



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Avancerad nivå (A1E)
Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård 60 hp
Examinerat och godkänt: 2022-06-22

Personcentrerad vård-kärnkompetens som grund för utveckling inom psykiatrisk öppenvård

En kvalitativ intervjustudie

Person-centered care-core competence as a basis for development in psychiatric outpatient care

A qualitative interview study

Författare: Amila Jusufovic
Marie Thölin

Handledare: Kristina Eivergård, Lektor

Examinator: Birgitta Mc Ewen, Docent

Förord

Innan allt annat vill vi tacka till våra intervjupersoner vars deltagande möjliggjort denna uppsats. Stort tack för att ni tog er tid, för ert engagemang och för att ni visade ett genuint intresse för ämnet! Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare Kristina Eivergård, tack för din uppmuntran, stöd, konstruktiv kritik och ditt tålamod! Vi vill även tacka våra chefer för deras stöd och uppmuntran under hela utbildningen. Avslutningsvis vill vi givetvis tacka varandra för varandras stöd och uppmuntran i med- och motgång.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser där sjuksköterskans roll är att möjliggöra patientens vård baserad på delaktighet och självbestämmanderätt. Forskningen tyder på positiva effekter med personcentrerad vård som resulterar i ökad livskvalitet hos patienter, minskade vårdkostnader likväl som ökad tillfredsställelse både hos patienter och vårdpersonal. Trots detta sker implementeringen av personcentrerad vård långsamt vilket oftast hänvisas till olika hindrande faktorer som bland annat tidsbrist och brister i arbetsmiljö. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor beskriver sina erfarenheter av personcentrerad vård inom psykiatrisk öppenvård. **Metod:** Studien gjordes med en kvalitativ design och datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer av elva sjuksköterskor på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Intervjuerna analyserades av induktiv innehållsanalys. **Resultat:** Det övergripande kategorien *Personcentrerad vård - möjlighet och utmaningar* visar att sjuksköterskors erfarenheter av personcentrerad vård är komplext. Resultatet av denna studie presenteras genom fyra subkategorier 1. Med patient i fokus. 2. Samverkan som förutsättning för delaktighet. 3. Att anpassa sig och sträva efter god kommunikation. 4. Organisatoriskt arbete och kunskap. **Slutsats:** För att bedriva personcentrerad vård krävs ett gemensamt ansvar. Sjuksköterskor kan inte på egen hand utöva personcentrerad vård, utan det behövs större organisatoriskt förändringsarbete. Däremot ska specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård med sin fördjupade vårdvetenskapliga kännedom kunna leda omvårdnadsarbetet utifrån det personcentrerade arbetssättet. **Förslag på fortsatt forskning:** Denna studie är viktig då den belyser kunskapsluckor utifrån sjuksköterskornas tidigare erfarenheter samtidigt som den belyser specialistsjuksköterskans möjligheter att utveckla den personcentrerade vården. Avslutningsvis efterfrågas mer kunskap inom personcentrerad vård innefattande kommunikation, samarbete, delaktighet samt dokumentation med fokus på vårdplaner.

Nyckelord: delaktighet, dokumentation, kommunikation, partnerskap, psykiatrisk omvårdnad, personcentrerad vård.

ABSTRACT

Background: Person-centered care is one of the nurse's core competencies where the nurse's role is to enable the patient's care based on participation and self-determination. According to research, person-centered care has positive effects such as higher quality of life, reduced cost and satisfaction in both patients and care staff. Despite this, the implementation of person-centered care is slow, which is most often referred to various obstructive factors such as lack of time and shortcomings in the work environment. **Aim:** The aim of the study was to investigate how nurses describe their experiences of person-centered care in psychiatric outpatient care. **Method:** The study was done with a qualitative design and the data collection took place through semi-structured interviews of eleven nurses at a psychiatric outpatient clinic. These interviews analyzed by inductive content analysis. **Results:** The overall category *Person-centered care - opportunities and challenges* shows that nurses' experiences of person-centered care are complex. The results of this study are presented through four subcategories. 1. With patient in focus. 2. Collaboration as a prerequisite for Participation. 3. To adapt and strive for good communication. 4. Organizational work and knowledge. **Conclusion:** Joint responsibility is required to provide person-centered care. Nurses cannot provide person-centered care on their own, but greater organizational change work is needed. On the other hand, specialist nurses in psychiatric care, with their in-depth care scientific knowledge, must be able to lead the nursing work based on the person-centered approach. **Suggestions for further research:** This study is important as it sheds light on knowledge gaps based on the nurses' previous experiences, while at the same time it sheds light on the specialist nurse's opportunities to develop person-centered care. Finally, more knowledge is requested in person-centered care, including communication, collaboration, participation and documentation with a focus on care plans.

Keywords: communication, documentation, partnership, participation, person-centered care, psychiatric nursing.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION.....	1
BAKGRUND	2
Den psykiatriska vården i Sverige.....	3
Definition Personcentrerad vård.....	4
Sjuksköterskans roll inom psykiatrisk vård och omvårdnad	5
TEORETISKA PERSPEKTIV OCH BÄRANDE BEGREPP	7
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE.....	10
METOD.....	11
Design.....	11
Urval.....	11
Tillvägagångssätt.....	12
Dataanalys	14
Etiska aspekter.....	16
RESULTAT	17
Med patienten i fokus	18
Samverkan som förutsättning för Delaktighet.....	19
Att anpassa sig och sträva efter god kommunikation	21
Organisatoriskt arbete och kunskap.....	23
DISKUSSION	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion	27
SLUTSATSER	34
Kliniska implikationer.....	34
REFERENSER	36
BILAGOR	1
Bilaga I; Informationsbrev.....	1
Bilaga II; Deltagarinformation	3
Bilaga III ; Intervjuguide.....	5

INTRODUKTION

I denna inledande del klargörs bakgrund, teoretiska referensramen innehållande centrala begrepp, syfte samt den problemformulering som ligger till grund för studien.

Vårt intresse för mellanmännsliga relationer i vårdsammanhang har varit en bidragande orsak till att vi har valt att fördjupa oss inom specialistpsykiatrisk omvårdnad. Vid skapandet av mellanmännsliga relationer präglade av värdighet och respekt möjliggörs även personcentrerad vård som kräver tid och kontinuitet (Edvardsson, 2010). Tiden är viktig och bidrar till kunskap om människans livshistoria, resurser och förmågor. Kontinuitet i vårdsammanhang skapar trygghet och förtroende (Edvardsson, 2010). Båda dessa parametrar är viktiga likväl dyrbara och hur dessa värderas samt tillämpas skiljer sig enligt vår erfarenhet mellan akutpsykiatri och öppenvården. I detta arbete kommer vi att fördjupa oss i tillämpning av personcentrerad vård inom psykiatrisk öppenvård. Förhoppningsvis kommer resultatet att bidra med ökad förståelse och kunskap om hur personcentrerad vård kan realiseras i praktiken som en viktig del i vidareutvecklingen av verksamhet där studien kommer att appliceras.

BAKGRUND

Den psykiatriska vården i Sverige

Den psykiatriska vården i Sverige såväl i övriga västvärlden har historiskt sett präglats av den paternalistiska sjukdoms- och problemlösningsmodellen där diagnostik och behandling ligger i fokus (Farrelly et al., 2016). I den paternalistiska modellen förväntas av personen/patienten att underkasta sig vården menar Farrelly et al. (2016). I modellen förväntas också personen/patienten ställa sig till förfogande för diagnostik och behandling. Forskningen visar att de vanligaste mötena i psykiatrisk vård präglas av den dominerande paternalistiska modellen som fortsätter osynliggöra patientens kunskaper och resurser (Edvardsson, 2010; Santamäki Fischer, 2010; Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet & Dietisternas Riksförbund, 2019). Även Eivergård (2020) beskriver i sin avhandling hur paternalism på ett subtilt sätt gestaltar sig i psykiatrisk vårdkontexters ronder och rapporteringar. Ronder och rapporteringar sker på ett ritualiserat sätt, där vårdpersonal talar om patienterna, oftast utifrån andrahandsinformation. Resultatet av studien visar på hur olika maktordningar tydliggörs i språket och hur representationer av patienten skapas utan att patienten själv har möjlighet att påverka det som sker bakom stängda dörrar (Eivergård, 2020).

Tack vare forskning som belyser de negativa effekterna av paternalism i vårdsammanhang finns idag mycket forskning som tyder på att en förändring av maktförhållandena är på gång. Detta bekräftas även av Bartels, Meijboom, Venrooij och de Vries (2021) och De las Cuevas, Mundal, Betancort och Lara- Cabrera (2020) som poängterar vikten av fortsatt forskning inom personcentrerad vård med fokus på patientens delaktighet och delat beslutsfattande inom hälsovården. Forskningen tyder på positiva effekter med ökad livskvalitet hos patienter likväl ökad tillfredsställelse både hos patienter och vårdpersonal. Även Farrelly et al. (2016) aviserar att förändringen av maktstrukturen är både viktig och nyttig utifrån patientperspektivet. Den förväntas bidra till en förnyad syn på hälsosystemens huvuduppdrag där expertis inom hälsa och sjukdom ligger lika mycket utanför som inom den medicinska sfären (Farrelly et al., 2016). Resultatet av implementering av personcentrerad vård i vårdsammanhang visar på kostnadseffektivitet i form av kortare vårdvistelse, minskning av vårdskador samt positiva effekter från ett patientperspektiv i form av bättre hälsoreultat och ökad patienttillfredsställelse (Ajibade, 2021; Svensk sjuksköterskeförening et al., 2019). Värde av personcentrerad vård

bekräftas även av Sveriges Kommuner och Regioner [SKR] (2018) där kartläggningen rapporterat 13 av 21 regioner i Sverige som målmedvetet arbetar med implementeringen av personcentrerad vård i vårdsammanhang.

Trots de positiva effekterna av personcentrerad vård, sker implementeringen fortfarande långsamt. Tidigare forskning belyser svårigheterna i att uppnå det vårdande partnerskapet mellan patient och vårdpersonal med hänvisning till hindrande faktorer såsom tidsbrist och brister kopplad till arbetsmiljö (Ajibade, 2021; Svensk sjuksköterskeförening et al., 2019). Oftast anges tidsbrist som hinder; däremot kontroversiellt eftersom det finns få studier som bekräftar påståendet att det tar tid att öka delaktighet hos patienterna (De las Cuevas et al., 2020; Huang, Plummer, Lam & Cross, 2020). Utifrån Socialstyrelsens delrapport från 2016 innehållande analys av handlingsplaner gällande en mer tillgänglig och personcentrerad vård framkommer blandade resultat. Resultatet tyder på väsentliga skillnader i utveckling och implementering av personcentrerad vård mellan region och landsting (Socialstyrelsen, 2016). Enligt Sveriges Kommuner och Regioner [SKR] från 2018 tyder utmaningar med implementeringen av personcentrerad vård på både organisations- och individnivå att den kräver tid då det handlar om långsiktig förändring av vårdens organisation (SKR, 2018). Sjögren (2013) beskriver personcentrerad vård som ett komplext ämne som omfattar alla aspekter i vårdsammanhang med fokus på den fysiska och den psykosociala miljön. Den filosofiska idé som kommer till uttryck är ett paradigmskifte med förändrad syn på vården där kunskap, ansvar och initiativ i vården ska förstås och individualiseras ur personens eget perspektiv. Sjögren menar att komplexiteten i ett paradigmskifte kan resultera i utmaningar både när ämnet ska studeras empiriskt och vid implementeringen i vårdkontexten (Sjögren, 2013).

