

# DET GÄLLER BARA ATT HITTA DEN DÄR NYCKELN

Sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan, inom rättspsykiatrisk vård.

**ANNA HERMANSSON**

**ERÉNE EKMAN**

## **SAMMANFATTNING:**

På den rättspsykiatriska kliniken som denna studie utfördes på ska det utifrån omvårdnadspersonalens bedömning uppföras en omvårdnadsplan inom en vecka efter att patienten anlät. I flera lagar som styr vården poängteras patientens delaktighet i sin vård och den legitimerade sjuksköterskan med specialistsjuksköterskeexamen har ansvar för att utforma en samordnad vårdplanering och att patient och anhörig ska involveras i detta (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014). I tidigare forskning beskrivs att patienter vill vara delaktiga i sin vård trots att de vårdas under tvångslagar och att sjuksköterskor har olika strategier för att involvera patienten i sin vård. Studiens syfte är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan, inom rättspsykiatrisk vård. Datainsamlingen skedde genom fokusgruppintervjuer och datamaterialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. I analysen framkom tre kategorier: miljön inverkar, finns oförmåga hos patienten och vårt engagemang har betydelse. Sammanfattningsvis visar resultatet att sjuksköterskan beskriver att hen behöver ge patienten tid att landa i vården och engagera sig genom att skapa en relation med patienten och tydliggöra vården för patienten. Även stämningen på avdelningen och patientens ointresse och oförmågor påverkar möjligheten att involvera patienten i omvårdnadsplanen. Studiens resultat diskuteras emot Barker och Buchanan- Barkers (2005) förpliktelser.

Nyckelord: involvera, omvårdnadsplan, rättspsykiatrisk vård, sjuksköterskans perspektiv.

## **ABSTRACT:**

In the forensic care clinic where the study was conducted a caring plan must, according to the caring staff's assessment, be conducted during the first week the patient is present. In several laws that control the care the patient's involvement in their own care is established. And specialist nurses in psychiatric care has the responsibility to make the concerted caring plan together with the patient and the patient's relatives (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014). In earlier studies it is described that patients want to be involved in their care despite that they are cared for under coercion laws and that nurses have different strategies to involve the patient in their own care. The purpose of the study is to describe nurses experience of involving the patient in their own caring plan, within forensic care. Data was collected during focus group interview's and the data was analyzed with qualitative content analysis. During the analysis emerged three categories: the environment has impact, the patient has inabilities and the impact of our commitment. In summary the results show that the nurse describe hir need to give the patient time to adapt to the care. And that the nurse has to engage in a relationship with the patient and clarify the care for the patient. Also, the atmosphere in the ward and the patient's disinterest and inabilities effect the opportunity to involve the patient in the caring plan. The results of the study are discussed against Barker and Buchanan-Barkers (2005) commitments.

Keywords: caring plan, forensic care, involvement, nurse perspective

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND.....</b>	<b>1</b>
2.1	Lagar och författningar .....	2
2.2	Rättspsykiatrisk vård i Sverige.....	2
2.3	Omvårdnad inom rättspsykiatrisk vård.....	3
2.4	Vårdplanen- och omvårdnadsplanen inom psykiatrisk tvångsvård .....	4
2.5	Faktorer som kan påverka patientens delaktighet i sin vård.....	5
2.5.1	<i>Patienters upplevelser av att vårdas under tvång.....</i>	<i>6</i>
2.5.2	<i>Patienters perspektiv på delaktighet inom psykiatrisk vård.....</i>	<i>6</i>
2.5.3	<i>Vårdpersonalens perspektiv och strategier för patientens delaktighet.....</i>	<i>7</i>
2.5.4	<i>Relationen mellan vårdpersonal och patienten inom psykiatrisk vård.....</i>	<i>8</i>
2.5.5	<i>Stigmatisering kring psykisk ohälsa.....</i>	<i>9</i>
2.5.6	<i>Sammanfattning av kunskapsläget.....</i>	<i>10</i>
2.6	Tidvattenmodellen.....	12
2.7	Problemformulering .....	13
<b>3</b>	<b>SYFTE .....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>METOD.....</b>	<b>14</b>
4.1	Design .....	14
4.2	Urval .....	14
4.3	Datainsamling.....	15
4.4	Analys av datamaterial.....	16
4.5	Etiska överväganden.....	16
<b>5</b>	<b>RESULTAT.....</b>	<b>17</b>
5.1	Vårdmiljön inverkar .....	18
5.1.1	<i>Lagar och tvång har betydelse .....</i>	<i>18</i>
5.1.2	<i>Stämningen på avdelningen påverkar .....</i>	<i>18</i>
5.1.3	<i>Kontinuiteten brister .....</i>	<i>19</i>

<b>5.2</b>	<b>Finns oförmåga hos patienten.....</b>	<b>19</b>
5.2.1	<i>Patienten har svårt att förstå .....</i>	19
5.2.2	<i>Patienten är ointresserad.....</i>	20
<b>5.3</b>	<b>Vårt eget engagemang har betydelse .....</b>	<b>20</b>
5.3.1	<i>Skapa engagemang hos personalen.....</i>	20
5.3.2	<i>Oenighet med patienten.....</i>	21
5.3.3	<i>Anpassa informationen .....</i>	21
5.3.4	<i>Skapa motivation hos patienten .....</i>	22
5.3.5	<i>Ge patienten nödvändig tid .....</i>	22
5.3.6	<i>Skapa en relation.....</i>	23
5.3.7	<i>Synliggöra för patienten .....</i>	23
<b>6</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>24</b>
<b>6.1</b>	<b>Metoddiskussion .....</b>	<b>25</b>
6.1.1	<i>Giltighet.....</i>	25
6.1.2	<i>Tillförlitlighet.....</i>	26
6.1.3	<i>Överförbarhet.....</i>	27
6.1.4	<i>Genomförande och samarbete.....</i>	27
<b>6.2</b>	<b>Resultatdiskussion.....</b>	<b>28</b>
6.2.1	<i>Lyssna på rösten och vara nyfiken.....</i>	28
6.2.2	<i>Att vara patientens lärjunge och respektera patientens språk .....</i>	29
6.2.3	<i>Att ge patienten tiden som en gåva .....</i>	29
6.2.4	<i>Öppna patientens verktygslåda, den konstanta förändringen och se patientens egen visdom .....</i>	30
6.2.5	<i>Att forma nästa steg.....</i>	31
6.2.6	<i>Rättsspsykiatrisk vård: den transparanta vården?.....</i>	32
<b>6.3</b>	<b>Etikdiskussion .....</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>SLUTSATSER OCH KLINISKA IMPLIKATIONER.....</b>	<b>34</b>
7.1	<b>Resultatet i ett vidare sammanhang.....</b>	<b>34</b>
7.2	<b>Förslag på fortsatt forskning .....</b>	<b>36</b>
	<b>REFERENSLISTA .....</b>	<b>37</b>
	<b>BILAGA A: FÖRFRÅGAN TILL VERKSAMHETSCHEF</b>	

**BILAGA B: FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE I STUDIE TILL SJUKSKÖTERSKOR**

**BILAGA C: INTERVJUGUIDE**

**BILAGA D: ANALYSMATRIS**

# 1 INLEDNING

Intresset för vårt ämne att involvera patienten i sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård kommer från observationer på vår arbetsplats som väckt frågor. Vi arbetar båda på samma rättspsykiatriska klinik, inom slutenvården, där det i klinikkens riktlinjer fastställs att en omvårdnadsplan ska uppföras utifrån omvårdnadspersonalens bedömning inom en vecka efter patienten anlärt till kliniken. Omvårdnadsplanen ska utgöra grunden för stödjande och vårdande handlingar. Att sjuksköterskor ska involvera patienten i planeringen av sin vård berörs i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning psykiatrisk vård (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014) där det står beskrivet att specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatrisk vård har ansvar för att tillsammans med patienten och närstående utforma en samordnad individuell vårdplanering tillsammans med tvärprofessionella professioner. Även i 1§ i 5 kap. i Patientlagen (2014:821) är beskrivet att patienten ska så långt möjligheten finns vara delaktig i planering och utförandet av sin vård. Vår studie kan bidra med ökad kunskap beträffande sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan. Genom att dessa erfarenheter synliggörs har vi en förhoppning att kunna identifiera hinder och möjligheter för patientens delaktighet inom rättspsykiatrisk vård. Studien kan på så sätt leda till att sjuksköterskor finner verktyg och strategier för att öka möjligheten för patienten att vara delaktig i sin vårdplanering, trots att de vårdas under tvång, och på så sätt också främja återhämtning. Vi hoppas också att vi kan bidra till utveckling av vetenskaplig kunskap kring hur vi kan utveckla vårdandet för att främja patientens delaktighet utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv, hur vi finner ut vad som är bäst för patienten och hur vi vårdar för att nå dit. Vi menar att studien kan bidra med kunskap, eller väcka reflektion över hur sjuksköterskan kan ta del av hur patienten upplever sitt lidande och det sammanhang hen befinner sig i.

# 2 BAKGRUND

I bakgrunden presenteras lagar och föreskrifter som anknyter till studien, rättspsykiatrisk vård i Sverige, omvårdnad inom rättspsykiatrisk vård och omvårdnadsplanen inom psykiatrisk tvångsvård. Därefter presenteras patientens delaktighet inom rättspsykiatrisk vård utifrån tidigare forskning. Den teoretiska referensramen beskrivs och därefter presenteras problemformuleringen.

## 2.1 Lagar och författningar

I 2 § Hälso- och sjukvårdslagen stadgas att vården ska bedrivas så att jämlikhet uppnås. I 2 a § av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står det att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att vården anses vara god. Detta innebär en respekt för patientens eget bestämmande och en respekt för patientens integritet. I 1 § i 3 kap. av Patientensäkerhetslagen (2010:659) står det att vårdgivare har skyldighet att se till att verksamheten bedriver god vård i enlighet med 2 a § av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I 1 § i 5 kap. i Patientlagen (2014:821) att stadgas att patienten ska vara delaktig i planering och utförandet av sin vård så långt det är möjligt. Enligt 1 § i 3 kap. i Patientlagen (2014:821) har patienten rätt att få information om bland annat sitt sjukdomstillstånd, behandlingsmetoder, inom vilken tidsaspekt vård kan ges, risker inom vården och hur man kan arbeta förebyggande vad gäller sjukdom och skada. I 1 § av Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) är det som berörs i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Patientlagen (2014:821) även gällande inom den psykiatriska vården. I överensstämmelse med 16 § av Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) ska en vårdplan upprättas så fort patienten inkommit för tvångsvård och detta ska ske tillsammans med patienten om möjligt. I 17 § av Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) ska patienter inkluderas i planeringen av behandlingen under vårdtiden när möjlighet finns. Enligt Regeringens proposition 2016/17:94 (2016) framgår detta inte tydligt i nuvarande lagstiftning. I överensstämmelse med 2 b § av Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129) får tvångsåtgärder inom vården endast genomföras om patienten fått individuellt anpassad information och trots det ej medverkar till vården. Tvångsåtgärder får inte användas till större del än vad som krävs för att patienten ska medverka till vård

Vid vård som ges enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129) får de begränsningar som gäller för patientens inflytande över vården aldrig gå utöver vad som är nödvändigt för att kunna genomföra vården (Regeringens proposition 2016/17:94 2016, Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård). Propositionen föreslås träda i laga kraft 1 juni 2017 och föreslår ändringar i nuvarande Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). I förordet betonas särskilt patientens utsatta position, vilket menar man ytterligare förstärker vikten av att så långt som möjligt inkludera patienten i utformandet av sin vård. I propositionen lämnas förslag på åtgärder som främjar patientens möjlighet till delaktighet, t.ex. att patientens inställning till i vårdplanen föreslagna insatser och särskilda villkor ska anges. Om patienten inte medverkat ska det också anges skäl till det. Propositionen understryker också att vårdplanen ska vara samordnad vilket innebär att samtliga vårdgivare ska medverka. I ansökan till öppen rättspsykiatrisk vård ska enligt 7 a § av Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129) den samordnade vårdplanen innehålla uppgifter om behovet av insatser från olika vårdgivare och även vilka insatser som är beslutade och vem som ansvarar för vad.

## 2.2 Rättspsykiatrisk vård i Sverige

Enligt Socialstyrelsen [SoS] (2008) har antalet personer som döms till rättspsykiatrisk vård minskat sedan 2005 samtidigt som vårdtiden förlängts och antalet inskrivna har ökat. Den



som begått ett brott under allvarlig psykisk störning ska i första hand dömas till vård. För att det ska ske krävs ett domstolsbeslut grundat på en genomgången rättspsykiatrisk undersökning (RPU), eller en mindre omfattande bedömning § 7-intyg hur vida den åtalade begått brottet under påverkan av allvarlig psykiatrisk störning (Rättsmedicinalverket, 2015). De mest förekommande brotten hos de som genomgår rättspsykiatrisk undersökning är misshandel, mord eller dråp, olaga hot, sexualbrott och mordbrand. Drygt 30% av personer inom den rättspsykiatriska vården är födda utomlands. Vid den rättspsykiatriska undersökningen deltar rättspsykiatriker som ansvarar för utlåtandet, vårdpersonal som gör en omvårdnadsbedömning, psykolog och socialutredare. Allvarlig psykisk störning är en juridisk term och omfattar främst psykos, depressioner med självmordsrisk och starkt tvångsmässiga beteenden. Förutom medicinska diagnoser tar man också hänsyn till psykosocial funktionsnivå i bedömning av om personen kan anses ha en allvarlig psykisk störning (Rättsmedicinalverket, 2015).

### 2.3 Omvårdnad inom rättspsykiatrisk vård

Att vårda patienter inom rättspsykiatrisk vård är komplext och att bevara patienters värdighet är utmanande (Gustafsson, Wigerblad & Lindwall, 2013). Nätverket för rättspsykiatrisk omvårdnad [Nätrom] (2015) tog 2003 fram denna värdegrund för den rättspsykiatriska omvårdnaden.

”Att se människan bakom brottet och ha modet att finnas kvar i alla situationer. Detta utgår från mellanmänsklig kärlek, äkthet och ur godhetsprincipen. Att som vårdare se sig själv som ett verktyg i uppbyggandet av vårdrelationen där tid, tillit och trygghet utgör basen, så att patienten ges möjlighet till försoning” (Nätverket för rättspsykiatrisk omvårdnad, 2015)

Det huvudsakliga syftet med vården är att patienten ska återhämta sig och kunna återgå till ett liv i samhället, må så bra som möjligt och inte återfalla i brott (Olsson, Strand & Kristiansen, 2014). Vårdtiderna inom rättspsykiatrisk vård blir allt längre. Det har medfört ett behov av att finna metoder för en både effektiv och säker vård. Detta ställer krav på sjuksköterskornas kompetens och engagemang i omvårdnaden t.ex. att kunna identifiera var i processen patienten befinner sig och vad som kan motivera patienten att delta i sin behandling.

Gustafsson m.fl. (2013) visar att sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk vård erfar att patienter behöver känna trygghet, behandlas med respekt och bemötas med medmänsklighet för att bevara sin värdighet när de vårdas under tvång. Att skapa trygghet kan innebära att ta hänsyn till patientens behov t.ex. genom att visa att hen har rättigheter som andra och rätt att uppfylla sina drömmar. Det innebär också att locka fram förmågor och resurser som patienten har haft tidigare i livet, att bygga upp självförtroendet och patientens självbild. En självbild som kan ha raserats under år av missbruk, psykisk ohälsa eller av att ha vårdats inom rättspsykiatrin. De beskriver också hur patienten kan lära sig innebörden av värdighet att genom att lära patienten att förvänta sig respekt utan att använda ett destruktivt förhållningssätt, att ta patientens känslor på allvar, att behandla patienten respektfullt inför

andra patienter och att personalen skyddar patienten vid hotfulla situationer. För att skydda patienten från att misslyckas ska sjuksköterskan försäkra sig om att patienten är mogen att ta det ansvar det innebär att t.ex. erhålla permission. Att visa respekt innefattar också medmänsklighet genom att "göra det lilla extra" vilket bidrar till att patienten känner sig som en fullvärdig människa. Även Tapp, Warren, Fife-Schaw, Perkins & Moore (2016) berör respekt. De beskriver att behandla patienten med respekt och minska känslan av stigmatisering innebär att personal har en icke-dömande attityd till psykisk sjukdom. Personalen bör även vara optimistisk, förmedla hopp och ge patienten stöd att komma framåt. Olsson, m.fl. (2014) beskriver att förutom en känsla av hopp behöver patienten också stöd i att ha tålamod, kunna slappna av. Olsson m.fl. (2014); Tapp m.fl. (2016) berör kontinuiteten i vården som något betydelsefullt för patientens möjlighet att etablera ett förtroende och för att vården ska fortskrida framåt.

