behandlingen till stort sett är medicinsk, det vill säga stämningsreglerande läkemedel samt Elektrokonvulsiv terapi behandling (ECT) .

”.....tvångsinjektion känns som övergrepp och kränkande, det ska ske på ett lugnt sätt utan våld”

Endast en sjuksköterska uppfattade anhöriga, vara en viktig del i utförandet av den psykiatriska omvårdnaden.

”....men sen är det här med anhöriga en viktig bit. Så att man kanske ger dem stöd. Det kan vara jobbigt. Det är ju inte patientens individuella vårdplan men vi är ju väldigt inriktade på anhöriga och anhörig stöd. För dem kan ju liksom ha förstört rätt så mycket i sin maniska fas”

6.2 Resultat av öppenvårdsintervjuer

Analysen av de intervjuade sjuksköterskornas uppfattningar inom öppenvården om psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom resulterade i fem beskrivningskategorier: Samverkan, förhållningssätt, kunskap, behandling samt miljö.

Samverkan

I den första kategorin beskrev sjuksköterskorna sin syn på vikten av samverkans betydelse för att kunna utföra psykiatrisk omvårdnad. Här nämnde sjuksköterskorna hembesök där vikten av uppsökande verksamhet kunde urskiljas.

”...Vi gör ju även hembesök då när patienterna är deprimerade, maniska patienter är ju inte så lätt att åka hem till. De deprimerade kan man ju åka hem till. Jaa, vissa ringer jag till varje dag”

”Och sen är det ju faktiskt så att ibland så är det ju så att vi har haft några mammor som var så deprimerade så man har varit orolig för barnen och då har vi ju kontaktat socialförvaltningen, för de har ju också ett ansvar i det här”

Många av sjuksköterskorna nämnde betydelsen av, utbildning för anhöriga och pratade då om studiecirklar. De efterfrågade även vårdprogram.

”....Så skulle det till exempel kunna finnas ett team eller mottagning som jobbar med affektiva. Dels för att kunna ha utbildning för patienter, utbildningscirklar för patienter, man skulle kunna ha det här PPI som är väldigt populär också och det används i olika städer bland annat Stockholm då. Att ta in anhöriga och informera dem. Sen att man även utbildar både personal inom psykiatrisk vård så att vården inte bara blir kontroll för de här patienterna”

”Sjuksköterskan ger utbildning, information och vanliga insatser, det kan vara från samhället, det kan vara boendestöd, att vara samordnare för det”

Sjuksköterskorna uppfattade att nätverket var av betydelse för den psykiatriska omvårdnaden.

”Ja, ...äh... försöker ju att få träffa de anhöriga, att man kan träffas tillsammans som sagt de anhöriga sitter ju med mycket frågor så här, så att de vet vem jag är. Det finns en öppenhet där att de kan höra av sig till mig också. Inte bara patienten kan ringa utan de anhöriga kan också ringa”

Förhållningssätt

I den andra kategorin uppmärksammade sjuksköterskorna att förhållningssättet är viktigt i mötet med patienter med bipolär sjukdom. Innehållet visade att uppfattningarna speglade vikten av planering.

”Antingen man är uppvarvad eller nedstämd och då behöver patienten stöttning, planering runt omkring. Kanske en del begränsningar, så där tycker jag att sjuksköterskorna har ett jättestort ansvar. Få tillbaks patienten i sin struktur i dagligt liv, för det är där man för iväg, i maniska eller när man är väldigt nedstämd”

Sjuksköterskorna uppfattade även vikten av validering och allians i mötet med patienterna.

”.....och det är där skulle uppmuntran ...eh...det kan va att man validerar eller bekräftar patientens känslor.....”

Förhållningssättet varierade mellan att vara begränsande som att hindra patienten från att ställa till det för sig själv till att vara patientens aktivitetshand , att få patienten att återuppta aktiviteter de gjort tidigare. En sjuksköterska nämnde att intresset för patienten är av vikt i förhållningssättet till patienten.

”Ja, jag tänker att man måste vara närvarande och intresserad av det här jobbet för sin egen del, som personal också, man är där i stunden och man gör sina observationer och iakttagelser och ja det blir så mycket roligare då riktigt intressant om man djupdyker i det här”

Kunskap

I den tredje kategorin som benämns kunskap beskrev samtliga sjuksköterskor värdet av att få patienten att acceptera sin sjukdom samt känna igen sina symtom. Det ligger alltså stort värde i att lära patienterna tidiga tecken.

”.....att patienten lär känna sin sjukdom själv, hur kan jag ta hand om, lite egenvårdsmodell kan jag säga, att de själv blir expert på det.....”

”.....eh.....så det är att va väldigt uppmärksam på tidiga tecken liksom, vad är det som händer och att man går in redan innan, det är nästan huvuduppgiften man har i öppenvård.....”

Endast en sjuksköterska beskrev sömnhygieniska råd trots att flertalet av sjuksköterskorna påpekade betydelsen av bra sömn.

”.....och då hjälper man dom att sortera bort, sortera bort vissa aktiviteter se till att dom förbereder en god sömn alltså se till att de får sömnbehovet tillgodose och så att titta på sömnhygieniska råd och eh... ibland erbjuda typ Theralen eller något för att varva ner.....”