Angeläget att understryka är att den långsamma implementeringen strider även mot Patientlagen som avser att främja patientens oberoende samt stärka patientens ställning i vården genom ökad delaktighet (Patientlagen, SFS 2014:821, 4 kap, 1 §). Grunden för all vård ska innefatta respekt för patientens självbestämmanderätt och bevarande av patientens autonomi genom skapandet av god kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal (PL, SFS 2014:821, 4 kap, 1 §). Avslutningsvis menas att delat beslutsfattande, skapandet av partnerskap i vården och ökad patientdelaktighet säkerställer god och evidensbaserad vård av hög kvalitet samtidigt som risken för paternalism minskar (Ajibade, 2012; Bartels et al., 2021; De las

Cuevas et al., 2020; Farrelly et al., 2016; Hae et al., 2018; SKR, 2018). Utifrån en sådan aspekt är det ännu viktigare att sträva efter personcentrerad vård i varje vårdssituation och se det som en pågående process som inte kan uppnås via punktinsatser.

Definition Personcentrerad vård

I detta arbete har vi valt att utgå från en definition av personcentrerad vård som är framtagen av Centrum för personcentrerad vård (GPCC, 2018). Detta är ett tvärvetenskapligt forskningscentrum för implementering av personcentrerad hälso- och vårdforskning med inriktning på att studera effekter av personcentrerad vård vid långvariga sjukdomstillstånd (GPCC, 2018). Personcentrerad vård definieras som en disciplin som utgår ifrån *personcentrering* som grundar sig i relationsetik med fokus på alla människors lika värde och medmänsklighet (GPCC, 2018). Enligt GPCC:s forskning anges *patientberättelse*, *partnerskap* samt *dokumentation* som tre centrala och bärande begrepp för personcentrerad vård.

Enligt Bartels et al. (2021) härstammar begreppet personcentrerad vård ursprungligen från patientcentrerad vård. Viktigt ändå att uppmärksamma på skillnader mellan begreppen; medan patientcentrerad vård syftar till ett fungerande liv, syftar den personcentrerade vården till ett meningsfullt liv (Bartels et al., 2021). Vid skapande av personcentrerad vård är det viktigt att säkerställa att vården genomförs på ett säkert och evidensbaserat sätt samt inom ramen för respekt för den egna personen och dennes autonomi (GPCC, 2021; SKR, 2018; Svensksjuksköterskeförening et al., 2019). Att se personen bakom sjukdomen kräver tid, engagemang och en hög grad av struktur och professionalism hos vårdpersonal (Edvardsson, 2010; Ekman & Norberg, 2013; Entwistle & Watt, 2013; Herlofson & Ekselis, 2016; Svensksjuksköterskeförening et al., 2019). En av nyckelrollerna vid skapandet av säker och evidensbaserad vård är sjuksköterskans roll med sin breda omvårdnadskompetens.

Sjuksköterskans roll inom psykiatrisk vård och omvårdnad

Omvårdnad tillhör en vetenskapsgren där spänningsfältet sträcker sig mellan human-, samhälls- och naturvetenskap (Sörensen Elgaard, 2012). Utifrån det spektrat förväntas det att sjuksköterskans omvårdnadsarbete ska ledas, praktiseras, fördjupas och utvecklas i den kliniska miljön poängterar Sörensen Elgaard (2012). International Councils of Nurses [ICN] etiska kod (2017) beskriver omvårdnad utifrån en etisk dimension där varje sjuksköterska har moraliska skyldigheter och ansvar för sina värderingar och ställningstaganden i möten med patienten (ICN, 2017). Detta bekräftas även av Sörensen Elgaard (2012) som belyser komplexiteten i omvårdnaden. Sörensen Elgaard hävdar att den moraliska kompassen i vårdsammanhang är viktig och alltid skall finnas närvarande i sjuksköterskans omvårdnadsarbete (Sörensen Elgaard, 2012). Den moraliska kompassen kräver sjuksköterskans engagemang och mod i att stödja en vårdmiljö där mänskliga rättigheter uppmärksammas och respekteras (ICN, 2017; Sörensen Elgaard, 2012). Sjuksköterskan har även ett etiskt ansvar för att vårda och bevara personens livsvärldsperspektiv och utifrån detta skapa möjligheter för återhämtning (Barker, 2001; Jangland & Muntlin, 2020; Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Psykiatrisk vård i Sverige är välavgränsad och avser barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och rättspsykiatri och kan ges i både öppen och slutenvård (Sveriges Kommuner & Regioner, 2022). I detta arbete kommer endast psykiatrisk omvårdnad inom öppenvården att beröras. Vissa specialistmottagningar likaså specialistmottagningen för föreliggande studie har flera behandlingsteam där patienter är i behov av specialiserad psykiatrisk eller beroendevård där psykiatrisjuksköterskor har en viktig roll.

Psykiatrisjuksköterskors omvårdnadsansvar är noga definierad och inramad i kompetensbeskrivningen (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård beskriver sex globala kärnkompetenser som ingår i omvårdnadsarbetet: evidensbaserad vård, personcentrerad vård, kunskapsutveckling, informatik, säker vård och interprofessionell samverkan (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Kompetensbeskrivningen är viktig att efterleva då den stärker sjuksköterskans omvårdnadsroll samtidigt som den minimerar risker att samarbete sker på andra professioners villkor (Sörensen Elgaard, 2012).

Sjuksköterskans roll utifrån psykiatrisk omvårdnad är central och ska förstås utifrån alla domäner av den biopsykosociala modellen menar Arvidsson, Löfgren och Fridlund (2001) och Ryan, Garlick och Happell (2006). I deras studier beskrivs komplexiteten av psykiatrisk omvårdnad där psykiatrisjuksköterskor axlar viktiga funktioner där riskbedömningar, prioriteringar, medicinsk aspekt inklusive läkemedelsprofilering, hälsofrämjande, terapeutisk relation samt utbildning genomsyrar det dagliga arbetet (Arvidsson et al., 2001; Ryan et al., 2006). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014) syftar psykiatriskt omvårdnadsarbete till att stärka personens känsla av kontroll, delaktighet och meningsfullhet i vardagen. Psykiatrisk omvårdnad, om utövad i sin helhet, bidrar även till goda egenvårdsstrategier i syfte att främja och vidmakthålla hälsa trots sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). I en studie av Horgan et al. (2020) blev patienterna tillfrågade om egenskaper som karaktäriserar en professionell psykiatrisjuksköterska. I studie framkom empati och medkänsla följd av respekt för den enskilda personen, gott bemötande och förmåga att förmedla hopp bland de viktigaste egenskaperna. Aktivt lyssnande och förståelse för personens upplevelse av hälsa och ohälsa är också avgörande för att etablera en god vårdrelation av hög kvalitet. Detta kan även nödvändigt för tillfrisknande och återhämtning från psykisk ohälsa (Barker, 2001; Horgan et al., 2020).

TEORETISKA PERSPEKTIV OCH BÄRANDE BEGREPP

Personcentrerad vård är filosofiskt rotad i personalism som står för personens värdighet och frihet (Edvardsson, 2010; Ekman & Norberg, 2013). Den personcentrerade vården har genom åren definierats och skildrats på olika sätt. Enligt Edvardsson (2010) och Ekman och Norberg (2013) finns några gemensamma nämnare bland annat innefattande respekt för den enskilde, självbestämmanderätt, delaktighet, respekt för personens livsvärld, kommunikation och autonomi. Enligt GPCC (2018) forskning anges patientberättelse, partnerskap samt dokumentation som tre centrala och bärande begrepp för personcentrerad vård. I detta arbete har vi valt att presentera patientberättelse, partnerskap och delaktighet som bärande begrepp. Vi valde att byta ut dokumentation mot delaktighet då vi anser att dokumentationen blir ett resultat som skapas i delaktigheten.

Patientberättelse – partnerskap - delaktighet

Patientberättelse och partnerskap är en förutsättning för delaktighet som tillsammans bidrar till utvecklingen av personcentrerad vård där patientberättelsen har en centralroll för att bygga ett partnerskap där delaktighet ingår. Delaktighet initieras och synliggörs med patienten i samtalet (Ekman & Norberg, 2013). Ett sätt att samtala kan vara att använda sig av ett fenomenologiskt förhållningsätt. Bullington (2018) beskriver det fenomenologiska samtalet och hur patienten genom det får möjlighet beskriva sin livsvärld. Hon menar att samtalet ska vara inbjudande och med hjälp av öppna frågor skall patient få möjlighet att fritt berätta om sina upplevelser samtidigt som vårdpersonal på ett privilegierat och lyssnande sätt ska kunna ta emot den värdefulla berättelsen. Att lyssna på patienten innebär att ta del av patientens livsvärld, engagera sig i den och därigenom få mer kunskap om patientens situation (Bullington, 2018).

Patientberättelse är värdefullt i vårdsammanhang eftersom den ger patienten en möjlighet att presentera sig själv som en person (Entwistle & Watt, 2013). Genom berättelse får vårdpersonal möjlighet att lära känna och se personen bakom patienten vilket ger förutsättningar för en respekterad och vårdande relation. I patientberättelsen går det även att identifiera patientens upplevelse av lidande och sjukdom samt förutsättningarna för återhämtning förutom resurser och förmågor (Barker, 2001; Ekman & Norberg, 2013; Entwistle & Watt, 2013). Oxelmark, Ulin, Chaoyer, Bucknall och Ringdal (2018) beskriver delaktighet utifrån fem teman:

upprättande av partnerskap, patientengagemang, delat ansvar, att lyssna på patienten samt att vårdpersonal vågar lita på patientens förmågor. Upprättande av partnerskap innebär balans mellan patient och vårdpersonal där förståelse för patientens förväntningar, förmågor och kunskaper blir respekterade och där patient får en given roll som en aktiv partner i vårdteamet. Att engagera patienten i sin pågående vård samt erbjuda den valmöjligheten anses vara centralt i personcentrerad vård som leder till ökad delaktighet. Delat ansvar innebär delat beslutsfattande även när vårdpersonalen inte håller med patienten. Delaktighet handlar om patientens rätt till att behålla sin integritet, vårda dennes autonomi och egenmakt genom att våga lita på patientens förmågor och kunskaper (Eldh & Winblad, 2018; Oxelmark et al., 2018).