Enligt Hörberg (2014) ska vård inom rättspsykiatri anses som något av den mest omfattande inskränkning i livet en person kan uppleva. Patienterna har ofta komplexa vårdbehov och vårdas under lång tid. Personalen ställs inför svåra etiska val när de ska vårda och främja hälsa samtidigt som patienten hålls i förvar mot sin vilja. Hörberg (2014) visar dock i sin artikel att det finns en vårdkultur baserad på disciplin och tillrättavisande inom rättspsykiatri. Den rättspsykiatriska omvårdnaden visar på brister i förhållande till och är inte alltid baserad på evidens och vårdvetenskaplig teori. Sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk vård beskriver att det kan vara svårt att bemöta en våldsam patient med respekt. Enligt Hörberg (2014) visar även tidigare studier att relationen mellan vårdare och patient påverkas av om vårdarna finns där för patienten eller inte, om patienten blir lyssnad på eller nonchaleras, betraktas som en individ eller känner sig objektifierad och om hen får feedback eller inte. När man studerat vad vårdtiden består av framgår det att patienterna upplever mycket "dödtid" och att de ägnar den största delen av tiden åt dagliga rutiner, sova, vila och ostrukturerade aktiviteter. Patienter beskriver att de saknar vårdande möten och samtal. I artikeln framgår att forskningen visar att samarbete och förtroende mellan vårdare och patient främjar återhämtningen, liksom stöd från anhöriga och vänner. Hörberg (2014) menar att det finns behov av kunskap och stöd till personal för att förstå och utveckla omvårdnaden ur ett livsvärldsperspektiv och på så sätt främja patientens återhämtning. Det behövs tid för reflektion och diskussion ur ett etiskt perspektiv, att införa dagliga samtal och att använda dagliga sysslor till att upprätta en vårdande relation med patienterna.

## **2.4 Vårdplanen- och omvårdnadsplanen inom psykiatrisk tvångsvård**

En nationell inventering av innehåll och omfattning av den psykiatriska tvångsvården genomfördes 2008 och redovisas i SoS (2009) "Innehållet i den psykiatriska tvångsvården". Kartläggningen visar att vårdplanering är ett viktigt instrument för att garantera patienternas delaktighet och inflytande. En hög andel av de som hade en vårdplan har deltagit vid utformandet av den. Vårdplaneringsprocess är nödvändig för att identifiera patientens behov och utgör underlag för vårdens utformning. En studie gjord i Finland (Männynsalo, Putkonen & Kotilainen, 2009) visar att 65 % av patienter med utvecklingsstörning saknade en omvårdnadsplan som uppfyllde nationella riktlinjer när de skulle överföras från slutenvård till öppenvård inom rättspsykiatri. Enligt 6 § andra stycket i Lagen (1991:1129) om

rättspsykiatrisk vård ska patienten ges möjlighet att påverka planeringen och informeras om behandlingsalternativ och dess innebörd.

Tapp m.fl. (2015) beskriver att det råder enighet bland vårdpersonal och experter om att vårdplanen bör utgå från patientens specifika och komplexa behov och att den ska innehålla rimliga mål som också synliggör patientens framsteg. SoS (2009) visar också att de patienter som har en vårdplan erhåller fler insatser och poängterar att det ur ett patientperspektiv är väsentligt att patienten har haft möjlighet att delta i vårdplaneringen och har haft möjlighet att påverka sin fortsatta vård vilket också enligt Tapp m.fl. (2016) skapar motivation. I studien av Tapp m.fl. (2016) ansågs detta vara önskvärt men inte nödvändigt och att anhörigas delaktighet var beroende av vilken relation patienten har till sina anhöriga. Enligt en studie av Olsson m.fl. (2014) anser patienter att sjuksköterskor måste förstå betydelsen av att patienten har ett fungerande nätverk, uppmuntra och stödja patienten i att ha kontakt med familj och de personer som är viktiga i patientens liv. De beskriver också att omvårdnadsplanen ska vara ett föränderligt dokument som ska utvärderas, uppdateras och finnas med i hela vårdprocessen.

Tidigare studier visar att vårdplaneringen har en viktig roll i hur patienten klarar övergången mellan sluten- och öppenvård inom rättspsykiatrisk vård enligt vårdpersonal (Gustafsson, Holm & Flensner, 2012). Genomförandet av vårdplanen bör inkludera alla berörda vårdgivare, det ska vara tydligt beskrivet vem som ansvarar för vad, den ska utgå från en bedömning av patientens behov och bör starta så tidigt som möjligt när patienten påbörjar vård inom rättspsykiatri. Informationen i vårdplanen bör utformas utifrån den individ den berör och ansvaret för att patienten förstår informationen inför övergången och att få den förklarad för sig om den inte förstår har vårdpersonalen. Vårdpersonal upplever att vårdtiden inom den rättspsykiatriska slutenvården förlängs på grund av svårigheten att involvera patienten i sin vård och vårdplanering. Även när samarbetet mellan olika vårdgivare inför övergången mellan sluten- och öppenvården brister kan det leda till längre vårdtid inom slutenvården. Det kan handla om att olika vårdgivare har olika mål med vården. Det är därför viktigt att information om hur vården utformats inom den rättspsykiatriska vården når kommunen och att det skapas en samstämmighet. Av vårdpersonal inom rättspsykiatrisk vård upplevs detta ha stor betydelse för att övergången ska bli bra för patienten bra.

## **2.5 Faktorer som kan påverka patientens delaktighet i sin vård.**

Utifrån tidigare forskning presenteras olika faktorer som skulle kunna påverka patientens delaktighet inom rättspsykiatrisk vård. Dessa faktorer presenteras under rubrikerna: patienters upplevelser att vårdas under tvång, patienters perspektiv på delaktighet, vårdpersonalens perspektiv och strategier för patienters delaktighet, relationen mellan vårdpersonal och patienten inom psykiatrisk vård och stigmatisering inom psykiatrisk ohälsa.

### **2.5.1 Patienters upplevelser av att vårdas under tvång**

Den första akuta fasen då patienten skrivs in i rättspsykiatrin innebär en upplevelse av mental ohälsa, tvångsåtgärder och post-traumatisk stress och en känsla av kaos (Olsson, m.fl., 2014). Patienter menar att sjuksköterskor ska förmedla hopp och visa att man tror på patientens förmåga vilket anses som viktigt för att möjliggöra återhämtning (Olsson m.fl., 2014; Tapp m.fl., 2016). Att patienten känner sig säker på avdelningen där de vårdas beskriver patienten som en förutsättning för att kunna tillgodogöra sig vården (Olsson, m.fl., 2014). Patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård beskriver svårigheter att förstå hur de kan påverka sin situation (Hörberg, Sjögren & Dahlberg, 2012). Tidigare forskning visar att patienter som vårdas ofrivilligt inom psykiatrisk vård har erfarenheter av att identitet, självrespekt, värdighet och självbilden påverkas negativt av den ofrivilliga vården, ouppmärksam personal och fysisk fasthållning (Hughes, Hayward & Finlay, 2009).

Att befinna sig i en vårdsituation som patienten inte kan ta sig ifrån och där vården upplevs förutbestämd bidrar till svårigheter att se upplevelsen som positiv (Hörberg, m.fl., 2012). Studien visar också att patienterna valde att anpassa sig till vårdpersonalen auktoritet i förhållande till patienten för att undvika bestraffning och repressalier. Patienter beskriver rädslan för bestraffning som en del av det dagliga livet inom rättspsykiatrin och den bemästrades genom att patienterna begränsade sina tankar och känslor och genom det blev ett objekt. God omvårdnad inom rättspsykiatrin var något patienter beskrev att bara vissa patienter fick uppleva. Den goda omvårdanden innebär att patienten har en möjlighet att ingå i en relation med vårdpersonalen som karakteriseras av närhet och värme. Att ha förmåga att vara sig själv i relation med patienten, att ta del av patientens livsvärld och att vara öppen i mötet med patienten är egenskaper som patienter beskriver att vårdpersonal som ger god omvårdnad besitter.

### **2.5.2 Patienters perspektiv på delaktighet inom psykiatrisk vård**

I tidigare forskning beskriver patienter som erhåller psykiatrisk vård inom öppenvården att delat beslutsfattande i vården är beroende av engagemang från både patient och vårdpersonal men även en god relation mellan patient och vårdpersonal (Eliacin, Salyers, Kukla & Matthias, 2015). I denna goda relationen ingår att patienten upplever sig bli lyssnad på, det finns en överensstämmelse mellan patient och vårdpersonal och ett förtroende. Dock kan vissa hinder uppkomma som hindrar ett delat beslutsfattande och god relation. Ett av dessa kan vara könsskillnader, det vill säga att män som behandlas av kvinnor kan ha svårt att ta upp känsliga ämnen som sexualitet med kvinnlig vårdpersonal.

Patienter beskriver att vårdpersonalen skapar förutsättningar för patienters delaktighet i vården genom att mana och välkomna patienten till delaktighet. Patienter vill vara delaktiga i sin vård och få ta beslut själv trots att vården sker under tvång (Andreasson & Skärsäter, 2012). Tidigare studie visar att patienter inom psykiatrisk slutenvård vill att personalen tar tillvara deras egen erfarenhet och fråga efter vad de behöver. De anser att vårdpersonalen har ett ansvar att informera hur vårdplaneringen ser ut och att se patientens behov.

De vill också dela ansvaret för sin vård och menar också att möjligheten till det är beroende av både personal och patienters engagemang. Att personalen visar engagemang, att de lyssnar och att patienten får möjlighet att påverka vården förbättrar förutsättningarna för att de ska följa de överenskommelser som fattas mellan personal och patienten. I de fall personalen tvingas fatta beslut som av patienten kan upplevas negativt vill patienter ha information om anledningen till det för att ha möjlighet att förstå (Molin, Graneheim & Lindgren, 2016).

Patienter som behandlas inom psykiatrisk tvångsvård beskriver att individuellt anpassad information om sin sjukdom, sin situation och behandling krävs för att kunna vara delaktig i vården (Andreasson & Skärsäter, 2012; Olsson, m.fl., 2014). Patienter upplever också att sjuksköterskor bör ge information om vad rättspsykiatrisk vård innebär ur ett rättsligt perspektiv (Olsson, m.fl., 2014). Grundy m.fl. (2016) har ur ett patientperspektiv undersökt vilken betydelse vårdarens personlighet har för att patientens delaktighet ska bli meningsfull. Den visar att relationen mellan vårdare och patient är avgörande, att vårdarens förmåga att vara tydlig i sin kommunikation är viktigt och likaså att det finns ett engagemang. Inom psykiatrin kan vårdarens värderingar och normer beträffande vad som anses normalt, vad anses som sjukt respektive friskt påverka relationen mellan vårdare och patient vilket i sin tur kan påverka delaktighet i vården (Gildberg, Bradley, Fristed & Hounsgaard, 2012). Patienters upplevelser är att de kan hindras att vara delaktiga på grund av att de ibland inte bemöts som vuxna individer (Molin, m.fl., 2016).

I en observationsstudie undersöks vilken möjlighet till delaktighet patienter inom psykiatrin har. Studien visade att initiativ till åtgärder oftast togs av vårdaren och i de fall patienten föreslog åtgärder uppstod oftare oenighet men det var också vanligt att beslut fattades enligt patientens vilja. I samtalen var det vanligt med inriktning mot patientcentrerad vård men mindre grad av delaktighet. Ett hinder för patientmedverkan kan vara en omedvetenhet hos patienter om vilken rättighet de har till delaktighet i utformandet av sin vård (Rise & Steinbeck, 2013).

### **2.5.3 Vårdpersonalens perspektiv och strategier för patientens delaktighet**

Sjuksköterskor använder olika strategier för att patienter ska vara delaktiga i vården (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2009; Cleary, 2003). Sjuksköterskan fokuserar på att lära känna patienten (Sahlsten, m.fl., 2009; Cleary, 2003), att patienten får komma till tals (Sahlsten, m.fl., 2009) och att sjuksköterskan får kunskap kring patienters vilja och så långt som möjligt respekterar denna (Cleary, 2003). Sjuksköterskor beskriver att de tillsammans med patienten försöker uppnå gemensamma mål som utgår från patienten (Sahlsten, m.fl., 2009). Sjuksköterskor informerar patienter om vad som sker i vården för att skapa möjligheter för patienten att vara delaktig (Cleary, 2003). Enligt Tapp m.fl. (2016) råder det enighet om att patienten så snart som möjligt bör få information om hur vården är upplagd från inskrivning till utskrivning och att det ska ges tydlig information om vilka beslut som fattas och vad som är anledningen till dessa. Att patienten får information om bland annat biverkningar och doktorskonsultationer bidrar till att vården blir mer förutsägbar och öppen enligt vårdpersonal som arbetar inom rättspsykiatrin (Gildberg, m.fl., 2012).

Vårdpersonal beskriver också att patienters förmåga att ta väl grundade beslut kring sin vård och patientens sjukdomsinsikt är aspekter som påverkar om vårdpersonal anser att patienten kan ta beslut kring vården och behandlingen inom psykiatrisk vård (Chong, Aslani & Chen, 2013). Att arbeta med patienter inom rättspsykiatrisk vård som inte upplevs sträva mot att komma ut i samhället är svårt enligt vårdpersonal (Harris, Happel & Manias, 2015). Vårdpersonal inom rättspsykiatrisk vård beskriver hur de genom små konversationer tar del av patientens livsvärld (Gildberg, m.fl., 2012). Genom små konversationer och att delta i olika aktiviteter med patienter vill vårdpersonalen lära känna patienten och få ta del av deras livserfarenheter för att skapa en relation med patienten som bygger på respekt. Relationen med patienten, som grundas på att lyssna på denna, bidrar med information som gör att personal kan hjälpa patienten med deras problem.

#### **2.5.4 Relationen mellan vårdpersonal och patienten inom psykiatrisk vård**

Sjuksköterskor inom psykiatri beskriver att relationen till patienten är grunden för omvårdnaden (Cleary, 2003). Enligt vårdpersonal kan den terapeutiska relationen mellan vårdpersonal och patienter inom rättspsykiatrisk vård påverkas negativt av att vårdpersonal känner till det brott patienten begått (Harris, m.fl., 2015). Brottet kan skapa hemska bilder hos vårdpersonal och kan bidra till att vårdpersonal väljer att ta avstånd från patienten och se patienten som sin sjukdom istället för som en människa.

Enligt Pazargadi, Moghadam, Koshknab, Renani och Molazem (2015) upplever sjuksköterskor inom psykiatrisk vård att olika faktorer kan förhindra möjligheten att etablera en terapeutisk relation med patienterna. Organisatoriska faktorer som tidsbrist och underbemanning kan ha negativ effekt men även patientens sjukdom och dess symptom kan påverka möjligheten att skapa en terapeutisk relation negativt. Sjuksköterskor beskriver att de upplever en rädsla för att påverkas negativt av att intrigera med patienten inom psykiatri och att sjuksköterskor känner sig otillräckliga när resultaten av vården inte syns inom en viss tidsperiod detta medför att sjuksköterskan upplever att de tar ett avstånd från patienten eller upplever minskad motivation i arbetet. I Molin, m.fl., (2016) uttrycker patienten inom psykiatrisk vård att de vill bli sedda och lyssnade på. De beskriver också att det känns skönt att personalen har kännedom om deras bakgrund så att de inte behöver berätta den upprepade gånger. En väg till att skapa en nära relation mellan patient och vårdpersonal är att ha gemensamma vardagliga aktiviteter och att skratta och ha roligt tillsammans. Det leder enligt patienterna till en känsla av att arbeta tillsammans och gör att patienterna kan öppna upp sig för personalen. Det bidrar också till såväl en känsla av hopp om att en förändring är möjlig vilket ökar motivationen och ger en ökad självkänsla hos patienten.

