

Flykten från slutenvården

Orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom sluten psykiatrisk vård slutar

FÖRFATTARE	Maria Rodriguez Paula Jonasson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet 60 högskolepoäng Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot psykiatrisk vård OMV5380
	VT 2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ann-Sofie Magnusson
EXAMINATOR	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Flykten från slutenvården. Orsaker till varför specialist-sjuksköterskor inom sluten psykiatrisk vård slutar.
Titel (engelsk):	The escape from inpatient units. Reasons why specialist nurses in mental health inpatient setting resign.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program//kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Psykiatrisk vård Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot psykiatrisk vård, OM5380
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	27 sidor
Författare:	Maria Rodriguez och Paula Jonasson
Handledare:	Ann-Sofie Magnusson
Examinator:	Ingalill Koinberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Det är en brist på specialistsjuksköterskor inom sluten psykiatrisk vård. Det är därför viktigt för arbetsgivaren att få kännedom om vad som motiverar specialistsjuksköterskan att stanna inom psykiatrisk slutenvård och vad som får henne eller honom att söka sig från slutenvården.

Syfte: Syftet med denna studie är att undersöka specialistsjuksköterskors inom psykiatrisk vård och vårdenhetschefers uppfattningar om möjliga orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom sluten psykiatrisk vård slutar.

Metod: Studien är genomförd med kvalitativ metod och fokusgruppsmetoden valdes. En grupp bestod av fyra sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk vård. Den andra gruppen bestod av två vårdenhetschefer. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Herzbergs tvåfaktorteori användes som teoretisk referensram genom hela arbetet.

Resultat: Resultaten i studien visar att arbetsmiljö och professionell utveckling är möjliga orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom sluten psykiatrisk vård slutar.

Slutsats: Viktiga förbättringsområden som har påvisats för att rekrytera och behålla specialistsjuksköterskor inom slutenvården är att utforma specialuppdrag och en tydlig roll för specialistsjuksköterskan. Tid måste ges till specialistsjuksköterskan för att hinna utföra dessa uppdrag och uppdragen ska kopplas till lönetillägg. Viktigt är också att erbjuda utbildning och kompetensutveckling.

Nyckelord: specialistsjuksköterska, psykiatrisk slutenvård, fokusgruppsmetod, kvalitativ innehållsanalys, Herzbergs tvåfaktorteori.

ABSTRACT

Background: There is a shortage of specialized nurses in inpatient psychiatric care. It is therefore important that employers become aware of what motivates a specialized nurse to want to continue working in inpatient psychiatric care and what drives him/her away from it.

Purpose: The aim of this study is to investigate specialist psychiatric nurses and department heads estimations of the possible causes as to why specialized nurses who work in inpatient psychiatric care decide to resign.

Method: The study was conducted using qualitative method and a focal group method was chosen. One group consisted of four nurses with a specialized background in psychiatric care. The second group consisted of two department heads. The interviews were recorded, transcribed and analyzed according to a qualitative content analysis. The Herzberg's two-factor theory was used as a theory throughout the study.

Results: The results of the study show that working environment and professional job development are possible causes as to why specialized nurses who work with inpatient care decide to resign.

Conclusion: Important improvement factors that have shown to recruit and retain specialized nurses in inpatient care are to create special assignments and clear roles for them. Time must be given to the specialized nurse in order for him/her to carry out their tasks. These assignments should also be in connection with their allowances. It is also important to provide continual training and skill development.

Keywords: specialist psychiatric nurse, inpatient psychiatric care, focus group method, qualitative content analysis, Herzberg's two-factor theory.

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Psykisk ohälsa	1
Öppen och sluten psykiatrisk vård	2
Kompetens	2
Kärnkompetenser	3
Specialistsjuksköterskans kompetens och roll i psykiatrisk vård och omvårdnad	3
Teoretisk referensram	5
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	7
FOKUSGRUPP	8
URVAL	8
DATAINSAMLING	8
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
Samhälletiska konsekvenser	10
RESULTAT	11
ARBETSMILJÖ	11
Anställningsvillkor	11
Arbetsbelastning	12
Ledarskap	12
PROFESSIONELL UTVECKLING	12
Avancerade arbetsuppgifter	12
Erkännande	13
Kompetensutveckling	14
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	16
SLUTSATS	16
ARBETSFÖRDELNING MELLAN FÖRFATTARNA	20
REFERENSER	21

Bilagor

Bilaga 1 Forskningspersonsinformation

Bilaga 2 Inbjudan

INTRODUKTION

INLEDNING

Vår uppfattning är att specialistsjuksköterskor inom slutenvården söker sig till öppenvården eller annan verksamhet vilket medför att kompetensen inom slutenvården minskar. Det finns ingen tillgänglig statistik över hur sjuksköterskor byter arbetsplats, däremot har vi funnit statistik över andelen specialistsjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk slutenvård. Ett utdrag från Sahlgrenska universitetssjukhusets personalsystem visar att endast 16 procent av sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård har specialistutbildning medan hälften av sjuksköterskor inom psykiatrisk öppenvård är specialistutbildade (Heroma, 2015).

Andelen specialistsjuksköterskor har dock minskat trots att vården blivit mer specialiserad. I Sverige hade 65 procent av sjuksköterskorna specialistutbildning år 1995 och cirka 20 år senare hade andelen minskat till 47 procent (Svensk sjuksköterskeförening, 2014a). De patienter som vårdas idag inom psykiatrisk slutenvård är ofta svårt sjuka och i ett akut skede. Därför är det extra viktigt att det finns sjuksköterskor med specialistkompetens för att kunna ge god omvårdnad.

Tillgången på specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk omvårdnad är inte tillräcklig för att möta den ökade efterfrågan. Även inom andra specialiteter är det brist på specialistsjuksköterskor men bristen är störst inom psykiatrisk vård (Socialstyrelsen, 2014). Socialstyrelsen (2013) anser att huvudmännen bland annat ska arbeta för att öka tillgången till specialistsjuksköterskor inom psykiatrin för att därigenom förbättra den psykiatriska vården.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa

Sveriges kommun och landsting, SKL, beskriver att psykisk hälsa är mer än frånvaron av psykisk ohälsa. Det handlar bland annat om att människor upplever sin tillvaro meningsfull, att de kan använda sina resurser, vara delaktiga i samhället och uppleva att de har förmåga att hantera livets normala motgångar (Sveriges kommun och landsting, SKL, 2012).

Definitionen av psykisk ohälsa varierar i olika studier. Begreppet psykisk ohälsa är brett och det går att betrakta psykisk ohälsa från flera olika perspektiv. Enligt folkhälsomyndigheten involverar begreppet psykisk hälsa hälsorelaterad livskvalitet där upplevt välbefinnande, symtom och funktion i dagliga aktiviteter ingår (Folkhälsomyndigheten, 2015).

Enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL 2012) förslag på definition av psykisk ohälsa används begreppet som en övergripande term för både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Psykiska besvär innefattar symtom som ångest, oro, sömnbesvär och nedstämdhet. Dessa besvär är inte så pass allvarliga att de diagnostiseras utan kan vara normala reaktioner på svåra livssituationer. Psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning är tillstånd som anses vara så allvarliga att de tillskrivs en diagnos (SKL 2012).

Exempel på psykiska sjukdomar som tillskrivs en diagnos är schizofreni, olika personlighetsstörningar, utvecklingsstörning, autism, substansrelaterade störningar, bipolaritet

och olika nivåer av depression. När en person har en psykisk sjukdom innebär det en psykologisk och/eller beteendemässig förändring som innebär att vederbörande har plågsamma symtom och/eller fungerar sämre socialt. Sjukdomarna kan ha varierande längd och förlopp. Det finns välfungerande behandlingsmetoder för de flesta psykiatriska sjukdomar (Herlofson, Ekselius, Lundh, Lundin, Mårtensson & Åsberg 2010).

Öppen och sluten psykiatrisk vård

Socialstyrelsens (2012) definition på sluten vård är: ”Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård. Sluten vård bedrivs dygnet runt och kräver inskrivning.”

Olika huvudmän har hanterat förhållandet mellan öppenvård och slutenvård på olika sätt (Ericsson, Persson & Svensson 1989):

- Öppenvården har fått ett större inflytande över slutenvården.
- Samarbete mellan öppenvård och slutenvård genom till exempel att personal roterar mellan verksamheterna.
- Slutenvårdsplatser flyttas ut till öppenvården.
- Öppenvård och slutenvård fungerar helt oberoende av varandra.

Socialstyrelsen (2013) visade i en utvärdering att trots färre vårdplatser så har antalet vårdade patienter ökat inom psykiatrisk slutenvård. Detta beror på att vårdtiderna har förkortats. Enligt utvärderingen är mötet mellan patient och vårdare kärnan inom sjukvården. Socialstyrelsen anser det därför anmärkningsvärt att endast 57 procent av patienter inom psykiatrisk slutenvård tycker att de har fått ett gott bemötande. Denna siffra är lägre inom psykiatrisk slutenvård än inom övrig hälso- och sjukvård. Psykiatrisk slutenvård fick även de lägsta resultaten på frågorna som gällde om patienten fick tillräcklig information om sitt tillstånd samt om de upplevde sig delaktiga i planeringen och genomförandet av sin vård och behandling.