Förutom delaktighet betonas även vikten av partnerskap inom personcentrerad vård. Partnerskap betraktas som den mest väsentliga delen i personcentrerad vård som grundar sig i ömsesidig respekt för varandras kunskaper (GPCC, 2018; Edvardsson, 2010). Ett partnerskap skapas endast i samråd med patienten och utifrån patientens berättelse där patienten ska ses som en aktiv samarbetspartner som i vårdsammanhang uppmuntras till stärkandet av delaktighet och självbestämmanderätt (Ekman & Norberg, 2013). Partnerskap implicerar ett teamarbete där erfarenheter och kunskaper delas och där alla parter är experter på olika saker och delaktigheten är ett centralt begrepp för att betona alla parter lika värde. Den enskilde betraktas som en samarbetspartner med egna kunskaper och erfarenheter som på ett betydelsefullt sätt bidrar till förståelsen av sin hälsa och sitt välbefinnande (Ekman & Norberg, 2013). När patienter är delaktiga i sin vård blir resultatet fördelaktigt vilket resulterar i bättre och snabbare återhämtningsprocess samt ökad patienters tillfredsställelse (Barker, 2001; McCance & McCormac, 2006; McCance, Slater & McCormac, 2009). När partnerskap har blivit etablerat så har även förutsättningen för ett personcentrerat arbetssätt i vårdsammanhang skapats (GPCC, 2018).

PROBLEMFORMULERING

Att synliggöra patienten som person i en vårdkontext och skapa förståelse kring de svårigheter en person har är ett pågående arbete som kräver tid, kunskap och engagemang. Forskningen tyder på att de vanligaste mötena i psykiatrisk vård domineras av paternalism som förhindrar patientens strävan mot normalisering. Vårdgivaren blir den som levererar kunskap och kompetens medan personens egna kunskaper och resurser blir oanvända eller förminskade. Glädjande nog så har det traditionella förhållningsättet i form av hierarkier och styrsystem blivit mer uppmärksammat och befinner sig i ett skifte mot personcentrerad vård. Forskningen visar att personcentrerad vård där patient får möjlighet till återhämtning, ökad delaktighet samt självbestämmanderätt kring sin vård och behandling har fördelaktiga effekter för patienters återhämtningsprocess. Litteraturgenomgången av ämnet visar emellertid på att implementeringen av personcentrerad vård fortfarande sker långsamt med vissa svårigheter av tillämpning i praxis. I och med detta föreligger ett värde av att undersöka hur sjuksköterskor beskriver användandet av ett personcentrerat synsätt i psykiatrisk omvårdnad.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor beskriver sina erfarenheter av personcentrerad vård inom psykiatrisk öppenvård.

METOD

Nedan följer beskrivning av design, datainsamling, urval, dataanalys och etiska överväganden.

Design

Studiens design har en kvalitativ ansats. Skapandet av undersökningsmaterialet genomfördes med stöd av semistrukturerade intervjuer och har analyserats genom induktiv innehållsanalys (Lindgren, Lundman & Graneheim, 2020).

Urval

Urvalet bör göras på ett strategiskt sätt där deltagarna i studien nogra väljs med fokus på deras erfarenheter inom det fenomenet studien avser att studera (Polit & Beck, 2021). Urvalet i föreliggande studie med kvalitativ ansats utgjordes därför av sjuksköterskor verksamma på samma psykiatrisk öppenvårdsmottagning där båda författarna arbetar. Enligt Persson och Sundin (2015) är det viktigt att deltagarna behärskar det språket studien ges på för att på ett enkelt sätt kunna förmedla sina erfarenheter i form av en berättelse. Utifrån denna aspekt har inklusionskriterierna för studien varit att deltagarna ska vara utbildade sjuksköterskor, har arbetat minst sex månader på den aktuella öppenvårdsmottagningen och kan hantera det svenska språket i tal och skrift. Vi har valt att exkludera sjuksköterskor som jobbar per timme eller som endast har telefonsamtal med patienter, med andra ord har mycket begränsad kontakt med patienterna. Det slutliga urvalet bestod av 11 deltagare, nio kvinnor och två män. Bland de 11 deltagarna hade två sjuksköterskor magisterutbildning och två deltagare var precis i början av sin magisterutbildning inom psykiatrisk omvårdnad. Fyra deltagare hade även gått KBT-steg 1 utbildning. Medianålder bland deltagarna var 56,8 år och de hade i snitt varit verksamma som sjuksköterskor i 20,6 år. Tio av elva sjuksköterskor arbetade inom vuxenpsykiatri allt från allmänpsykiatrisk mottagning, neuro- och beroende mottagningen. Endast en sjuksköterska arbetade med ungdomspsykiatri.

Tabell 1. Urval

Antal deltagare	11
Kvinnor	9
Män	2
Medianålder	56,8 år
Verksamma som sjuksköterskor/ snitt	20,6 år
Magisterutbildning	2
KBT-Steg 1	4

Tillvägagångssätt

Rekryteringsprocessen startades med en skriftlig brevinformation till verksamhetschefen inom den aktuella öppenvårdsmottagningen för att inhämta godkännande att utföra intervjustudien (Bilaga 1). Efter inhämtat godkännande från verksamhetschefen lämnade författarna in etikredovisningen till handledaren på Röda Korsets Högskola [RKH] i Stockholm. Etikredovisningen godkändes i februari 2022 därefter skickades förfrågan och deltagarinformation till de sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. Information om studien gavs både muntligt och i form av ett skriftligt informationsbrev med informerat samtycke som bilaga (Bilaga 2). Deltagarbrevet innehöll information om studiens utförande och konfidentialitet samt rätten till att kunna avbryta sin medverkan i studien utan att ange skäl. Utifrån deltagarnas önskemål genomfördes samtliga intervjuerna på deras respektive arbetsplats.

Datainsamling

Vid datainsamlingen valde författarna att använda sig av semistrukturerade intervjuer då deltagarnas subjektiva uppfattningar av ett specifikt fenomen och erfarenheter var centralt för studiens frågeställningar (Polit & Beck, 2021). Semistrukturerad intervju bygger på intervjuguide med väl förberedda frågor av öppen karaktär, gärna utformade i en logisk ordning från generella till mer specifika frågor (Polit & Beck, 2021). En viktig del i datainsamlingen var förberedelsen av intervjuguiden genom en pilotintervju i syfte till att skapa en dynamisk intervju. Med hjälp av pilotintervjun modifierades intervjuguiden genom att begränsa frågor till några få för att skapa möjlighet för uppföljande reflekterande stödfrågor och på det sättet uppnå den dynamiska intervjun som var målet. Intervjuguiden (Bilaga. 3) författades av författarna gemensamt och bestod av förutbestämda frågor som knöt an till studiens syfte. Enligt Persson och Sundin (2015) skall uppföljande stödfrågor ställas i relation till det intervjudeltagaren berättar med intention att förtydliga samt förstärka innebörden av intervjudeltagarens levda erfarenheter mot studiens syfte (Person & Sundin, 2015). Intervjuerna delades upp mellan oss som författare. Innan varje påbörjad intervju informerades deltagarna på nytt om deras rättigheter så som frivillighet och konfidentialitet. Författarna inledde intervjuerna med demografiska frågor inklusive ålder, kön, utbildningsnivå. Enligt Polit och Beck (2021) ska frågorna vara utformade så att deltagarna får möjligheter att på sitt eget sätt och med egna ord förklara undersökningsfenomen. Intervjuerna avslutades med en öppen fråga där intervjudeltagarna fick ytterligare tillfälle att ta upp sina egna funderingar eller tankar som dök upp under intervjun som inte kom upp under samtalet. Författarna genomförde intervjuer under en tvåveckorsperiod där samtliga intervjuer spelades in för att sedan transkriberas. Intervjuerna genomfördes under februari – 2022 och resulterade i 11 intervjuer.

Gällande den fysiska omgivningen, hölls de flesta intervjuerna i deltagarnas egna mottagningsrum som betraktas vara en trygg miljö för deltagarna. Samtliga intervjuer genomfördes i enskildhet och på en i förväg avtalad tid. Några få intervjuer hölls i författarnas egna mottagningsrum och endast på initiativ från deltagaren. Samtliga mottagningsrum var utrustade med skyltar som lyser rött när det är upptaget för att minska distraktioner och främja en trygg och lugn miljö som kunde underlätta för interaktionen mellan deltagaren och författaren. Intervjuerna varade mellan 15 och 40 minuter, mediantiden var 25 minuter och avslutades när frågorna hade avhandlats. Deltagarnas citat har benämnts vid D1-D11.

Dataanalys

Dataanalysen i en kvalitativ studie anses vara den mest komplexa process som påbörjas efter att intervjuerna är genomförda (Henricson & Billhult, 2015; Polit & Beck, 2021). Enligt Polit och Beck (2021) är transkribering den mest tidskrävande delen av arbetet då en timmes intervju motsvarar fyra till fem timmars transkribering. Intervjumaterialet analyserades med hjälp av induktiv innehållsanalys genom att utgå från innehållet i texten, ett tillvägagångssätt beskrivet av Lindgren et al. (2020). Materialet transkriberades och avidentifierades.

Författarna var överens från början att den som höll intervjun även var den som transkriberade den insamlade datan samt avidentifierade materialet så att bara författaren som höll intervjun kunde veta vem som sagt vad. Därefter analyserades materialet i enlighet med hur Polit och Beck (2021) beskriver ett analysförfarande. Enligt Lindgren et al. (2020) ska kvalitativ innehållsanalys presentera ett resultat bestående av kategorier eller teman. För att uppnå detta började forskarna med att sortera det manifesta innehållet efter kondenserades meningsenheterna för att göra texten mer åskådlig. Analysprocessen i studien påbörjades genom att författarna läste och granskade datamaterialet ett flertal gånger. I analysen togs fasta på likheter och skillnader samt mönster i datamaterialet. Författarna letade efter mest väsentliga innehållet i de kondenserade meningsenheterna som sedan kodades genom olika färgkodningar för att säkerställa att meningsenheter inte upprepades. Kategorierna kodades och abstraherades. Därefter tolkades materialet och subkategorier skapades. Vår intention var att implementera en manifest innehållsanalys som var textnära. Efter förnyad tolkning av subkategorierna skapades slutligen ett övergripande kategorin. Redogörelse hölls därför på en lägre abstraktionsnivå (Lindgren et al., 2020). Ett utdrag ur analysmatrisen kan ses nedan i Tabell 2.