Behandling

Den fjärde kategorin beskrev hur sjuksköterskorna uppfattade de moment som underlättade omvårdnaden där ibland att ta del av de anhörigas perspektiv. Några sjuksköterskor använde skattningsskalor i det dagliga omvårdnadsarbetet.

”...Mm, fast jag tycker att vi har ganska dåliga skattningsskalor för vi har BDI och jag tycker inte att den ger så mycket. Och ibland så kan patienterna få jättehögt och det är inte rimligt. Och egentligen så tycker jag att vi låter patienterna fylla i de där papperen själva, jag tror att de missuppfattar en del frågor”

Kategorin innehåller även delar som försvårade genomförandet av den psykiatriska omvårdnaden vid bipolär sjukdom såsom att doktorerna är dåliga på att sätta diagnos. Samt att närvara i viktiga möten om patienters behandlingar.

”På den här mottagningen så är det aldrig några doktorer med på behandlings konferenserna så vi kan aldrig diskutera med dom. Vi borde ha ett gemensamt vårdprogram.....”

Sjuksköterskorna uppfattade att det är svårt att motivera unga till fortsatt behandling.

”.....trots att man skickar brev och ringer och sådär. Liksom det finns inte i deras värld. Att det ska gå och göra det kan vara sorligt liksom. Mycket sorg om man har fått en sjukdom.”

Innehållet i kategorin belyste även uppfattningarna om dokumentationens betydelse vad gäller läkarkontakt, medicinering, provtagning samt suicidbedömning.

” ja, medicinska åtgärder är en viktig sak om det börjar bli det här att man inte sover och det är ju jätte viktigt liksom, det är ett tecken på att nåt är på gång.....”

”..... och så finns det ju det här med suicidrisk som jag tänker att oj oj.....”

Miljö

I den femte och sista kategorin miljö, beskrev sjuksköterskorna betydelsen av struktur

”Egentligen så handlar det nog om aktiveringsschema , så här hjälper man också till att strukturera upp vardagen och då kanske man får jobba med det här att patienten faktiskt går upp på morgonen sköter sin personliga hygien eh, att man försöker att bryta isoleringen och komma ut, komma ut på en promenad eller så”

Inte så mycket stimuli och en lugn miljö för återhämtning.

” Och sen va med patienten och inte så mycket stimuli...ganska lugn miljö runt omkring, så patienten kan återhämta sig”

Innehållet i kategorin varierade från uppfattningarna att bryta en isolering till att ta bort vissa aktiviteter är viktigt i den psykiatriska omvårdnaden.

”.....egentligen så handlar det nog om aktivitetsschema, så här hjälper man också till att strukturera upp vardagen och då kanske man får jobba med det här att patienten faktiskt går upp på morgonen, sköter sin personliga hygien ...eh... att man försöker att bryta isoleringen och komma ut, komma ut på en promenad eller så.....”

Sjuksköterskorna uppfattar att det är viktigt med stöd periodvis för hindra inläggning. Det kan handla om en så enkel sak som att få prata av sig.

” Ja att de inte ska fara i väg ut ,att de inte ska hålla på ,och kanske ringa alla människor och sådär, försöka att liksom säga det är inte bra att göra sådär, kanske för alla människor kommer inte in på LPT eller PIVA utan har man tur kan man fånga dom innan de blir allt för sjuka, man kan ju också liksom i öppenvård försöka med täta kontakter när man märker att det börjar gå uppåt och innan dom snurrat till det alltför mycket kan man om man har tur om man har en bra kontakt med sina patienter kan man kanske hjälpa dom till att det inte behöver bli ”

Sjuksköterskan kan stötta patienten att göra en form av aktivitets schema där moment som att gå upp på morgonen, äta frukost samt promenera kan ingå. När det gäller patienter med mani nämner sjuksköterskorna planering av veckoschema, där man träffar patienten en gång i veckan, sorterar bort vissa aktiviteter, ser till att förbereda en god sömn och ibland erbjuda tätare samtalskontakt.

...”men vid depression är det kanske mer så att man försöker uppmuntra det här med aktivitet, att man försöker att schema lägga det liksom, det grundläggande, att få till det, att ta ett litet steg i taget, men vid mani, alltså det är så svårt, att hinna med”

”Det man gör är att försöka skapa en lugn atmosfär med inte så mycket stimuli.....”

” Antingen man är väldigt uppvarvad eller nedstämdhet och då behöver patienten stöttning, planering runt omkring, kanske en del begränsningar så där tycker jag att sjuksköterskorna har ett jättestort ansvar, få tillbaks patienten i sin struktur i daglig liv för det är där man far i väg i maniska eller när man är väldigt nedstämd”

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Fenomenografi valdes eftersom författarna var intresserade av att beskriva variationen av hur respondenterna uppfattade ett fenomen. Till skillnad mot fenomenologi där syftet är att genom tolkningar finna essensen av ett upplevt fenomen, dess innersta kärna (Strandmark & Hedelin, 2002). En fenomenografisk beskrivning kan innebära att ingen ny kunskap tillförs (Larsson, 1986). Motmedlet menar Larsson är att finna djupdimensioner som finns under ytan. Detta tog författarna i beaktning vid analysen av data. Att intervjuerna gjordes på den egna arbetsplatsen samt att några sjuksköterskor intervjuades på sina egna rum kan ha påverkat utsagornas karaktär.