Tidigare forskning visar att vårdpersonal inom rättspsykiatrisk vård bemöter patienter i huvudsak på två olika sätt (Gildberg, Elverdam & Hounsgaard, 2010) vilket överensstämmer med hur vårdpersonal inom akut psykiatrisk intensivvård bemöter patienter (Björkdahl, Palmstiern & Hansebo, 2010). Vårdpersonal kan bemöta patienter i vården på ett sätt som främjar relationen till patienten (Gildberg m.fl., 2010; Björkdahl m.fl., 2010), detta innebär bland annat att sjuksköterskan förmedlar värme, förtroende och för samtal med patienten. För att skapa en relation med patienten kan vårdpersonal använda sig av aktiviteter som

promenader och sport och dessa kan även användas som ämnen att föra samtal om (Gildberg m.fl., 2010). Detta sätt att bemöta patienten handlar även om att kunna läsa patienten och bemöta patienten därefter (Björkdahl m.fl., 2010) och lyssna på patienten.

Det andra sättet som personal kan bemöta patienter på inom psykiatrisk vård karakteriseras bland annat av kontroll av patienten och att se patienten som ett objekt (Gildberg m.fl., 2010; Björkdahl m.fl., 2010). För att vårdpersonal ska kontrollera patienten observeras denna, vårdpersonal begränsar även relationen och kontakten med patienten på olika sätt (Gildberg m.fl., 2010), man informerar om regler och som en konsekvens av vad vårdpersonal anser är dålig beteende hos patienten kan tvångsåtgärder användas (Björkdahl m.fl., 2010).

Patienter som vårdas under tvång beskriver att relationen till vårdpersonal påverkar upplevelsen att vårdas under tvång (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso & Crompton, 2015). Patienter beskriver att i en god relation med personal ingick att patienten fick information om avdelningens regler och tvångsvård. Denna information behövdes för att patienten bland annat skulle förstå varför dem var på sjukhuset, vad som krävdes för att tvångsvården skulle upphöra och för att vården skulle tydliggöras. I en god relation upplever patienter att det är viktigt att sjuksköterskan tar sig tid att prata med patienten och att vårdpersonal bemöter patienten som en person med egna erfarenheter och inte en sjukdom med olika symptom. Patienter beskriver att de i en god relation vill samarbeta med personal och involveras i sin vårdplanering.

Hörberg och Dahlberg (2015) har utifrån en filosofisk ansats enligt Michel Foucault studerat vårdkulturen inom rättspsykiatrisk vård vilken bekräftar att disciplin, tillrättavisande, belöning och bestraffning är vanligt förekommande vilket enligt studien starkt talar för att det finns ett behov att införa ett vårdvetenskapligt synsätt utifrån personcentrerad vård.

### **2.5.5 Stigmatisering kring psykisk ohälsa**

Miljön på en psykiatrisk avdelning är skapad för att skapa säkerhet men upplevs enligt Molin m.fl. (2016) som stigmatiserande, dock visades att patientens upplevelse var beroende av relationen till personalen och deras syn på människor med mental ohälsa. Tidigare forskning visar att personer med psykisk ohälsa utsätts för diskriminerande behandling till följd av andra människors fördomar och tänkande utifrån stereotyper (Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2016). Forskning visar att människor anser att personer med psykisk ohälsa har orsakat detta själva och att de har ett eget ansvar för sin ohälsa. Men även att människor med ohälsa besitter oförmågor som kan leda till mindre möjligheter till självständigt liv och tvångsvård. Människor likställer även psykisk ohälsa med att personen är farlig och detta leder till att människor med psykisk ohälsa bland annat undviks av andra människor. Att människor med psykisk ohälsa upplever denna stigmatisering och tar den till sig kan leda till att de upplever en känsla av skam. Personer med psykisk ohälsa kan även undvika att söka vård på grund av en rädsla att bli negativt bedömda på grund av sin sjukdom vilket kan leda till att personen missar möjligheten att få behandling och hjälp.

I tidigare forskning beskrivs att diagnosen personlighetsstörning är den psykiatriska diagnosen som människor har minst kunskap kring (Sheehan, Nieweglowski & Corrigan,

2016). Människor har även mindre medkänsla med människor som har denna diagnos och anser även att dessa personer är manipulerande och betar sig illa då de anses kunna kontrollera sitt beteende. Till följd av detta anses de inte behöva professionell hjälp i samma utsträckning som personer med andra psykiatriska diagnoser. Personer som har en bipolär diagnos beskriver att den kultur de lever i och deras familj kan påverka känslan av stigmatisering (Michalak, Livingston, Hole, Suto, Hale & Haddock, 2011). Att leva med psykisk ohälsa i en viss kultur kan bidra till en känsla av skam medan familjen kan bidra till en upplevelse av stigmatisering genom att man inte talar om den psykisk ohälsan. Personer beskriver även att deras beteenden kopplas samman med den bipolära sjukdomen vilket leder till att deras egna personlighet döljs. För att hantera och stå ut med självstigmatiseringen så utvärderade personerna vilka de kunde delge sin sjukdom. Detta var beroende av om de upplevde att det verkligen var nödvändigt eller om personen de skulle berätta för upplevdes vara förstående.

I en studie som inkluderade personer som levde i ett boende som hade till syfte att skapa möjlighet till återhämtning från svår psykisk sjukdom framkom att stigmatiseringen inte var något som deltagarna upplevde och som påverkade deras återhämtning (Whithley & Denise Campbell, 2014). Dock hade deltagarna en rädsla för att utsättas för stigmatisering och hade olika strategier för att undvika och hantera detta. Att försöka normalisera den psykiska sjukdomen var ett sätt men även att bete sig normalt och inte utmärka sig. Detta innebar att beskriva den psykiska sjukdomen som en del av de psykiska problem som alla människor upplever och att klä sig på ett visst sätt.

### **2.5.6 Sammanfattning av kunskapsläget**

Tidigare forskning visar att det finns en komplexitet och utmaning i vårdandet av patienter inom rättspsykiatrisk vård. Sjuksköterskor och vårdpersonal inom rättspsykiatrisk vård ställs inför olika krav och etiska val i vårdandet av patienterna. Dessa krav uppkommer till följd av de allt längre vårdtiderna som medför en önskan om en mer effektiv vård och en kompetens hos sjuksköterskan som innebär att kunna identifiera vad som motiverar patienten att delta i sin behandling. Personal inom rättspsykiatrisk vård ställs inför etiska val då de vårdar patienter som vårdas under tvång och tidigare forskning visar att just vårdas inom rättspsykiatrisk vård är en av de mest omfattande inskränkning en människa kan uppleva. Tidigare forskning visar att patienter vill vara delaktiga i sin vård trots att de vårdas under tvång. Patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård upplever dock svårigheter att förstå hur de kan påverka sin vård.

För att möjliggöra delaktighet beskriver patienter att de vill bjudas in till delaktighet, få individuellt anpassad information och uppleva förtroende för vården. Tidigare forskning beskriver även att det ur ett patientperspektiv krävs ett engagemang hos både patient och personal för de ska inkluderas i beslut kring sin vård. Personalen behöver engagera sig genom att t.ex. ge information kring vårdplanering och intressera sig för patientens behov. Både patienter och vårdpersonal poängterar vikten av att skapa en relation. Patienter anser att en god relation mellan dem och vårdpersonal ligger till grunden för deras delaktighet i beslut kring sin vård, att relationen påverkar upplevelsen av att vårdas under tvång och



sjuksköterskor anser att just relationen är grunden för omvårdnaden av patienter inom psykiatrisk vård. Att genomföra gemensamma aktiviteter anser både vårdpersonal och patienter som ett sätt att skapa en relation dem emellan. Dock visar forskning att relationen kan påverkas negativt av att vårdpersonal känner till det brott som patienten begått och av olika organisatoriska faktorer som underbemanning och tidsbrist.

Tidigare forskning visar att relationen mellan vårdpersonal och patienter inom psykiatrin även kan påverkas negativt av vårdpersonalens syn på vad som anses friskt och sjukt vilket i sin tur kan påverka patientens delaktighet i sin vård. Detta kan sättas i perspektiv till att det i annan forskning har framkommit att det just är relationen mellan patient och personal och personalens syn på psykisk ohälsa som avgör om patienten upplever miljön på avdelningar som stigmatiserande. Tidigare forskning visar att personer med psykisk ohälsa utsätts för diskriminerande behandling just på grund av andra människors syn på människor utifrån förutbestämda mallar. Det har visat sig i tidigare forskning att personer med diagnosen personlighetsstörning anses av andra människor kunna styra över sitt beteende och vara manipulerande och därför inte behöver en professionell vård. Detta kan kopplas samman med att människor med psykisk ohälsa inte söker vård på grund av rädsla att utsättas för stigmatisering. Just denna rädsla för stigmatisering leder till att personer med psykisk ohälsa använder olika strategier för att undvika att utsättas för den. Det kan innebära att försöka normalisera sitt eget beteende och sin sjukdom.

När vi utforskade kunskapsläget kring tidigare forskning som berör sjuksköterskors och patienters erfarenheter av patienters delaktighet i sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård i olika databaser framkom det att sådan forskning inte existerade. De studier som finns om patienters delaktighet i vårdplaneringen berör vårdplanen och inte omvårdnadsplanen. Det har visat sig i tidigare forskning att vårdplaneringen har en avgörande roll för hur övergången från slutenvård till öppenvård fungerar för patienten inom rättspsykiatrisk vård enligt vårdpersonal. Vårdpersonal anser att patientens behov ska ligga till grunden för vårdplaneringen och vårdplaneringen bör innehålla mål som kan synliggöra de framsteg patienten gör. En kartläggning gjord i Sverige inom den psykiatriska tvångsvården har visat att vårdplanen är en betydelsefull del att få patienten delaktig i. Tidigare forskning beskriver en önskan från patienterna att omvårdnadsplanen ska vara ett levande dokument som ska följa med genom hela vården.

Vårdtiderna inom rättspsykiatrisk vård har blivit längre och vårdpersonal inom rättspsykiatrisk slutenvård upplever att detta till viss del beror på svårigheter att involvera patienterna i planeringen av sin egen vård. Forskning har visat att sjuksköterskor har olika strategier för att bidra till patienters delaktighet i vården. Dessa strategier innebär att skapa en relation med patienten, ta del av patientens vilja, skapa gemensamma mål, lyssna och ge information. Dock visar forskning att det finns olika aspekter som påverkar om patienten har möjlighet att ta beslut kring sin vård och det är bland annat om vårdpersonal anser att patienten har en sådan sjukdomsinsikt att patienten kan ta dessa beslut själv.

## 2.6 Tidvattenmodellen

Det analyserade resultatet av studien beträffande sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård kommer att diskuteras utifrån tillämpliga begrepp i Barker´s tidvattenmodell (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Tidvattenmodellen beskriver hur vårdaren, utifrån ett personcentrerat och holistiskt synsätt kan underlätta personens delaktighet med fokus på återhämtning utifrån personens livsberättelse och de livsproblem personen upplever (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Tidvattenmodellen beskriver att det även finns tio förpliktelser som utgör riktningen i vården och för samman personen och sjuksköterskan. Dessa förpliktelser är: värdera rösten, respektera språket, utveckla genuin nyfikenhet, blir lärjunge, frigöra personlig visdom, vara transparent, använda de tillgängliga verktygen, forma nästa steg, ge tiden som en gåva och veta att förändring är konstant.

Livsberättelsen kan berätta om händelser, inre och yttre som format personen och vad hen upplever som meningsfullt i livet (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Tidvattenmodellen använder begreppet livsproblem istället för psykisk ohälsa för att definiera de svårigheter och begränsningar personen upplever i sitt vardagliga liv, och som påverkar personens möjlighet att leva ett gott och meningsfullt liv. För att förstå personen och hens livsberättelse måste vårdaren, enligt Tidvattenmodellen våga bli ”lärjunge”, vilket innebär att lära av personen, ha tillit till och understödja hens egna förmåga att finna lösningar, övervinna och hantera sina svårigheter. Att vara lärjunge innebär även att se patienten som expert på sitt eget liv. Vårdaren måste bjuda in till delaktighet och ta ett steg tillbaka och undvika att mästra personen, att vårda med personen istället för om. Fokus blir att tillsammans utforska vilka livsproblem personen upplever, synliggöra patientens egen visdom och finna ut vilka verktyg som hen använt tidigare och vad som har fungerat och vad som inte har fungerat. Personen behöver få hjälp att se förändring är konstant, men även vilken förändring som skett och hur hen kan använda den erfarenheten.

Genom att etablera en relation som bygger på tillit och respekt underlättas personens möjlighet till delaktighet (Barker & Buchanan-Barker, 2005). För att det ska vara möjligt behöver vårdaren ge av sin tid, lyssna och bemöta hen på en jämlik nivå. Att avsätta tid till patienten är enligt tidvattenmodellen kärnan i arbetet med förändring och sjuksköterskan bör reflektera kring hur tiden används i vården. När vårdaren lyssnar på personens röst får hen ta del av patientens historia. Men för att ta del av personens historia bör vårdaren visa nyfikenhet.

Vad kan vårdare och personen tillsammans göra för att möjliggöra återhämtning? Tidvattenmodellen understryker att det är personen som med stöd av vårdaren ska göra det stora jobbet och vårdaren så lite som möjligt för att personen ska kunna återta rodret på sin livsresa (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Viktiga komponenter är transparens, att personen får vara delaktig vid planeringen av vården och är medveten om vad olika interventioner syftar till. Personen och vårdaren ska även tillsammans komma överens om vilket nästa steg blir i färden mot återhämtning. Att bli inbjuden till att vara delaktig kan betyda mycket för personens självkänsla och ökar förutsättningen för verklig delaktighet vilket i sin tur underlättar återhämtning. Som en del i detta ska personens egna ord användas

inom vårdplaneringen för att dokumentera de bitar där hen bidragit. Det ska ske på plats och personen ska få en egen kopia av dokumentet för att på så sätt främja delaktighet, transparens och realiteten i vårdplanering.

## 2.7 Problemformulering

Att vårda patienter inom den rättspsykiatriska vården är utmanande och komplext enligt tidigare forskning. Sjuksköterskor inom den rättspsykiatriska vården ställs även inför utmaningen att effektivisera vården till följd av längre vårdtider men även att ha förmågan att få patienten delaktig i sin vård. Dock visar forskning att längre vårdtider kan bero på svårigheter att involvera patienten i planeringen av sin vård. En annan utmaning är det etiska i att vårda patienter under tvång vilket även framkommer som en stor inskränkning i patientens liv. Specialistsjuksköterskan med inriktning psykiatrisk vård har även ett ansvar att skapa en samordnad vårdplanering tillsammans med patienten. Tidigare forskning visar att sjuksköterskor har olika strategier för att involvera patienten i sin vård dock har det visat sig att det finns en kunskapslucka i tidigare forskning vad gäller att involvera patienten i sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård.

Enligt tidvattenmodellen kan sjuksköterskan möjliggöra patientens delaktighet genom att ta del av personens livsberättelse. För det krävs att sjuksköterskan följer de tio förpliktelserna som bland annat handlar om att bli patientens ”lärjunge” och därigenom se personen som expert på sitt eget liv. På det sättet lär sjuksköterskan känna personen, hans svårigheter och utforskar tillsammans med patienten vad som fungerat tidigare i livet och det som inte fungerat. Viktigt i vården är även att den är transparent. Det innebär att vården synliggörs genom att patienten är delaktig i vårdplaneringen och tar ut nästa steg på färden tillsammans med sjuksköterskan. När vårdplanen utarbetas ska, enligt tidvattenmodellen, de delar patienten varit delaktig i dokumenteras med patientens egna ord.