Tabell 2: Utdrag ur analysmatrisen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori
<p>Jag brukar väl säga att man har en förmåga att känna in patienten när man träffar den första gången och liksom känna in, anpassar sig i kommunikation efter den patienten man möter, hela en själv anpassar sig ju efter den personen och försöka skapa ett kommunikativt samspel för annars blir det lätt att man inte når någonstans.</p>	<p>Förmåga att känna in patienten, anpassar sig i kommunikation efter den patienten man möter samt skapa ett kommunikativt samspel</p>	<p>Anpassad kommunikations samspel med patienten i strävan efter god kommunikation</p>	<p>Att anpassa sig och sträva efter god kommunikation</p>
<p>Viktigaste för mig i alla patientmöten är att se personen, att se vart i livet är den här människan, vad har den för behov, vad har den för förmågor, vilka resurser finns.</p>	<p>Att se personen, vart i livet den befinner sig. Utforska dennes behov. Identifiera förmågor.</p>	<p>Nyfikenhet och viljan att lära känna patienten</p>	<p>Med patient i fokus</p>

Etiska aspekter

Enligt Polit och Beck (2021) omvårdnadsforskning ställer höga krav på forskarna att under hela processen värna om människans autonomi (Polit & Beck, 2021). De forskningsetiska övervägandena i denna studie har förhållit sig till forskningskravet och individskyddskravet fastställda av Vetenskapsrådet (2002). Studien har inkluderat de fyra forskningsetiska övervägandena innehållande informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). I informationskravet har forskarna informerat deltagarna om deras roll i studien och kriterierna för deras deltagande. De skall även underrättas om att deltagandet är frivilligt och att deltagarna har rätt att avbryta sin medverkan när som och utan att behöva ange skäl för det. Samtyckeskrav är en process som skyddar deltagarnas rätt till medverkan enligt deras egna villkor (Vetenskapsråd, 2002). Det efterliknar informationskravet med betoning på frivilligheten där deltagarna återigen informeras om rätten att välja att medverka eller avbryta när som helst under studiens gång. På det sättet säkerställs att den etiska principen efterlevs genom att värna om deltagarens självbestämmanderätt och oberoende (Kjellström, 2015). Konfidentialitet har nära anknytning till frågor relaterade till allmän kännedom och tystnadsplikt (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarnas personliga uppgifter har skyddats så att obehöriga inte får ta del av de känsliga uppgifterna. Konfidentialitetskravet innebär att deltagarnas personuppgifter och alla data har förvarats, transkriberats, kodats och avregistrerats på ett säkert sätt (Kjellström, 2015). All data i form av intervjuinspelningar förvarades på ett USB-minne låst i ett säkerhetsskåp på vår arbetsplats, med skyddat lösenord där det krävs tvåstegsverifiering för tillträde. Efter att studien har avslutats kommer allt datamaterial att raderas. Nyttjandekravet säkerställer att de uppgifter som samlats in i studien endast får användas för vetenskapligt syfte (Vetenskapsrådet, 2002). Vi har varit mycket varsamma med datamaterialet, och endast nyttjat det i denna studie. Endast vi författare och vår handledare har tagit del av data under arbetets gång. Studien kommer att genomföras inom ramen för en högskoleutbildning på avancerad nivå vilket betyder att ingen etisk prövning av studien behövs (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2003:460, 2 §).

RESULTAT

Analysen genomfördes som en process av reflektion och diskussion. På så sätt skapades ett huvudkategorin och fyra subkategorier. Materialet från individuella intervjuer delades upp i meningsenheter som kondenserades och kodades. Koderna tolkades och jämfördes för skillnader och likheter som en del av analysen. I början av dataanalysen var det nödvändigt att få insikt i deltagarnas förståelse för begreppet personcentrerad vård vilket redovisas under de första två subkategorierna. Resterande subkategorier illustrerar deltagarnas tillämpning av personcentrerad vård i det kliniska arbetet inklusive möjligheter och utmaningar. Huvudkategorin sammanfattar samtliga subkategorier innehållande kunskap och kunskapsluckor.

Tabell 3: Subkategorier och kategori

Subkategorier	Kategori
<ul style="list-style-type: none">● Med patient i fokus● Samverkan som förutsättning för delaktighet● Att anpassa sig och sträva efter god kommunikation● Organisatoriskt arbete och kunskap	Personcentrerad vård - möjlighet och utmaningar

Personcentrerad vård-möjligheter och utmaningar

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor beskriver sina erfarenheter av personcentrerad vård inom psykiatrisk öppenvård. Det övergripande kategorin *Personcentrerad vård - möjlighet och utmaningar* visar att sjuksköterskors erfarenheter av personcentrerad vård är komplext.

Vid frågan om vad personcentrerad vård innebar för sjuksköterskorna visade det sig att flera av sjuksköterskorna var väl bekanta med begreppet personcentrerad vård medan det också fanns sjuksköterskor som berättade att de inte kände till begreppet. Några sjuksköterskor berättade att de alltid har jobbat med patienten i fokus utan att reflektera över om de arbetade personcentrerat. Sjuksköterskorna betonade vikten av psykiatrisk omvårdnad utifrån patientens behov, förväntningar och patientens önskemål. Samtliga deltagande sjuksköterskor gav exempel som bekräftade en förståelse för arbetet som kan förstås i termer av personcentrerad vård. I följande text redovisas hur sjuksköterskorna beskriver en förankring i ett arbetssätt som innefattade patienten i fokus, delaktighet och kommunikation vilka alla kan förstås som ingående i personcentrerad vård.

Med patienten i fokus

När mötet med patienterna beskrivs av sjuksköterskorna framträder en bild av att patienten är i fokus, vilket beskrevs på olika sätt. Ett sätt att beskriva hur patienten sätts i fokus handlade om att försöka förstå sig på patienten i sin helhet och utifrån sina egna kunskaper bemöta och ge patienten god omvårdnad.

Patienten är i fokus och det är utifrån patientens behov som man lägger upp vården kring patienten. (D1)

Personcentrerad vård det är ju att kunna se varje person som unik. (D2)

I intervjuerna framkommer också något som skulle kunna beskrivas som en nyfikenhet och viljan till att lära känna patienten som en viktig komponent för utforskning av patientens livsvärld. Genom att utforska patientens livsvärld kunde sjuksköterskan skapa möjlighet för patienten att presenteras sig i sin egen person. Sjuksköterskorna beskriver att ett samarbete med patienten på ett personlig plan är nödvändig för identifiering av patientens resurser bestående

av styrkor och svagheter som en grund för vidare planering av psykiatrisk omvårdnad. En sjuksköterska beskriver det på följande sätt:

Viktigaste för mig i alla patientmöten är att se personen, att se vart i livet är den här människan, vad har den för behov, vad har den för förmågor, vilka resurser finns. Hur kan man stötta personerna att komma vidare i sitt liv. Jag kan inte leva den personens liv men jag kan finnas med och ge stöd. (D2)

En annan sjuksköterska beskriver

Man tar helikopterperspektivet holistiskt och tittar på hela människa och olika delar i patientens liv. (D7)

Några sjuksköterskor beskrev personcentrerad vård som en självklar del av deras dagliga arbete med patienter.

Jag tycker att det är för min egen del det enda sättet att arbeta men jag tror att vi är olika som vårdare i mötet med patienten så jag tror också att det kan bli olika från vem man träffar. (D4)

Jag utgår så pass mycket redan nu som jag gör men jag är osäker på hur andra gör. Jag tror att det jag gör innebär att jag har ibland för mycket att göra därför att jag har svårt att begränsa när jag ser att saker och ting hänger ihop. (D7)

Samverkan som förutsättning för Delaktighet

Delaktighet som utgör en subkategori till huvudkategorin *Personcentrerad vård- möjligheter och utmaningar* visar sig vara en viktig aspekt. Enligt sjuksköterskornas beskrivningar är det patienten som äger sina problem och endast i samverkan med patienten som förutsättning för delaktighet går att uppnå personcentrerad vård. I intervjuerna framkommer även att delaktighet varken är självklar eller en påtvingad process och därför viktig att undersökas och säkerställas i varje möte med patienten. Om sjuksköterskans relation med patienten är god upplevs det enklare att skapa delaktighet.

Otroligt viktigt! Det går inte att göra någonting om inte patient är delaktig och man kommer ingenstans därför att det är patient äger ju sina problem, sina sjukdomar, sin person och för att komma vidare i livet så måste det alltid vara i delaktighet, det funkar inte om jag bestämmer någonting åt patienten. (D6)

Deltagarna ansåg också att tid och kontinuitet i mötet med patienterna var viktiga för att etablera en relation. Utifrån dessa avseende skapas en trygg terapeutisk miljö som utifrån sjuksköterskornas beskrivning anses bland de viktigaste faktorerna för delaktighet såsom god psykiatrisk omvårdnad. Resultatet tyder på att bedömningen av patientens individuella behov beskrivs som en viktig aspekt av personcentrerad vård och som möjliggörs endast i delaktighet med patienten.

Oerhört viktigt att etablera en allians över tid, eller terapeutisk relation med patienten och utifrån det då jobba. (D11)

Det är ju i samråd med patienten som man lägger upp hur en behandling ska vara, vilket mål ska vara och naturligtvis så finns en doktor med i det hela. (D6)

I resultatet framgår betydelsen av samarbete inom vårdteamet för att stärka delaktighet med och kring patienten. Sjuksköterskorna beskriver vikten av samarbetet med andra professioner utifrån deras kunskaper. Att använda sig av andra professioner som stöd upplevs av sjuksköterskorna också som en viktig del i personcentrerad vård. Det framkommer i resultatet att hela vårdteamet ska samverka kring patienten i syfte till att stärka patientens vård, öka delaktighet och välbefinnande.

Det handlar väldigt mycket om att alliansen får inte bara hamna hos mig utan den ska också finnas hos behandlaren så jätteviktigt att dela med sig av alliansen. För om jag känner patient väldigt väl så måste jag försöka lobba in behandlare att patient ska ge den en chans också att öppna sig liksom. (D9)

Några sjuksköterskor tog upp en viktig faktor där vården i vissa avseenden inte baseras på frivillighet och som även kan förekomma inom psykiatrisk öppenvård. När patienterna blir tvingade till vården påverkar det oftast deras attityder till vården vilket beskrivs som en hindrande faktor till delaktighet i vården. Delaktighet är ingen självklarhet och att uppnå patientdelaktighet kan ibland vara svårt även när den gynnar patienten framkommer det i dataanalysen.

Patienter jag jobbar med är ju inte super motiverade till att vara här så att få de delaktiga från starten är svårt, det kan vara att de är delaktiga bara att komma hit, bara det är ju att vara delaktig och uppskattat. (D9)

Att anpassa sig och sträva efter god kommunikation

I den här subkategorin beskrivs sjuksköterskornas egna erfarenheter och utmaningar i att arbeta personcentrerat i möten med patienter inom psykiatrisk öppenvård. En erfarenhet som sjuksköterskorna delade med sig var vikten av god kommunikation med patienten. Att kommunicera med varandra ansågs av sjuksköterskorna som en av de viktigaste delarna för patientens delaktighet i vården. En god kommunikation beskrevs också som något som genererar trygghet och tillit. Att inneha en god förmåga att kommunicera på ett respektfullt och nyfiket sätt anses vara ett av de viktigaste verktygen för sjuksköterskan inom psykiatrivården. Enligt deltagarna ska sjuksköterskan använda sig av olika sätt av kommunikativt spel anpassat efter patientens behov.