Kompetens

Med begreppet kompetens menas individens handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller arbete. Eneroth (1997) menar att det är tre dimensioner som ligger till grund för förutsättningar för utveckling av kompetens i organisationer. De tre dimensionerna är kunskap, motivation och förmåga att tillämpa kunskap och färdigheter. Kompetens handlar bland annat om att ha färdigheter, kunskaper, erfarenheter, kontakter och värderingar som uppfattas som relevanta. Vidare talar man om samordningsförmåga, förutsättningar att utöva ledarskap samt att kunna handleda personer. Kompetens kan alltså ses som följden av lärande (a.a.).

Socialstyrelsen (2005) beskriver begreppet kompetens som förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter. Med förmåga avses erfarenhet, förståelse och omdöme att omsätta kunskap och färdigheter. Med vilja avses attityd, engagemang, mod och ansvar. Med kunskap avses fakta och metoder – att veta. Med färdigheter avses kunna utföra i praktiken – att göra (a.a.).

Kompetens kan alltså avse generella förmågor, när det gäller sjuksköterskans kompetens handlar det mer om specifik kompetens gällande omvårdnad av patienter.

Kärnkompetenser

Det finns sex kärnkompetensområden som Svensk sjuksköterskeförening anger som strategi för utbildningsfrågor. Under utbildningen till sjuksköterska är det väsentligt att studera dessa kärnkompetensområden. De sex kärnkompetensområdena som internationellt betecknas som kompetenskategorierna innefattar patientcentrerad vård (patient-centered care), samverkan i team (teamwork, collaboration), evidensbaserad vård (evidence-based practice), förbättringskunskap för kvalitetsutveckling (quality improvement), säker vård (safety) och informatik (informatics) (Furåker & Nilsson, 2013).

Internationell forskning visar att det finns ett direkt samband mellan sjuksköterskans kompetens och patienters möjligheter till överlevnad, färre symtom och ökat välbefinnande (Aiken, Sloane, Bruyneel et al, 2014). Hög kompetens hos sjuksköterskan kan vara en väg till personcentrerad vård, vilken är en av sjuksköterskans kärnkompetenser.

Meretoja et al. (2004) undersökte i en studie sjuksköterskans uppfattning om sin kompetens. Meretoja (a.a.) framförde att arbetsmiljön borde struktureras så att utbildningsmöjligheter finns. Enligt Meretoja (a.a.) och Pelletier et al. (2003) ökade vårdkvaliteten genom kompetensutveckling. Pelletier (a.a.) uttryckte vidare att sjuksköterskan blev mer intressant som arbetstagar och även kunde bli en mer attraktiv arbetssökande på arbetsmarknaden utanför den egentliga hälso- och sjukvården.

Josefsson et al. (2006), Rambur et al. (2005) och Spence et al. (2004) kom oberoende av varandra fram till att kompetensutveckling hade stor betydelse för sjuksköterskans tillfredsställelse på arbetsplatsen. Personalsatsning i form av kompetensutveckling ledde till nöjdare medarbetare och därigenom minskad personalomsättning. Josefsson et al. (2006) preciserade i sin forskning att inte enbart personalomsättningen sjönk till följd av kompetensutveckling utan att sjuksköterskan även stannade längre inom yrket om det fanns en satsning på kompetensutveckling på arbetsplatsen.

I enlighet med kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskans arbete präglas av och vara grundat på vetenskaplig och beprövad erfarenhet. Arbetet ska även utföras i enlighet med författningar och riktlinjer (Socialstyrelsen, 2005).

Specialistsjuksköterskans kompetens och roll i psykiatrisk vård och omvårdnad

Specialistsjuksköterskans kompetens innefattar fördjupade kunskaper inom ovan nämnda områden. För specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård läggs utöver detta också större vikt vid att inneha ett etiskt förhållningssätt förutom de fördjupade kunskaperna inom psykiatri och psykiatrisk omvårdnad. Specialistsjuksköterskan har ett utökat ledningsansvar och undervisar och handleder utifrån en reflekterande hållning. Specialistsjuksköterskan har god förmåga till att initiera förbättrings- och kvalitetsarbeten och har god förmåga att i mötet och i samråd med den psykiatriska patienten utforma den individuella vården (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Vårdvetenskap är specialistsjuksköterskans kunskapsområde. Med omvårdnadsansvar och kännedom om den enskilda patientens särskilda behov blir specialistsjuksköterskans kompetens unik i sitt slag. För att specialistsjuksköterskans kompetens ska bli tydlig behöver sjuksköterskan själv se värdet av kunskapen och tillämpa den. Den ur vårdvetenskapligt perspektiv unika förståelsen för patientens behov ska specialistsjuksköterskan kunna förmedla

till andra yrkesgrupper, vara medveten om och kunna kommunicera (Wiklund Gustin, Rydenlund, & Kulzer, 2010).

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2014a) bidrar specialistkompetens till helhetssyn, kontinuitet, fördjupad kunskap och patientsäkerhet.

I Högskoleverkets rapport (2010) framkommer att arbetsuppgifter mellan grund- och specialistutbildade sjuksköterskor inte skiljer sig nämnvärt inom kliniskt arbete. Detta gör att många specialistutbildade väljer en tjänst med till exempel bättre arbetstider eller högre lön. Högskoleverket anser att det är viktigt att särskilja arbetsuppgifterna för att motivera sjuksköterskor att vidareutbilda sig och stanna i det patientnära arbetet.

Även Svensk sjuksköterskeförening (2014b) anser att kompetens och säker vård går hand i hand. De anser det viktigt att arbetsgivaren utarbetar system som tillvaratar variationer i kompetens. En sjuksköterska med endast grundutbildning ska inte ha samma arbetsuppgifter och ansvar som en specialistutbildad sjuksköterska.

En specialistsjuksköterska inom psykiatri kan:

- Leda, planera och genomföra psykiatrisk omvårdnad i partnerskap med personer med psykisk ohälsa/hälsa och deras närstående.
- I partnerskap planera det hälsofrämjande arbetet för att minska risken för återinsjuknande.
- Vara kontaktperson för personer med psykisk ohälsa/hälsa för snabb kontakt med specialisterna i teamet (Svensk sjuksköterskeförening, 2014a).

Olika studier visar att det finns behov av psykiatrisjuksköterskans profession. Clarke (2006) menar att när det gäller till exempel läkarens medicinordination så föredrar patienter att höra det mer konkret förklarat från psykiatrisjuksköterskan och att det kändes bättre att ställa viktiga frågor gällande medicineringen till psykiatrisjuksköterskan än till läkaren. Patienter ville att psykiatrisjuksköterskan skulle känna igen och förutse deras behov av omvårdnad, även om de var oförmögna att uttrycka sig muntligen.

I Wortans, Happel & Johnstone (2006) och Lauder, Reynolds, Smith & Sharkley (2002) studier framgår att patienterna uppskattade psykiatrisjuksköterskan främst för att hon visade en större delaktighet och tillgänglighet än en psykiatriker som inte hade lika mycket tid. De tar också upp betydelsen av att delaktighet från psykiatrisjuksköterskan gav en känsla av att ha kontroll även under en svårare period. Psykiatrisjuksköterskan skapade en känsla av säkerhet vilket förbättrade patientens välbefinnande.

Goda möten och trygga relationer mellan patient och vårdpersonal är kärnan i all sjukvård och spelar en särskilt stor roll inom psykiatri (Ottosson, 2007).

Att lyssna när personen berättar om sin livssituation och sina symtom och hur detta påverkar vardagen, att empatiskt försöka förstå fakta och känslor, uppfattningar, attityder, resurser och behov blir nyckeln i datainsamlingen som helhet i vårdrelationen och i personens behandlingsplan. Vårdaren och patienten, och ibland närstående, gör tillsammans en individuell hälsoplan som samarbetsmedel. Denna hälsoplan följs upp av båda parter och det skall dokumenteras för att den personcentrerade vården skall säkerställas (Ekman, 2014).

Motiveringsarbete och aktivering av patienten måste vara individuellt, det vill säga det måste baseras på kunskap om personens mål och möjligheter. Att stimulera och stötta patienters självförtroende, identitetsupplevelse och tro på sitt egenvärde är centralt i all psykiatrisk verksamhet, då dessa sidor är sårbara vid psykiska problem. Att ge återkoppling är viktigt för patienter med svag identitetskänsla. Om återkoppling inte ges till patienten kan det uppfattas som tecken på att patienten är inte värd något. Psykiatriska omvårdnadsåtgärder kan utföras som stöd att skapa ordning, ge praktisk hjälp, sluta avtal med patienten och finnas hos patienten. I vissa fall kan det bli nödvändigt med särskilda säkerhetsåtgärder till exempel avskärmning från intryck, från krav, gränssättning och övervakning. Detta kan bli aktuellt beroende på patientens berättelse, tillstånd samt psykiatriskt omvårdnadsbehov (Lokensgard, 1997).

Teoretisk referensram

När specialistsjuksköterskor inom psykiatri lämnar slutenvården medför det att kompetensen inom den psykiatriska slutenvården minskar. Men det är inte enbart det som är problematiskt utan också att personer som utbildat sig inom en specialitet, och förmodligen haft ett intresse för verksamheten, inte verkar inom den. Därför är det viktigt att ta reda på vilka faktorer som får en specialistsjuksköterska att stanna inom slutenvården eller att lämna den. För att kunna påverka en specialistsjuksköterska att inte lämna psykiatrisk slutenvård bör vi ta reda på vilka behov och motiv det är som styr beslutet.