Urvalet visade sig inte ha den spridning vad gäller arbetslivserfarenhet, ålder eller kön som författarna från början tänkt sig. Många av de intervjuade inom slutenvården visade sig ha mycket kort erfarenhet från psykiatri och ansåg sig ha för lite kunskap, detta kan ha påverkat variationsbredden i resultatet. Författarna särskilde inte specialistutbildade sjuksköterskors uppfattningar från icke specialistutbildade sjuksköterskor, då detta inte efterfrågades i syftet. Alla intervjuer gjordes av båda författarna vilket bidrog till en effektivare analys. En

respondent upplevde bandinspelningen som mycket jobbig varvid bandinspelningen avbröts och fortsättningen av intervjun fick skrivas ner för hand. Här kunde författarna kanske ha tänkt på en mera avspänd atmosfär. Varje intervjusituation var tidsbegränsad till 30 min vilket vara väl tilltaget. Då provintervjun inte gick att använda i studien var tidsåtgången omöjlig att förutse. Men ingen intervju tog längre tid än en halvtimme.

Författarna genomförde som tidigare nämnts alla intervjuerna tillsammans, en skötte den tekniska utrustningen, som i det här fallet var en bandspelare och ställde vid behov kompletterande frågor. Den andra författaren intervjuade och försökte då skapa en avslappnad miljö runt omkring. Att det var två med vid intervju situationen ansågs positivt av författarna som då kände sig trygga. Det kan dock ha varit negativt för den intervjuade som hamnade i ett underläge. Att intervjuerna skedde på arbetstid kan ha påverkat längden på intervjuerna. Till en början höll sig författarna mycket till frågeguiden, eftersom författarna var oerfarna vad gällde intervjuteknik. Allt eftersom flera intervjuer gjordes kände sig författarna mera bekväma i situationen och använde sig då allt mindre av frågeguiden. Vilket inte innebar att ursprungsfrågornas karaktär ändrade. Detta kan ha medfört att en bättre skildring av fenomenet framkom i de senare intervjuerna. Författarna har genomgående försökt att lägga sin förförståelse åt sidan för att på så sätt förstärka trovärdigheten i resultatet. Genomgående gjordes vissa delar av analysen var för sig.

7.2 Resultatdiskussion

7.2.1 Resultatdiskussion/slutenvård

I slutenvården arbetar sjuksköterskorna med patienter under hela dygnet. Där uppfattningen av den psykiatriska omvårdnaden får betydelse för patientens tillfrisknande vid bipolär sjukdom. Sjuksköterskorna ska på ett rutinerat sett här övervaka den psykiska hälsan och utföra regelbundna hälsokontroller på patienterna. Här ska man kontrollera, tyreioidea funktionen, lipid status, glukos värden, vikt och längd, rökning, alkohol och puls och blodtryck (McDougall, 2009). I den första kategorin beskrev samtliga sjuksköterskor vikten av miljöns betydelse för patienten. Det uppfattades dock svårt att kunna utföra det då förutsättningarna inte fanns. Palmblads (2000) modell innefattar fyra kategorier som ingår i omvårdnadens kvalitéer. Denna modell fokuserar på mötet mellan vårdare och patient samt på miljön där mötet äger rum. Det går att tillföra kvalitéer inom ramen för de fyra kategorierna vilket då möjliggör en vidareutveckling av kategorin miljö och då i första hand de samhällreliga aspekterna. Den första kategorin benämns förebild, där ingår begrepp som gränssättning, stöd, bedömning, planering och observation. Dessa begrepp nämns i flertalet av

de intervjuade sjuksköterskornas utsagor. Under autonomi nämner Palmblad (2000) bland annat beroende/oberoende. Vidare kommer kategorin möte som karakteriseras av allians, kontakt och mål, detta berördes i sjuksköterskornas uppfattningar om begreppet psykiatrisk omvårdnad. Den sista kategorin är inriktad på miljö med betydelse för hur struktur och lokalerna är utformade, men också den sociala situationen (a.a).

I den andra kategorin i den aktuella studien belyser sjuksköterskorna bristen på kunskaper inom psykiatrisk omvårdnad och hur det kan påverka kvalitét av vården. Det var dock en av sjuksköterskorna som ansåg sig ha tillräckligt med kunskap men att det alltid finns behov av uppdatering. Sjuksköterskan ansvarar för dokumentation, planering och kvalitetssäkring av den specifika omvårdnaden. För att utföra den specifika omvårdnaden krävs sjuksköterskor med specialkompetens för de sjukdomar som behandlas på enheten. Därför bör sjuksköterskor inom psykiatrin ha gått vidareutbildning i psykiatrisk omvårdnad (Palmblad, 2000). Av sjuksköterskorna i denna studie var det enbart två sjuksköterskor som hade vidareutbildning. Bemötande ansågs vara en viktig del i den tredje kategorin. Alla sjuksköterskorna nämnde vikten av att försöka inge hopp, ta det lugnt, respektera och prata med patienten. Här tyckte en av sjuksköterskorna att det fanns för lite utrymme för att kunna bemöta på ett optimalt sätt. Den fjärde och femte kategorin speglar svårigheter med att utföra psykiatrisk omvårdnad. Det bör därför förtydligas att det bara var två av de intervjuade sjuksköterskorna som hade vidare utbildning inom psykiatrin. Uppfattningarna om dessa svårigheter beskrevs i den aktuella studien på ett varierande sätt. Svårigheterna med arkitekturen rörde sig främst om att inte kunna använda sig av begränsningar på ett optimalt sätt då det rådde brist på egna rum samt stimulifattig miljö. Här nämns även bristen på möjlighet till aktivering av passiva patienter såsom pingisspel, musikstund, ljusterapi, sjukgymnastik och gemensamma promenader. I litteraturen benämns vikten av att tillföra nya intryck i de deprimerades värld. På senare tid har man använt sig av fysiskträning vid behandling av depressioner främst då till patienter med depressioner utan psykotiska symtom (Løkensgard, 1997).