Detta sammantaget väcker frågor. Hur balanserar sjuksköterskan kravet att involvera patientens i sin vård med svårigheter att just involvera patienten i sin vård? Hur hanterar sjuksköterskor kravet att effektivisera vården till följd av längre vårdtider, då vårdtiderna beror på svårigheter att involvera patienten i sin vård? Skulle vården bli mer effektiv om sjuksköterskan blev patientens lärjunge och lärde av patienten? Leder en transparent vård till att specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård lättare kan uppfylla sitt ansvar att involvera patienten i den samordnade vårdplaneringen? Dessa frågor leder oss över till hur involveringen av patienten i sin vård ser ut inom den rättspsykiatriska vården där man även ställs inför de etiska aspekter som tvångsvård medför. Då forskningen inom detta område är begränsad ökar vårt intresse för att studera sjuksköterskors erfarenheter inom den rättspsykiatriska vården inom detta ämne. Detta leder till frågan: vilka erfarenheter har sjuksköterskor av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård. För att få en djupare förståelse och skapa ytterligare kunskap kring sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienter i sin omvårdnadsplan anses tidvattenmodellens tio förpliktelser och hur de bidrar till patientens delaktighet som relevant att använda i resultatdiskussionen. Studien kan därmed bidra till vårdvetenskaplig kunskapsutveckling vad

gäller hur sjuksköterskan i sitt vårdande, utifrån patienten och i mötet med denna, har möjlighet att göra patienten delaktig i sin vård. Detta med hänsyn till det sammanhang patienten befinner sig, patientens livsberättelse och hans svårigheter och styrkor.

### **3 SYFTE**

Studien syftar till att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård.

### **4 METOD**

Under denna rubrik beskrivs metoden utifrån rubrikerna design, urval, datainsamling, fokusgruppintervjuer och dataanalys.

#### **4.1 Design**

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård. Därför valdes en kvalitativ studiedesign för att skapa en förståelse av en helhet (Polit & Beck, 2017). Kvalitativ studiedesign bygger sin data på ord och språk (Dahlberg, 2014), och genom språket kan vi få information om sjuksköterskors erfarenheter. Vi har valt en induktiv ansats vilket innebär att analysen har skett utifrån datamaterialet och inte utifrån någon teori (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012; Alvehus, 2013).

#### **4.2 Urval**

Vi började med att skicka ett informationsbrev via mail innehållande information om studiens syfte och utförande till verksamhetschefen på den tilltänkta rättspsykiatriska kliniken i syfte att fråga om godkännande att utföra intervjuer på kliniken (Bilaga A). Vi fick godkännande av verksamhetschefen att utföra studien på kliniken under sjuksköterskornas arbetstid. Därefter skickade vi ut mail med tillfrågan om deltagande i studien och information om studiens syfte och utförande till sjuksköterskor, både inom sluten-och öppenvård (Bilaga B). Utifrån vårt syfte tillfrågades alla sjuksköterskor inom både öppen- och slutenvården, oavsett kön, antal år inom sjuksköterskeyrket eller krav på att deltagarna skulle genomgått specialistutbildning inom psykiatri då detta inte var en aspekt som syftet av

studien berörde. Detta är ett strategiskt urval vilket innebär att man väljer ut deltagare som utifrån studiens syfte kan ingå i studien (Wibeck, 2010). Det resulterade i totalt tio deltagare med en yrkeserfarenhet som sjuksköterskor mellan fem år och 35 år och inom rättspsykiatri mellan tre år och 20 år. Åtta deltagare hade specialistutbildning inom psykiatri.

### 4.3 Datainsamling

13 personer meddelade sitt intresse att delta i studien. Dock kunde inte tre personer delta när fokusgruppintervjuerna skulle genomföras pga. av olika anledningar. Samtliga deltagare i fokusgruppintervjuerna gav sitt godkännande till fokusgruppintervjuer och skrev under samtyckesblankett (Bilaga B). Tre fokusgruppintervjuer genomfördes med sammanlagt tio deltagare, samtliga yrkesverksamma inom rättspsykiatri, en grupp från öppenvården och två från slutenvården.

Valet av fokusgruppintervjuer medför enligt Polit och Beck (2017) att gruppdynamiken och sjuksköterskornas gemensamma bakgrund kan skapa ett klimat som uppmuntrar till diskussion. Fokusgrupp definieras av Wibeck (2010) som att i grupp diskutera ett ämne som samtliga deltagare har erfarenhet av. Fokusgrupper kan också användas för att studera interaktionen i gruppen vilket inte var vårt syfte då vi ville ta del av sjuksköterskornas erfarenheter av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan. I fokusgruppsintervjuer kan, i jämförelse med enskilda intervjuer deltagarna delge varandra erfarenheter och där igenom öka möjligheten till reflektion hos varandra. Detta kan leda till mer ingående diskussioner och på så sätt bidra med ett bredare material till studien.

När fokusgruppintervjuerna genomfördes började vi med att informera deltagarna om syftet med studien och förhållningsregler. För att minska störningen i intervjun och bad vi deltagarna att stänga av sina mobiler eller sätta dem på ljudlöst. Vi poängterade även att det som sägs i fokusgruppintervjuerna inte ska spridas. Detta för att poängtera tystnadsplikten och samtidigt skapa en känsla av att deltagarna kan dela med sig av sina erfarenheter utan att dessa sprids vidare i andra sammanhang.

En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga C) användes vilket innebär att intervjun är fokuserad kring några öppna frågor och att intervjuaren engagerar sig genom att lyssna och ställa följdfrågor (Alvehus, 2013). Denna struktur valdes för att belysa det tema vi ville studera och samtidigt ge utrymme för diskussion och reflektion (Wibeck, 2010). Intervjuaren, moderatorn, ställde frågor och följdfrågor när det behövdes förtydligande eller exempel på vad som sagts. Moderatorn ställde även direkta frågor om någon deltagare inte var lika aktiv som andra deltagare. Bisittaren koncentrerade sig på att lyssna och skriva ner om något skedde som var viktigt att notera och som tillförde det insamlade materialet ytterligare en aspekt som t.ex. kroppsspråk. Bisittaren hade även som uppgift att notera om moderatorn missade att be om förtydligande när deltagarna beskrev något otydligt eller missade någon annan aspekt under intervjun och hade möjligt att ställa frågor i slutet på intervjuerna. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon.

#### **4.4 Analys av datamaterial**

Materialet från intervjuerna transkriberades ordagrant. Vi märkte ut pauser, kommentarer från andra deltagare, omtagningar och medhållande. Detta motsvarar en transkribering på nivå 2 enligt Wibeck (2010). Då vårt syfte inte var att observera interaktioner mellan människor så valde vi att inte inkludera längden på pauserna, betoningar och tvekande vilket motsvarar nivå 1 transkribering (Wibeck, 2010). Vi var intresserade av det sagda ordet och dess innebörd.

Datamaterialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys utifrån Lundman & Hällgren Graneheim (2012). Först lästes det transkriberade datamaterialet igenom för att vi skulle lära känna det. Därefter diskuterade vi vad datamaterialet handlade om och identifierade meningsenheter som relaterade till syftet med studien. För att vid behov kunna gå tillbaka till det transkriberade materialet behöll vi uppgifter om vilken fokusgruppintervju meningsenheterna var hämtade ifrån. Vi fokuserade sedan på att se kärnan i meningsenheterna vilket gav kortare meningsenheter, dvs kondenserade meningsenheter. Alla kondenserade meningsenheter kodades utifrån sitt innehåll. Koderna skrevs sedan på post-it lappar och vi började gruppera kategorier och subkategorier utifrån likheter och skillnader. Genom att backa ett flertal gånger i analysprocessen kunde vi kontrollera att subkategorierna hamnat under relevant kategori och svarade an på syftet. Det slutgiltiga resultatet sammanställdes i en analysmatris, för exempel på analysmatris se bilaga D.

#### **4.5 Etiska överväganden**

Inför studien identifierades vilka etiska utmaningar vi skulle kunna komma att ställas inför utifrån Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 2002).

Tillstånd att genomföra studien inhämtades skriftligt från verksamhetschefen. I informationsbrevet informerades om studiens syfte, metod, vilka fördelar och nackdelar studien skulle kunna komma att innebära för verksamheten och forskningspersoner. Vi informerade om hur urvalet skulle gå till och hur forskningspersonerna skulle kontaktas. Vidare informerades om att studien genomfördes som en del i ett examensarbete inom specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens Högskola och kontaktuppgifter till handledare och författare (Bilaga A).

Efter inhämtat tillstånd skickades missivbrev via e-post till samtliga sjuksköterskor på aktuell klinik där de tillfrågades om att delta. De informerades om syftet med studien, att deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. De informerades om vad deltagandet innebar beträffande tidsåtgång och tillvägagångssätt (Bilaga B).

Informerat samtycke har inhämtats från samtliga forskningspersoner (Bilaga B).

Konfidentialitetskravet hanterades genom att transkriberade data aidentifierats inför analys och att data som kunde härledas till enskilda personer inte användes i resultatet. Vidare har inspelningsmaterial raderats från hjälpmedel och lösenordskyddats på dator som enbart

författarna haft tillgång till. I samband med intervjuerna informerades forskningspersonerna om sekretess beträffande vad som framkommer i intervjun.

Nyttoprincipen har övervägts och studien kan inte anses kunna orsaka skada och därmed anses nyttan överstiga risk för skada.

Insamlade data har endast använts i forskningssyfte och därmed anses nyttjandekravet uppfyllt.

## 5 RESULTAT

Resultatet kan i sin helhet beskrivas som att sjuksköterskornas erfarenheter är att vårdmiljön, de oförmågor och svårigheter patienterna kan besitta och sjuksköterskornas engagemang har betydelse för att involvera patienten i sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård. Det presenteras under kategorierna ”vårdmiljön inverkar”, ”finns oförmåga hos patienten” och ”vårt eget engagemang har betydelse”. Under varje kategori presenteras tillhörande subkategorier (tabell 1).

Tabell 1: Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Vårdmiljön inverkar	Lagar och tvång har betydelse
	Stämningen på avdelningen påverkar
	Kontinuiteten brister
Finns oförmåga hos patienten	Patienten har svårt att förstå
	Patienten är ointresserad
Vårt eget engagemang har betydelse	Skapa engagemang hos personalen
	Oenighet med patienten
	Anpassa informationen
	Skapa motivation hos patienten
	Ge patienten nödvändig tid
	Skapa en relation
	Synliggöra för patienten

## **5.1 Vårdmiljön inverkar**

Sjuksköterskorna erfar att vårdmiljön på olika sätt påverkar möjligheten att involvera patienten inom rättspsykiatrisk vård i sin omvårdningsplan. Med vårdmiljön avses faktorer som påverkar omvårdnadsarbetet på avdelningen och som sjuksköterskorna har ingen eller en begränsad möjlighet att påverka. Subkategorierna ”lagar och tvång har betydelse”, ”stämningen på avdelningen påverkar” och ”kontinuiteten brister” belyser vilken inverkan regelverk med tillhörande tvångsvård, atmosfären på avdelningen och kontinuiteten i vårdrelationen har beträffande möjligheten att involvera patienten i sin omvårdningsplan.

### **5.1.1 Lagar och tvång har betydelse**

Sjuksköterskorna beskriver att lagar och tvång inverkar både positivt och negativt på möjligheten att involvera patienten i sin omvårdningsplan. Sjuksköterskorna upplever att det är lättare att få patienten delaktig och samarbeta på grund av att patienten vårdas under tvång. Att patienter vårdas under lagen för rättspsykiatrisk vård leder till att patienten befinner sig på plats vilket underlättar omvårdningsplaneringen. Trots att sjuksköterskorna upplever att tvångsvård kan utgöra ett hinder för att patienten ska vara nöjd så eftersträvar de samstämmighet och acceptans med patienten.

”Det är mycket som talar emot oss när vi ska vård en patient mot en vilja vi kan ju inte förvänta oss att patienten ska vara nöjda. Ändå söker vi efter samstämmighet och att patienten åtminstone kommer till någon slags acceptans med dom insatser som görs” (fokusgrupp 2)

Sjuksköterskorna erfar att det blir svårare för patienten att motsätta sig planeringen av omvårdnaden då de vårdas under tvång. Lagarna som styr vården inom rättspsykiatrisk vård begränsar sjuksköterskornas möjlighet att planera omvårdnaden. Omvårdningsplanen kan också upplevas tvingande och något som sjuksköterskan måste få gjort.

### **5.1.2 Stämningen på avdelningen påverkar**

Sjuksköterskorna upplever att miljön på avdelning kan skapa möjligheter och hinder arbetet med att involvera patienten i sin omvårdningsplan. En lugn och harmonisk miljö på avdelningen underlättar medan en stökig miljö försvårar möjligheten att sitta ner och gå igenom omvårdningsplanen med patienten.

”det är stökig miljö på avdelningen.....att i lugn och ro sitta och känna att man kan gå igenom det här jag har svårt för det” (fokusgrupp 1)

En stämning där sjuksköterskorna upplever att hen får ”släcka bränder” gör att hen tappar energi och engagemang i arbetet med omvårdningsplanen.



### **5.1.3 Kontinuiteten brister**

Kontinuiteten mellan sjuksköterska och patient blir ibland lidande då patienter byter avdelning. Detta till följd av olika anledningar som sjuksköterskan inte kan påverka. Rutinen på kliniken är att patienter till en början vistas på en intagningsavdelning för bedömning. Tanken är att patientens flytt till annan vårdavdelning ska planeras och genomföras enligt en viss struktur men den kan inte alltid följas då patienten får flytta med kort varsel. Patienter byter också avdelning av andra orsaker, t.ex. att patienten eller medpatienter far illa i den vårdmiljö de vistas. Detta medför enligt sjuksköterskorna att kontinuiteten brister och att relationen mellan sjuksköterska och patienten kan bli lidande vilket påverkar möjligheten att involvera patienten i omvårdnadsplaneringen.

”Olyckligt det här med att flytta runt på avdelningarna för dom har sällan fått någon anknytning och dom behöver ju det” (fokusgrupp 1)

Vid samarbete med andra vårdgivare erfar sjuksköterskorna att det brister i samarbete och samsyn vad gäller patientens omvårdnadsbehov.

## **5.2 Finns oförmåga hos patienten**

Sjuksköterskorna beskriver att patienter kan ha olika oförmågor vilket kan försvåra möjligheten att involvera patienten i sin omvårdnadsplan. De subkategorier som presenteras nedan är att ”patienten har svårt att förstå” och att ”patienten är ointresserad”. Dessa visar på de svårigheter sjuksköterskorna upplever att patienter inom rättspsykiatrisk vård kan ha relaterat till sin situation och av att vårdas mot sin vilja, sin psykiska ohälsa, sina kognitiva brister, språkhinder och en till synes ovilja att samarbeta.

### **5.2.1 Patienten har svårt att förstå**

Sjuksköterskornas erfarenheter beskrivs som att deras patienter inom rättspsykiatrisk vård kan ha svårt att förstå avancerat språk eller svårt att förstå vissa ord.

”kan ha svårt att förstå vad som står i det där pappret.....avancerat språk tror jag är en anledning ibland att patienterna inte förstår alls vad som står i det där pappret” (fokusgrupp 1)

Detta kan leda till att patienten har svårt att förstå innehållet i omvårdnadsplanen när den presenteras för dem och ser därför inget värde med den. Patienter kan på grund av lågbegåvning ha svårt att förstå men patienter kan även vara olika mottagliga för information när den ges.

”hur tillgänglig patienten är för att ta till sig liksom informationen och det kan jag uppleva det är väldig skillnad” (fokusgrupp 3)

Att patienter inte förstår att dom lider av psykisk ohälsa bidrar till oförmåga att förstå sitt eget omvårdnadsbehov vilket försvårar delaktighet och medverkan i sin omvårdnadsplan. Sjuksköterskorna beskriver att när patienten är för sjuk försvåras samarbetet mellan sjuksköterska och patient. Patienter kan till följd av sin sjukdom ha svårt att sitta ner, lyssna och ta till sig och tillgodogöra sig information. Sjuksköterskorna erfar även att det är svårt att få patienter delaktiga när de inte kan förstå varför de befinner sig på en rättspsykiatrisk klinik.