Motivationsbegreppet har inte minst av tradition ofta förknippats med det som brukar benämnas som vilja. Motivation även kallad drivkraft, är de biologiska, psykologiska och sociala faktorer som lockar fram, ger riktning till och upprätthåller ett beteende i olika grader av intensitet för att uppnå en målinriktad handling (Kaufmann & Kaufmann 2009).

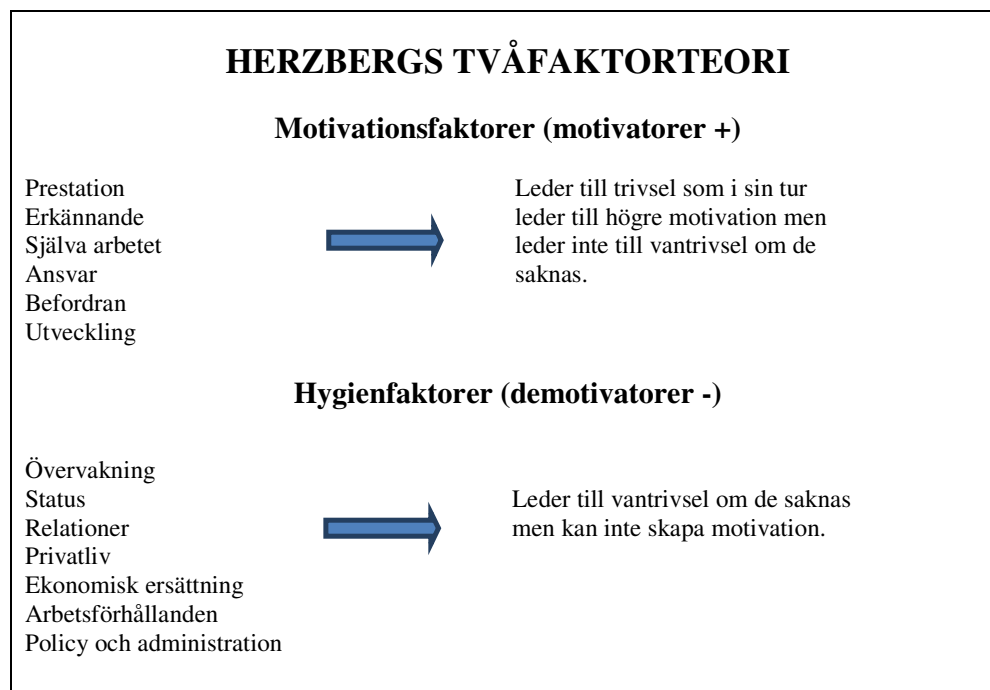
En teoretisk referensram som fokuserar på arbetsrelaterade behov är Herzbergs tvåfaktorteori (Bloisi et. al., 2003). Herzberg har Maslows behovshierarki som grund i sin tvåfaktorteori men till skillnad från Maslow som intresserade sig för motivation i allmänhet riktade Herzberg in sig på att hitta källorna till motivation i syfte att utföra ett effektivt arbete. Motivationsforskaren Frederick Herzberg beskriver vad människor vill ha ut av sina arbeten och hans studier ledde till slutsatsen att det fanns två typer av faktorer som var relaterade till olika effekter på arbetet (Forslund, 2013). Han presenterade så kallade hygien- och motivationsfaktorer som kan motivera anställda och minimera vantrivsel (Herzberg, 1987).

Motivationsfaktorerna är enligt Herzberg sex stycken. *Prestation* vilket handlar om resultatet av det arbete som man genomfört. *Erkännande* är vilken uppskattning man får för det arbete som man har utfört. *Själva arbetet* beskriver vad själva arbetet innebär. *Ansvar* är hur stor kontroll man har över sin arbetssituation. *Befordran* är tillfällen då man fått möjlighet till en högre ställning i företaget. *Utveckling* innebär hur möjligheten till utbildning och inläring ser ut (Herzberg 1987; Hughes et.al 2006 s. 285; Abrahamsson & Andersen, 2005 s. 149).

Herzberg beskriver tio hygienfaktorer som påverkar individen: *Övervakning* är hur mycket som den anställde är övervakad av sina överordnade. *Status* innebär informell status. *Relation till underordnade* det vill säga relation mellan chef och anställd. *Privatliv* innebär hur problem hemifrån kan påverka hur man mår på arbetet. *Relation med kollegor på samma hierarkiska nivå* det vill säga relationer mellan medarbetare. *Ekonomisk ersättning* är vad anställda får för monetär ersättning i form av lön och ekonomiska belöningar. *Arbetsförhållande* innebär hur

arbetsplatsen är fysiskt utformad. *Relationen med chefer* det vill säga relation mellan anställd och chef. *Policy och administration* är organisationens struktur och hur företaget arbetar (Herzberg, 1987; Hughes et.al., 2006 s. 285; Abrahamsson & Andersen, 2005).

Riktig motivation är, enligt Herzberg (1987), när anställda är motiverade att utföra arbetsuppgifterna utan att få en belöning. Motivationen kommer genom att arbetet är intressant och att man är nöjd med det man utför. Detta skulle enligt Herzberg leda till motivation på lång sikt. När motivationsfaktorerna är tillfredsställda resulterar det, enligt Herzberg, till motivation att utföra ett bra arbete. Hygienfaktorerna har ingen direkt motiverande effekt utan är faktorer som påverkar om personer vantrivs eller inte på arbetet. Herzberg kunde tydligt separera faktorerna beroende på om intresset gäller arbetstillfredsställelse (motivationsfaktorer) eller vantrivsel (hygienfaktorer) (a.a.), figur 1.



Figur 1. Bearbetning från F. Herzberg (1987). "One more time: How do you motivate employees?", *Harvard Business Review* Vol 65 (5).

Herzberg (1987) visar att motivationsfaktorerna leder till trivsel som i sin tur leder till högre motivation, men om dessa faktorer inte existerar innebär det inte att vantrivsel uppstår. Däremot skapar hygienfaktorerna vantrivsel om de inte finns, men de kan inte skapa motivation. Detta betyder att hygien- och motivationsfaktorerna är oberoende av varandra och kan verka samtidigt (Abrahamsson & Andersen, 2005). I tabell 1 visas möjliga kombinationer av Herzbergs hygien- och motivationsfaktorer och vad dessa kombinationer leder till på arbetsplatsen.

Herzberg utvecklade sin teori redan 1959 och senare forskning har såväl förkastat som styrkt den (Gardner, 1977). Forskning som styrker teorin har visat att faktorer som lön inte är lika viktig som faktorer som ger inre tillfredsställelse (Bassett-Jones & Lloyd, 2005; Machungwa & Schmitt, 1983). Även forskaren John Katzenbach drar samma slutsatser som Herzberg, det vill

säga att det är viktigt att motivationen till att utföra ett arbete bör komma inifrån och inte via yttre belöningar (Katzenbach, 2003).

Tabell 1. Kombinationer av Herzbergs hygien- och motivationsfaktorer (egen illustration efter Herzbergs teori).

	Låga motivationsfaktorer	Höga motivationsfaktorer
Höga hygienfaktorer	Anställda motiveras inte men har få klagomål. Till exempel en situation där arbetet inte är tillfredsställande men lönen är bra.	Anställda motiveras och har få klagomål. Ideal situation.
Låga hygienfaktorer	Anställda motiveras inte och har mycket klagomål. Sämsta scenariot.	Anställda motiveras men har mycket klagomål. Till exempel en situation där arbetet är spännande och utmanande men lönen inte är tillfredsställande.

Forskning har visat att olika kulturer har en inverkan på vad som är motiverande och att det då är svårt att skilja Herzbergs motivations- och hygienfaktorer åt (Kanungo & Wright, 1983). En annan anmärkning är att Herzberg inte i tillräcklig omfattning tagit hänsyn till individuella olikheter när det gäller faktorer som leder till trivsel eller vantrivsel (Abrahamsson & Andersen, 2005).

Herzbergs tvåfaktorteori kommer att användas som teori genom hela arbetet. Vi väljer att använda Herzbergs tvåfaktorteori i studien för att få stöd i att identifiera möjliga orsaker till att specialistsjuksköterskor inom psykiatri lämnar slutenvården. Den kommer därför att användas som underlag för att utforma stödfrågor till fokusgrupperna.

Problemformulering

Det är en brist på specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård. Det är därför viktigt för arbetsgivaren att få kännedom om vad som motiverar specialistsjuksköterskan att stanna inom psykiatrisk slutenvård och vad som får henne eller honom att söka sig från slutenvården, men forskning inom området saknas.

SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka specialistsjuksköterskors inom psykiatrisk vård och vårdenhetschefers uppfattningar om möjliga orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom sluten psykiatrisk vård slutar.

METOD

För att studera möjliga orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård slutar gjordes fokusgruppsintervjuer med specialistsjuksköterskor och vårdenhetschefer inom psykiatrisk vård. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys på manifest nivå.

FOKUSGRUPP

Studien är genomförd med kvalitativ metod och fokusgruppsmetoden valdes. I denna studie tar vi fasta på metodens lämplighet när människors erfarenheter, motiv, argument och värderingar ska studeras.