Då maniska patienter ofta blir överstimulerade är det viktigt att sjuksköterskan känner till att maniska patienter inte ska utsättas för ostrukturerade situationer (Løkensgard, 1997). Detta nämnde alla slutenvårds sjuksköterskor i studien. Den mest givande omvårdnaden för patienter med bipolär sjukdom har visat sig utföras av en sjuksköterska med inriktning på bipolär sjukdom. För att kunna utföra en god psykiatriskomvårdnad bör en form av vårdprogram användas som innefattar både omvårdnads- och krisplaner. Det är viktigt med mätningar och andra mått på vad

patienten klarar själv och compliance av behandlingen, stöd för patient och vårdare, familj och vänner även observera biverkningar och tillgång till sjuksköterska (Goossen, van Achterberg & Knoppert- van der Klein, 2007). Detta efterfrågades av flertalet av de intervjuade sjuksköterskorna inom slutenvården. Då det för närvarande inte fanns något optimalt PM.

7.2.2 Resultatdiskussion/öppenvård

På en öppenvårdsmottagning arbetar sjuksköterskor både med punktinsatser och långvariga samtalskontakter av olika karaktär. De har en självständig funktion. Sjuksköterskorna nämner att de arbetar med hembesök, utbildning för anhöriga, vårdprogram samt nätverkets betydelse för den psykiatriska omvårdnaden. De uppfattar att samverkan har en stor betydelse för den psykiatriska omvårdnaden. Det är viktigt med anhörig utbildning då patienter med bipolär sjukdom har humör svängningar som skapar argumentationer, familjeproblem, problem på arbetet eller i skolan (Johnson & Fulford, 2008). Utbildning om sjukdomen uppmuntrar patienterna till att själva vara aktiva i behandlingen av sin sjukdom. Stöd grupper för patienter och deras anhöriga kan vara av stort värde. Familjemedlemmar som förstår sjukdomen är mera stöttande och förstår vikten av behandlingen. När behov finns ska sjuksköterskor med utbildning inom psykiatri kunna konsultera andra vårdaktörer för att kunna ge patienten kostråd, information om medicin samt bedöma om patienten behöver träffa en specialist läkare. Sjuksköterskan måste även se över om patienten eventuellt är i behov av hjälp från arbetsförmedling, boendestöd, försörjningsstöd eller andra instanser. Ingen av de tillfrågade sjuksköterskorna nämnde vikten av information om ärftlighet vad gäller bipolär sjukdom, den är viktig vad gäller framtiden beträffande giftermål och barn (Cullen-Drill & Cullen-Dolce, 2008).

Samtliga intervjuade sjuksköterskor uppmärksammade att förhållningssättet är viktigt. Här pratar de både om att vara begränsande men även att hjälpa patienten till aktivitet. Långsiktig och nära terapeutiskt relation utmärks av en öppen, intresserad, engagerad och delaktigt förhållningssätt. Sjuksköterskan ska också delge information och utbildning om sjukdomstillståndet och samtidigt vara stödjande och genomföra strategier för att patienten ska kunna känna igen sina tidiga tecken på förändring i sin sjukdom vad gäller depression eller mani (Goossens et al, 2008, Perry et al. 1999).

Samtliga sjuksköterskor uppfattade värdet av att kunna få patienten att kunna acceptera sin sjukdom.

Studier visar att stämningsstabiliserande läkemedel minskar symtomen på sjukdomen och förhindrar inläggning (Smith et al. 2007). Trots detta avslutar en tredjedel till hälften av patienter med bipolär sjukdom sin medicinska behandling (Basco & Rush, 1995, Svarstad, Shireman & Sweeney, 2001). Utbildning i egenvårds träning och stöd på individuell basis hjälper patienten att ta kontroll över sin sjukdom. Det i sin tur har lett till följsamhet i medicineringen och reducerad sjukhusvistelse (Rothbaum & Astin, 2000). Utmaningen för sjuksköterskan ligger i att utbildning och stöd ska vara tillgänglig, lätthanterlig, inte stigmatiserande och lämplig i tiden, så att patienten kan ta till sig det så tidigt som möjligt efter diagnossättning. När de är redo för informationen har de börjat sin resa för att få kontroll över sin sjukdom (Proudfoot et al, 2007). Sjuksköterskorna beskrev moment som underlättade psykiatrisk omvårdnad bipolär sjukdom. En viktig färdighet för patienter med bipolär sjukdom är till exempel att identifiera tidiga tecken för att förhindra förändring i stämningsläget och återfall. Detta är ett av de viktigaste momenten i omvårdnaden och därför måste sjuksköterskan kontinuerligt följa upp patientens behov (Goossens, Knoppert-van der-Klein & Achterberg, 2007). Anmärkningsvärt var att endast två sjuksköterskor benämnde suicidbedömning som en del i omvårdnadsarbetet.