### **5.2.2 Patienten är ointresserad**

Sjuksköterskorna beskriver att det kan finnas ett ointresse hos patienten att involveras i sin omvårdnadsplan då de upplever sig inlåsta och vårdas mot sin vilja. De beskriver att de har erfarenhet av att patienter ibland vill sitta av tiden och att de kan anse att omvårdnadsplanen inte fyller någon funktion. Detta kan försvåra patientens vilja till delaktighet och att patienter ger sjuksköterskorna ansvaret för att de är inlåsta och överlåter även omvårdnadsplaneringen till dem.

”Det är ju det att då kommer dom landar hos oss och liksom ba shit vilka idioter som spärrat in mig ...dom är ju inte så sugna på att samarbeta” (fokusgrupp 1)

Sjuksköterskorna erfar att patientens ointresse för omvårdnadsplanen visar sig genom att patienten vägrar att läsa igenom dokumentet, vägrar skriva under, lyssnar inte på sjuksköterskan och är svärlmotiverad att involvera. I omvårdnadsplanen finns det möjlighet för patienten att bidra med förslag på egna insatser men ointresset hos patienten kan leda till svårigheter att bidra och överlåter det till sjuksköterskan.

## **5.3 Vårt eget engagemang har betydelse**

Sjuksköterskorna erfar att deras engagemang har betydelse för möjligheten att involvera patienten i sin omvårdnadsplan. Subkategorier i denna kategori är att ”skapa engagemang hos personalen”, ”skapa en relation”, ”synliggöra för patienten”, ”anpassa informationen”, ”ge patienten nödvändig tid” och ”oenighet med patienten”. Dessa beskriver vad sjuksköterskorna erfar är utmaningar de måste hantera och engagemang de måste skapa för att lyckas involvera patienten i sin omvårdnadsplan. Så som att involvera och engagera övrig personal, att ta sig tiden att involvera patienten, ha tålamod och att tillbringa tid nära patienten för att skapa en relation, synliggöra vården och patientens resurser för att hjälpa patienten förstå, hantera den oenighet som kan uppstå och därigenom skapa en vilja till samarbete.

### **5.3.1 Skapa engagemang hos personalen**

För att involvera patienten i sin omvårdnadsplan erfar sjuksköterskorna att hen behöver engagera hela vårdteamet i vårdplaneringen. Även engagemanget och viljan hos personal

påverkar i vilken utsträckning patienten involveras. Om personal misslyckas att engagera patienten i omvårdningsplanen upplever sjuksköterskorna att omvårdningsplanen riskerar att bli ett arbetsdokument. Sjuksköterskorna erfar att de själva har ett ansvar för att må bra på jobbet för att bevara intresse och nyfikenhet. För stor arbetsbelastning hos sjuksköterskan kan leda till minskat engagemang att involvera patienten i arbetet med omvårdningsplanen.

”Ett hinder jag har sett inom slutenvården det är ju sjuksköterskebrist och då hinner man inte orkar inte och man har inte samma engagemang” (fokusgrupp 2)

Genom att engagera sig i patienten synliggörs personen och vilka behov hen har. Sjuksköterskorna tycker att dom får stöd av kollegor som underlättar möjligheten att involvera patienten i vården.

### **5.3.2 Oenighet med patienten**

När patienten och sjuksköterskan är oeniga om vilket omvårdningsbehov patienten har utmanas sjuksköterskans vilja och förmåga till engagemang.

”Att få med patienten i sin omvårdningsplan att det ska utgå från patienten det kan ju vara en enorm utmaning inom rättspsykiatri eftersom vi har kanske ett helt annat sätt att se på patientens behov och funktioner än vad patienten själv har” (fokusgrupp 2)

Sjuksköterskor och patienter kan även vara oense om målet med vården och vilket tidsperspektivet är. Sjuksköterskorna erfar att patienten har en vilja att komma ut snabbare än vad som är realistiskt, medan andra patienter vill bromsa vårdförloppet och inte flytta från kliniken. Sjuksköterskorna upplever att det kan vara svårt att involvera patienter som är ifrågasättande, väldigt delaktiga och vill mycket.

### **5.3.3 Anpassa informationen**

För att lyckas involvera patienter, med de svårigheter som beskrivs under kategorin ”finns oförmågor hos patienten”, i sin omvårdningsplan krävs att sjuksköterskorna är engagerad och lyhörd för patientens svårigheter och behov. Sjuksköterskorna erfar att de, för att lyckas med att göra patienten delaktig i sin omvårdningsplan behöver anpassa informationen efter patientens förutsättningar och de svårigheter patienten kan ha. Sjuksköterskorna beskriver att de på olika sätt försöker underlätta för patienten genom att använda enkelt språk, ge kort och tydlig information, använda sig av tolk, ge skriftlig kortfattad information vilket kallas samtalsåterkoppling, använder sina pedagogiska förmågor och att de försöker anpassa hur dom uttrycker sig och använder ett positivt språk.

”Måste anpassa mitt sätt att prata med patienten så att hen har en chans att förstå, jag måste plocka fram det pedagogiska i mig” (fokusgrupp 2)

”Svårt det är när man har patienter som behöver tolk då är det svårt med att för det blir väldigt statisk kommunikation på nått vis...ska man passa på och säger saker liksom när tolken är där och då får man ju inte den här följsamheten när man i stunden kan berätta hur saker och ting är och motivera som du säger varför vi ska göra så här.... Det kan jag tycka svårare och involvera dom som inte pratar språket mycket svårare.” (fokusgrupp 3)

Sjuksköterskorna beskriver att patienter som inte talar det svenska språket är en utmaning då man är beroende av tolkhjälp. Sjuksköterskorna upplever att språket blir statiskt när tolk behövs och att de saknar att spontant kunna kommunicera information. Att inte omvårdnadsplanen är skriven på patientens språk är ett hinder för att involvera patienten i denna och det finns en önskan hos sjuksköterskorna att omvårdnadsplanen ska finnas på flera språk.

#### **5.3.4 Skapa motivation hos patienten**

Sjuksköterskorna upplever att det är ett tufft arbete och att det krävs engagemang för att motivera patienter att vara delaktig i sin omvårdnadsplan. Men att patienter inte är motiverade att vara delaktiga erfar sjuksköterskor kan bero på att patienten inte är intresserad. Om sjuksköterskan inte upplever att de har patienten med sig är det svårt att få patienterna delaktiga och skapa motivation. Sjuksköterskorna har en vilja att få med sig patienten utan att behöva använda tvångsåtgärder.

”vi vill ju ha med patienten på tåget, det är väl ingen som mår bra av att utnyttja tvång hela tiden” (fokusgrupp 1)

Sjuksköterskorna upplever att patienten uppskattar när hen involveras i planeringen av vården. De försöker hitta patientens drivkraft och något där hen kan se sin egen vinst i att delta och på så sätt öka motivationen hos patienten.

”Man skulle vilja hitta den där grejen som gör att patienten ser sin egna vinst med att göra sånt här då tror jag man kan få förändringar i patientens motivation”  
(fokusgrupp 2)

Sjuksköterskornas individuella förmågor påverkar deras möjlighet att involvera patienten i sin omvårdnadsplan. Sjuksköterskor kan vara olika engagerade att motivera patienter men även besitta olika mognad att motivera.

#### **5.3.5 Ge patienten nödvändig tid**

Sjuksköterskorna behöver ge patienten den tid de behöver för att bli redo att involveras i sin omvårdnadsplan. Detta innefattar den tid sjuksköterskorna tillbringar tillsammans med patienten, det engagemang och det tålamod sjuksköterskorna visar patienten. Sjuksköterskornas erfarenheter av att involvera patienter i sin omvårdnadsplan är att

patienten behöver tid att landa i vården då allt är nytt och patienten har svårt att förstå vad det innebär och tid för att bli redo att samarbeta. Sjuksköterskorna erfar att det därför skulle vara lättare att implementera och informera om omvårdnadsplanen senare i vårdprocessen. Patienter kan behöva olika lång tid, upp till flera år, för att känna sig mogna att medverka i omvårdnadsplanen. Att patienten efter en tid känner sig mogen att samarbeta kan bero på att hen inte orkar kämpa emot längre. Patienten behöver också tid för att släppa sin sköld och skapa en allians och tillit till personalen.

”mognadsprocessen hos patienten nåstans måste man släppa skölden börja lita på personalen och vara mogen för det” (fokusgrupp 1)

Möjligheter att involvera patienten i sin omvårdnadsplan är beroende av hur mycket tid personal ägnar åt varje patient och att personal har ork att ta sig den tiden. Det tar olika lång tid att etablera ett samarbete med olika patienter och att involvera lågbegåvade patienter kan vara en utmaning som också den kräver tid. Sjuksköterskorna beskriver att den långa vartiden inom rättspsykiatrisk vård ger möjlighet att inte vara så fixerade vid målen utan istället gå försiktigt fram och ge patienten tid att mogna, det innebär också att de hinner lära känna patienten och på vilket sätt hen kan involveras i sin omvårdnadsplan.

### **5.3.6 Skapa en relation**

För att involvera patienten i omvårdnadsplanen behöver sjuksköterskorna skapa en relation till patienten och bygga ett förtroende. Sjuksköterskorna upplever att när patienten märker att sjuksköterskan finns kvar och inte försvinner kan patienten börja bygga tillit, öppna upp sig och medverka i omvårdnadsplanen.

”Ofta handlar det mycket om tillit. När dom börjar skriva på då har man fått en tillit” (fokusgrupp 1)

Att lära känna patienten kan ta både veckor och månader och vägen till att skapa ett förtroende mellan patienten och sjuksköterskan är att patienten får göra sin röst hörd men även, enligt sjuksköterskorna att inte fråga för mycket. Förtroende skapas också genom att sjuksköterskan behandlar patienten med respekt och visar att man tror på patientens förmågor. Genom relationen med patienterna över tid beskriver sjuksköterskorna hur de skapar sig en uppfattning om hur olika patienter bör bemötas. I relationen med patienten kan det finnas en rädsla att obehagliga situationer kan uppstå till följd av att känsliga ämnen tas upp till diskussion.

### **5.3.7 Synliggöra för patienten**

Sjuksköterskorna försöker på olika sätt förklara vårdprocessen för patienten och synliggöra vilka behov och resurser hen besitter och på vilket sätt patienten kan vara delaktig i omvårdnadsplanen. För att lyckas behöver sjuksköterskorna vara engagerade, pedagogiska och lyhörda.

Sjuksköterskornas erfarenheter av att involvera patienten i sin omvårdningsplan är att sjuksköterskan bör tydliggöra vården och vårdprocessen för patienten. För att uppnå delaktighet behöver man gå igenom, förklara och läsa omvårdningsplanen tillsammans med patienten men även att patienten har möjlighet att enskild läsa igenom den för att på så sätt bli mer begriplig för patienten.

”man försöker gå igenom den med dom, förklara för dom, läsa den för dom”  
(fokusgrupp 1)

Patienten involveras i sin omvårdningsplan genom att patient och sjuksköterskan planerar och diskuterar den gemensamt. Omvårdningsplanen är ett redskap som tydliggör för patienten vad som hänt, vad som händer, vad som kommer hända och varför det sker och vilka insatser som behövs både från patienten och sjuksköterskan. Dock upplever sjuksköterskorna att det finns brister vad det gäller tydlig dokumentation i omvårdningsplanen. Sjuksköterskorna erfar att det är viktigt att tydliggöra patientens problematik, försöka hitta samstämmighet med patienten och utifrån det skapa tydliga rimliga mål.

”En svårighet är att bestämma sig för om det är patientens eller personalens problem. Om jag ska göra det tydligt för patienten där och då måste man nog hitta en slags gemensam avstamp i att vi upplever att det här är ett problem för dig, upplever du också det?” (fokusgrupp 2)

Sjuksköterskorna bör bli bättre på att synliggöra patientens resurser för att hjälpa patienten att reflektera över och se sina egna resurser, i detta ingår att använda ett positivt språk som bekräftar patienten. Genom dagliga samtal med patienten, genom att sjuksköterskan delar med sig av sin planering och svarar på frågor från patienten angående omvårdningsplanen synliggörs planeringen av vården. Sjuksköterskorna försöker synliggöra patientens framsteg genom att tillsammans med patienten formulera rimliga och mätbara mål.

”vilken nivå ska man ha, för det ska vara någonting som patienten, det ska vara rimligt...kan det ju inte vara något som blir helt orealistiskt den dan dom kommer ut”  
(fokusgrupp 1)

## 6 DISKUSSION

Under denna rubrik redovisas vår metoddiskussion utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet som enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) används för att bedöma en studies trovärdighet. Även uppdelningen och samarbetet mellan författarna

redovisas. Därefter diskuteras resultatet i studien utifrån de förpliktelser beskrivna av Barker och Buchanan-barker (2005). Slutligen diskuteras studiens etiska ställningstaganden.

## **6.1 Metoddiskussion**

Polit och Beck (2017) beskriver att fokusgruppintervjuer som datainsamlingsmetod medför att gruppdynamiken och den gemensamma bakgrunden kan skapa ett klimat som uppmuntrar till diskussion. Dessa fördelar bidrog till att vi valde att utföra fokusgruppintervjuer när vi fick tillräckligt många deltagare som ville delta. Eftersom studiens syfte handlar om att belysa erfarenheter så reflekterade vi kring att gruppdynamiken och deltagarnas gemensamma bakgrund vad gäller sjuksköterskeyrket och arbete inom rättspsykiatri skulle skapa goda förutsättningar för deltagarna att delge sina erfarenheter genom ett uppmuntrande diskussionsklimat. Detta visade sig vara ett bra val då vi upplevde att deltagarna kände sig trygga och villiga att diskutera och dela med sig av sina erfarenheter. Detta visar sig även i att varje fokusgruppintervju bidrog med rikligt datamaterial.

För att svara an på vårt syfte och belysa erfarenheter valde vi en kvalitativ studiedesign som baserar sina data på människors berättelser (Polit & Beck, 2017). Anledningen till att vi inte valde en kvantitativ studiedesign som baseras på siffror (Polit & Beck, 2017) där vi hade kunnat dela ut formulär som berörde ämnet är att vi ansåg det svårt att fånga erfarenheter genom slutna frågor i ett formulär men även inte hade möjlighet att be deltagarna utveckla sina svar eller ge exempel.

Vi valde att använda en kvalitativ innehållsanalys då denna ger möjlighet att se växlingar i datamaterialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Detta gav oss möjlighet att se variationer inom sjuksköterskornas beskrivna erfarenheter.

### **6.1.1 Giltighet**

Studiens giltighet handlar om att reflektera kring resultatets sanningshalt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). För att svara på studiens syfte rekryterades sjuksköterskor på en rättspsykiatrisk klinik och då studien inte exkluderade någon vårdform så inkluderades sjuksköterskor både från öppen- och slutenvården. Detta bidrar till att studiens resultat baseras på ett lämpligt urval för studiens syfte och bidrar även till en variation i form av att sjuksköterskorna har erfarenhet av olika vårdformer. Dock var deltagarna i fokusgruppintervjuerna relativt få till antalet, totalt tio personer från samma klinik vilket kan bidra till att sjuksköterskornas erfarenheter kan vara likartade då de arbetar inom samma kontext.