Vi har använt oss av en ostrukturerad fokusgrupp för att deltagarnas synpunkter fritt ska komma fram. Detta för att undvika att vår egen förståelse skulle komma i förgrunden och därmed missa andra aspekter av problemet. Därför var målet en fri diskussion där samtliga deltagare fick komma till tals. Det är kanske just de aspekter som deltagarna tar upp och författarna inte tänkt på som är mest intressanta (Wibeck, 2010, 2012). Intervjuerna inleddes med två öppna frågor ”Hur ser ni på att specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård lämnar slutenvården?” och ”Vad orsakar att specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård lämnar slutenvården?”. Vi hade förberett följdfrågor som kunde användas om det behövdes för att föra diskussionen vidare till exempel ”Vilka arbetsuppgifter har en specialistsjuksköterska inom psykiatrisk slutenvård?”.

URVAL

I denna studie var inklusionskriterierna specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård respektive vårdenhetschefer. Vi använde oss av ett så kallat bekvämlighetsurval från en klinik där en av oss arbetade eftersom tillgången till respondenter var begränsat. Vid rekryteringen av deltagare såg vi till att inte en deltagare stod i beroendeställning till en annan. Om så är fallet kan det minska öppenheten i diskussionen om olika ståndpunkt råder (Wibeck, 2010, 2012).

Det ökar studiens giltighet om deltagare med olika erfarenheter väljs (Graneheim & Lundman 2004). Vi valde därför att intervjua både specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård och vårdenhetschefer. Vid urvalet av informanter inriktade vi oss på personer som kände varandra sedan tidigare. Vi ansåg att detta kriterium var viktigare än att få deltagare med olika kön och etnicitet. Trots detta slumpade det sig så att både män och kvinnor var representerade i grupperna. Två intervjuer genomfördes. En grupp bestod av fyra sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk vård. Till den andra gruppen inbjöds fyra vårdenhetschefer inom sluten psykiatrisk vård. Fyra chefer hade tackat ja till att delta men endast två infann sig. Trots ett bortfall på två personer erhöles ett rikt material varvid vi beslöt att inte intervjua ytterligare en chefsgrupp.

Samtliga sex deltagare arbetade på samma klinik i en stor svensk stad. Respondenterna bestod av fyra kvinnor och två män. Medelåldern var 55 år (42 - 62 år). Antalet arbetade år inom psykiatrisk vård var mellan 9 och 42 år. Alla sex respondenter hade erfarenhet från arbete inom psykiatrisk slutenvård och fyra av dem hade även erfarenhet från arbete inom psykiatrisk öppenvård.

DATAINSAMLING

Studien genomfördes enligt Göteborgs universitets (2012) riktlinjer för examensarbete på avancerad nivå. På denna nivå krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd men inte desto mindre är det frågor som måste behandlas grundligt. Innan studien startade krävdes att handledaren godkände en forskningspersonsinformation (FPI, bilaga1). Denna FPI lämnades till samtliga deltagare i fokusgrupperna. På baksidan av FPI fanns utrymme att lämna skriftligt

samtycke till deltagande i studien. Information gavs även om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta utan närmare förklaring.

När deltagarna bjöds in att delta informerades de om att intervjun skulle pågå i maximalt 1,5 timmar. Vi började med information om ramarna för intervjun och bjöd på fika, därefter följde en timmas intervju som spelades in på diktafon varefter mötet avslutades.

En av oss hade rollen som moderator och den andra som observatör under datainsamlingen. Moderatorm började med att förklara förutsättningarna för fokusgruppen. Observatören assisterade moderatorm och antecknade vem som sade vad och noterade även det som inte uttrycktes verbalt. Vid slutet av mötet sammanfattade observatören diskussionen.

Wibeck (2010) beskriver att studiens validitet ökar om samma person är moderator i samtliga intervjuer. I föreliggande arbete valde vi att bortse från denna rekommendation eftersom vi ansåg att det i utbildningssyfte var viktigt att byta roller.

DATAANALYS

Efter intervjuerna har det inspelade materialet transkriberats, det vill säga skrivits ut. Transkriberingen kan skilja sig åt beroende på avsikten med studien. I detta fall har allt material skrivits ut ordagrant, även omtagningar och felstarter har skrivits ut (Wibeck, 2010). Varje utskrivna intervju innehöll cirka 30 000 tecken vilket resulterade i ett sammanlagt transkriberat material på 24 sidor. De utskrivna intervjuerna användes sedan som analysenheter.

Tabell 2. Exempel på kondensering av meningsbärande enheter samt kod.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod
"Om det i vanliga fall är så att jag har tre medarbetare i mitt pass, så behövs det fyra om det kommer en ny personal, tills den personen är varm i kläderna // man skulle känna att man har tid."	När ny personal börjar behöver jag en extra person i passet för att få tid att undervisa.	Tidsbrist för undervisning av ny personal
"Det finns ju ingen bra struktur på avdelningen överhuvudtaget. Man har ingen grundstruktur, ingen gemensam policy över hur man ska jobba, hur man ska bemöta patienter och vad som är viktigt när det gäller psykiskt sjuka."	Bra struktur och gemensam policy saknas på avdelningen om vad som är viktigt när det gäller psykiskt sjuka.	Brist på policy på avdelningen
"Det är bara sköterskorna som jobbar inom öppenvården det är bara dom som varit prioriterade dom sista åtta åren. Det har varit blankt nej inga sköterskor i slutenvården får gå via arbetsgivaren och läsa psykodynamiskt eller KBT utan det är bara dom som är i öppenvården. Det är en stor grej som gör att man tappar ju lusten."	Sjuksköterskor inom slutenvården har inte prioriterats att få gå utbildningar och det gör att man tappar lusten.	Satsas för lite på kompetensutveckling och lärande av personal
"Det är karriärsjälvmord att stanna på en slutenvårdsavdelning."	Om man vill ha en karriär ska man sluta på slutenvården.	Möjlighet till karriär utanför slutenvården

Efter transkriberingen vidtog en strukturerad analysprocess på manifest nivå. Innehållsanalys syftar till att ge tillförlitliga och giltiga slutsatser utifrån texter. Analysen görs på ett systematiskt sätt (Krippendorff, 2004). De två intervjuerna analyserades först var för sig så kallad lodrät analys (Thomsson, 2002). Därefter gjordes en vågrät analys det vill säga koder analyserades tvärs över intervjuerna. Vi använde oss av en kvalitativ innehållsanalys som bygger på Graneheim och Lundman (2004). Det transkriberade materialet lästes först igenom upprepade gånger därefter använde vi pennor i olika färger för att markera och ta ut meningsbärande enheter från texterna. Dessa meningsbärande enheter kondenserades och sedan sattes koder för att beskriva innehållet i de kondenserade meningsenheterna, se tabell 2. Därefter fortsatte analysarbetet genom att koder sammanfördes till subkategorier och därefter till kategorier.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vid forskning som berör människor är det betydelsefullt att försäkra sig om att ingen som deltar i studien tar skada. Vetenskapsrådet, som är en myndighet under Utbildningsdepartementet, har ett övergripande ansvar för frågor som rör etiska krav på forskningen. Två olika krav på forskningen tas upp nämligen forskningskravet och individskyddskravet. Forskningskravet innebär att den forskning som bedrivs skall inriktas på väsentliga frågor och hålla hög kvalitet. Individskyddskravet är konkretiserat i fyra huvudkrav på forskningen. Dessa krav benämns informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. I föreliggande studie tillgodoses de tre första kraven genom texten i forskningspersonsinformation (FPI, bilaga 1). Det fjärde kravet om nyttjande är inte aktuellt i denna studie eftersom vi inte samlar in uppgifter om enskilda personer (Vetenskapsrådet, 2002).

Vid intervjun skapas en relation mellan respondenterna och den som intervjuar. Det innebär att respondenten kan känna sig utlämnad och därför är det extra viktigt att ta hänsyn till olika normer och moraliska skyldigheter i denna situation (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det inspelade materialet har avidentifierats vid transkriptionen. Enskilda individer kommer inte heller att kunna identifieras i uppsatsen. När studien är avslutad förstörs insamlat material. Ett etiskt problem med gruppintervjuer är att deltagare får information om varandra. Det är inte möjligt att svara för att gruppdeltagarna inte sprider denna information till andra. Risker i samband med deltagande får ändå anses som små. Förhoppningsvis kommer deltagarna istället att se det positivt att få berätta och reflektera kring aktuella frågor. Det upplevs ofta positivt att få bidra med ny kunskap i ett obeforskat område.

Samhällsetiska konsekvenser

Genom att synliggöra möjliga orsaker till att specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård slutar hoppas vi att kunna bidra med information som på sikt kan få specialistsjuksköterskor att stanna inom slutna psykiatrisk vård. Detta anser vi är en vinst för samhället och leder till en ökad kvalitet och patientsäkerhet i vården. Det bidrar även till samhällsnyttan om personer som utbildat sig inom en specialitet och har ett intresse för verksamheten fortsätter att verka inom den.

RESULTAT

I detta kapitel presenteras resultatet av fokusgruppsintervjun med specialistsjuksköterskor och intervjun med två vårdenhetschefer. Vårt syfte med studien var att undersöka möjliga orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom slutenvården psykiatrisk vård slutar. Resultatet från studien består av två övergripande kategorier med underliggande subkategorier. Den första kategorin var *Arbetsmiljö* med subkategorierna *Anställningsvillkor*, *Arbetsbelastning* och *Ledarskap*. Den andra kategorin var *Professionell utveckling* med subkategorierna *Avancerade arbetsuppgifter*, *Erkännande* och *Kompetensutveckling*. Tabell 3 visar samtliga subkategorier som bildat respektive kategori.