Jag brukar väl säga att man har en förmåga att känna in patienten när man träffar den första gången och liksom känna in, anpassar sig i kommunikation efter den patienten man möter och försöka skapa ett kommunikativt samspel för annars blir det lätt att man inte når någonstans. (D3)

Utmaningar och obalans i möten med patienterna uppstår när patientens värderingar och patientens perspektiv blir utforskade. En utforskad livsvärld kan leda till att orimliga krav ställs på patienten. Brist på god kommunikation och delaktighet kan kantas av utmaningar som kräver kunskap och förståelse för patientens problematik. Om sjuksköterskan inte är lyhörd och inte utgår från patientens egna förutsättningar kan det resultera i att sjuksköterskan misstolkar patientens förmågor. I dataanalysen framkom att sjuksköterskorna ansåg att svårigheterna i att arbeta utifrån personcentrerad vård berodde mycket på patienternas eget ansvar, motivationsgraden och ansvarstagande. Vidare anges även exempel på patientens kognitiva förmågor såsom tillgång och potential för att tillvarata sina resurser som en viktig faktor som påverkade patientens förutsättningar för god vård.

Det svåraste är ju för det första att som sjuksköterska lägga ribban för högt att man för tidigt tänker att man skall komma så himla långt och patient är inte med. (D3)

När patient har svårt att se sin egen roll och har svårt att ta ansvar över sina egna handlingar och inte bara skylla på omständigheterna. (D1)

En del av sjuksköterskorna upplevde att vissa patienter inte var intresserade av aktivt deltagande i vården, i stället prefererade de en mer passiv patientroll där vården bestämde villkoren.

När det gäller delaktighet en del patienten vill inte vara delaktiga. En del patienter vill gärna ha en lösning presenterad för sig men kanske har lite svårt ibland att se sin egen del i det. (D10)

Sjuksköterskorna beskrev även sina egna begränsningar i att arbeta personcentrerat. Dataanalysen tyder på att begränsningar består av olika faktorer såsom osäkerheten kring personcentrerad vård med risk för att kränka patientens integritet. En annan faktor som är viktig att uppmärksammas är stressfaktorn när sjuksköterskan kommer med sin agenda med risk för att missa att ha patienten med sig. Det framkom även svagheter i sjuksköterskans egna utförande av omvårdnadsroll där sjuksköterskans arbete lätt kan hamna inom psykiatrisk behandling i stället för psykiatrisk omvårdad.

Att det kan vara lätt eller känslan av att jag som sköterska vill inte gå för långt in på deras integritet att man kanske kommer för långt in, övertramp på något sätt. (D1)

Att man lyssnar in vad patienten vill och var patienten är men det är klart är man stressad är de ju svårare att vänta in patienten och se var den är för då har du din agenda som du måste göra. (D3)

Sjuksköterskorna beskriver att förutsättningarna för personcentrerad vård beror till största delen på sjuksköterskornas egenskaper. Inom psykiatrisk omvårdnad ska sjuksköterskorna inneha de viktigaste egenskaperna som handlar om välutvecklade sociala och mellanmännsliga färdigheter och skicklighet att kommunicera på många olika sätt. Sjuksköterskorna i denna studie värderade sina kunskaper högt och belyste även vikten av information och utbildning av patienterna. Även när patienten själv inte kunde fatta beslutet så var det viktigt att sjuksköterskorna finns till för att förmedla information, kunskap men i slutändan respektera och vårda patientens eget beslut. Endast en sjuksköterska tog upp vikten av evidensbaserad vård och sjuksköterskans ansvar för att hålla sig uppdaterad i den senaste forskningen.

Organisatoriskt arbete och kunskap

För att säkerställa vården är dokumentationen en viktig del i personcentrerad vård. Sjuksköterskorna anger att en gemensam och välformulerad vårdplan leder till ökad delaktighet som en självklar del av vården. Vidare anser sjuksköterskorna att vårdplanen bidrar till en ökad kontroll och inflytande över sin hälsa. Det var enligt sjuksköterskorna också viktigt med uppföljning och utvärdering av vårdplanen.

Vi gör ju en gemensam plan och på så sätt så blir patienten delaktig men sen också att man hela tiden följer upp och det kan ju faktiskt vara någonting man behöver ändra på därför att förutsättningar för patienten har ändrats eller de har tycker inte likadant som de tyckte från början e så att det är hela tiden en avstämning med patienten att ursprungsplanen ska fortsätta på den eller den ska ta nån annan väg som passar bättre. (D6)

Sjuksköterskorna anser att för att bedriva personcentrerad vård i större utsträckning krävs mer organisatoriskt arbete. De menar att det krävs förankring i teamet men också en filosofi som ska genomsyra verksamheten. Sjuksköterskorna anser också att mycket arbete och ansvar ligger på de själva vid inhämtning av ny kunskap. Ett intresse för personcentrerad vård är av stor betydelse. Sjuksköterskorna lyfter fram vikten av kontinuiteten i vården för att bygga en bra allians med patienten samt aktivt deltagande i mötet med patienten. Sjuksköterskorna efterfrågar mer kunskap som ytterligare kan stärka sjuksköterskans roll i strävan efter personcentrerad vård.

Utveckla teamarbete för vi behöver varandras kompetens, och det skulle tryggas ner runt en patient. Det skulle vara ett roligt samarbete för personalen, för jag tror att på det sättet blir ju mer helhetligt utifrån personcentrerad vård. (D7)

DISKUSSION

Metoddiskussion

I enlighet med Lindgren et al. (2020) har vi i samarbete med varandra begrundat och överlagt noga valet av metoden för utformningen av denna studie. Då studiens syfte var att undersöka hur sjuksköterskor beskriver sina erfarenheter av personcentrerad vård inom psykiatrisk öppenvård valde vi att besvara syfte med semistrukturerade intervjuer med kvalitativt ansats. För att försäkra oss studiens kvalitet utifrån vetenskapliga krav begrundades och diskuterades resultatet utifrån vedertagna metodologiska begrepp som reliabilitet, validitet, överförbarhet och generaliserbarhet.

Validitet handlar om att på nära håll undersöka det som avses ska undersökas genom att svara på studiens syfte. Validitet i studien är direkt kopplad till urvalet, datainsamlings- och analysmetod och hur dessa kongruerar med syftet (Lindgren et al., 2020).

I denna studie var syfte att undersöka sjuksköterskans erfarenheter inom ett specifikt ämne vilket enligt Lindgren et al. (2020) ökar studiens validitet när exempel från intervjuerna i form av citat får förstärka resultatet. Under planeringen av intervjuguiden hade vi ett önskemål om ett visst antal deltagare som ansågs behövas för att svara på syfte. Då vi endast önskade intervjua sjuksköterskor på en öppenvårdsmottagning gjorde vi ett strategiskt urval som är en fördel i kvalitativa studier (Polit & Beck, 2021). Vi kom fram till att åtta till tio sjuksköterskor skulle kunna vara acceptabelt antal deltagare för att ge oss tillräckligt med information som skulle kunna besvara vår forskningsfråga. För att öka variationen bland deltagarna önskade vi oss en jämn fördelning mellan könen som möjligt bjöd vi in två män som tackade ja till studien vilket slutligen resulterade i 11 deltagare.

Intervjuguiden testades en gång innan intervjuerna påbörjades utifrån flera frågeställningar. En av frågeställning var att ta reda på en ungefärlig tid för en intervju då ingen av oss författarna hade erfarenhet utifrån detta område. Den andra frågeställningen var att ta reda på hur frågorna upplevdes, hur bekväma och förståeliga skulle kunna vara för deltagarna vilket anses vara en styrka enligt Lindgren et al. (2020). Samtliga frågor arbetades fram tillsammans. Under planeringar av frågeguiden bestämde vi att ha ett fåtal frågor för att lättare kunna ställa följdfrågor som kunde framkomma under intervjun.

Under planeringen beslutades att intervjuerna skulle transkriberas av samma person som genomfört intervjun för lättare avidentifiering. Transkriberingen gjordes även i närtid efter intervjun för att minska risken för bias då det är lättare att minnas eventuella små detaljer som skedde under intervjuerna. Vi gick sedan igenom texterna både enskild och tillsammans för att få bådas nyanser på resultaten, en helhetsbild av materialet samt även minska risken för missförstånd och bias samt ge en ökad pålitlighet till resultatet.

Att genomföra studien i form av semistrukturerade intervjuer är en fördel då alla deltagare fick besvara samma frågor. För att tolka intervjumaterialet så korrekt som möjligt, vilket har varit en av de största utmaningar för oss under analysprocessen har vi tagit fasta på varandras synpunkter i stävan efter konsensus. Vi har dessutom tagit del av synpunkter och råd av våra handledare och våra studiekamrater under handledningstillfällena. Utifrån denna aspekt hoppas vi att validitet i vår studie är uppnådd och att intervjufrågorna har svarat på syfte.

Reliabilitet innebär att studiens innehåll är korrekt och sant (Polit & Beck, 2021). För att hålla oss inom ramen för reliabilitet hade vi studiens syfte som ett riktmärke där deltagarnas subjektiva erfarenheter har legat till grund för undersökningen. Under intervjuernas tillfälle har vi återkopplat till frågorna genom att stämma av med deltagarna om svaren är korrekt tolkade. I bearbetningsfasen i avseende till reliabiliteten lästes, analyserades, diskuterades och sammanställdes intervjumaterialet ingående tillsammans av författarna. Således har vi försökt säkerställa att vi har tolkat och uppfattat det inspelade materialet på ett korrekt sätt. Viktigt att nämna att tolkningen av inspelad material var en svår process då vi tolkade våra arbetskollers berättelse. Bearbetning av intervjumaterialet krävde en balansgång där vi strävade hela tiden efter att presentera dessa uttalande så korrekt som möjligt dock risken finns att personliga intressen och vänskapsband har påverkar bedömningen. Genom att vara noggranna i presentationen av materialet samt tillvägagångssätt hoppas vi ha minimerat den bias som kan förekomma.

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2017) något som förenklar överförbarhet till andra sociokulturella situationer är om resultatet av studien har tagit fram en teoretisk uppfattning som kan vara användbar eller relevant inom andra områden.

Vad gäller överförbarhet har vi under hela studiens gång varit transparenta med vårt förfarande för att ge de bästa förutsättningar för reproducering denna studie. Vi har valt att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter inom ett specifikt ämne som kan dock kan ändras

över tid och som i sin tur medför att resultatet kan komma att ändras om studien skulle reproduceras på nytt. En annan viktig aspekt att ta i beaktning är att deltagarna under intervjuernas gång har utvecklat sina kunskaper gällande det specifika ämnet vilket också skulle påverka resultaten om studien skulle göras på nytt inom samma verksamhet. I med att studien undersökte sjukvårdens erfarenheter inom personcentrerad vård som är ett brett begrepp skulle likandande studie eventuellt kunna överföras i andra kliniska sammanhang inom hälso-sjukvården men det skulle kräva mer forskning.

Generaliserbarhet är svår att diskuteras utifrån kvalitativ studie då denna studie är begränsad i sitt omfång. För att generaliserbarhet ska kunna diskuteras krävs mycket större antal deltagare.

Enligt Kjellström (2015) är det viktigt att reflektera över nytta och värdet i forskningsstudien. I humanforskning ska studien vara till nytta för den enskilde individen, professionen och allmänheten (Kjellström, 2015). Styrkan och nyttan med denna studie går i linje med varandra då studien är inriktad på kunskapsspridning i syfte till att förbättra vården genom att komma till gagn för den enskilda individen samt även den egna professionen. En intervjustudie inkluderar oftast en intimare relation och interaktion till deltagarna som kan komma påverka resultatet (Kjellström, 2015). Intervjustudierna kan ibland innebära att deltagarna anpassar sina svar till det de tror forskaren vill höra eller i annat fall kan deltagarna välja att inte dela mycket information om de inte litar till intervjuaren vilket är viktigt att ha i åtanke (Kjellström, 2015; Polit & Beck, 2021). Utifrån en sådan aspekt och med vetskap om att studien genomfördes inom vår verksamhet med egna arbetskamrater kan detta ha påverkat studiens resultat negativt. En annan aspekt viktig att ha i åtanke är författarnas egen förförståelse för ämnet eller fenomen som undersöks genom intervjun (Kjellström, 2015). Förförståelse för ämnet infattar författarnas egna omtolkningar som kan missfärga och påverka tolkningen av datamaterialet till negativt. Styrkan i denna studie är att det finns en förförståelse och stora intresse för ämnet hos författarna. Om denna studie skulle realiseras i praktiken som en viktig del i vidareutvecklingen av verksamhet där studien har genomförts kommer detta att bidra till kunskap och nytta både för patienterna och för vårdpersonal, vilket är ytterligare en styrka. Att använda sig av intervjuerna som en forskningsmetod har sina för- och nackdelar eftersom den kräver erfarenhet och kan jämföras med hantverk som förbättras och förfinas med

erfarenheter (Granheim et al. (2017). Utifrån en sådan aspekt finns det naturligtvis svagheter i denna studie.

En av svagheterna är att författarna i denna studie är två oerfarna studenter på magisternivå utan tidigare erfarenheter av intervjustudie, vilket kan ha påverkat datainsamlingen och dataanalysen.

En annan svaghet i studien är att författarna känner deltagarna vilket enligt Kjellström (2015) och Polit och Beck (2021) kan vara en svaghet i en studie. För att minimera riskerna för obehag vid intervjuerna gjordes en noga planeringen innehållande uppdelningen av intervjuerna mellan författarna. Deltagarna som arbetar tillsammans med den ena av författaren blev intervjuad av den andra och vice versa för att försöka tillföra trygghet vilket är viktigt i sådana sammanhang. Detta även bekräftas av Polit och Beck (2021) som menar att det är viktigt att intervjun görs under bekväma former. Trots detta är det viktigt att ha i åtanke att även om forskaren hade för avsikt att vara neutral, är det oundvikligt att forskaren och deltagaren influerar varandra. Avslutningsvis är viktigt att nämna att i dataanalysen finns alltid forskarens värderingar närvarande men att skapa en objektiv forskning utan forskarens värderingar är omöjligt (Kjellström, 2015; Polit & Beck, 2021; SBU, 2017).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor beskriver sina erfarenheter av personcentrerad vård inom psykiatrisk öppenvård. I resultatet framkom fyra subkategorier som beskriver sjuksköterskornas tolkningar av begreppet, deras utmaningar i det kliniska arbetet följt av möjligheter och önskemål inför den framtida implementeringen av personcentrerad vård. En huvudkategori identifierades vilket innefattade all den insamlade datan från intervjuerna. Huvudkategorin som framkom var *Personcentrerade vård-möjligheter och utmaningar*.

Som sjuksköterska inom psykiatrisk vård är det av stor betydelse att anamma ett arbetssätt som innebär god omvårdnad. För sjuksköterskans del innebär det att införskaffa sig en helhetsbild av personen som sjuksköterskan möter med fokus på att främja hälsa och lindra lidandet. Många gånger tycks det lättare sagt än gjort, vilket kan förklaras genom omvårdnadens komplexitet. Psykiatrisk omvårdnad består av många delar som ska tas i

beaktning och uppfyllas innan vi kan säga att omvårdnadsperspektivet med fokus på personcentrerad vård är uppfyllt. I det följande diskuteras det resultat som framkommit i analysen av intervjuerna.

I intervjustudien var vi nyfikna på sjuksköterskornas tolkning av och förståelse för begreppet personcentrerad vård. Olika aspekter av personcentrerad vård beskrevs under intervjuerna. Beskrivningar som patienten i fokus, delaktighet, kommunikation var mest framträdande. Samtliga svar hamnade inom ramen för begreppet som stämmer överens med GPCC (2018) beskrivning där *patientberättelse*, *partnerskap* samt *dokumentation* som mest centrala begrepp finns beskrivna. Sjuksköterskornas tolkning av personcentrerad vård bekräftas även i studien av Ross, Todd och Clark (2015) dock viktigt att uppmärksamma på skillnader mellan tolkningen och användningen då dess användning varierar i olika vårdkontext. I samma studie framkommer också andra viktiga delar såsom relationsbyggandet, personliga egenskaper hos vårdpersonalen och respekt för principerna för personcentrerad vård. Alla delar sågs som viktiga för att säkerställa en god och högkvalitativ personcentrerad vård som trots betydelsen för vården inte alltid uppnås (Ross et al. 2015). När det gäller användningen ger inte föreliggande studie svar på hur det ter sig i vårdverksamheten. Fokus ligger i stället på hur det berättas om personcentrerad vård.

Kraven på patienters självbestämmande rätt är noga definierad och lagstyrd och innefattar respekt för den enskilda individen och dennes integritet (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], SFS 2017:30, 2 kap, a §; PL, SFS 2014:821, 4 kap. 1 §). Patientens självbestämmande rätt inkluderar rätten till information och inflytande i sin egen vård samt möjlighet att vara delaktig i sin vård (Socialstyrelsen, 2015). Men är delaktighet lätt att uppnå och hur säkerställer vi att patient blir delaktig? Sjuksköterskorna i studien belyste vikten av att få patienten delaktig och vissa av dem ansåg att de inte kunde arbeta om patienten inte var delaktig. Varken delaktighet eller personcentrerad vård är lätt att uppnå utan god kommunikation och samarbete mellan patienten och vårdpersonal. Dessa faktorer anses vara en av bidragande orsakerna till att implementeringen av personcentrerad vård i vårdkontext ske fortfarande sker långsamt (Socialstyrelsen, 2016; SKR, 2018). Att kunna mötas i ett mellanmänniskt möte där patient synliggörs i sin helhet och inkluderas i vård och behandling är utgångspunkten för delaktigheten. Detta bekräftas även av Del Río-Lanza, Suárez-Álvarez, Suárez-Vázquez och Vázquez-Casielles (2016) som belyser betydelsen av vårdpersonalens

kommunikationsförmåga. Att inneha en god förmåga att kommunicera påverkar direkt patientens möjligheter till delaktighet som i sin tur leder till personcentrerad vård (Del Río-Lanza et al., 2016). En av sjuksköterskorna i studien gav ett exempel på att delaktighet kan värderas utifrån olika mått. Sjuksköterskan gav ett exempel på ett patientfall där patienten inte var motiverad till vården från början men ändå valde att komma på regelbundna möten. Utifrån sjuksköterskans tolkning visade patient på sitt sätt att den ändå ville vara delaktig, vilket sjuksköterskan kunde uppmärksamma och bekräfta.

Vidare i resultatet framkommer det att några sjuksköterskor upplevde att vissa patienter inte var intresserade av aktivt deltagande i vården utan i stället var mer inriktade på att vården ska komma med lösningar på deras problem. Socialstyrelsen (2015) poängterar vikten av patient delaktighet och självbestämmande rätt i sin vård som även inkluderar patientens rätt att överlämna bestämmande rätt till hälso- och sjukvårdspersonalen. Men hur kommer det sig att vissa patienter väljer bort deltagande i sin vård och vad beror det på? Vi frågade oss om detta har med stigmatisering inom vården att göra. Kan stigmatisering ha bidragit till att dessa patienter har tappat tron över sitt eget värde likaså sina resurser och förmågor? I en studie av Clarke, Dusome och Hughes (2007) framkommer det att personer med psykiatriska diagnoser i somatisk vård möts med diskriminering och negativa attityder. För att vården ska förstå hur det är att leva med psykisk ohälsa fick patienterna ge förslag på hur vården skulle kunna förbättras där kunskap om att vårda utifrån personcentrerad vård med fokus på kommunikation och respekt var av stor betydelse. Ytterligare faktorer såsom rädsla och osäkerhet hos vårdpersonalen har bidragit till att patients resurser oftast blir oanvända, patienten hamnar i ett underläge och passivitet och oförmåga till egenvård förstärks (Kaufman, McDonell, Cristofalo & Ries, 2012). I samma studie framkommer det att vårdpersonalens bristande kunskaper om psykiatriska diagnoser skapar rädsla och osäkerhet vilket kan leda till ointresse för patienten präglad av negativa och stigmatiserade attityder. Vårdpersonalens bristande kompetens bedöms vara ett större hot mot patientsäkerheten än personalbrist (Socialstyrelsen, 2018). I samma rapport framkommer det att de flesta sjuksköterskor inom psykiatri inte har specialistutbildning och att brist på specialistutbildade sjuksköterskor kommer att fortsätta växa.

En specialistutbildad sjuksköterska inom psykiatri jobbar förebyggande både när det gäller diskriminering likaså stigmatisering. De jobbar även motiverande både när det gäller delaktighet och stärkande av patientens egen vård. En specialistutbildad sjuksköterska jobbar aktivt i utvecklandet av vården och har dessutom kunskap att möta personer med komplexa psykiatriska vårdbehov och deras närstående (Socialstyrelsen, 2018). Även i sådana fall när patienten väljer en mer passiv roll har en specialistutbildad sjuksköterska enligt Socialstyrelsen (2015) och SBU (2017b) kunskap och verktyg till att skapa en individanpassad vård. Vidare framkommer det att även om människan anses vara expert på sin hälsa är det viktigt att ha i åtanke att hen fortfarande är beroende av andras kompetenser, resurser och ibland även svåra beslut vid ohälsa. Viktigt är också att ta hänsyn till att samordna informationsflödet till personer som förvisso prefererar en mer passiv än aktiv roll i vården. I sådana fall skall patient delges lättförståelig och tydlig information för att underlätta vården för patienten samtidigt som sjuksköterskan målmedvetet ska fortsätta involvera varje patient i sin vård utifrån sina specifika förmågor (SBU, 2017b).

Resultatet i denna studie tyder på att sjuksköterskans förmåga att vara inkännande genom att anpassa sig i kommunikationen och att vara kreativ i sin förmåga att skapa ett kommunikativt spel är en viktig aspekt i personcentrerad vård. Endast genom en god kommunikation stärks patientens förmåga att aktivt delta i vården vilket även bekräftas av Kameg, Mitchell, Clochesy, Howard och Suresky (2009). I deras studie framkommer att psykiatrisjuksköterskorna för det mesta kände sig tillfredsställda och bekväma med att använda sig själva som ett verktyg i samtalet. Sjuksköterskorna upplevde att de förvaltade en god samtalsteknik och därmed oftast fann det naturligt att föra samtal med patienterna (Kameg et al. 2009). Å andra sidan när kommunikationen kantas av utmaningar följda av kommunikationsbrister där sjuksköterskan nonchalerar patientens behov till att uttrycka sig förstärks en maktobalans som anses vara ett hinder för att bedriva personcentrerad vård (Sundler, Råberus & Holmström, 2017). Mycket forskning tyder på att psykisk ohälsa hos patienterna kan leda till svårigheter att se och förstå behovet av vård och när sjuksköterskan brister i sina kunskaper vid bedömningen av patientens tillstånd kan bedömningen redan från starten riskera bli felaktig (Kameg et al., 2009; Socialstyrelsen, 2015; SBU, 2017b). Viktigt är det att sjuksköterskan är uppmärksam på maktobalanser som kan förekomma i vårdssammanhang och med sina kunskaper utifrån olika psykiatriska diagnoser,

symtomyttringen, symtomen behandlingen och omvårdnadsåtgärder synliggöra även de små steg som patienten gör.

Utifrån själva resultaten i denna studie går det att tolka att bristfällig bedömning leder till att patient upplevs och bedöms som att ej vara motiverad till vården, oansvarig, förnekande eller bagatelliserande vilket kan leda till negativa konsekvenser för vidare planering av vården. Men handlar bristfällig bedömning om bristande kunskaper hos sjuksköterskan eller kan det vara ett led i hur det talas om patienterna på just den arbetsplatsen? Eivergård, Enmarker och Hellzén (2016) visar i sin studie på hur vårdpersonalen i psykiatrisk vårdkontext använder sig av språket vid beskrivningar och bedömningar av patientens mående. Måendet beskrivs som egenskaper och beteende. Personalen använder sig av lekmannaspråk som tex "alert och glad", "fräsch", "social", "osynlig", "trevlig", "provocerande" och "kontrollerande". I samma studie framkommer det att sådan beskrivning skulle kunna tolkas utifrån dominerande sociala och kulturella strukturer och normer på en arbetsplats för att underlätta för personal att reproducera en diskursiv förståelse om hur psykiatriska patienter uppfattas. När vårdpersonalen ägnar sig åt att använda språket med omsorg och respekt och försöker att beskriva patienters egenskaper och beteende på liknande sätt som patienterna själva hade beskrivit sig, gynnar det patienten och dennes vård enligt studien i annat fall riskerar man att devalvera patienter och skapa ett hinder för god vård, särskilt om patienter karaktäriseras och presenteras i negativ bemärkelse (Eivergård et al. 2016). Detta stärks även av Tempier et al. (2010) där det också poängteras att psykiatrisk vård likaså omvårdnad behöver ta hänsyn till patienternas stora variationer i att uttrycka sin livssituation, sina specifika behov och symptombild och anpassa sig efter den.

Enligt Socialstyrelsen (2015) med hänvisning till en svensk studie bland patienter inom den psykiatriska vården framkom stora skillnader mellan förväntningar på vården och deras egen erfarenhet. Patienterna upplevde många gånger att de inte fick den hjälp de förväntat sig och att informationen var otillräcklig. Resultatet visar på brister gällande information om behandlingen, om symtom och hur man kan lära sig att känna igen sin egen sjukdom. Utifrån resultaten i föreliggande studie går det att förstå att patient är i fokus och att delaktighet anses vara en viktig del av patientens vård. Resultatet visar dessutom även på vikten av god kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan där sjuksköterskorna besitter kunskaper för att motivera och undervisa patienter. Hittills har sjuksköterskorna i

denna studie kunnat beskriva och sammanfatta personcentrerad vård i ordalag men för att vården ska uppfylla kriterier för god och säker vård krävs det noga dokumentering.

Dokumentation av individuella vårdplaner är en grundläggande del av omvårdnad och essentiell utifrån fler aspekter (Socialstyrelsen, 2014). Den säkerställer patientsäkerhet och kontinuitet i vården. Dokumentation ger dessutom en viktig information vid granskning av patientvård och vid forskning. Enligt Socialstyrelsen (2014) tyder granskningen på stora brister inom omvårdnadsdokumentation. Även Broderick och Coffey (2012) bekräftar att granskningar av omvårdnadsdokumentation visar på brister gällande vårdplaner följd av saknad av viktig information. Utifrån personcentrerad vård tyder granskningen på att de flesta omvårdnadsjournaler saknar kontinuitet och brister inom dokumentation utifrån psykosociala aspekter. I samma studie framkommer också att sjuksköterskor har benägenhet för att preferera patientvård på bekostnad av dokumentation som oftast förblir obemärkt.

Avslutningsvis menar de att bristfällig dokumentation speglar en otillräcklig god vård som samtidigt underminerar sjuksköterskans trovärdighet vilket är viktigt att poängteras (Broderick et al. 2012). Detta har väckt en nyfikenhet och undran hur kommer det sig att det är så här trots att det är lagstadgat? Det kan mycket väl handla om tidsbrist och yrkesrelaterad stress men är det motiverat att sjuksköterskan riskerar patientsäkerhet eller sin egen legitimation genom att inte dokumentera? Ansvar och skyldighet är en av hörnstenarna i sjuksköterskans kompetensbeskrivning där varje sjuksköterska ska fokusera på att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan kan inte bortse sitt ansvar eller skyldighet till att göra sitt arbete med de bästa förutsättningarna där dokumentation ingår även vid stress och tidsbrist. Det är viktigt för sjuksköterskan att skaffa sig tid för att dokumentera både för patientens och sin egen säkerhet. För att vi ska bidra till en säker och god vård för patienter likaså vår egen profession sjuksköterskorna ska jobba tillsammans och solidariskt genom att bidra med fortsatt forskning av egna professionen till våra framtida kollegor och sjuksköterskestudenter under utbildningen och under verksamhetsförlagd utbildning där ansvaret och skyldighet att dokumentera samt skriva vårdplaner tillsammans med patienter ska prioriteras även när tiden inte finns.

För att omvårdnaden ska uppfylla högre kriterier för god och säker vård behövs väl utvecklad personcentrerad vård. Specialistsjuksköterskan i psykiatrisk vård är en essentiell tillgång i den fortsatta utvecklingen av personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Kraven på omvårdnadsinsatser innehållande god hälsa och vård på lika villkor för personer med psykisk ohälsa ställer höga krav på sjuksköterskeprofessionen. Enligt resultatet i föreliggande studie tycks det dock finnas stora brister vad gäller personcentrerad vård. Resultatet i studien tyder dock på att det finns en vilja och önskan från sjuksköterskor att bedriva en omvårdnad som utgår från patienten men det efterfrågas också mer kunskap kring området.

SLUTSATSER

Det är fler slutsatser som kan dras utifrån resultatet av denna studie. För att bedriva personcentrerad vård krävs ett gemensamt ansvar. Sjuksköterskor kan inte på egen hand utöva personcentrerad vård, utan det behövs större organisatoriskt arbete. Däremot ska specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård med sin fördjupade vårdvetenskapliga kännedom kunna leda omvårdnadsarbetet utifrån det personcentrerade arbetssättet. Personcentrerad vård tillhör en av sjuksköterskans kärnkompetenser där den framtida sjukvården alltmer kommer att skapas i delaktighet med patienten. Forskning både internationell och nationellt belyser värdet och positiva effekter av personcentrerad vård. Som ett resultat av pågående forskning går det att uppfatta att sjukvården befinner sig i ett maktskifte där personcentrerad vård får ett allt större uppskattning. Det tyder även på att personcentrerade vården är inte bara är en vision, utan en möjlighet som går att uppnå som ett led i en förbättring av den psykiatriska vården i syfte till att skapa vård präglad av respekt och värdighet.

Kliniska implikationer

Denna studie är viktig då den belyser kunskapsluckor utifrån sjuksköterskorna tidigare erfarenheter samtidigt som den belyser specialistsjuksköterskans möjligheter att utveckla den personcentrerade vården. Avslutningsvis efterfrågas mer kunskap inom personcentrerad vård innefattande kommunikation, samarbete, delaktighet samt dokumentation med fokus på vårdplaner. I linje med denna studie skulle det vara intressant att utforska vidare hur patienterna upplever vården utifrån ovannämnda begrepp. En av deltagarna i studien gav följande förslag:

Delaktighet, jag kanske sa inte så mycket där men det är ett spännande område och jag vet att vi brukar lägga upp enkäter ibland här ute, då blir det en fråga till patienterna känner du dig delaktig i din vård? Där försöker man mäta en känsla, så jag skulle nog tycka att liksom frågan skulle vara rakare är du delaktig i din vård? Att känna sig delaktig kan vara viktigt men det är inte bara känsla det är också något som är ett faktum, egentligen det är konstigt för det är egentligen att uppmana patienten till att vara lite kritisk till vad man får. (D10)

Utifrån resultatet i föreliggande studie vore det i framtiden intressant att göra en granskning av journalanteckningar i syfte att undersöka hur dokumentation innehållande individuella

vårdplaner tar till vara på patienternas röster och på hur delaktighet dokumenteras. Förhoppningsvis så har resultatet av denna studie till en viss del väckt nyfikenhet hos deltagarna och bidragit med någorlunda ökad insikt av vikten av personcentrerad vård i vårdsammanhang. Vi är medvetna om att vi befinner oss i början av en fantastisk resa och vår förhoppning är att vi tillsammans kan fortsätta bidra med kunskapsspridning, engagemang och framför allt glädje inom verksamhet där studien har genomförts.

REFERENSER

- Ajibade, B. (2021). Assessing the patient's needs and planning effective care. *British Journal of Nursing*, 30(20), 1166-1171. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.12968/bjon.2021.30.20.1166>.
- Arvidsson, B., Löfgren, H. & Fridlund, B. (2001). Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision program in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 9(3),161–71. doi: 10.1046/j.1365-2834.2001.00220.x.
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(3), 79-87. Hämtad från <https://web-s-ebshost-com.till.biblextern.sh.se/ehost/pdfviewer?vid=8&sid=dd2a8e9e-240e-4f00-a42d-ba9e2bec5434%40redis>.
- Bartels, E. A., Meijboom, B. R., Venrooij, L. M. W. N. & de Vries, E. (2021) How service modularity can provide the flexibility to support person-centered care and shared decision-making. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-10. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.1186/s12913-021-07267-6>.
- Bullington, J. (2018). *Samtalskonst i vården - Samtalsträning för sjuksköterskor på fenomenologisk grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Broderick, M. C. & Coffey, A. (2012). Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing*, 8 (4), 309–318. Doi.org /10.1111/opn.12012.
- Centrum för personcentrerad vård, GPCC. (2018). *Centrum för personcentrerad vård-GPCC*. Göteborgs Universitet. Hämtad från <https://www.gu.se/gpcc>.
- Centrum för personcentrerad vård, GPCC. (2021). *GPCC:s forskningsdomäner*. Göteborgs Universitet. Hämtad från <https://www.gu.se/gpcc/gpccs-forskningsdomaner>.
- Clarke, D. E., Dusome, D. & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16 (2), 126-131, doi: 10.1111/j.1447-0349.2007. 00455.x.

De las Cuevas, C., Mundal, I., Betancort, M. & Lara-Cabrera, M-L. (2020). Assessment of shared decision-making in community mental health care: Validation of the CollaboRATE. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20, 262-270. doi: 10.1016/j.ijchp.2020.06.004.

Del Río-Lanza, A. B., Suárez-Álvarez, L., Suárez-Vázquez, A. & Vázquez-Casielles, R. (2016). Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. *SpringerPlus* 5, 1386. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3086-4>.

Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (1. uppl., s. 29–38). Lund: Studentlitteratur.

Eivergård, K., Enmarker, I. & Hellzén, O. (2016). The Talk About the Psychiatric Patient. *Issues in Mental Health Nursing*, 37 (10), 756–764. DOI: 10.1080/01612840.2016.1206153.

Eivergård, K. (2020). *Språkets makt. En studie av vårdpersonals tal om psykiatriska patienter och brukare*. (Mittuniversitetet, Fakulteten för humanvetenskap, Institutionen för omvårdnad). Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1476611/FULLTEXT04.pdf>.

Ekman, I & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1:8. uppl., s. 29–62). Lund: Studentlitteratur.

Eldh, A. C. & Winblad, U. (2018). Patientdelaktighet- dåtid, nutid och framtid. I A.C. Eldh (red.), *Delaktighet och patientmedverkan* (1:1. uppl., s.27–59). Lund Studentlitteratur.

Entwistle, V. A. & Watt, I. S. (2013). Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *The American Journal of Bioethics*, 13(8), 29–39. doi: 10.1080/15265161.2013.802060.

Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W.,... Thornicroft, G. (2016). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*, 19(2), 448–458. doi:10.1111/hex.12368.

Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

Hae, S., Kim, D. E., Bae, S., Lee, G. E., Edvardsson, D. & Yoon, J. Y. (2018). Testing Reliability and Validity of the Person -centered Climate Questionnaire-staff version in Korean for Long-term Care Facilities. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 29(1), 11-20. <https://doi-org.till.biblextern.sh.se/10.12799/jkachn.2018.29.1.11>.

Henricsson, M. & Billhult, A. (2015). Kvalitativ design. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (6. uppl., s. 129–137). Lund: Studentlitteratur.

Herlofson, J & Ekselius, L. (2016). Introduktion till boken. I J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (red.), *Psykiatrin* (2:5. uppl., s. 21–27). Lund: Studentlitteratur.

Horgan, A., O Donovan, M., Manning, F., Doody, R., Savage, E., ... Dorrity, C. (2020). 'Meet Me Where I Am': Mental health service users' perspectives on the desirable qualities of a mental health nurse: Original article. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 136-147. doi: 10.1111/inm.12768.

Huang, C., Plummer, V., Lam, L. & Cross, W. (2020). Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27, 103– 127. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12558>.

International Council of Nurses (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>.

Jangland, E. & Muntlin, Å. (2020). Fundamentals of Care-ramverkets dimensioner med fokus på vårdrelationen. I Å. Muntlin & E. Jangland (red.). *Fundamentals of Care- Klinisk tillämpning av ett teoretiskt ramverk för omvårdnad* (1. uppl., s. 39–48). Lund: Studentlitteratur.

- Kameg, K., Mitchell, A. M., Clochesy, J., Howard, V. M. & Suresky, J. (2009). Communication and human patient simulation in psychiatric nursing. *Issues Ment Health Nurs.* 30(8), 503-8. doi: 10.1080/01612840802601366. PMID: 19591024.
- Kaufman, E. A., McDonell, M. G., Cristofalo, M. A. & Ries, R. K. (2012). Exploring Barriers to Primary Care For Patients with Severe Mental Illness: Frontline Patient and Provider Accounts. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 172–180. doi: 10.3109/01612840.2011.638415.
- Kjellström, S. (2015). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (6. uppl., s. 69–95). Lund: Studentlitteratur.
- McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McCance, T., Slater, P. & McCormac, B. (2009). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*, (18), 409–417. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02466.x
- Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T. & Ringdal, M. (2018). Registered nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 612-621. doi: 10.1111/scs.12486.
- Persson, C. & Sundin, K. (2015). Fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod-ett dialektiskt förhållningsätt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (6. uppl., s. 373–388). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ross, H., Tod, A. M. & Clarke, A. (2015). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9–10), 1223–33. DOI: 10.1111/jocn.12662

Ryan, R., Garlick, R. & Happell, B. (2006) Exploring the role of the mental health nurse in community mental health care for the aged. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 91–105. doi:10.1080/01612840500312902.

Santamäki Fischer, R. (2010). Att samla in och använda livsberättelser- teorier och metoder. I D. Edvardsson (red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (1. uppl., s. 39–49). Lund: Studentlitteratur.

SFR 2014: 821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--ochsjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460.

Sjögren, K. (2013). *Personcentrerad vård i särskilda boenden för äldre*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet). Hämtad från <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:644045/FULLTEXT01.pdf>

Sundler, A. J., Råberus, A. & Holmström, I. K. (2017). *Mänskliga rättigheter och rätten till hälsa. En analys av anmälningar till patientnämnderna i Västra Götaland*. Västra Götalandsregionen, Kommittén för mänskliga rättigheter. Hämtad från https://plus.rjl.se/info_files/infosida34857/B5_Manskliga_rattigheter_inom_halso_och_sjukvarden.pdf.

Socialstyrelsen. (2014). *Senaste version av SOSFS 2014:5 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentationen i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20145-om-dokumentation-i-verksamhet-som-bedrivs-med-stod-av-sol-lvu-lvm-och-lss/>.

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf>.

Socialstyrelsen. (2016). *En mer tillgänglig och patientcentrerad vård. Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner – delrapport*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-22.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Omvårdnad och God vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/download/18.5c16b8c4176843245032c40c/1609769547454/Omv%C3%A5rdnad%20och%20god%20v%C3%A5rd.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062321b9/1584103943244/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20psykiatrisk%20v%C3%A5rd%202014.pdf>.

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062314be/1584005152878/v%C3%A4rdegrund%20f%C3%B6r%20omv%C3%A5rdnad%20reviderad%202016.pdf>.

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>.

Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund (2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund, Hämtad från https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/personcentrerad-vard-2019_digital.pdf

Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Psykiatrisk Vård*. Hämtad från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/psykiskhalsa/psykiatriskvard.795.htm>
1

Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *Personcentrerad vård i Sverige*. Hämtad från <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-631-5.pdf>.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2017b). *Patientdelaktighet i hälso-och sjukvården - En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet*. (SBU-rapport, nr 260). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hämtad från https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2017). *Värderingar och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. Stockholm: Statens beredning för medicins och social utvärdering. Hämtad från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf.

Sörensen Elgaard, E. (2012). Teorin om interaktionell omvårdnadspraktik som referensram i en undersökning av sjukhusanställda sjuksköterskors ledningspraktik. I B. Bidstrup Jörgensen & V. Östergaard Steinfeldt (red.), *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling* (1. uppl., s. 137–157). Stockholm: Liber.

Tempier, R., Hepp, S. L., Duncan, C. R., Rohr, B., Hachey, K. & Mosier, K. (2010). Patient-Centered Care in Affective, Non-Affective, and Schizoaffective Groups: Patients' Opinions and Attitudes. *Community Ment Health J*, 46, 452–460. doi.org/10.1007/s10597-010-9316-2.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från

https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf.

BILAGOR

Bilaga 1; Informationsbrev



Till verksamhetschefen vid Psykiatri- och beroendemottagning i Norrtälje

Förfrågan angående genomförande av studie.

Vi, Amila Jusufovic och Marie Thölin studerar på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot psykiatri vid Röda Korsets Högskola i Stockholm.

I utbildningen ingår ett examensarbete inom huvudämnet Omvårdnad i form av en uppsats om 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Personcentrerad vård-kärnkompetens som grund för utveckling inom psykiatrisk öppenvård.

Studiens övergripande forskningsfråga är: Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskornas erfarenheter av personcentrerad vård inom psykiatrisk öppenvård.

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av: Syfte med studien kommer att besvaras genom kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer.

(Vg se bifogad projektplan.)

Tidsplan: Datainsamlingen planeras starta i början av februari och vara avslutad sista mars.

Vår handledare är Kristina Eivegård.

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktade patienter alternativt personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen (Vg se bifogad deltagarinformation/förfrågan). I görligaste mån kommer uppgifter från de undersökta medarbetarna/patienterna att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas konfidentiellt. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter och efter avlagd examination publiceras i DIVA.

Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen

vid..... inom verksamhet/enhet/avdelning.....

Inom Funktionsområde/klinik..... datum och plats.....

Tillstånd att genomföra datainsamling gives av verksamhetschef.....

Vid..... Den.....

Röda Korsets Högskola
Hälsovägen 11,
141 57 Huddinge

Tel. 08 58751600

Bilaga II; Deltagarinformation



Deltagarinformation

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot psykiatriomvårdnad vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en undersökning inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Personcentrerad vård-kärnkompetens som grund för utveckling inom psykiatrisk Öppenvård

Området vi önskar studera är: Personcentrerad vård

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en intervju angående: Hur du använder dig av personcentrerad vård inom psykiatrisk öppenvård

Intervjun tar ca 45–60 minuter att genomföra
Det som framkommer vid intervjun/enkäten/observationen kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagare kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att på något sätt påverka dig.

Resultaten i denna undersökning kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till en förbättrad och ökad förståelse om hur detta kan realiseras i praktiken som en viktig del i vidareutvecklingen av verksamheten.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Stockholm

Studentens namn: Amila Jusufovic Studentens namn: Marie Thölin
E-post: amilia.jusufovic@tiohundra.se E-post: marie.tholin@tiohundra.se

Handledare: Kristina Eivegård

E-post: kristina.eivergard@esh.se

Röda Korsets Högskola

Box 55 676

102 15 Stockholm

Tel. 08 58751600

Bilaga III; Intervjuguide

1. Hur skulle du definiera begreppet personcentrerad vård?
2. Kan du beskriva hur du arbetar personcentrerat?
3. Vad anser du kan vara svårast i att arbeta personcentrerat?
4. Hur tänker du kring delaktighet?
5. Vad anser du kan vara svårast i att göra patienten delaktig i sin vård?
6. För att kunna bedriva personcentrerad vård i större utsträckning vad kan krävas av dig som sjuksköterska?
7. Har du funderat på något mer som du vill ta upp, som inte kom upp under samtalet