En annan aspekt som kan vara viktig att ta hänsyn till är att studien utfördes på den klinik som författarna till studien arbetar vid vilket kan påverka deltagarna i studien och eventuellt det som framkom vid diskussion i fokusgruppintervjuerna. För att undvika detta informerades deltagarna om studiens syfte och att alla erfarenheter var välkomna att beröras i fokusgruppintervjuerna oavsett om de var av positiv eller negativa art. Eftersom vi genomfört fokusgruppintervjuerna tillsammans är risken för att någon av oss försökt påverka

deltagarna i en viss riktning minskad. Vi har följt en förbestämda intervjuguiden vid fokusgruppintervjuerna (se bilaga C) och denna intervjuguide har gemensamma delar med en sådan som används vid ostrukturerad fokusgruppintervju. Vid en ostrukturerad fokusgruppintervju fokuserar man på diskussionen och moderatorn går endast in och styr om det t.ex. uppstår tystnad eller att ett ämne riskerar att inte behandlas (Wibeck, 2010). Här kan intervjuguiden innehålla olika områden som berörs i intervjun och det som anses viktigast är det som framkommer utan vidare reflektion. Vår intervjuguide innehåller fyra frågeområden som berör större områden och upplevdes därför stimulera till diskussion. Vi som moderatorer gick endast in och styrde och ställde följdfrågor om vi önskade ytterligare förklaringar eller förtydligande till det som blivit sagt av en viss person. Att ställa följdfrågor till en specifik person har därför aldrig haft till syfte att påverka deltagaren och dess bidrag till fokusgruppintervjuerna vilket upplevs bidra till resultatets giltighet. Om vi upplevde att vissa deltagare inte fick möjlighet att bidra till diskussionen eller var tysta under en längre tid försökte moderatorn inkludera denna person genom att t.ex fråga ” vad är din erfarenhet kring detta ämne”. Detta upplevs inte påverka resultatets giltighet på ett negativt sätt då denna fråga endast behövdes ställas någon enskild gång under fokusgruppintervjuerna och personen hade möjlighet att då berätta om sina erfarenheter eller avböja om de inte ha något att bidra med till diskussionen.

Innan fokusgruppintervjuerna påbörjades informerades deltagarna om att tystnadsplikt gällde det som framfördes under intervjun. Detta kan ha skapat en trygghet att dela med sig av erfarenheter dock kan den nära jobbrelationen mellan deltagarna göra att man kanske inte vill dela med sig av sina misslyckanden och svårigheter inom professionen för man inte vill bedömas negativt av andra som man känner.

Regelbundet under arbetets gång med analysen av datamaterialet har vi haft handledning. Detta upplever vi bidragit till att vi fått stöd i att inte ta för snabba steg fram i analysprocessen och istället regelbundet gå tillbaka till de transkriberade intervjuerna för att inte riskera sanningshalten i resultatet.

### **6.1.2 Tillförlitlighet**

Tillförlitlighet handlar om att styrka anledningen till de val som gjorts i studien (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Transkriberingen av intervjuerna skedde i första steget enskilt och sedan för att försäkra oss om att vi fått en korrekt transkribering så lyssnades intervjuerna igenom gemensamt. Vid utförandet av fokusgruppintervjuerna alternerade vi bisittare och moderator vilket gjorde att vi alltid var två som hörde vad som sas vid intervjuerna och vad som pågick i rummet i form av kroppsspråk. Bisittaren kunde även be deltagarna om ytterligare förklaringar och tydliggöranden om denna upplevde att moderatorn missat att ställa följdfrågor.

För att bidra till studiens tillförlitlighet redovisas hur analysarbetet utfördes genom att analysmatrisen tydliggör hur resultatet framkom från exempel på olika meningsenheter till hur kategorier formats. Transkriberingen av intervjuerna upplevdes inte vara några problem då det var bra ljud på det inspelade materialet. I arbetet med analysen återgick vi regelbundet till de transkriberade intervjuerna för att inte analysen skulle påverkas av vår förståelse



och tidigare erfarenheter kring att involvera patienten i sin vård. Detta för att så långt som möjligt undvika att tolka resultatet.

### **6.1.3 Överförbarhet**

Överförbarhet i en studie berör om studiens resultat kan appliceras i ett annat sammanhang (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Då studiens syfte riktade sig mot den rättspsykiatriska vården är resultatet just baserat på detta sammanhang och erfarenheter av det. Därför anses resultatet överförbart till andra rättspsykiatriska kliniker där det framkomna resultatet skulle kunna användas till att öka möjligheten för sjuksköterskorna att involvera patienten i sin omvårdnadsplan. Dock kan det möjligtvis skilja sig mellan olika kliniker hur man arbetar med vårdplanering och omvårdnadsplan och om man involverar patienten i dessa. Har en klinik inte en omvårdnadsplan kan det skapa svårigheter att direkt överföra resultatet till denna klinik. Detta beror på att studien utgår från upplevelser att involvera patienten i just sin omvårdnadsplan. Men omvårdnadsplanen ingår, på kliniken där studien utförts på, som en del i en större vårdplanering och därför anser vi att möjligheten är stor att resultatet är överförbart till ett vidare sammanhang vilket skulle kunna vara olika sorters vårdplanering. Om sjuksköterskor inte involvera patienter i omvårdnadsplan och vårdplanering kan överförbarheten vara mycket begränsad. Resultatet är baserat på erfarenheter att involvera patienter med psykisk ohälsa vilket gör att vi anser att överförbarheten av resultatet till en annan vårdkontext som t.ex den somatiska vården begränsad då patienter med psykisk ohälsa kan upplevas ha en annan problematik och vårdas under andra lagar än somatiska sjuka patienter. Dock inkluderades två olika vårdformer, öppen-och slutenvård inom rättspsykiatrisk vård, vilket kan göra att studiens resultat är möjligt att överföra till en liknande vårdform som t.ex psykiatrisk tvångsvård eller öppen psykiatrisk vård.

### **6.1.4 Genomförande och samarbete**

Artiklar till bakgrunden har vi sökt både gemensamt och enskilt. Vi har läst och värderat dessa var för sig för att sedan diskutera vad som kunde vara relevant att ta med i bakgrunden. Vi var båda med på de tre fokusgruppintervjuerna och alternerade att vara moderator och bisittare. Därefter lyssnade vi tillsammans igenom det transkriberade materialet för att sedan transkribera varsin del. Då vi tog ut meningsenheter arbetade vi tillsammans med den första intervjun och gjorde sedan resterande var för sig och speglade dessa mot varandra. Det arbetssättet användes också när vi arbetade med att kondensera och koda meningsenheterna för att sedan tillsammans skapa kategorier och subkategorier. Resultat och diskussion har sedan utarbetats tillsammans.

## 6.2 Resultatdiskussion

Resultatet kommer att diskuteras i förhållande till de förpliktelser som Barker och Buchanan-Barker (2005) lyfte fram, men även mot tidigare forskning. Dessa förpliktelser tar ut riktningen i vården och främjar en allians mellan patient och sjuksköterska. När förpliktelserna används praktiskt i vården resulterar det i att skapa möjlighet för patienten att hitta en ny riktning i livet.

### 6.2.1 Lyssna på rösten och vara nyfiken

Att lyssna på rösten och vara nyfiken beskriver Barker och Buchanan-Barker (2005) som att patienten genom rösten förmedlar sin historia och sina erfarenheter. För att ta del av patientens historia och erfarenheter behöver sjuksköterskan visa nyfikenhet. Faktorer som påverkar sjuksköterskornas förutsättningar för att lyssna på rösten och vara nyfiken diskuteras gentemot subkategorierna ”skapa engagemang hos personalen”, ”stämningen på avdelningen påverkar”, ”kontinuiteten brister”, ”skapa en relation” och ”patienten är ointresserad”.

Resultatet i studien visar att sjuksköterskornas välbefinnande och stämningen på avdelningen kan påverka orken att involvera patienten i sin vård. Därigenom påverkas även möjligheten att lyssna på patienten, visa intresse och vara nyfiken. Tidigare forskning visar också att sjuksköterskor upplever att organisatoriska förhållanden t.ex. personalbrist påverkar i vilken utsträckning terapeutiska relationer utvecklas (Pazargadi m.fl., 2015).

För att patienten ska kunna göra sin röst hörd och öppna upp sig krävs det enligt resultatet att det skapats en tillit och en relation mellan sjuksköterskorna och patienten. Detta förutsätter att det finns en kontinuitet i vårdrelationen, vilket sjuksköterskorna i vår studie påpekar som viktigt i vårdmiljön. Detta kan härledas till att det i tidigare forskning är beskrivet att vårdpersonal inom rättspsykiatrisk vård och akut psykiatrisk intensivvård kan möta patienten på ett sådant sätt att det främjar relationen dem emellan (Gildberg m.fl., 2010; Björkdahl m.fl., 2010). Detta innebär att kunna anpassa bemötandet efter patientens behov, att lyssna (Björkdahl m.fl., 2010), och att bemöta patienten med värme (Gildberg m.fl., 2010). I vår studies resultat framkom även att sjuksköterskorna upplevde att det var en balansgång mellan att involvera patienten och att inte ställa för mycket frågor, det vill säga inte vara för nyfiken. Det kan relateras till Molin m.fl. (2016) som visar att personalens engagemang, att de lyssnar och involverar patienten i sin vård bidrar till att patientens vilja till att vara följsam till vårdplaneringen ökar. Vår reflektion är om sjuksköterskan, genom att fokusera på att lyssna i samtalet med patienten kan minska risken att uppfattas som nyfiken.

Sjuksköterskorna upplever att det ibland kan finnas ett ointresse hos patienten och att de inte är intresserade av att involveras i sin vård. Detta minskar sjuksköterskans möjlighet att lyssna och att ta del av patientens erfarenheter. Detta är något som motsätts i tidigare forskning där patienter uttrycker att de vill vara delaktiga i sin vård trots att de vårdas under tvång (Andreasson & Skärsäter, 2012). Vilket Molin m.fl. (2016) också visar då det gäller patienter inom psykiatrisk slutenvård. I Sheehan, m.fl. (2016) framgår att patienter med psykisk ohälsa kan känna skam och vi funderar om detta kan vara en del i, som resultatet

visar att patienter inom rättspsykiatrisk vård inte alltid vill vara delaktig i sin omvårdnadsplan. På vilket sätt patienten bjuds in till delaktighet skulle också kunna ha inverkan. Något som styrks av resultatet i Andreasson & Skärsäter (2012) som visar att patienterna vill bli inbjuden till delaktighet. En av sjuksköterskans strategier för patientens delaktighet enligt tidigare forskning är att låta patienten tala (Sahlsten, m.fl., 2009). Patienter är enligt Molin m.fl. (2016) av samma uppfattning. Detta kan leda till att sjuksköterskorna kan utforska patientens egen vilja (Clary, 2003).

### **6.2.2 Att vara patientens lärjunge och respektera patientens språk**

Enligt Barker och Buchanan-Barker (2005) innebär rollen som patientens lärjunge att se patienten som experten på sig själv. Detta relateras här mot innehållet i subkategorierna ”patienten har svårt att förstå”, ”lagar och tvång påverkar” och ”patienten är ointresserad”.

I resultatet framkommer det att sjuksköterskorna upplever att patienten kan ha en oförmåga att se sitt omvårdnadsbehov. Det tänker vi medför en risk att sjuksköterskan tar över expertrollen istället för att vara patientens lärjunge. Resultatet visar vidare att patienter även kan välja att inte göra sin röst hörd vilket enligt sjuksköterskorna kan bero på att de känner sig inlåsta, vilket också påverkar sjuksköterskans möjlighet att vara patientens lärjunge. Sjuksköterskorna beskriver i resultatet att oenighet med patienten angående mål, som att patienten av olika anledningar ibland har svårt att förstå sina behov förvärrar patienten delaktighet i omvårdnadsplanen. Detta tänker vi gör det lättare för sjuksköterskan att gå in i en expertroll med ett utifrånperspektiv istället för att försöka förstå patientens upplevda behov. Att patienten enligt sjuksköterskorna har en oförmåga att se sitt omvårdnadsbehov kan relateras till tidigare forskning där vårdpersonal anser att patientens möjlighet att ta beslut kring sin vård beror på patientens förmågor och sjukdomsinsikt (Chong, m.fl., 2013). Tidigare forskning visar också att majoriteten av patienter med förståndshandikapp saknar en acceptabel omvårdnadsplan Männynsalo, m.fl. (2009) vilket framgår i resultatet som att det är svårare att involvera patienter med lågbegåvning i arbetet med omvårdnadsplanen.

Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver att det är viktigt att ta hänsyn till patientens egna sätt att uttrycka sig i vården. Patientens unika sätt att uttrycka sig med tillhörande metaforer skapar riktningen i vården kring patienten. Detta kan relateras till att det i resultatet har framkommit att det är svårt att involvera patienter i sin omvårdnadsplan just för att patienten inte talar det svenska språket. Resultatet visar även att sjuksköterskor har en önskan om att omvårdnadsplanen ska utformas på flera språk för att skapa större möjligheter för att patienten vara delaktig och kunna utforma sin vård. Detta kan relateras till att 30% av patienterna som vårdas inom rättspsykiatrisk vård är födda utomland (Rättsmedicinalverket, 2015) och att vården enligt 2 § av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska ha tills syfte att den sker på lika villkor för hela befolkningen.

### **6.2.3 Att ge patienten tiden som en gåva**

Att ge patienten tiden som en gåva kan ses framförallt i kategorin ”vårt eget engagemang”. Vårt resultat visar att den tid personal ger till patienten avgör hur involverad patienten blir i

sin omvårdnadsplan. Detta knyter an till att Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver att den mest värdefulla sjuksköterskan kan göra är att ge patienten av sin tid. Detta kan relateras till att det i vårt resultat framkommer att sjuksköterskorna erfar att patienten behöver tid för att kunna vara sig själv och skapa en förtroendefull relation till sjuksköterskan. Även den tid personal ägnar åt patienten avgör hur väl man lyckas involvera patienten i sin omvårdnadsplan. Detta kan relateras till tidigare forskning där det står beskrivet att sjuksköterskorna tar sig tiden till att t.ex. promenera med patienten för att skapa en relation (Gildberg, m.fl., 2010). Hörberg (2014) menar att det finns behov av att införa dagliga samtal för att upprätta en vårdande relation med patienterna. Även Gildberg m.fl. (2012) beskriver att vårdpersonal tar sig tid till korta konversationer för att ta del av patientens livsvärld och lära känna patienten. I Molin m.fl. (2016) framgår också att de vardagliga aktiviteterna och att ha roligt tillsammans upplevs som betydelsefull för att skapa tillit vilket leder till att patienten vågar vara sig själv i mötet med personalen och ökar känslan av samarbete.

I resultatet framkommer att sjuksköterskorna upplever att patienter behöver den långa vårdtiden för att landa och uppleva att de kan dela med sig av sina erfarenheter. Detta stöds även av att tidigare forskning beskriver att patientens första tid inom rättspsykiatrisk vård präglas av ett sämre mående och ett upplevt kaos (Olsson, m.fl., 2014). Det medför enligt vår studie att sjuksköterskorna inte behöver ha så bråttom utan kan gå långsamt framåt och ge patienten tiden den behöver för att kunna involveras i sin omvårdnadsplan. Det är också, enligt resultatet viktigt att patienten får denna tid på sig och att vården inte är för målfokuserad. Pazargadi, m.fl., (2015) menar att sjuksköterskor inom psykiatrisk tvångsvård kan uppleva att de inte räcker till när de inte lyckas visa att patienten gör framsteg och därför avskärmar sig mot patienten, detta visar sig inte i vårt resultat när det gäller rättspsykiatrisk vård där patienten har långa vårdtider vilket vi menar skiljer sig mot den psykiatriska tvångsvården utanför rättspsykiatrin.

Den långa vårdtiden ger även möjlighet att ägna tid åt att skapa en god relation med patienten. Detta kan knytas till Wyder, m.fl. (2015) som beskriver att det ur ett patientperspektiv krävs att sjuksköterskan ger tid för samtal för att det ska skapas en god relation mellan patient och sjuksköterska inom tvångsvården.