Tabell 3. Subkategorier och kategorier från intervjuerna med specialistsjuksköterskor och vårdenhetschefer.

SUBKATEGORIER	KATEGORIER
Anställningsvillkor	Arbetsmiljö
Arbetsbelastning	
Ledarskap	
Avancerade arbetsuppgifter	Professionell utveckling
Erkännande	
Kompetensutveckling	

För att beskriva och tydliggöra det som kommit fram under intervjuerna har nedanstående citat tagits ut. Citaten beskriver såväl uppfattningar som delades av flera deltagare som någon enstaka informants åsikt. Citaten valdes ut med hänsyn till att ingen person skulle kunna identifieras. I citaten anger punkterna (...) att det är en tystnad och snedstrecken (//) att ett stycke i citatet utelämnats då det ej ansågs väsentligt för kategorin.

ARBETSMILJÖ

Anställningsvillkor

Vid intervjun med cheferna framkom att de tror att obekväm arbetstid kan vara en orsak som gör att sjuksköterskor slutar inom slutenvården. Chefsgruppen ansåg även att lönen var en orsak till att specialistsjuksköterskorna slutade.

”De har ingen särdeles påslag på lön //. Så det är inte så konstigt att man går vidare.”

I specialistsjuksköterskegruppen togs upp att pengar inte var den viktigaste orsaken till att de slutade att arbeta i slutenvården.

”Pengar är en sak men det är inte allt.”

Arbetsbelastning

Specialistsjuksköterskorna tog upp problemet med stundtals hög arbetsbelastning. De upplevde arbetet tungrott och stressigt. De beskrev en känsla av otrygghet och stress relaterad till brist på personal. Specialistsjuksköterskorna tog upp flera problem med personalbrist för patientnära arbete, vilket de anser medför stress i vardagen, sämre kvalitet på bedömningar och sämre omvårdnadsarbete. Sjuksköterskegruppen beskrev att den höga arbetsbelastningen i förlängningen ledde till minskad patientsäkerhet på grund av att de inte hann planera omvårdnadsarbete grundligt eller observera patientens symtom. Det var också en risk att den höga arbetsbelastningen ledde till en försämrad egen hälsa.

”Jag menar också att man skulle behöva ge mer tid till en sjuksköterska. När ordinarie personal säger upp sig och går till annan verksamhet eller börjar plugga, då kommer nya in och då skulle jag behöva få mer tid. Om det i vanliga fall är så att jag har tre medarbetare i mitt pass, så behövs det fyra om det kommer en ny personal, tills den personen är varm i kläderna // man skulle känna att man har tid.”

”Jag måste också sköta min egen hälsa, måste äta mat, ta mina raster. De dagar jag inte hunnit äta så känner jag att jag kanske kommer att bli sjuk ... jag klarar mig inte. Jag har en känsla att jag svimmar.”

Ledarskap

Specialistsjuksköterskorna uttryckte behovet av att ha en närvarande vårdenhetschef och sektionsledare som ger stöd för en utveckling där medarbetare får tid och möjlighet att genomföra en patientsäker vård. De uttryckte önskemål om ett ledarskap som leder medarbetarna i deras konkreta patientarbete. Gruppen uttryckte ett behov av ökad insyn från ledningens sida. De anser vidare att ett närvarande ledarskap är viktigt för problemlösning och konflikthantering mellan medarbetare, i relation till anhöriga samt mellan vårdpersonal och läkare. De anser att ett närvarande ledarskap är viktigt för kvalitetsarbetet, utvecklingsarbetet och organisationens utveckling.

”Cheferna borde vara mer närvarande. De borde vara mer på avdelningen och se exakt vad som händer”.

Specialistsjuksköterskorna efterlyste också ett ledarskap som implementerade en väl genomtänkt strukturmodell på avdelningen där alla strävar åt samma håll.

”Det finns ju ingen bra struktur på avdelningen överhuvudtaget. Man har ingen grundstruktur, ingen gemensam policy över hur man ska jobba, hur man ska bemöta patienter och vad som är viktigt när det gäller psykiskt sjuka.”

PROFESSIONELL UTVECKLING

Avancerade arbetsuppgifter

Specialistsjuksköterskegruppen uttalade tydligt att det som gör att många specialistsjuksköterskor slutar i slutenvården är brist på specifika arbetsuppgifter och en tydlig roll. De tog upp att det inte finns någon skillnad i arbetsuppgifterna och yrkesrollen mellan en specialistsjuksköterska och en grundutbildad sjuksköterska. Förutom att sjuksköterskan har det medicinska ansvaret samt rondens med läkaren, så gör all personal samma arbetsuppgifter.

Dessutom gör sjuksköterskan och specialistsjuksköterskan alla de arbetsuppgifter som en skötare skulle kunna göra.

”Det finns en brist på specifika arbetsuppgifter för specialistsjuksköterska det finns inga tydliga ..., och det är det som gör att många slutar, eftersom det finns ingen skillnad mellan sjuksköterska och specialistsjuksköterska och nästan skötare det känns som att nästan alla gör samma arbete.”

Även i chefsgruppen ser man tydligt problemet med avsaknad av specifika arbetsuppgifter för specialistsjuksköterskor:

”Vi har ingen strukturerad ... inga givna arbetsuppgifter för en specialist-kompetent sköterska. Dom går in som vilken sköterska som helst.”

Erkännande

Specialistsjuksköterskegruppen saknar erkännande och respekt för sin kompetens från ledningen, kollegor och läkare.

”Vi är alla schackpjäser där kungen är läkaren, men vi borde vara drottningen om man är specialistutbildad, men man använder oss som bönder.”

”Man kanske inte blir respekterad heller för läkarna eller underläkarna har ingen aning om att man har den kompetensen och på det sättet blir man indirekt ignorerad utan att det kanske är meningen.”

”Man blir inte heller respekterad utan ignorerad av sina kollegor, framför allt av sina kollegor som inte har utbildningen.”

Cheferna ansåg även att det finns en attityd inom psykiatrin att det är högre status att arbeta inom öppenvården. Denna attityd anser cheferna att även ledningen ger uttryck för men cheferna understryker att det är en attityd som behöver arbetas bort.

”Det har varit så, och det har varit så från ledningshåll säkert också, att det är bättre att jobba inom öppenvård än inom slutenvård som sjuksköterska och det är ett jättemärkligt tankesätt för det är två helt olika verksamheter och bägge verksamheterna behöver vara väldigt kompetenta för patienterna. Man måste vara oerhört kompetent, tycker jag, för att ta emot patienterna som kommer är så sjuka när de kommer till slutenvården och man behöver vara kompetent för att ta emot dom i öppenvården, men det är inte så att något är bättre eller sämre.”

Sjuksköterskegruppen såg ingen möjlighet till karriär om de stannade inom slutenvården och uttryckte det samstämmigt:

”Man kan inte göra karriär ... man kan göra karriär på flera sätt det ena är ju lönekarriär då måste man ju flytta på sig för att tjäna mera pengar och vill man gå vidare, kanske man vill hålla på med att forska eller göra nånting annat så ska man heller inte stanna kvar på en avdelning inom slutenvården för det leder oftast inte nånstans.”

”Det är karriärsjälvmord att stanna på en slutenvårdsavdelning.”

Kompetensutveckling

Specialistsjuksköterskegruppen uttrycker explicit problemet med bristande möjligheter till kompetensutveckling i slutenvården samt betydelsen av kompetensutveckling för en säker vård. Det framkom att kompetensutveckling hade stor betydelse för specialistsjuksköterskans tillfredsställelse på arbetsplatsen samt hade betydelse för yrkesutövning och yrkesidentitet.

”Det är bara sköterskorna som jobbar inom öppenvården det är bara dom som varit prioriterade de sista åtta åren. Det har varit blankt nej, inga sköterskor i slutenvården får gå via arbetsgivaren och läsa psykodynamiskt eller KBT utan det gäller bara dom som är i öppenvården. Det är en stor grej som gör att man tappar ju lusten.”

Även cheferna poängterar att personal i öppenvården har fått möjlighet att gå utbildningar som inte personal inom slutenvården har fått gå. Cheferna anser att det är viktigt att även sjuksköterskor inom slutenvården prioriteras att gå till exempel utbildning om personlighetsstörningar så att de får redskap att kunna diagnostisera. Eftersom patienterna är sjukare inom slutenvården är det svårare med differentialdiagnostiken.

”// i öppenvården har vi ju fått möjlighet till såna utbildningar då vi har gått på personlighetsstörningsutbildningar men i slutenvården har vi ju inte fått det och slutenvården skulle ju också få det och bli lika kompetent och duktig på att diagnostisera som man är på öppenvård eftersom patienterna mår så dåligt när de kommer. Det är ändå svårare med differentialdiagnostiken men ändå har vi inte redskapen till att vara med och liksom diskutera egentligen.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vårt syfte med detta arbete var att undersöka möjliga orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom slutenvården slutar arbeta inom slutenvården.

Som teoretisk referensram valdes Herzbergs tvåfaktorteori. Vi hittade ingen omvårdnadsteori som passade syftet utan ansåg att en motivationsteori lämpade sig bättre. Denna teori som utarbetats av psykolog Frederick Herzberg upplevdes som närbesläktad med psykiatri.