Internationella undersökningar visar att personer med bipolär sjukdom lider oftare av depressiva episoder än av maniska episoder och ökar därmed risken för suicid. Det är också viktigt att bedöma suicidrisk vid maniska episoder vad gäller vårdslöshet och impulser (Rihmer & Kiss, 2002). Sjuksköterskorna nämner miljön som en viktig del i återhämtningen. Här tycker sjuksköterskorna att bryta isolering är viktig och vid behov gör man tätare hembesök, ringer oftare och försöker få patienterna att se de små detaljerna i vardagen samt uppmuntra till promenader. Om det rör en patient som håller på att hamna i ett maniskt skov kan man istället försöka få patienten att minska på en del aktiviteter så att patienterna inte hamnar i en okontrollerbar situation. Bipolär sjukdom kan skapa allvarliga handikapp som kan leda till saknad av sociala funktioner, försämrade karriärs utsikter och ekonomiskt beroende (Oglive, Morand & Goodwin, 2005).

7.3 Konklusion

Kunskaperna ansågs vara bristfälliga vad gäller bipolär sjukdom, vilket självklart påverkar uppfattningarna om begreppet psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom och då framför allt inom slutenvården. Sjuksköterskorna nämnde att det var för lite psykiatri i grundutbildningen, vilket är ett stort observandum då psykiatrisk sjukdom finns inom alla områden i sjukvården. Det nämns även få erfarna kollegor att lära sig av, då större delen av den äldre personalstyrkan arbetar inom öppenvården. Det framkom tydligt att sjuksköterskor som arbetar inom öppenvården har betydligt mera kunskaper än sjuksköterskor inom slutenvården, vilket i och för sig inte är så konstigt då de både är äldre och har bredare utbildning. Då det råder brist på fungerande riktlinjer vad gäller psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom medför detta stora brister i kvalitén vid omvårdnad av patienter med bipolär sjukdom. Fungerande riktlinjer borde underlätta för yngre och oerfarna sjuksköterskor på en slutenvårdsavdelning. Författarna anser att vidare forskning är av stort värde och då framförallt med fokus på patienters enskilda uppfattningar om begreppet psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom. Detta för att kunna jämföra uppfattningarna mellan patienter och sjuksköterskor för att få en bättre kvalitet av vården.

Förord

Denna studie har genomförts av två författare som har gjort lika stor del i arbetet. All litteratur har studerats av båda författarna. Vid samtliga intervjuer deltog båda författarna, som varierade vad gällde att intervjua eller handha den tekniska utrustningen. Författarna hade ansvar för en analys del var, men bearbetningen skedde gemensamt. Även resultaten bearbetades gemensamt då det annars hade varit svårigheter att få en röd tråd genom arbetet. Författarna vill även tacka alla sjuksköterskor för deras genuina intresse och tålamod vid genomförandet av studien.

Sammanfattning

Bipolär sjukdom karaktäriseras av en affektiv livslång sjukdom som innebär episoder av både maniska och depressiva skov. En tidig debut leder till ökade svårigheter och framför allt en svårare sjukdomsbild. De har svårare att acceptera sin sjukdom som kräver livslång behandling. Dessa patienter har också en ökad risk för suicid. En akut mani eller djup depression leder ofta till inläggning på slutenvård. Där arbetar sjuksköterskorna dygnet runt med patienterna. Psykiatrisjuksköterskans arbete innebär möten med patienter med psykisk sjukdom. Alliansen sjuksköterska och patient är mycket viktig. Omvårdnadens målsättning är att främja hälsa. Här har sjuksköterskan en central ställning för det hälsobefrämjande arbetet med patienterna. Det är viktigt att sjuksköterskor ökar sin medvetenhet om omvårdnadens värdegrund. Sjuksköterskan ska genom samvaro och kommunikation samla in information för att kunna bedöma vilka omvårdnadsåtgärder som krävs. Vad gäller omvårdnad vid depression kan inte sjuksköterskan vänta sig kunna påverka depressionens djup eller förlopp. Maniska patienter blir lätt överstimulerade därför är det viktigt att som sjuksköterska skydda dem mot för mycket intryck. Syftet med studien var att belysa hur sjuksköterskor inom slutenvård och öppenvård uppfattade begreppet psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom. Metoden som användes var fenomenografi. Tio sjuksköterskor inom slutenvården och åtta inom öppenvården intervjuades. Fem beskrivningskategorier framkom i vardera analys. Hos slutenvårdssköterskorna var det fem beskrivningskategorier: miljö, kunskap, bemötande, åtgärder samt det enskilda mötet. I öppenvårdssjuksköterskornas intervjuer benämns kategorierna: samverkan, förhållningssätt, kunskap, behandling samt miljö. I en av kategorierna nämnde sjuksköterskorna bristen på kunskap om psykiatrisk omvårdnad. Sjuksköterskorna saknade både PM (promemoria) och utbildningar samt erfarna kollegor att lära av. Samtliga sjuksköterskor nämnde också bemötande som viktig och nämnde då inge hopp, ta det lugnt, respektera samt prata med patienten. Vad gäller sjuksköterskorna i öppenvården talade man om vikten av samverkans betydelse för att kunna utföra psykiatrisk omvårdnad. Här nämndes bland annat hembesök och utbildning för anhöriga. Anmärkningsvärt var att det bara var två sjuksköterskor inom öppenvården som talade om suicid bedömning. Kunskaperna ansågs vara bristfälliga vad gäller bipolär sjukdom, vilket självklart påverkar uppfattningarna om begreppet psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom.