#### **6.2.4 Öppna patientens verktyglåda, den konstanta förändringen och se patientens egen visdom**

I kategorin "vårt eget engagemang" och i tillhörande subkategorier, främst i "att synliggöra patienten" men också "att skapa en relation" och "skapa motivation hos patienten" kan vi se paralleller till denna förpliktelse vilket diskuteras nedan. För att vården av patienten ska få en riktning behöver sjuksköterskan utforska och använda patientens egna erfarenheter som verktyg för att ta ut denna (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Detta kan relateras till att det i resultatet har framkommit att sjuksköterskan anser att det finns ett behov av att förbättra förmågan att uppmärksamma vad patienten har för resurser. Genom detta kan resurserna synliggöras för patienten. I tidigare forskning beskrivs att sjuksköterskor kan för att bevara patienters värdighet stödja patienten i att bygga upp sitt jag genom att synliggöra förmågor

och resurser som patienten tidigare har haft (Gustafsson m.fl., 2013). I resultatet i den studien beskrivs att patienter upplevs ha en sköld som de behöver tid för att släppa och skapa tillit till personal. Vi reflekterar kring att denna sköld kan skapa svårigheter för personal att utforska patientens tidigare erfarenheter. Denna sköld patienten bär på kan vi tänka kommer utifrån den stigmatisering som finns mot patienter med psykisk ohälsa idag (Sheehan, m.fl., 2016). Personer kan även ha olika strategier för att inte utsättas för stigmatisering som att inte utmärka sig (Withley & Denise Campbell, 2014), vilket vi kan tänka oss att denna sköld patienten har kan användas till. Tidigare forskning visar att personer med bipolär sjukdom upplever att deras beteende härleds till sjukdomen och inte till den egna identiteten vilket gör att identiteten hamnar i skuggan av sjukdomen (Michalak m.fl., 2011). Detta reflekterar vi kring kan leda till att patienterna inom den rättspsykiatriska vården använder en sköld för att skydda sig mot att visa vem de är på grund av en rädsla att deras personlighet endast kopplas samman med deras psykiska ohälsa. Helt enkelt en rädsla för att uppfattas vara sin sjukdom och inte sin personlighet.

I resultatet framkommer det att genom att tillsammans med patienten skapa rimliga mål kan sjuksköterskorna visa vad patienten uppnått. Detta kan vara ett sätt att visa för patienten det Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver som den konstanta förändringen. Sjuksköterskan har till uppgift att synliggöra för patienten vilken utveckling den uppnått och hur denna kan användas i den fortsatta vården.

Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver att sjuksköterskan har till uppgift att synliggöra patientens egen visdom om sig själv. Detta kan relateras till resultatet i studien som visar att sjuksköterskorna strävar efter att hitta det som motiverar patienten till att vara delaktig i sin omvårdnadsplan och vad patienten kan uppnå med sin delaktighet. Dock visar tidigare forskning att patienters erfarenheter är att deras självbild försämras när de vårdas under tvång (Hughes, m.fl., 2009). Tidigare studier visar också att patienter inom psykiatrisk slutenvård vill att personalen tar tillvara deras egen erfarenhet och fråga efter vad de behöver. Patienterna beskriver också upplevelser av att de hindras att vara delaktiga på grund av att de ibland inte bemöts som vuxna individer (Molin, m.fl., 2016).

### **6.2.5 Att forma nästa steg**

I studiens resultat framkommer att sjuksköterskor önskar att hen och patienten kan komma fram till acceptans och överenskommelse i vården trots att vården sker under tvång. Det är även viktigt enligt sjuksköterskorna att skapa en samsyn med patienten och kartlägga patientens problematik för att kunna koppla ihop det till vilka mål som formuleras. Detta visar sig under kategorin "vårt eget engagemang har betydelse" och subkategorier, "skapa relation", "skapa motivation" och "oenighet med patienten" vilket också kan relateras till Barker och Buchanan-Barker (2005) som beskriver att forma nästa steg innebär att sjuksköterskan och patienten tillsammans kartlägger vad nästa steg i vården är för att uppnå återhämtning.

I tidigare forskning framkommer det att patienters erfarenheter är att samstämmighet med vårdpersonal är en viktig faktor för en god relation (Eliacin, m.fl., 2015). Denna goda relation i sin tur ligger till grund, tillsammans med engagemang både från patienten och

vårdpersonal, för delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård. Rise och Steinbeck (2013) beskriver dock att det oftare uppstod oenighet om patienten kom med förslag om åtgärder kring sin vård än om sjuksköterskan gjorde det. Enligt resultatet erfar sjuksköterskorna att vissa patienter inte vill flytta ifrån kliniken och tidigare forskning beskriver att sjuksköterskor upplever att det är svårt att bemöta patienter som inte vill komma ut i samhället (Harris, m.fl., 2015). Detta tänker vi kan påverka patientens möjlighet och vilja att komma med förslag om vad nästa steg i vården ska vara.

### **6.2.6 Rättspsykiatrisk vård: den transparenta vården?**

Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver förpliktelsen att vara transparent som att både patienten och sjuksköterskan behöver känna förtroende och tillit gentemot varandra för att ett samarbete ska skapas. Det innebär också att sjuksköterskan som befinner sig i en maktposition behöver förklara för patienten vad som sker och i vilket syfte, detta på ett ärligt och öppet sätt så att patienten förstår. Hur detta hanteras och inverkar på patientens delaktighet utifrån sjuksköterskans erfarenheter framgår i samtliga kategorier under subkategorierna ”skapa en relation”, ”ge patienten nödvändig tid”, ”kontinuiteten brister”, ”skapa engagemang hos personalen”, ”patienten har svårt att förstå”, ”anpassa informationen”, ”synliggöra vården” samt ”lagar och tvång har betydelse”.

Att både patienten och sjuksköterskan behöver känna förtroende och tillit gentemot varandra för att ett samarbete ska skapas återspeglas i resultatet genom att sjuksköterskorna erfar att en relation som bygger på tillit leder till att patienten kan, vågar och vill samarbeta och på så sätt bli delaktig i sin omvårdnadsplan. En förutsättning för att skapa förtroende mellan patient och sjuksköterska som också framkommer i resultatet är att det finns en kontinuitet i vårdrelationen. I tidigare forskning verifieras ovanstående av Eliacin m.fl. (2015) genom att delaktighet förutsätter att både patient och vårdpersonal är engagerade och att det finns en god relation dom emellan.

Det Barker och Buchanan-Barker (2005) beskriver som att hjälpa patienten att förstå visas också i resultatet som att sjuksköterskorna erfar att de behöver kommunicera på ett sätt som är anpassat till individens förutsättningar för att patienten så att patienten kan förstå innehållet i omvårdnadsplanen och hur de kan involveras. Det kan innebära att förenkla språket, upprepa information, anpassa hur man uttrycker sig, anpassa informationens mängd och att använda tolk för att på så vis göra vården transparent. Cleary (2003) visar också att information till patienten är en av de strategier sjuksköterskor använder för att patienten ska kunna vara delaktig. Ur ett patientperspektiv visar Grundy, m.fl. (2016) betydelse av att vårdpersonal är tydliga i sin kommunikation. Dock försvåras, enligt resultatet möjligheten att involvera patienten i sin vård när tolk används och på grund av att omvårdnadsplanen inte finns på flera språk. I resultatet beskrivs också andra hinder som finns för att uppnå transparens inom rättspsykiatrisk vård vilket kan utgöras av att vården sker under tvång, att vården inte är tidsbestämd att det inte klart framgår vad patienten kan göra för att påverka sin vårdtid. Hörberg m.fl. (2012) visar också att patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård, en vård de blivit dömda till innebär att de har svårt att se hur de kan utöva inverkan på sin vård. I tidigare forskning framgår att patienter vill att

sjuksköterskor också informerar om vad rättspsykiatrisk vård innebär ur ett rättsligt perspektiv (Olsson, m.fl., 2014). Tapp m.fl. (2016) visar att patienten så tidigt som möjligt i bör få information om vårdens utformning, vad som förväntas ske, när det ska ske samt att få ta del av vilka beslut som tas och varför.

Resultatet i studien beskriver att sjuksköterskorna upplever svårigheter i samarbetet med andra vårdgivare och att det kan finnas olika syn vad gäller patienten omvårdnadsbehov. Tidigare forskning visar även den att problem kan uppstå mellan kommunen och den rättspsykiatriska vården då det kan skilja sig vilka mål vården har (Gustafsson, m.fl., 2012). Dock poängterar vårdpersonal att just överensstämmelse mellan dessa vårdgivare är en avgörande faktor för om patienten klarar övergången mellan sluten-och öppen rättspsykiatrisk vård.

Författarna menar att omvårdnadsplanen och dess syfte i sig är en förutsättning för att skapa transparens i vården.

### **6.3 Etikdiskussion**

De forskningsetiska utmaningar vi identifierade innan studien har kunnat hanterats väl och efter att ha genomfört studien kan vi inte se att det som redovisas i arbetet kan anses vara till skada för den enskilde individen eller den klinik där studien genomfördes.

Att studien utfördes på den klinik där författarna själva arbetade och att det fanns en relation till forskningspersonerna något som Damianakis & Woodford (2012) definierar som ” Small Connected Communities” innebar etiska utmaningar från flera perspektiv och kunde inverka på såväl frivillighetskravet som konfidentialitetskravet.

Frivillighetskravet hanterades genom att vi i såväl missivbrev som inför intervjuerna informerade om att deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande.

För att uppfylla konfidentialitetskravet, så att inte insamlade data skulle kunna härledas till enskilda individer, oidentifierades transkriberade data inför analys, data som kunde härledas till enskilda personer användes inte i resultatet och den klinik där studien utfördes namngavs inte i arbetet.

Vi diskuterade också vilka känslor och tankar som kunde finnas hos forskningspersonerna eftersom vi som moderator respektive bisittare var deras kollegor. Genom att informera om att vi var där som studenter och inte som kollegor försökte vi få forskningspersonerna att bortse från det.

## 7 SLUTSATSER OCH KLINSKA IMPLIKATIONER

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan.

Sjuksköterskan behöver ge av sin tid för att patienten ska lära känna sjuksköterskan och för att sjuksköterskan ska lära känna patienten. Detta för att skapa tillit och finna vägen till samarbete.

Resultatet visar att ett hinder för att patienten ska vara delaktig erfar sjuksköterskorna är att det kan finnas ett ointresse hos patienten, beroende på t.ex oförmåga och av att vara vårdad mot sin vilja. Samtidigt visas att patienten efter en tid, beskrivs som att patienten har landat, ofta är redo att samarbeta. Sjuksköterskan behöver därför vänta in patienten, skapa en relation baserad på tillit och tillsammans med patienten sätta upp små och rimliga delmål och inte sikta mot stjärnorna. Här kan ett vårdvetenskapligt synsätt enligt Tidalmodellen vara till stöd genom att använda en holistisk bedömning utifrån den narrativa berättelsen för att fånga patientens behov och resurser.

För att öka sjuksköterskors möjligheter att involvera patienten i sin omvårdnadsplan visar resultatet att information och omvårdnadsplanen behöver vara anpassad efter patientens förmågor och finnas tillgängliga på patientens eget språk. Detta har också stöd i 2 § av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att vården ska syfta till att ske på lika villkor för hela befolkningen.

Vi kommer att presentera vårt resultat på den klinik där studien utfördes och vår förhoppning är att studien leder till en ökad medvetenhet och att den kan utgöra underlag för reflektion och diskussion om vad som kan påverka sjuksköterskors möjlighet att involvera patienten i sin vårdplanering. Därigenom kan möjligheten för patienter att involveras i sin omvårdnadsplan öka, vilket kan leda till förbättrad kvalitet på vården och förbättra patientens mentala hälsa samtidigt som det kan bidra till att vården blir mer kostnadseffektiv.

### 7.1 Resultatet i ett vidare sammanhang

Specialistsjuksköterskan med inriktning psykiatrisk vård har ett ansvar att involvera patienten i utformandet av en samordnad vårdplanering och resultatet i denna studie skulle kunna användas som en kunskapskälla för att kunna utföra just detta arbetet. De erfarenheter som sjuksköterskor har av att involvera patienten i sin omvårdnadsplan som framkommit i resultatet kan användas för att se vilka svårigheter det kan finnas att involvera patienten men även vilka möjligheter och faktorer som underlättar detta. Genom att få kunskap kring detta har specialistsjuksköterskorna möjlighet att identifiera arbetssätt och strategier kring hur man ska hantera de svårigheter som framkommit i studien som kan försvåra möjligheten att involvera patienten i sin vård. Det som möjliggör patientens involvering som framkommit i studien kan av specialistsjuksköterskorna ses som möjliga framgångsfaktorer i arbetet med att involvera patienten i den samordnade vårdplaneringen



och kan därför vara faktorer sjuksköterskan behöver lägga mer tid på att utveckla och applicera i sin omvårdnad.

Människor med psykisk ohälsa utsätts, enligt tidigare forskning, för diskriminerande behandling till följd av andras fördomar. När andra människor anser att personer med psykisk ohälsa har oförmågor kan detta leda till minskade möjligheter till självständigt liv för personer med psykisk ohälsa. För att motverka denna stigmatisering kan resultat appliceras i vården av personer med psykisk ohälsa som ska involveras i sin vårdplanering. Genom att sjuksköterskan är medveten om vilka möjligheter och svårigheter sjuksköterskor erfar att det finns att involvera patienter kan man öka möjligheten för patienten att involveras i sin vård genom att identifiera vilka styrkor den specifika patienten besitter och använda dessa i arbetet i att involvera patienten i sin vård. Vi tänker att genom att arbeta på detta sätt kan man även stärka patientens självkänsla och känsla av att kunna styra sitt eget liv. På detta sätt arbetar man mot en stigmatisering där man förutsätter att personer med psykisk ohälsa har olika oförmågor och istället lyfter dessa personers styrkor och möjligheter. Resultatet av studien visar även att personer med psykisk ohälsa har förmågor som möjliggör deras involvering i sin vård, uppskattar att involveras i sin vård och har, efter en tid en vilja att vara involverad, vilket i sig går emot den stigmatiserade bilden av patienter med psykisk ohälsa.

Genom att arbeta i den kliniska miljön utifrån studiens resultat och använda denna kunskap till att optimera patientens involvering i sin omvårdnadsplan eller annan vårdplanering anser vi att man även kan utveckla en syn på människan som en värdefull och viktig del i sin egen vård och sin utveckling. Genom att kunna optimera patientens involvering i sin egen vård kan man även utveckla en syn på hälsa och vård där patientens delaktighet ses som en förutsättning för god och kvalitetssäkrad vård. Ett annat sätt att arbeta med studiens resultat i ett vidare sammanhang anser vi skulle kunna vara att man på avdelningar arbetar utifrån de tio förpliktelserna som bland annat främjar relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Just vikten av en relation mellan sjuksköterskan och patienten poängteras i studiens som en viktig del i att involvera patienten i sin omvårdnadsplan. Genom att utgå från de tio förpliktelserna anser vi att man kan arbeta praktiskt med det som framkom i studien och satsa på att utveckla förmågor som underlättar just detta. T.ex framkommer det i studien att det hos sjuksköterskorna finns en önskan att förbättra förmågan att identifiera patientens resurser men att patienter upplevs ha en sköld, helt enkelt skapar en distans till sjuksköterskan som vi anser kan skapa svårigheter att identifiera resurser och tidigare erfarenheter. En förpliktelse talar om att just de tidigare erfarenheter är viktiga för att kunna ta ut en riktning i vården. Genom att koppla ihop studiens resultat med de tio förpliktelserna kan man skapa kunskap kring vad som behöver utvecklas, kunskap och förmågor för att skapa en relation mellan patienten och sjuksköterskan. Detta kan utgöra en grund och möjlighet för patientens involvering i sin omvårdnadsplan och vårdplanering. Det kan handla om att skapa en förståelse för varför patienten sätter upp en sköld gentemot sjuksköterskan och hur sjuksköterskan kan utveckla förmågor att synliggöra patientens erfarenheter och resurser trots denna sköld.

## **7.2 Förslag på fortsatt forskning**

När vi sökte information till denna studie fann vi inga artiklar som specifikt studerade patienters delaktighet i omvårdningsplanen inom rättspsykiatrisk vård. Utifrån studiens resultat anser vi att fortsatt forskning behövs för att fylla denna kunskapslucka. Fortsatt forskning skulle kunna inkludera både sjuksköterskors syn på patienters delaktighet i omvårdningsplanen inom rättspsykiatrisk vård men även patienters perspektiv. Att göra en studie där man studerar delaktighet i omvårdningsplanen inom slutenvård och öppenvård inom rättspsykiatrisk vård och gör en jämförelse skulle kunna resultera i kunskap som kan vara till nytta inom båda vårdformerna.