Fokusgruppsintervjuer valdes för att ge specialistsjuksköterskor och vårdenhetschefer möjligheter att med egna ord berätta om vad de upplevde var orsakerna till att specialistsjuksköterskor slutar arbeta inom slutenvården. Fördelar med gruppintervju kan vara att deltagarna genom samtal och diskussion bättre kan belysa ämnet från olika perspektiv än vid enskilda intervjuer (Langemar, 2008). Vi fann att fokusgrupp var en fungerande metod för att besvara syftet. Metoden kan ge både djup och bredd i människors åsikter, förståelse och erfarenheter. Grupp effekter och interaktion mellan deltagarna kan studeras med metoden. Även de processer som leder fram till att deltagarna omformulerar sina åsikter framkommer. På så vis ger fokusgrupper mer material att analysera än om vi hade genomfört individuella intervjuer med var och en av deltagarna. Deltagande i en fokusgrupp kan även vara positivt på ett personligt plan för den enskilde deltagaren. Det ger henne en möjlighet att göra sin röst hörd. En svaghet med metoden har att göra med moderatorns roll och påverkan på gruppen.

Vid en strukturerad fokusgrupp är risken större för påverkan (Wibeck, 2010). Därför valdes en ostrukturerad fokusgrupp i denna studie.

Samtliga respondenter fick information muntligt och även skriftligt i form av forskningspersonsinformation där vi beskriver hantering av data och sekretess. Ett etiskt problem med gruppintervjuer är att deltagarna får information om varandra. Det är inte möjligt att svara för att gruppdeltagarna inte sprider denna information till andra avsiktligt eller oavsiktligt.

Trots att vi i inbjudan poängterade vikten av att deltagarna skulle höra av sig om de fick förhinder för att vi skulle ha möjlighet att finna en ersättare fick vi ändå ett bortfall på två personer i chefsgruppen. Vi diskuterade mycket sinsemellan om vi skulle intervjua en ny grupp men eftersom vi fått ett mycket rikt material av de två som deltog, och det var osäkert om en ny intervju skulle tillföra något ytterligare, beslöt vi att nöja oss med befintligt material. Ytterligare stöd i detta beslut hämtades från Thomsson (2002) som beskriver vikten av att ha tid avsatt för analysen. Generellt sägs att hur intressant ett resultat blir avspeglas i hur mycket tid som är avsatt för analysen och om valet av fler intervjuer innebär mindre tid till analys bör man nöja sig med färre intervjuer (a.a.).

En nackdel med fokusgrupp kan vara att inte alla deltagare får komma till tals eller vågar säga vad de tycker. I vår studie upplevdes deltagarna trygga under intervjuerna och uttryckte sina åsikter fritt och öppet, vad vi kunde bedöma. Intervjuerna resulterade i ett rikt material med mycket användbar information. En starkt bidragande orsak till detta var troligen sammansättningen av grupperna med informanter som kände till varandra sedan tidigare även om de arbetade på olika avdelningar.

Vi bestämde tidigt i planeringen av studien att välja fokusgruppsintervju som metod. Däremot hade vi svårare att enas om vilken ansats vi skulle välja. Vi hade som ett förslag att i ett tidigt skede koppla till teori och använda oss av en teoristyrd tematisk analys (Langemar, 2008) det vill säga deduktiv ansats. Eftersom vi valt Herzbergs tvåfaktorteori som teoretisk referensram fanns det redan bestämda teman som vi kunde sortera in vårt material under. Vi valde dock bort detta alternativ eftersom vi ansåg att det fanns en risk med att bli alltför styrda av Herzbergs teman och därmed kanske missa viktiga kategorier som fanns i de transkriberade texterna men som saknades i Herzbergs teori.

Resultat ska vara så trovärdiga som möjligt. Graneheim och Lundman (2004) använder tre koncept för att beskriva begreppet trovärdighet. De är *giltighet, stabilitet och överförbarhet*. *Giltighet* handlar om hur metod och urval har valts i förhållande till studiens syfte. Giltigheten kan påverkas av intervjuarens förförståelse. *Förförståelse* handlar om intervjuarens teoretiska och praktiska kunskaper inom ämnet. Vi har båda erfarenhet från arbete inom psykiatrisk slutenvård. En av oss var under forskningsprocessen aktiv som sjuksköterska på samma klinik som respondenterna. Detta kan vara extra känsligt eftersom även chefer intervjuades. Vi valde att den av oss som inte arbetade på kliniken fungerade som moderator under intervjun med cheferna. På grund av vår förförståelse var det extra viktigt för oss att sinsemellan reflektera över intervjusituationerna och vårt analysarbete.

Det ökar studiens giltighet om deltagare med olika erfarenheter väljs (Graneheim & Lundman 2004). Vi valde därför att intervjua både specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård och vårdenhetschefer. Både män och kvinnor var representerade i grupperna. Vid analys av

texterna såg vi ingen könsskillnad i uttalade åsikter. En annan viktig aspekt för att uppnå giltighet är att använda de mest lämpliga meningsbärande enheterna. Graneheim och Lundman (a.a.) anser att en viss tolkning alltid sker av en text. De menar också att en text alltid kan innehålla mer än en innebörd. Därför läste vi de transkriberade texterna först var och en för sig och tolkade dem. Därefter fördes diskussioner kontinuerligt mellan oss och det var en process fram och tillbaka mellan hela texten, koderna och kategorierna. Det är viktigt att visa hur tolkningen av resultatet har uppnåtts. Vi valde att göra detta genom att visa representativa citat från den transkriberade texten.

Stabilitet är en annan aspekt av trovärdighet. Det innebär i vilken utsträckning data ändras över tid. Risken för minskad stabilitet är större när datainsamlingen sker över en längre tid. Det kan då hända att intervjuaren inte ställer samma frågor till samtliga deltagare eftersom ny insikt om fenomenet som studeras har erhållits efter de första intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). Eftersom vi använde oss av en ostrukturerad intervju var detta inte något problem i denna studie.

Begreppet trovärdighet innefattar även en studies *överförbarhet* vilket innebär i vilken utsträckning som resultatet kan överföras till andra grupper och andra situationer (Graneheim & Lundman, 2004). Samtliga deltagare i studien arbetar på kliniker i en stor svensk stad. Antalet respondenter är litet, endast sex personer. Vi kan inte uttala oss om arbetsplatserna är representativa för psykiatrisk vård.

RESULTATDISKUSSION

Vi har haft som avsikt att använda oss av Herzbergs tvåfaktorteori som en teori genom hela studien. Herzbergs tvåfaktorteori delar in arbetsmotivation i två olika känslotillstånd; *hygienfaktorer* och *motivationsfaktorer* (Herzberg et al., 1993). Vi tolkar kategorin *Arbetsmiljö* som Herzbergs hygienfaktorer och *Professionell utveckling* som Herzbergs motivationsfaktorer.

Hygienfaktorerna kan förklaras som yttre motivatorer i form av relationer till ledningen och kollegor, den fysiska arbetsmiljön, status, trygghet, arbetsvillkor och lön (Herzberg et al., 1993). Motivationsfaktorerna kan förklaras som inre motivatorer. Inre motivatorer har att göra med tillfredsställelse i arbetet och innebär att någon vill prestera sitt bästa, uppskattar sitt arbete, har viljan att avancera, vill nå personlig utveckling och vill ha ansvar i arbetet (Herzberg et al., 1993).

I intervjuerna framkommer att respondenterna saknar följande hygienfaktorer inom slutenvård: övervakning, status, ekonomisk ersättning, arbetsförhållanden samt policy och administration. De två hygienfaktorer som inte nämns i intervjuerna är relationer och privatliv. Dessa två kan vi således inte uttala oss om men det står klart att det är brister i övervägande delen av hygienfaktorerna.

Det framgår också tydligt i intervjuerna att det råder brist på motivationsfaktorer såsom erkännande, själva arbetet, befordran och utveckling inom slutenvård. Det är två faktorer som respondenterna inte nämner: prestation och ansvar. Här kan vi också konstatera att det är brister i övervägande delen av motivationsfaktorerna.

Om vi sätter in ovanstående i tabell 4 ser vi att vi får en kombination av låga motivationsfaktorer och låga hygienfaktorer vilket ger det sämsta scenariot. Anställda motiveras inte och har mycket klagomål. Således får vi även med Herzbergs tvåfaktorteori en förklaring till varför specialistsjuksköterskor inom slutna psykiatrisk vård slutar.

Tabell 4. Kombinationer av Herzbergs hygien- och motivationsfaktorer (egen illustration efter Herzbergs teori). Resultat från intervjuerna med vårdenhetschefer och specialistsjuksköterskor.

	Låga motivationsfaktorer	Höga motivationsfaktorer
Höga hygienfaktorer	Anställda motiveras inte men har få klagomål. Till exempel en situation där arbetet inte är tillfredsställande men lönen är bra.	Anställda motiveras och har få klagomål. Ideal situation.
Låga hygienfaktorer	Anställda motiveras inte och har mycket klagomål. Sämsta scenariot. Låga motivationsfaktorer: erkännande, själva arbetet, befordran och utveckling Låga hygienfaktorer: övervakning, status, ekonomisk ersättning, arbetsförhållanden samt policy och administration.	Anställda motiveras men har mycket klagomål. Till exempel en situation där arbetet är spännande och utmanande men lönen inte är tillfredsställande.