Nyckelord: *bipolär sjukdom, psykiatrisk omvårdnad, fenomenografi, sjuksköterskor, öppenvård, slutenvård*

Abstract

A bipolar disorder is characterized by a life-long illness alternating occurrence of manic and depressive episodes. Bipolar patients often become symptomatic at a young age and have a difficult time accepting that they have a mental illness that requires life-long treatment. It is also an increasing risk for suicide. An acute manic or deep depression often leads to hospitalization. The nurses in a hospital works with the patient round the clock. Working as a psychiatric nurse means meeting patient with psychiatric illness. Alliance nurse and patient are very important. The goal with caring is to promote health. The nurse has a central roll in the health promoting work. It is important that the nurse increase her or his awareness about the value of caring. By being together and through communication the nurse collect information too estimate the need of care. Caring a patient with a depression doesn't affect the deep or the course of events. Patients with a mania become easily over stimulate and it is important as a nurse to protect them against to many impressions. The aim with this study was to apprehend how nurses in non-institutional care and institutional care understand the conception of psychiatric care in bipolar disorder. Phenomenographic method was used. Ten nurse from the institutional care participated and eight from the non-institutional care. Five description categories come to light during each analysis. Among the nurse in institutional care the five categories were: environment, knowledge, treatment (reception), measure and the individual meeting. By the non-institutional care nurse the categories were: collaboration, attitude, knowledge, treatment and environment. In one of the categories the nurses mention the lack of knowledge about psychiatric care. The nurse missed both memorandums and educations and also experienced colleagues. All the nurses mention treatment as important and the value of hope, calm, respect and conversation. The nurses in non-institutional care talk about the important of collaboration to perform psychiatric care. They mentioned among other things house call and education for relatives. Notably is that it was only two in non-institutional care who talk about suicide judgment. The knowledge about bipolar disorder consider to be insufficient, which obvious influence the apprehension of the concept psychiatric care of bipolar disorder.

Keyword: bipolar disorder, psychiatric care, phenomenography, nurse, non-institutional care, institutional care.

Innehållsförteckning	Sid
1. Inledning	1
2. Introduktion	1
2.1 Bipolär sjukdom	1
2.1.1 Depressiv episod	2
2.1.2 Manisk episod	3
2.2 Psykiatrisk omvårdnad	3
2.2.1 Omvårdnad vid en depressiv episod	5
2.2.2 Omvårdnad vid en manisk episod	5
3. Syfte	5
4. Frågeställningar	6
5. Metod	6
5.1 Design	6
5.2 Urval	7
5.3 Fenomenografisk intervju	7
5.4 Tillvägagångssätt	8
5.5 Dataanalys	8
5.6 Etiska övervägande	9
5.7 Trovärdighet	10
6. Resultat	10
6.1 Resultat av slutenvårdsintervjuer	11
6.2 Resultat av öppenvårdsintervjuer	14
7. Diskussion	19
7.1 Metoddiskussion	19
7.2 Resultatdiskussion	20
7.2.1 Resultatdiskussion/slutenvård	20
7.2.2 Resultatdiskussion/öppenvård	21
7.3 Konklusion	23
Referenser	
Bilagor 1-3	

Referenser

Akiskal H.S. & Mallaya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987;23:68-73. Ur: Häggström, L. (2003). *Bipolärboken. Nya rön och behandlingsstrategier för klinikern*. Janssen-Cilag AB. Sollentuna.

American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.

Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (2006). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Narayana Press. Denmark.

Basco, M.R. & Rush, A.J. (1995). Compliance with Pharmacotherapy in Mood Disorder. *Psychiatric Annals*, 25, 269-270.

Cullen-Drill, M. & Cullen-Dolce, D. (2008). Early and Accurate Diagnosis of Bipolar II Disorder Leads to Successful Outcomes. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol. 44, No.2, April.

Cullen-Drill, M., Smith, M. & Morris, M-A. (2008). Postpartum Bipolar Depression: A Case study. *Perspectives in Psychiatric Care*. Vol. 44, No.4, October.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur. Lund.

Ernst, C. & Goldberg, J. (2004). Clinical features related to age at onset in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 21-27.

Fridlund, B. & Hildingh, C. (2000). *Qualitative Research Methods in the Service of Health*. Studentlitteratur. Lund.

Goossens, P., Beentjes, T., de Leeuw, J., Knoppert-van der Klein, E. & van Achterberg, Th. (2008). The nursing of patients with a bipolar disorder: What nurses actually do. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 3-11.

Goossens, P., Hartong, E., Knoppert-van-der-Klein, E. & Achterberg, T. (2008). Self-Reported Psychopathological Symptoms and Quality of Life in Outpatients With Bipolar Disorder. Perspectives. in *Psychiatric Care*. Vol. 44, No. 4, October.

Goossens, P.J.J., Knoppert-van der Klein, E.A.M. & van Achterberg, T. (2007). Self-reported care needs of outpatients with a bipolar disorder in Neatherlands. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 549-557.

Goossens, P.J.J., van Achterberg, T. & Knoppert-van der Klein, E.A.M. (2007). Nursing processes used in the treatment of patients with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 168-177.