## REFERENSLISTA

- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. Stockholm: Liber.
- Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19, 15-22. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x
- Barker, P & P, Buchanan-Barker. (2005). *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals* (3. uppl.). New York: Routledge
- Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(6), 510-518. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x
- Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013). Multiple perspectives on shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 223-230. doi:10.3109/13561820.2013.767225
- Cleary, M. (2003). The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 139-147.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Damianakis, T., & Woodford, M.R (2012). Qualitative Research With Small Connected Communities: Generating New Knowledge While Upholding Research Ethics. *Qualitative Health Research*, 22(5), 708–718. doi: 10.1177/1049732311431444
- Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). Patients' Understanding of Shared Decision Making in a Mental Health Setting. *Qualitative Health Research*, 25(5), 668-678. doi:10.1177/1049732314551060
- Gildberg, F. A., Bradley, S. K., Fristed, P., & Hounsgaard, L. (2012). Reconstructing normality: Characteristics of staff interactions with forensic mental health inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 103-113. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00786.x
- Gildberg, F. A., Elverdam, B., & Hounsgaard, L. (2010). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of staff–patient interaction. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(4), 359-368. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01533.x
- Grundy, A. C., Bee, P., Meade, O., Callaghan, P., Beatty, S., Olleveant, N., & Lovell, K. (2016). Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: a qualitative exploration of service users perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 12-21. doi: 10.1111/jpm.12275

- Gustafsson, E., Holm, M., & Flensner, G. (2012). Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: important influences on the transition process. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(8), 729-737. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01852.x
- Gustafsson, L.K., Wigerblad, Å., & Lindwall, L. (2013). Respecting dignity in forensic care: the challenged faced by nurses of maintaining patient dignity in clinical caring situations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 1–8. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01895.x
- Harris, D. M., Happell, B., & Manias, E. (2015). Working with people who have killed: The experience and attitudes of forensic mental health clinicians working with forensic patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 130-138. doi:10.1111/inm.12113
- Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W.M.L. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18(2), 152-160. doi: 10.1080/09638230802053326
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Hämtad 9 april 2017 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)
- Hörberg, U. (2014). Caring Science and the Development of Forensic Psychiatric Caring. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51, 277–284. doi: 10.1111/ppc.12092
- Hörberg, U., Dahlberg, K. (2015). Caring, potentials in de shadows of power, correction, and discipline: Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10, (2015). doi.org/10.3402/qhw.v10.28703
- Hörberg, U., Sjögren, R., & Dahlberg, K. (2012). To be Strategically Struggling against Resignation: The Lived Experience of Being Cared for in Forensic Psychiatric Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 743-751. doi:10.3109/01612840.2012.704623
- Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128). Hämtad 9 april 2017 från [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard\\_sfs-1991-1128](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128)
- Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). Hämtad 9 april 2017 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911129-om-rattpsykiatrisk-var\\_d\\_sfs-1991-1129](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911129-om-rattpsykiatrisk-var_d_sfs-1991-1129)
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvården*. (ss.187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Michalak, E., Livingston, J.D., Hole, R., Suto, M., Hale, S., & Haddock, C. (2011). "It's something that I manage but it is not who I am" reflections on internalized stigma in

- individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*, 7(3), 209-224. doi: 10.1177/1742395310395959
- Molin, J., Graneheim, U H., Lindgren, B-M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care: patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1). doi.org/10.3402/qhw.v11.29897
- Männynsallo, L., Putkonen, N., & Kotilainen, I. (2009). Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 279–288. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01125.x
- Nätverket för rättspsykiatrisk omvårdnad. (2015). *Innehållet i den rättspsykiatriska vården*. Hämtad 10 februari, 2016, från <http://natrom.se/hem/wp-content/uploads/2012/01/H%C3%B6gspecialiserad-r%C3%A4ttspsykiatrisk-omv%C3%A5rdnad-26-okt-2015.pdf>
- Olsson, H., Strand, S., Kristiansen, L Reaching (2014). A turning point: How patients in forensic care describe trajectories of recovery. *Skandinavien Journal of Caring Sciences*, 28, 505–514. doi: 10.1111/scs.12075
- Patientlag (2014:821). Hämtad 9 april 2017 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- Patientsäkerhetslag (2010:659). Hämtad 7 april 2017 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)
- Pazargadi, M., Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., Alijani Renani, H., & Molazem, Z. (2015). The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse–Patient Relationship in the Psychiatric Ward. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551-557. doi:10.3109/01612840.2015.1014585
- Polit, D F., & Beck, C T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10.uppl) Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening. (2014). Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård. Hämtad 9 april, 2017, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>
- Regeringens proposition 2016/17:94 Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård Hämtad 9 april, 2017, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/okad-patientmedverkan-vid-psykiatrisk-tvangsvard\\_H40394](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/okad-patientmedverkan-vid-psykiatrisk-tvangsvard_H40394)

- Rise, M. B., & Steinbeck, A. (2013). Does implementing a development plan for user participation in a mental hospital change patients experience? *Health Expectations*, 18, 809–825. doi: 10.1111/hex.12105
- Rättsmedicinalverket. (2015). *Korta fakta om rättspsykiatriska utredningar vid rättsmedicinalverket*. Hämtad 9 april, 2016, från <http://www.rmv.se/?id=157>
- Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., & Plos, K. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 490-497. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x
- Sheehan, L., Niewegłowski, K., & Corrigan, P. (2016). The stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18 (1). doi: 10.1007/s11920-015-0654-1
- Socialstyrelsen. (2009). *Innehållet i den psykiatriska tvångsvården*. Hämtad 9 april, 2016, från [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81\\_200912681.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81_200912681.pdf)
- Tapp, J., Warren, F., Fife-Schaw, C., Perkins, D., & Moore, E. (2016). Essential elements of treatment and care in high secure forensic inpatient services: an expert consensus study. *Journal of Forensic Practice*, 18(3), 189-203. doi:10.1108/JFP-07-2015-0041
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtat 9 april, 2017, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Whitley, R., & Denise Campbell, R. (2014). Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness. *Social Science & Medicine*, 107, 1-8. doi:10.1016/j.socscimed.2014.02.010
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. doi:10.1111/inm.12121

# BILAGA A FÖRFRÅGAN TILL VERKSAMHETCHEFEN

Akademien för hälsa, vård och välfärd

Mälardalens högskola

Datum

Till

xxx

Verksamhetschef för xxx

## Förfrågan om tillstånd att genomföra examensarbete

Vi heter Eréne Ekman och Anna Hermansson och är studenter inom specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av ett examensarbete.

Syftet med vår studie är att vi önskar beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienter i planeringen av sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård. Eftersom delaktighet i sin egen vård är en del av patientlagen (2014:821) och kan vara ett komplext problem för personer med tvångsvård ser vi betydelsen av att studera detta.

I kompetensbeskrivningen (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014) som styr specialistsjuksköterskans, med inriktning psykiatrisk vård, ansvar inom vården beskrivs att sjuksköterskan ansvarar för att patienten är delaktig vid utformandet av sin vård.

Genom att synliggöra patientens delaktighet vid planeringen av sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård kan vi bidra med kunskap som kan underlätta sjuksköterskors möjlighet att öka patientens delaktighet i vården.

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra intervjuer vid er enhet. Rent konkret skulle det innebära att sjuksköterskor inom slut- och öppenvård deltar i intervjuer under arbetstid, individuellt eller 3–4 fokusgrupper med 3–4 deltagare beroende på antalet deltagare.

Tidsåtgången beräknas till 30–90 minuter, också beroende på ovanstående. Vi tänker oss att intervjuerna sker på kliniken under ordinarie arbetstid.

Deltagande i projektet är frivilligt och deltagarna ska själva efter information ge sitt samtycke. De kan därefter också dra sig ur när som helst utan att ange skäl.

De utskrivna intervjuerna kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt avidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

Vår förhoppning är att nyttan med denna studie kan uppmärksamma vad delaktighet för patienterna kan innebära, vilka möjligheter och hinder som finns. Vi hoppas att studiens resultat väcker nyfikenhet och ger upphov till fortsatta diskussioner på kliniken och att kunskap utifrån studien kommer att kunna impliceras i verksamheten vilket kan ge patienten möjlighet till ökad delaktighet och återhämtning. Eventuella nackdelar för verksamheten kan vara att intervjuerna sker på arbetstid men vi har förhoppningar att fördelar med denna studie överväger.

Studiens resultat kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid Mälardalens högskola. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

Ytterligare information lämnas av

Anna Hermansson

Eréne Ekman

Handledare

Maja Söderbäck Universitetslektor i vårdvetenskap



**Samtycke till genomförande av projektet, "Sjuksköterskans erfarenheter av att involvera patienter i planering av sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård".**

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen och att ställa frågor.

Jag ger därför min tillåtelse att studien genomförs på min enhet,

---

**Ort och datum**

---

**Underskrift**

**Namnförtydligande**

# **BILAGA B FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE I STUDIEN TILL SJUKSKÖTERSORNA**

**Förfrågan om deltagande i en studie om ”Sjuksköterskans erfarenheter av att involvera patienter i planering av sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård”.**

Vi heter Anna Hermansson och Erène Ekman och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av ett examensarbete. Syftet med vår studie är att studera vilka erfarenheter sjuksköterskor har av att involvera patienter i planering av deras omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård.

Vår fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

**Medverkan är frivillig.**

**Vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.**

Att delta i projektet skulle för din del innebära att vi genomför en intervju som kommer spelas in med hjälp av diktafon. Denna intervju beräknas ta ca 30-90 min och kommer ske under arbetstid. De inspelade intervjuerna kommer sedan att transkriberas, överförs till skriven text, och därefter kommer en analys att ske för att upptäcka mönster mellan intervjuerna.

Genom deltagande i studien bidrar du med material som ger kunskap om sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienter i planering av sin omvårdnadsplan. Intervjuerna kommer ske på arbetstid och kommer därför kunna ta tid från ditt arbete på avdelningen. Vi har fått tillstånd av din verksamhetschef att genomföra intervjuer under din arbetstid.

Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak. Intervjun behandlas med beaktande av sekretess vilket innebär att ditt namn och arbetsplats kodalas. Materialet förvaras inlåst. I det färdiga arbetet kommer inga uppgifter att kunna härledas till enskilda personer eller enheter.

Om du ger ditt muntliga samtycke till att ditt namn och telefonnummer eller mail får lämnas ut till oss, kommer vi att via telefon eller mail ta kontakt med dig för att ge ytterligare information om studiens syfte och genomförande.

Ditt deltagande kan ge möjlighet att skapa kunskap som kan impliceras i verksamheten och ge patienter möjlighet till god vård och delaktighet.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller av vår handledare, Maja Söderbäck Universitetslektor i vårdvetenskap, se nedan.

Med vänliga hälsningar Anna Hermansson och Erène Ekman.

**Kontaktuppgifter:**

Anna Hermansson

Erène Ekman

Handledare:

Maja Söderbäck Universitetslektor i vårdvetenskap

**Samtycke till att deltaga i projektet, "Sjuksköterskans erfarenheter av att involvera patienter i planering av sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård"**

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag får också en kopia på den skriftliga informationen om projektet och på detta samtyckesformulär.

Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange orsak, kan avbryta mitt deltagande i studien.

- JA**, jag vill delta i projektet "sjuksköterskans erfarenheter av att involvera patienter i planering av sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård", och jag samtycker till att de uppgifter jag lämnas behandlas på det sätt som beskrivits på föregående sida.

---

**Datum**

---

**Underskrift**

---

**Namnförtydligande**

# BILAGA C INTERVJUGUIDE

## Intervjuguide

Du och dina kollegor medverkar, genom denna intervju, i en studie som syftar till att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att involvera patienter i sin omvårdnadsplan inom rättspsykiatrisk vård.

### Frågeområde 1

Vilken erfarenhet har du av att jobba med omvårdnadsplan?

### Frågeområde 2

Vilket värde har omvårdnadsplanen?

Stödord:

- För sjuksköterskan
- För patienten

### Frågeområde 3

Hur involveras patienten i sin omvårdnadsplan?

Stödord:

- Förutsättningar
- Möjligheter
- Hinder

Följdfrågor: *Ge exempel? Berätta? Kan du utveckla? På vilket sätt? Hur menar du??*

### Frågeområde 4

Vad innebär det för dej som sjuksköterska att involvera patienten i sin omvårdnadsplan?

Stödord:

- Förutsättningar
- Möjligheter
- Hinder

Följdfrågor: *Ge exempel? Berätta? Kan du utveckla? På vilket sätt? Hur menar du?*

## BILAGA D ANALYSMATRIS

Kategori	Subkategori	Kod	Kondenserad meningsenhet	Meningsenhet
Vårdmiljön inverkar	Lagar och tvång har betydelse	Tvång underlättar delaktighet.	Rättspsykiatrisk vård underlättar patientens delaktighet.	jag tror att det till större delen är lättare att få patienten delaktig för att det är rättspsykiatrisk vård
	Stämningen på avdelningen påverkar	Dålig vårdplanering.	Problem att man har en planering, sen flyttar patienten och sjuksköterskan hinner inte ha ett bra avslut	Ett annat problem.....man har en planering i alltså men sen så blir det en plats ledig någonstans så buller och bång så är dom borta ...vi hinner inte liksom...olyckligt för jag vill ha schysst avslut liksom
	Kontinuiteten brister	Kontinuiteten brister	Dålig vårdplanering.	Problem att man har en planering, sen flyttar patienten och sjuksköterskan hinner inte ha ett bra avslut
Finns oförmåga hos patienten	Patienten har svårt att förstå	Dålig sjukdomsinsikt	Patienten förstår inte sitt omvårdnadsbehov.	inte förstå riktigt vad dom har för omvårdnadsbehov
	Patienten är ointresserad	Patienten vill inte samarbeta (i tvångssituation)	Patienten blivit inlåst och vill inte samarbeta	har mötts av den attityden, "vaddå egen insats det är ni som ska fixa det här" det är ni som låser in mig
Vårt eget engagemang har betydelse	Skapa engagemang hos personalen	Personalens engagemang	Engagemang hos personalen påverkar resultatet	Beroende på vilket engagemang omvårdnadspersonalen har i sitt och en vilja till någonting så kan det ju också variera vilket kan påverka såklart
	Oenighet med patienten	Oense med patienten.	Patienternas mål är inte sjuksköterskans mål	Många har ju deras mål är ju inte alls våra mål om man säger så så det gäller ju att få ihop dom här
	Anpassa informationen	Tydligt språk	Rätt språk gör det lättbegripligt och tydligt	Vi kan nog bli bättre...och använda rätt språk så att det blir lättbegripligt för oss också att det blir tydligt men vad är det vi ska jobba med dom här 6 månaderna
	Skapa motivation hos patienten	Sjuksköterskan försöker motivera patienten.	Sjuksköterskan måste hitta något som motiverar patienten.	man måste hitta nå man måste vara en trollkarl för och trola fram nå slags nått litet som är viktigt hos en patient.... Det gäller bara att hitta den där nyckeln liksom...
	Ge patienten nödvändig tid	Patienten behöver tid.	Vissa landar på en gång, för vissa tar det år.	dom måste liksom landa i det där dom är .... vissa landar med på en gång men vissa kan det ta år innan dom kan börja ta in.....
	Skapa en relation	Tillit till personal.	Personal finns kvar, det bygger tillit.	märker väl det här, vi finns kvar..vi försvinner inte.... Och det är det som bygger tillit
	Synliggöra för patienten	Synliggöra vården för patienten.	Tydliggöra vilka insatser som krävs av patienten för att uppnå sina mål.	En patient vill komma härifrån...då skulle man ju kunna liksom sätta upp vad som krävs någonstans för att du ska nå ditt mål vi är med dej men då behöver du ta din medicin tillexempel...





**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)