Specialistsjuksköterskor i fokusgruppen upplevde arbetsmiljön som stressande och tungrodd. Tid saknades för djupare samtal med patienter och anhöriga. Hög personalomsättning, för få personal med specialistutbildning inom psykiatri, färre personal på kvällar och helger och tidsbrist för undervisning av ny personal ledde enligt specialistsjuksköterskorna till sämre patientbemötande, sämre bedömningar, sämre vårdkvalitet och skapade en känsla av frustration. De ansåg att arbetsmiljö är en viktig faktor att ta hänsyn till eftersom den påverkar patientsäkerheten och vårdkvaliteten. De angav att de inte får tillräcklig lön för den kompetens de har men lade mer tid i fokusgruppsdiskussionen på önskan om en trygg arbetsmiljö med tid till att utföra sina arbetsuppgifter.

Fokusgruppdeltagarna i specialistsjuksköterskegruppen önskade att sektionsledare och vårdenhetschef skulle vara mer närvarande på avdelningen. De upplevde också att det saknades tydlig struktur och policy på avdelningen där alla arbetar och strävar åt samma håll.

Angelöw (2002) beskriver att det är viktigt att skapa en välfungerande och god arbetsplats för de anställda, vilket kan göras om fokus läggs på att lyfta möjligheterna i organisationen. Framgångsrika faktorer är enligt Angelöw (2002) ett öppet arbetsklimat som frambringar ett gott samarbete i arbetsgruppen, och detta samarbete är även viktigt mellan medarbetare och ledaren. Samarbetet mellan ledare och medarbetare genereras av ledarens närvaro i arbetsgruppen, och genom denna närvaro kan ledaren lättare stötta sina medarbetare i deras vardagliga arbetssituation (a.a.).

I Svensk sjuksköterskeförenings (Svensk sjuksköterskeförening, 2008) strategi för utveckling av omvårdnad anges att omvårdnadsutveckling sker genom att det finns en vårdmiljö där personalens individuella kompetens och vårdtagarens värderingar ingår. Vidare framgår att organisatoriska förutsättningar är en del av omvårdnadsutvecklingen då resurstillgångar, förutsättningar och ledarskap samt politiska beslut påverkar vårdkvaliteten (a.a.).

Det framkommer tydligt i båda intervjuerna att specialistsjuksköterskor i slutenvården saknar en tydlig roll med specifika arbetsuppgifter samt att specialistsjuksköterskans kompetens inte tillvaratas. Specialistsjuksköterskor i fokusgruppen upplevde att det finns bristande kunskap om specialistsjuksköterskans funktion och kompetens och att det leder till kompetensdränering och sämre vårdkvalitet. Sjuksköterskorna känner inte att de får uppskattning för sin kompetens och arbetsinsats.

Ett grundläggande behov är att kompetensen bekräftas. Detta stärker självkänslan och viljan att fortsätta i samma riktning består. När vi umgås med andra leder det även ofta till att vi motiveras och motiverar av varandra vilket bland annat bidrar till personligt utvecklande som är en viktig del av den inre motivationen. Den yttre motivationen kan även öka då känslor av att göra någon annan stolt, att bevisa egenskaper eller tävlingsinstinkter blir en del av drivkraften. (Herzberg, 1987).

Specialistsjuksköterskorna upplevde att de inom slutenvården hade få möjligheter till kompetensutveckling och karriär. Sjuksköterskorna upplevde att de inte är prioriterade när de söker olika utbildningar. De uttalar explicit betydelsen av kompetensutveckling. De anser att kompetensutveckling är viktigt för att kunna utveckla sjuksköterskans yrkesutövning och yrkesidentitet. Det framkommer tydligt i fokusgruppsintervjun att specialistsjuksköterskor söker sig vidare till arbetsplatser där man har möjlighet till kompetensutveckling och rollklarhet vilket leder till att man känner sig trygg i sin egen profession.

Josefsson et al. (2006), Rambur et al. (2005) och Spence et al. (2004) kom oberoende av varandra fram till att kompetensutveckling hade stor betydelse för sjuksköterskans tillfredsställelse på arbetsplatsen. Personalsatsning i form av kompetensutveckling ledde till nöjdare medarbetare och därigenom minskad personalomsättning. Josefsson et al. (2006) preciserade i sin forskning att inte enbart personalomsättningen sjönk till följd av kompetensutveckling utan också att sjuksköterskan även stannade längre inom yrket om det fanns en satsning på kompetensutveckling på arbetsplatsen. Meretoja et al. (2004) påpekade att kompetensutveckling var viktigt för att utveckla sjuksköterskans professionella mognad och stärka henne i arbetet med evidensbaserad omvårdnad.

Enligt Hughes (2005) upplevde sjuksköterskan att kompetensutveckling hade positivt inflytande på det praktiska arbetet. Kompetensutveckling gav möjlighet till utvecklandet av kliniska färdigheter och därigenom förbättring av vården. Hughes (a.a.) framförde vidare att sjuksköterskan även såg kompetensutveckling som en möjlighet till karriärutveckling.

Specialistsjuksköterskorna ser en fara med bristen på specialistsjuksköterskor inom slutenvården och befarar att det leder till sämre kvalitet och säkerhet i omvårdnadsarbetet i teamet generellt samt framför allt sämre personcentrerad vård. Detta leder i sin tur till sämre bemötande av den enskilda patienten.

Vårdmiljöns utformning har stor betydelse för personcentrerade relationer mellan sjuksköterskan, patienterna samt närstående. En god arbetsmiljö främjar stöd för vårdarbetet och bidrar till arbetstillfredsställelse. Professionell utveckling förutsätter att vårdaren har kunskap för att kunna bedöma vilka behov och önskemål som patientens aktuella sjukdomstillstånd och funktionsnedsättning kräver (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Det framkom förbättringsförslag från cheferna för att både locka specialistsjuksköterskor att söka tjänster inom slutenvården och även få dem stanna inom slutenvården. Cheferna var väl medvetna och bekymrade över att det i nuläget inte fanns någon plan för att tillvarata specialistsjuksköterskans kompetens. De hade som förslag att utforma specialuppdrag till exempel utbildningsuppdrag, uppdrag som huvudhandledare, yrkesutvecklare, forskningsuppdrag och kliniskt uppdrag. De önskade tydliga uppdrag där även ett uppdragstillägg var kopplat till uppgiften. I intervjun med sjuksköterskorna var det just detta som efterfrågades. De ville ha en tjänst med tydlig roll och trygghet. De önskade tydliga arbetsuppgifter och en tjänst med tydligt uppdrag. Som förslag på uppdrag nämndes forskningsuppdrag, kliniskt uppdrag, lärande- och undervisningsuppdrag.

SLUTSATS

Resultaten i studien visar att *Arbetsmiljö* och *Professionell utveckling* är möjliga orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom slutenvården slutar.

Cheferna tar upp obekvämt arbetstid som en möjlig orsak till att specialistsjuksköterskor slutar. Detta är något som inte nämns i specialistsjuksköterskegruppen. Cheferna nämner också dålig löneutveckling som en möjlig orsak. Detta tas också upp i specialistsjuksköterskegruppen men de säger samtidigt att *"Pengar är en sak men det är inte allt."* Viktigare för specialistsjuksköterskegruppen tycks vara en arbetsmiljö som ger dem tid till att undervisa ny personal och studerande, tid till svåra samtal med patienter och anhöriga och tid att lyssna till patienternas berättelser.

Specialistsjuksköterskegruppen uttalade tydligt att det som gör att många specialistsjuksköterskor slutar i slutenvården är brist på specifika arbetsuppgifter och en tydlig roll. Specialistsjuksköterskegruppen uttrycker explicit problemet med bristande möjligheter till kompetensutveckling i slutenvården samt betydelsen av kompetensutveckling för en säker vård. Det framkom att kompetensutveckling hade stor betydelse för specialistsjuksköterskans tillfredsställelse på arbetsplatsen samt hade betydelse för yrkesutövning och yrkesidentitet.

Det poängteras i litteraturen att det är viktigt att författaren redan innan en studie börjar bestämmer hur resultatet ska återkopplas så att det kommer till mest nytta (Kjellström, 2012). Detta är något vi har haft i åtanke.

Vi kommer att återföra resultatet till vårdenhetschefer inom psykiatrisk slutenvård, eftersom det är första linjens chefer som ser problemet med bristen på specialistsjuksköterskor och som har möjlighet att lyfta frågan högre upp i linjen.

Viktiga förbättringsområden som har påvisats för att rekrytera och behålla specialistsjuksköterskor inom slutenvården är:

- att utforma specialuppdrag och en tydlig roll för specialistsjuksköterskan
- att ge tid till specialistsjuksköterskan för att hinna utföra dessa uppdrag
- att koppla dessa uppdrag till lönetillägg
- att erbjuda utbildning och kompetensutveckling

Vår förhoppning är att denna uppsats på sikt kan vara ett litet bidrag till att flykten från slutenvården minskar.

ARBETSFÖRDELNING MELLAN FÖRFATTARNA

Studien har utförts i ett nära samarbete mellan oss. Arbetet har fördelats jämt och vi har båda varit delaktiga i samtliga steg i analysmetoden och vid utformning av all text. Några delar av uppsatsen har skrivits enskilt och andra delar tillsammans. De stycken som skrivits enskilt har genomarbetats tillsammans.