Granskär, M. & Höglund-Nilsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Reálszisztéma Dabas Printing House. Ungern.*

Hajek, T., Bernier, D., Slaney, C., Propper, L., Schmidt, M, Carrey, M., MacQueen, G., Duffy, A. & Aids, M. (2008). A comparison of affected and unaffected relatives of patients with bipolar disorder using proton magnetic resonance spectroscopy. *J Psychiatry Neurosci*; 33(6):531-540.

Hummelvoll, J.K. (2006). HELT- ikke stykkevis og delt. *Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Dimograf. Polen

Johnson, S.L. & Fulford, D. (2008). Development of the Treatment Attitudes Questionnaire in Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64(4), 466-481.

Jormfeldt, H. (2007). "Dimensions of Health among Patients in Mental Health Services". Department of Health Sciences, Faculty of Medicine. Lund University.

Judd, L., Akiskal, H., Shettler, P., Endicott, J., Maser, L., Solomon, D. A. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar 1 disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 530-537.

Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys- exemplet fenomenografi*. Studentlitteratur. Lund.

Lepp, M. & Ringsberg, K. (2002). Phenomenography-a qualitative research approach. Ur: Hallberg. *Qualitativ methods in public health research*. Studentlitteratur. Lund.

Lewinsohn, P., Seeley, J. & Klein, D. (2003). Bipolar disorder during adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (418), 47-50.

Løkensgard, L. (1997) *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Studentlitteratur. Lund.

Mackin, P. & Young, A. (2005). Bipolar disorders. In P. Wright, M. Stern & M. Phelan (Eds). *Core psychiatry* (pp.64-80). Edinburgh, UK: Elsevier Saunders.

Marton, F. (1981). Phenomenography –describing concept of the world around us. *Instructional Science*, 10:177-200.

Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Studentlitteratur. Lund.

Mays, N. & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care – Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*. 320, 50-52.

McDougall, T. (2009). Nursing Children and Adolescents With Bipolar Disorder: Assessment, Diagnosis, Treatment and Management. *Journal of Children and Adolescent Psychiatric Nursing*, Volume 22, Number 1, pp. 33-39.

Oglive, A.D., Morant, N. & Goodwin, G.M. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disorder* 7, 25-32.

Ohlson, E. & Arvidsson, B. (2005). The nurses' conception of how clinical supervision can promote their mental health. *Vård I Norden*, 2, 52-55.

Palmblad, B. (2000). *Sjuksköterska – självständig yrkesroll i psykiatrin. Psykodynamisk teori eller Symbolisk interaktionism?* AB Grafiska Gruppen. Stockholm.

- Perlis, R. H. (2005). The role of pharmacologic treatment guidelines for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(Suppl.3), 37-47.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E. & Limb, K. (1999). Randomised controlled trials of efficacy of teaching patients with bipolar mood disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Pollack, L.E. & Cramer, R.D. (2000). Perceptions of problems in people hospitalised for bipolar disorder: implications for patient education. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 765-778.
- Post, R., Denicoff, K., Leverich, G. S., Altshuler, L.L., Frye, M. A., Suppes, T. M. (2003). Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(6), 680-690.
- Proudfoot, J., Parker, G., Hyett, M., Manicavasagar, V., Smith, M., Grdovic, S. & Greendfield, L. (2007). Next generation of self-management education: Web-based bipolar disorder program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41: 903-909.
- Rihmer, Z. & Kiss, K. (2002). Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disorders*, 4(Suppl.1), 21-25.
- Rothbaum. B. & Astin. M. (2000). Integration of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 61, 68-75.
- Sachs, G. S. & Gardner-Schuster, E. E. (2007) Adjunctive treatment of acute mania: *a clinical overview*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*: 116 (Suppl. 434): 27-34.
- Samarasinghe, K. & Arvidsson, B. (2005). It is a different war to fight here in Sweden – the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 292-301.

Schurhoff, F., Bellivier, F., Jouvent, R., Mouren-Siemeoni, M. C., Bouvard, M., Allilaire, J.F. & Leboyer, M. (2000). Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *Journal of Affective Disorders*, 58, 58, 215-221.

SFS nr:2003:460. Lag 2003:460. Om etikprövning av forskning som avser människor.
<https://lagen.nu/2003:460> 090918 kl.09.02.

Smith, L.A., Cornelius, V., Warnock, A., Bell, A. & Young, A. (2007). Effectiveness of Mood Stabilizers and Antipsychotics in the Maintenance Phase of Bipolar Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Bipolar Disorders*, 9, 394-412.

St John, D D. (2005). Bipolar disorder: Diagnosing a devastating illness. Supplement to the *Clinical Advisor*, march, 3-10.

Sjöström, B. & Dahlgren, L-O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 40, 339-345.

Starin, B. & Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Holmbergs AB. Malmö.

Strandmark, M. & Hedelin, B. (2002). *Phenomenography- a qualitative research approach*. Ur: Hallberg, L. *Qualitative methods in public health research*. Studentlitteratur. Lund.

Svarstad, B.L., Shireman, T.I. & Sweeney, J.K. (2001). Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatric Services*, 52, 805-811.

Svedberg, P. (2007). *Health Promotion Intervention in Mental Health Services*. Department of Health Sciences, Faculty of Medicine. Lund University.

World Health Organization. (2003). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Diagnostic criteria for research*. Printed in Switzerland.

Bilaga 1



Hej

Du är härmed inbjuden att delta i en studie som omfattar sjuksköterskor som arbetar med öppenvård eller slutenvård inom vuxenpsykiatri i Norrköping.

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors uppfattningar av vad psykiatrisk omvårdnad innebär vid bipolär sjukdom. Detta för att kunna förbättra den psykiatriska omvårdnaden vid bipolär sjukdom.

Du som sjuksköterska kommer att träffa två sjuksköterskor som genomgår en vidare utbildning inom psykiatri. En kommer att leda själva intervjun som spelas in på band den andra kommer att sköta den tekniska utrustningen och vid behov ställa kompletterande frågor. Du har fått det här brevet för att du arbetar med personer med bipolär sjukdom.

Tidsåtgången för intervjuerna kommer att vara cirka trettio minuter.

Du som intervjuperson har möjlighet att själv välja vart intervjun ska äga rum och du kan själv när som helst avbryta deltagandet under processen utan motivering.

Du som sjuksköterska behöver inte vara rädd att ditt arbete kommer att påverkas efter deltagandet efter intervjun eller om du avbryter den.

För att vi ska kunna använda resultatet kommer intervjuerna att först spelas in på band och därefter skrivas ned ordagrant på papper. Dessa kommer att förvaras inlåsta så att endast de som arbetar med studien har tillgång till dem.

Det nedskrivna materialet kommer att avidentifieras och det kommer endast att kunna utläsas om du arbetar inom öppenvården eller slutenvården.

Allt material är konfidentiellt.

Med vänlig hälsning

Camilla Svensson
Vps07csn@student.hig.se
011-223124

Anne-Lie Stanzé-Svensson
vps07asn@student.hig.se
011-223124

Huvudhandledare
Thomas Ljung
Thomas.Ljung@hig.se
026-648500

Handledare
Ann-Charlott Karlsson
ann-charlott.karlsson@lio.se
011-223152



Frågeguide

- **Kan du berätta för mig lite om dig själv?** (ålder, utbildning, yrkesverksamma år inom psykiatrin, öppenvård, slutenvård)
- **Kan du så detaljerat som möjligt beskriva hur du uppfattar vad psykiatrisk omvårdnad är för dig vid en manisk fas?**
- **Kan du så detaljerat som möjligt beskriva hur du uppfattar vad psykiatrisk omvårdnad är för dig vid en depressiv fas?**
- **Kan du berätta för mig om ett möte med en patient med diagnosen bipolär sjukdom?**
- **Är det någonting mer som du vill tillägga?**



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

*Till verksamhetschef vid psykiatricentrum i Norrköping Carin Tyrén
klinik, sjukhus, vårdenhet*

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 uppläggning

Introduktion

Bakgrund till val av ämne är att se hur sjuksköterskor respektive patienter uppfattar den psykiatriska omvårdnaden vid bipolär sjukdom.

Vi hoppas att efter avslutad studie kunna förbättra den psykiatriska omvårdnaden vid bipolär sjukdom.

Vid artikel sökning hittades ingen forskning gjord inom denna vinkling.

Därför tycker vi att det skulle vara av stort intresse att få en ökad kunskap kring detta.

Frågeställning

Hur uppfattar sjuksköterskor den psykiatriska omvårdnaden vid bipolär sjukdom?

Hur uppfattar patienter den psykiatriska omvårdnaden vid bipolär sjukdom?

Finns det några skillnader eller likheter mellan sjuksköterskor och patienters uppfattning av psykisk omvårdnad vid bipolär sjukdom?

Syfte

Syftet är att se hur sjuksköterskor och patienter uppfattar begreppet psykiatrisk omvårdnad vid bipolär sjukdom och om det finns några eventuella skillnader och likheter i uppfattningarna.

Genom projektets slutsatser kan nytta dras av all personal som arbetar inom psykiatri och som bemöter med bipolär sjukdom. Eventuella skillnader av uppfattningar mellan sjuksköterskor och patienter skulle kunna användas i samband med utbildning av psykiatrisjuksköterskor för att förbättra omvårdnaden av patienter med bipolär sjukdom.

Metod

Den metod vi tänkt använda oss utav är fenomenografi. Den har sina rötter i inlärnings och gestaltpsykologin. I denna ansats ligger forskningsintresset i hur människor utvecklar sin kunskap om vården och riktas mot vad den kunskapen innehåller. Intervjuer kommer att användas då detta är det vanligaste i fenomenografin.

Urval

Då den fenomenografiska undersökningen handlar om att identifiera uppfattningar, beskriva variationer av uppfattningar kommer vårt urval bestå av sjuksköterskor som arbetat olika länge i psykiatrin dock minst ett år. Tio sjuksköterskor och tio patienter kommer att intervjuas. Alla patienter kommer att ha diagnosen Bipolär sjukdom.

Etiska aspekter

Intervjuerna kommer att avidentifieras och inga namn eller personuppgifter kommer att finnas med i uppsatsen.

Tillstånd kommer att inhämtas från etiska rådet.

Studerandes namn

Camilla Svensson

Anne-Lie Stanzé-Svensson

Handledares namn

Thomas Ljung

Ann-Charlott Karlsson

Tillstånd erhålles

Ja

Nej

Ort och datum

Verksamhetschef