REFERENSER

- Abrahamsson, B., & Andersen, J.A. (2005). *Organisation - att beskriva och förstå organisationer*. Liber. Malmö s.149-150.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L. et al (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, Vol. 383, issue 9931, s. 1824-1830, 24 maj 2014.
- Angelöw, B. (2002) *Friskare arbetsplatser. Att utveckla en attraktiv, hälsosam och välfungerande arbetsplats*, Lund: Studentlitteratur.
- Basset-Jones, N., & Lloyd, G.C. (2005). "Does Herzberg`s motivation theory have staying power?", *Journal of Management Development*, Vol. 24 (10) s. 929-943.
- Bloisi, W., Cook, C.W., & Hunsaker, P.L. (2003). *Management and Organisational Behaviour*. McGraw-Hill Education Berkshire.
- Clarke, L. (2006). So what exactly is a nurse? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 388-394.
- Ekman, I. (Red.). (2014). *Personcentrering inom hälso och sjukvård från filosofi till praktik*. Stockholm, Liber.
- Ellis, L., Nolan, M. (2005). Illuminating continuing professional education: unpacking the black box. *International Journal of Nursing Studies* 42 (2005) 97-106
- Eneroth, K. (1997). Strategi och kompetensdynamik: en studie av Axis Communications. *Volym 37 av Lund Studies in Economics and Management*, Lund.
- Ericsson, K., Persson, L-G., Svensson, R. (1989). *Psykiatri i omvandling*. Malmö: Liber.
- Folkhälsomyndigheten (2015). <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/>
Hämtad 2015 04 02.
- Furåker, C. & Nilsson, A. (2013). Kompetens, kunskap och lärande. Leksell, J. & Lepp, M. (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (s. 15-36). Stockholm: Liber.
- Gardner, G. (1977) "Is there a valid test of Hertzberg`s two-factor theory?" *Journal of Occupational Psychology*, Vol 50 (3) s. 197-204.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2):105-112.
- Göteborgs universitet. (2012). *Studenters examensarbete på avancerad nivå*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. (2010) *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Heroma, Sahlgrenska universitetssjukhuset. (2015) *Utdrag 2015-01-21 från personalsystemet, månadsavlönad personal inom psykiatrisk slutenvård*.
- Herzberg, F. (1987). "One more time: How do you motivate employees?", *Harvard Business Review* Vol 65 (5).
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B.B. (1993). *The Motivation to work. With a new introduction by Frederick Herzberg*. Transaction Publishers. New Jersey.
- Hughes, E. (2005) Nurses' perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard*. (2005) 19,43 41-49.
- Hughes, R.L., Ginnett, R.C., & Curpy, G.J. (2006). "*Leadership. Enhancing the lessons of experience fifth edition*" McGraw-Hill Education Singapore s.85.
- Högskoleverket (2010). *Sjuksköterskors specialistutbildning – vilken slags examen?* Rapport 2010:5 R. Stockholm; Högskoleverket.
- Josefsson, K., Sonde, L. & Robins Wahlin, T-B. (2006). Registered nurses' education and their views on competence development in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006 Jan 17; [Epub ahead of print].
- Kanungo, R.N., & Wright, R.W. (1983). "A Cross-Cultural Comparative Study of Managerial Job Attitudes", *Journal of International Business Studies*, Vol 14 (2) s. 115-129.
- Katzenbach, J. (2003). "Pride: a strategic asset", *Strategy & Leadership*, Vol 31 (5), s. 34-38.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*, 4 utgåva, Fagbokforlaget, Oslo.
- Kjellström, S. (2012). Fokusgrupper. M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92) Lund: Studentlitteratur.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. USA: Sage Publications.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitative forskningsintervjun*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi – att låta en värld öppna sig*. Första upplagan. Liber AB, Stockholm.

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

Lokensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund. Studentlitteratur.

Machungwa, P.D., & Schmitt N. (1983). "Work Motivation in a Developing Country", *Journal of Applied Psychology*, Vol 68 (1) s. 31-42.

Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., & Kaira, AM. (2004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*. (2004) 12, 329-336.

Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar. (2013). Stockholm: Socialstyrelsen, artikelnummer: 2013-6-7.

Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Slovenien.

Pelletier, D., Donoghue, J., & Duffield, C. (2003). Australian nurses' perception of the impact of their postgraduate studies on their patient care activities. *Nurse Education Today*. (2003) 23, 434-442.

Psykiatriska riksföreningen – PRF, & Svensk sjuksköterskeförening – SSF. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot psykiatrisk vård*.

Rambur, B., McIntosh, B., Palumbo, M.V., & Reinier, K. (2005). Education as a Determinant of Career Retention and Job Satisfaction Among Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. (2005) 37(2) 185-192.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2015-02-23 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.

Socialstyrelsen. (2012). *Termbanken*. Hämtad 2015-04-05 från <http://socialstyrelsen.iterm.se/printterm.php?ftid=745>.

Socialstyrelsen. (2014). *Fortsatt brist på läkare och specialistsjuksköterskor*. Hämtad 2015-01-05 från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014januari/fortsattbristpalakareochspecialistsjukskoterskor>

Svensk sjuksköterskeförening - SSF (2008). *Strategi för att utveckla vården*. Stockholm.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om...Vårdmiljöns betydelse*. Stockholm.

Hämtad 2015-03-05 från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.vardmiljons.betydelse.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening – SSF (2014a). *Satsa på specialistsjuksköterskan – för säkrare, tryggare och effektivare vård*. Stockholm.

Svensk sjuksköterskeförening – SSF (2014b). *STRATEGI för kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. Stockholm.

Sveriges kommuner och landsting. (2012). *Modellområdesprojektet*.

Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. ISBN:91-7307-008-4. Tryck Elanders Gotab.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 193-214) Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L., Rydenlund, K., & Kulzer, S. (2010). *Att vara specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå* (ss 395–421). Lund: Studentlitteratur.

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

GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

Specialistsjuksköterskor inom slutna psykiatrisk vård slutar vilket medför att kompetensen inom slutenvården minskar. Internationell forskning visar att det finns ett direkt samband mellan sjuksköterskors kompetens och patienters möjligheter till överlevnad, färre symtom och ökat välbefinnande. Syftet med studien är att belysa orsakerna till varför specialistsjuksköterskor inom slutna psykiatrisk vård slutar.

Hur går studien till?

Studien kommer att genomföras i form av två gruppintervjuer (fokusgrupp) på maximalt 1½ timma. Du kommer i god tid att få en inbjudan med uppgift om tid och plats. En grupp kommer att bestå av fyra sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk vård. Den andra gruppen kommer att bestå av fyra vårdenhetschefer inom slutna psykiatrisk vård. Vårt samtal kommer att spelas in på diktafon. Intervjun kommer att skrivas ut ordagrant och analyseras. Resultatet kommer sedan att redovisas som en uppsats vid Göteborgs Universitet.

Finns det några för- eller nackdelar med att delta?

Vi tror inte att du ska uppleva något obehag med anledning av intervjun. Fördelar kan vara att du får möjlighet att berätta och reflektera kring aktuella frågor. Det kan upplevas positivt att du bidrar till ny kunskap i ett obeforskat område.

Hantering av data och sekretess

Det insamlade materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig får tillgång till det. Enskilda individer kommer inte att kunna identifieras i uppsatsen. När studien är avslutad förstörs insamlat material.

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet av studien kan du ta del av genom att kontakta någon av nedan angivna personer.

Frivillighet

Deltagandet är frivilligt. Du kan avbryta ditt deltagande i studien när som helst utan att ange skäl.

Ansvariga för studien:

Maria Rodriguez Lora
mail: xxxxxx

Paula Jonasson
mail: xxxxxx

Handledare: Lektor fil.dr. Ann-Sofie Magnusson
mail: xxxxxx

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet

Skriftligt informerat samtycke till att delta i undersökningen om ”Orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom slutenvården psykiatrisk vård slutar”

Jag har muntligen fått information om undersökningen. Jag har också fått tillfälle att ställa frågor som blivit besvarade. Jag samtycker till att delta i undersökningen och mitt deltagande är frivilligt. Jag är medveten om undersökningens syfte och genomförande och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande i undersökningen.

Deltagarens underskrift

Datum

Namnförtydligande

Informationen given av



INBJUDAN

Vi är två sjuksköterskor som läser specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatrisk vård. Vi ska nu skriva en D-uppsats kring orsaker till varför specialistsjuksköterskor inom slutenvård psykiatrisk vård slutar. Metoden vi använder oss av kallas för fokusgrupp.

En fokusgrupp är en specifik intervjuteknik inom kategorin gruppintervju för att samla in kvalitativa data i ett ämne. En grupp kommer att bestå av fyra sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatrisk vård. Den andra gruppen kommer att bestå av fyra vårdenhetschefer inom slutenvård psykiatrisk vård. Vi kommer att fungera som moderator och observatör under gruppintervjun. Gruppintervjun kommer att spelas in på diktafon och materialet kommer att behandlas konfidentiellt.

Om du får förhinder och inte kan komma är det mycket viktigt att du lämnar återbud så tidigt som möjligt för att vi ska ha möjlighet att finna en ersättare.

Du är välkommen att delta i vår fokusgrupp:

Tid

Plats

I samband med intervjun kommer vi att bjuda på fika.

Tack för att du vill medverka!

Med vänlig hälsning

.....
Maria Rodriguez Lora

xxxx-xx xx xx

mail: xxxxxx

.....
Paula Jonasson

xxxx-xx xx xx

mail: xxxxxx

Ann-Sofie Magnusson
Lektor fil.dr., handledare
mail: xxxxxx

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet