

Psykiatrisjuksköterskors upplevelse av samarbete mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård

– En intervjustudie

FÖRFATTARE	Sara Grizelj Amanda Wilkens
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning mot psykiatrisk vård/ OM5380 HT 2014 - VT 2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ann-Sofie Magnusson
EXAMINATOR	Helena Wigert

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk): Samarbete mellan psykiatrisk sluten- och öppenvård: Psykiatrisjuksköterskans upplevelser

Titel (engelsk): Cooperation between psychiatric inpatient and outpatient care: Experience of the psychiatric nurse.

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs/kurskod/: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård, Examensarbete i omvårdnad, OM5380

Arbetets omfattning: 15 högskolepoäng

Sidantal: 25

Författare: Sara Grizelj & Amanda Wilkens

Handledare: Ann-Sofie Magnusson

Examinator: Helena Wigert

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Sjuksköterskan är en nyckelperson i att samverka med andra vårdaktörer. För att personer med psykisk sjukdom ska få en smidig övergång mellan sluten- och öppen psykiatrisk vård krävs det att samarbetet mellan dessa enheter är välfungerande. Övergången mellan enheterna har stor betydelse för psykiatriska patienters vård ur ett helhetsperspektiv. Det förutsätter en transparens och tillgänglighet mellan enheter, vilket inte alltid är fallet. **Syfte:** Syftet med studien är att undersöka hur psykiatrisjuksköterskor upplever samarbetet mellan den slutna och öppna psykiatriska vården. **Metod:** En kvalitativ metod valdes för studien. Sex specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård intervjuades, tre från varje område. För att bearbeta materialet gjordes en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** I analysen framkom fem kategorier: *kommunikation* och *tillgänglighet*, *personlig kännedom*, *organisation*, *övergång mellan sluten-och öppenvård* samt *verksamhet*. Det blev tydligt att sjuksköterskorna upplevde att organisationen på olika sätt försvårade samarbetet mellan enheter. Organisation var också den kategori som överlappade de övriga kategorierna. Flera av de andra kategorierna gick in i eller förutsatte varandra. Samtliga kategorier gav insikt i vad som kan hindra respektive främja samarbete mellan enheterna samt även hur övergången påverkas. **Konklusion:** Alla sjuksköterskor utom en uppgav den personliga kännedomen som viktig för hur kommunikationen och tillgängligheten fungerade, detta hängde även ihop med hur övergången blev för patienten. Det framkom en generell skepticism gentemot organisationen som helhet och de förslag till förbättringar som kom uppifrån. Täta omorganiseringar uppgavs leda till ökad arbetsbelastning, svårigheter att införa rutiner och hög personalomsättning. Dessa faktorer kunde i sin tur leda till stress då sjuksköterskan inte upplevde sig ha möjligheten att utföra den vård som hen önskade.

Nyckelord: psykiatrisk omvårdnad, psykiatrisk slutenvård, psykiatrisk öppenvård, samarbete, sjuksköterskors upplevelser, övergång

ABSTRACT

Background: A nurse has a central role in cooperating with other care agents. In order for a person with a psychiatric illness to experience a smooth transition between inpatient and outpatient care the cooperation between the units need to be well-functioning. The transition between the units has great importance for the psychiatric patients care from a holistic perspective. This requires transparency and availability between units, which isn't always the case. **Purpose:** The purpose of the study is to study how psychiatric nurses experience the cooperation between psychiatric inpatient and outpatient care. **Method:** A qualitative approach was chosen for the study. Six psychiatric nurses were interviewed, three from each unit. To process the material qualitative content analyze was used. **Results:** Five categories were formed from the material; *communication and availability, personal knowledge, organization, transition between outpatient and inpatient care* and *occupational organization*. It became clear that the interviewed nurses experienced that the organization made cooperation between care units harder. The category organization overlapped the other categories. Many of the categories were intertwined and affected each other. All the categories gave insight to what factors had negative or positive affect on the cooperation transition between the units. **Conclusion:** All the interviewed nurses except one felt that personal knowledge of colleagues at other care agents was important for communication and availability. These factors were also found to be important for the transition between the units from the patients' perspective. The interviews revealed skepticism toward the organization as a whole and the suggestion of occupational improvement that were pitched from higher up in the organization. According to the interviewed nurses constant organizational changes led to a high workload, difficulties to establish routines and losing personal. These factors could lead to stress due to the perception of not being able to for the patient in full extent.

Keywords: cooperation, psychiatric care, psychiatric inpatient care, psychiatric outpatient care, nurse experience, transition

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Psykiatrisk vård	1
Teori om övergångar	2
Sjuksköterskans ansvar i psykiatri	3
Omvårdnadsetik	3
Forskning kring övergången mellan sluten-och öppenvård	4
Problemformulering	5
SYFTE	6
METOD	6
KVALITATIV DESIGN	6
URVAL	6
Inklusions- och exklusionskriterier	6
DATAINSAMLING	6
ANALYS	7
TROVÄRDIGHET OCH ÖVERFÖRBARHET	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	8
KOMMUNIKATION OCH TILLGÄNGLIGHET	9
PERSONLIG KÄNNEDOM	10
ÖVERGÅNG MELLAN SLUTEN- OCH ÖPPENVÅRD	11
ORGANISATION	12
VERKSAMHET	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
Personlig kännedom	16
Förbättringarbete	16
Organisation	17
<i>Moralisk stress</i>	17
Slutsats	18
REFERENSLISTA	20
BILAGOR	23
BILAGA 1 Forskningspersonsinformation	23
BILAGA 2 Intervjuguide	25

INTRODUKTION

INLEDNING

En välfungerande vårdkedja är en viktig del i omvårdnaden av personer med psykisk sjukdom. Sjuksköterskan i allmänhet och specialistsjuksköterskan i synnerhet har utveckling av verksamhet som en del av sitt professionsutövande. Patienten är beroende av hela vårdkedjan och upplevelsen av vården grundas inte enbart på den enskilda verksamheten. Fokus på den enskilda verksamheten är därför otillräcklig och blicken måste lyftas till att inkludera ett större perspektiv.

Utifrån vår erfarenhet som blivande specialistsjuksköterskor i psykiatri med erfarenhet från både psykiatrisk slutenvård och öppenvård, har vi upplevt att patienten efterfrågar tillgänglighet och transparens och en förståelse för det större perspektivet när de förhåller sig till vårdkedjan. Det förutsätter att samarbetet mellan slutenvård och öppenvård fungerar.

Sjuksköterskan är en nyckelperson i att samarbeta med olika vårdaktörer. Vår erfarenhet är att sjuksköterskor inom psykiatri ofta uttrycker en frustration över bristfällig samverkan mellan olika enheter. Sjuksköterskors upplevelser av samarbete med andra vårdaktörer är ett viktigt område att undersöka då det har en stor betydelse för psykiatriska patienters vård ur ett helhetsperspektiv.

BAKGRUND

Inledningsvis beskrivs hur den psykiatriska vården utvecklades till att öppenvård och slutenvård blev två separata enheter. Sedan introduceras teorin om övergångar för att lyfta vad det kan innebära för patienten att förflyttas mellan enheter i vårdkedjan. Sjuksköterskans ansvar i vårdkedjan beskrivs utifrån gällande riktlinjer. Det presenteras även hur ansvarsområden hör ihop med sjuksköterskans etik. Termen moralisk stress introduceras slutligen.

Psykiatrisk vård

Vård och stöd till personer med psykisk sjukdom har i Sverige, liksom runt om i västvärlden, genomgått stora förändringar. Idag sker en stor del av vården i den öppna vården och vikten av fungerande samverkan mellan olika vårdaktörer betonas (Lundin & Mellgren, 2012).

Under 1900-talets första hälft utökade mentalsjukhusens vårdplatser och satsningar på ökad standard genomfördes. Mentalsjukhusen låg ofta skilda från samhället och patienter vårdades där under långa perioder. De anklagades även för att vara instrument för social kontroll snarare än vårdande institutioner där en återgång till samhället försvårades. Avinstitutionaliseringen som påbörjades under andra hälften av 1900-talet både i Sverige och övriga västvärlden orsakades av en rad samverkande faktorer bland annat identifierade missförhållanden, stora vårdkostnader samt nya vetenskapliga framsteg. Avinstitutionaliseringen syftade främst till att nedmontera de stora mentalsjukhusen till förmån för andra mer samhällsnära alternativ (Markström, 2003).

Öppenvårdsmottagningarna som växte fram skulle vara nära befolkningen den vårdade, helst i lokalsamhället för att normalisera vården. Slutenvård skapades i anslutning till de somatiska sjukhusen. Utvecklingen blev således med öppen- och slutenvård åtskilda såväl rumsligt som organisatoriskt. Många av dessa nya idéer kom att samlas under beteckningen sektorisering (Markström, 2003). Man ville öka inriktningen på mer förebyggande åtgärder, samordna snarare än avgränsa arbetsuppgifter. Det uttalades krav på samverkan både mellan psykiatri och socialtjänst men också mellan psykiatri och den somatiska vården. Dock blev koordineringen av insatser kring den psykiskt sjuka patienten svårare att genomföra då man hade både nya

organisationer och yrkeskategorier att samarbeta med. Otydliga ansvarsområden och olika traditioner kan ha legat bakom dessa svårigheter (Magnusson, 2010). Det uppstod även brister i planering och samverkan i genomförandet av utskrivningsprocessen från slutenvården till öppenvården och patienter kom att hamna mellan stolar. För att undersöka hur behovet och situationen såg ut tillsattes en utredning. Denna utredning ledde fram till psykiatrireformen som började gälla år 1995, härmed tydliggjordes ansvarsfördelningen mellan psykiatri och socialtjänst samt kommunernas ansvar för att ge boende, daglig sysselsättning och stöd. Ledorden för denna reform var normalisering och delaktighet i samhället (Magnusson, 2010). Trots stora ambitioner bidrog inte reformen mot öppenvård alltid till förbättringar för de psykiatriska patienterna, många patienter skrevs ut hospitaliserade och utan fungerande öppenvård. Flera boende- och sysselsättningsformer var ännu inte fullt utvecklade och många patienter blev isolerade i sina boenden. Det beskrivs även hårt belastade anhöriga (Lundin & Mellgren, 2012).

I den mer nutida integrerade vården betonas än mer ett helhetsperspektiv runt patienten där bland annat vikten av fungerande samordning mellan berörda myndigheter poängteras. År 2006 presenterades den nationella psykiatrisamordningen, en ny utredning gällande vilka behov som behövde säkerställas för att höja kvaliteten i vården till personer med psykisk sjukdom. Ökad kompetens och mer evidensbaserade metoder skulle tillämpas, kommunerna och landstingens organisationer behövde bli mer flexibla, behovsanpassade och samverkansinriktade (Lundin & Mellgren, 2012).

Teori om övergångar

För att belysa patientens perspektiv i övergången mellan sluten- och öppenvård använder vi teorin om övergångar utvecklad av Meleis, Sawyer, Messias och Schumer (2000). Förändringar i livet kan inleda processen av en övergång som kan definieras som att passera från ett tillstånd till ett annat över tid. Övergångar är ett centralt koncept i omvårdnad och kan kännetecknas av en begynnelse, en tid av osäkerhet och instabilitet och en slutpunkt med nyvunnen stabilitet, men den kan även vara mycket mer komplex. Det finns olika slags övergångar som patienten kan befinna sig i och patienten kan även genomgå flera övergångar samtidigt. Övergången mellan olika vårdenheter i vårdkedjan kallas för en organisatorisk övergång. En sådan övergång kan, men behöver inte vara, förknippad med någon annan typ av övergång som till exempel en hälsorelaterad övergång. En organisatorisk övergång med byte av vårdaktör innebär ny miljö, ny personal och nya rutiner. Denna övergång kan innebära hälsorisker men kan också leda till ökat välbefinnande. En kritisk förändring i hälsa hos en individ initierar en hälsorelaterad övergång. I en hälsorelaterad övergång är en patient sårbar för ökad ohälsa men det är även en möjlighet för ökad hälsa. Exempel på förändringar i hälsa är en diagnos, rehabilitering eller tillfrisknande (Meleis et al. 2000).

För att en övergång ska vara hälsofrämjande krävs det att patienten kan bemästra den nya situationen, att uppnå en balans och kontroll trots förändrad livssituation. En hälsofrämjande övergång innebär även att patienten kan integrera förändringar med sin identitet, till exempel behålla eller återgå till en positiv självbild även med en psykiatrisk diagnos. Sjuksköterskan har en central roll för att övergången från sluten till öppenvård och från öppenvård till slutenvård ska innebära hälsosam övergång för patienten. Det ingår i sjuksköterskans roll att förbereda patienter för kommande hälsoförändringar och förmedla kunskaper och färdigheter som hälsoförändringar hos en patient kräver. För att stödja patienten i övergången ska sjuksköterska kunna identifiera vad övergången innebär för den enskilda patienten och utifrån det anpassa vårdåtgärder. Konkreta exempel på terapeutiska vårdhandlingar som sjuksköterskan

kan användas för att främja en positiv övergång är information, samtal, samordning och stöd (Meleis et al. 2000).

Specialistsjuksköterskans ansvar i psykiatri

I den psykiatriska vården har specialistsjuksköterskan tillsammans med andra yrkesgrupper ansvar över samverkan kring patienten. Enligt Socialstyrelsens (2010) nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom ska den psykiatriska vården bland annat innehålla god kontinuitet och sammansatta vårdåtgärder för ett effektivt omhändertagande. Vårdgivarna inom psykiatri bör ha gemensamma utarbetade strukturer för konsultation samt övertagande av patienten mellan olika vårdnivåer. Tidsmässiga och resursmässiga prioriteringar krävs i övertagande.

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen i psykiatrisk vård (2008) beskrivs att psykiatrisjuksköterskan ska stödja och främja multidisciplinär samverkan på alla nivåer. Hen ska även i samråd med patienten initiera adekvat informationsöverföring och samverkan i vårdkedjan för att uppnå kontinuitet, effektivitet, kvalitet och patientsäkerhet. I kompetensbeskrivningen för psykiatrisjuksköterskor (2008) framförs även att hen ska medverka och systematiskt initiera förbättringsarbete i patientsäkerheten.

Ett nära samarbete mellan olika enheter är viktigt för att patienten ska känna trygghet och inte behöva vänta på den vård hen behöver. God kommunikation mellan sluten och öppenvård är även viktigt för att minska den stress det innebär för patienten att vid varje nytt vårdtillfälle behöva säga samma saker flera gånger (Schröder, Ahlström & Larsson, 2006).

Samarbete kan här definieras som det konkreta arbete som faktiskt utförs. Samverkan innebär att en slags gräns korsas för att samarbetet skall kunna äga rum, till exempel mellan professioner, myndigheter eller mellan enheter. Samverkan är snarare en önskan om att samarbete ska ske och behöver inte betyda att så sker. För att samverkan ska kunna fungera är det viktigt att personerna det innefattar har en gemensam uppfattning om vad målet är (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2013).

Omvårdnadsetik

Etik är centralt för sjuksköterskeyrket. Sjuksköterskeyrket är en profession vilket innebär ett samhällsansvar och mandat samt auktoritet som bygger på hög formell utbildning. När ett yrke definieras som en profession ingår det att yrket har en professionsetik (Christoffersen, 2007). Till exempel har Svenska sjuksköterskeförbundet (2007) utgett ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. I denna etiska kod framhålls sjuksköterskans ansvar att interagera, påverka och dela ansvar med samhället. ICN (2007) framhåller att sjuksköterskeprofessionen har ansvar för att utarbeta omvårdnad som främjar säkerhet och vårdkvalitet. Omvårdnad innehåller per definition en etisk dimension och omvårdnadsvetenskaplig kunskap och utveckling följs åt av fördjupad etisk kunskap.

När sjuksköterskan förhindras att göra det hen tror är bäst för sina patienter för att institutionella hinder omöjliggör detta kan sjuksköterskan uppleva moralisk stress. Moralisk stress kan definieras som en *“smärtsam psykisk obalans som uppstår när man är medveten om den rätta handlingen, men hindras att vidta den på grund av tidsbrist, ledningens motstånd, inhibitoriska maktstrukturer, organisationens policy eller juridiska hänsyn”* (Dahlqvist, 2008 s 17). I mötet med psykiskt lidande människor väcks medlidande hos sjuksköterskan, om denne då känner sig förhindrad att visa sitt medlidande i konkreta handlingar på grund av olika faktorer som till exempel tidsbrist eller stor arbetsbelastning, kan detta skapa moralisk stress. Detta kan i sin tur leda till känslor av vanmakt och utmattning men också allvarliga psykiska och

fysiska symtom. Moralisk stress kan rimligtvis förknippas med dåligt samvete där organisationen ses som hindret för sjuksköterskan att ge den vård hen vill och tror på. Det finns studier som sammanlänkar moralisk stress och utbrändhet och därför är termen viktig att belysa ur ett sjuksköterskeperspektiv (Dahlqvist, 2008).

Forskning kring övergången mellan slutenvård och öppenvård

Vikten av övergången mellan slutenvård och öppenvård lyfts i forskning. Det argumenteras att en välfungerande övergång både ökar kostnadseffektivitet och patientsäkerhet i den psykiatriska vården. Det lyfts även fram att patientens engagemang i den egna vården är av vikt för en fungerande övergång mellan enheterna.

Den psykiatriska vården har som ambition att lägga mer fokus på öppenvård än slutenvård. Individanpassande alternativ behöver tas fram för många patienter för att de ska kunna tillgodogöra sig den vård som öppenvården erbjuder. Det är även viktigt att engagera patienten i den egna vården för att hålla kvar patienten i öppenvården (Hautala- Jylhä, Nikkonen & Jylhä, 2005).

Inom den psykiatriska vården i USA har det definierats att det finns en liten grupp patienter, 10-20 procent, som står för stora vårdkostnader. De patienterna är frekvent inskrivna i slutenvården, har dålig compliance i sin öppenvård och har en nedsatt funktion. Många inläggningar i slutenvården kan förklaras med att öppenvården inte lyckas fånga upp dessa patienter. En smidig övergång från slutenvård till öppenvård tillsammans med att skapa sätt att involvera dessa patienter i sin öppenvård skulle kunna minska inläggningar och kostnader för denna patientgrupp. Detta underbyggs med att det har i USA visat sig att tvångsvård i öppenvården har minskat inläggningar i slutenvården (Bowersox, Saunders & Berger, 2013). Om patienten inte etablerar kontakt i öppenvård efter slutenvård är risken ungefär det dubbla att patienten återvänder till slutenvården inom ett år. Det har visat sig att i USA så har ca 50 % av patienterna som skrevs ut från slutenvården ingen tid till öppenvården inom trettio dagar. Och av de som har en tid dyker ca 50 % inte upp till den första tiden (Pfeiffer, Ganoczy, Bowersox, McCarthy, Blow & Valenstein, 2011).

Kontinuitet i vården är viktigt för att förhindra långa vårdtider i slutenvården och för att få bra resultat med svårt sjuka patienter (Hautala- Jylhä et al., 2005). Om patienten initialt efter utskrivning från slutenvård närvarar i öppenvården är utsikten större att de fortsätter sin vård i öppenvården på längre sikt. Därför är övergången från slutenvård till öppenvård kritisk där många patienter lämnar vården (Bowersox et al., 2013). I USA har det tagits fram information om att veckorna efter en utskrivning från psykiatrisk slutenvård är en riskfylld period, med ökad suicidrisk. En effektiv övergång från slutenvård till öppenvård är viktig för att behålla processen av tillfrisknande, undvika återfall och nya inläggningar och för att undvika att patienten är en fara för sig själv och i värsta fall suiciderar (Pfeiffer et al., 2011).

Pfeiffer et al. (2011) undersöker eftervård hos patienter som har varit ineliggande i den psykiatriska slutenvården på grund av depression. Tillgängligheten till öppenvården borde ske i rätt tid för att förbättra eftervård i anslutning till utskrivning från slutenvård. Ingen effekt har påvisats på den ökade suicidrisken efter en utskrivning då patienten fått en tid till öppenvård inom trettio dagar. På grund av detta borde patienten få en uppföljande tid inom kortare tid, förslagsvis sju dagar. Ett ökat stöd i övergången är även önskvärt, till exempel kan det vara bra att etablera en kontakt med öppenvårdsbehandlare under inläggning i slutenvård (Pfeiffer et al., 2011).

Dokumentation är ett sätt att kommunicera mellan sluten- och öppen vård. Information och dokumentation om patienten ska vara lättillgänglig och uppdaterad. Det är även viktigt att patienten har tillgång till information och att vården blir logisk för patienten (Hautala- Jylhä et al., 2005).

Det är viktigt att optimera kvaliteten av öppenvård för de extra utsatta patienter som kommer från slutenvården. Bland annat för att öka patientens engagemang i sin egen vård. Ökat engagemang motiverar patienten i övergången mellan enheterna och ökar patientens närvaro i öppenvården (Pfeiffer et al., 2011). Vikten av att möta personer i liknande situation framhålls. Grupperterapi eller öppenvård som sker i anslutning till slutenvård där andra patienter finns kan öka patientens engagemang i den egna vården (Bowersox et al., 2013 & Hautala- Jylhä et al., 2005). En väletablerad och fungerande professionell relation mellan patienter och behandlare ökar även patientens engagemang. Kommunikationen bör upprätthållas från behandlarens sida när patienten inte är förmögen till kommunikation. Behandlare och patient bör utforma en plan för vad man ska göra om man inte får tag på patienten, till exempel ringa en anhörig eller annan professionell kontakt. Patientens medverkan i planeringen av sin egen vård ökar även patientens engagemang (Hautala- Jylhä et al., 2005).

Ett förslag till ökat stöd i övergången från sluten- till öppen vård är att patienten får en case-manager. En case-manager kan beskrivas som en nyckelperson i ett tvärprofessionellt team som samordnar teamets insatser för en patient. En case-managers funktion är även att bedöma patientens behov av stöd, upprätthålla individuella vårdplaner, följa upp dessa och se till att de utvärderas kontinuerligt. Närvaron av patienter på erbjudna öppenvårdstider efter utskrivning från slutenvården jämfördes innan och efter en case-manager kopplades in, och man kunde se en ökning av närvaron med statistisk signifikans (Orlosky, Caiati, Hadad, Arnold & Camarro, 2007). Metoden att samarbeta mellan enheter genom att tillsätta en case-manager har prövats i Sverige. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) prövade 2005 och framåt case-management i utvalda landsting. Utvecklingsarbetets fokus var målgruppen personer med psykiatrisk problematik och missbruk och personer med psykiatrisk samsjuklighet. Projektet var inriktat på samverkan mellan många olika enheter till exempel psykiatrin, socialtjänst, primärvården och försäkringskassan. Samarbetet mellan psykiatrisk sluten- och öppenvård belyses inte särskilt i detta projekt (Ekermo & Zovko, 2007).

Ett annat förbättringsarbete, som undersöks av Hautala- Jylhä et al. (2005), är en integrerad öppen- och slutenvård, där patienten återvänder till slutenvården för sina öppenvårdsbesök. På så sätt har redan patienten en etablerad relation med personal och miljö. En ansvarig sjuksköterska utses för varje patient för behandling och koordination av vård. Så småningom kan patienten lämnas över till öppenvården utanför sjukhuset genom initiala gemensamma besök där patienten lär känna sin nya behandlare och sedan överlappande besök under en övergångsperiod. Tillgängligheten ökar för patienten och hen är alltid välkommen att kontakta slutenvårdsavdelningen som är öppen dygnet runt (Hautala- Jylhä et al., 2005).

Problemformulering

Vikten av fungerande samarbete mellan sluten- och öppenvård betonas i forskning och förbättringsarbeten för att främja detta område utforskas. Inom Sverige är forskningsunderlaget gällande samarbetet mellan den psykiatriska slutna och öppna vården tunt. Sjuksköterskans roll i övergången mellan sluten- och öppenvård är viktig då samarbetet mellan enheterna och förbättringsarbete kring samarbetet är en del av sjuksköterskans ansvarsområde. Professions-etiskt har även sjuksköterskan ett ansvar att stödja patienten i organisatoriska och hälsorelate-

rade övergångar. Hur sjuksköterskan upplever samarbetet är dock oklart eftersom sjuksköterskans perspektiv inte har studerats.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka hur psykiatrisjuksköterskor upplever samarbetet mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård.

METOD

KVALITATIV DESIGN

Då syftet med studien var att undersöka psykiatrisjuksköterskans upplevelse av samarbetet mellan slutenvård och öppenvård valde vi att utföra semistrukturerade kvalitativa intervjuer. Den kvalitativa metoden har sitt ursprung i den holistiska traditionen vilket innebär att det inte finns någon sanning eller fel i en erfarenhet, verkligheten kan uppfattas på många olika sätt. Och studien formas i den kontext som skapas mellan forskare och informant. Vid val av en kvalitativ metod finns ett intresse hos forskaren att beskriva, förklara eller tolka ett fenomen (Danielsson, 2014).

URVAL

Sex psykiatrisjuksköterskor intervjuades, tre från slutenvården och tre från öppenvården. Sex personer intervjuades då det ansågs vara ett tillräckligt urval för att ringa in upplevelser hos denna grupp. Urvalet var strategiskt. Det innebär att deltagarna valdes utifrån att det har erfarenhet av det fenomen som är i fokus (Henricsson & Billhult, 2014). Då vi önskade få en fördjupad bild från båda perspektiven i samarbetet valde vi deltagare jämnt fördelat från öppen- och slutenvård. Fem enhetschefer tillfrågades via e-post för ett första godkännande för att kunna gå vidare och kontakta psykiatrisjuksköterskor på respektive enheter. Tio psykiatrisjuksköterskor tillfrågades och erhöll forskningspersonsinformation (bilaga 1) över e-post. Sju sjuksköterskor var positiva till att delta i studien, varav sex stycken valdes ut utifrån arbetsplats och efter vilka datum de kunde delta. Både män och kvinnor intervjuades, intervjudeltagarna var samtliga över 35 och i yrkesverksam ålder.

Inklusions-och exklusionskriterier

Inklusionskriterie var att informanten skulle ha en specialistutbildning i psykiatrisk vård. Avsikten med detta var att deltagarna antas ha rik erfarenhet av fenomenet och kan ge så kallade informationsrika beskrivningar (Henricsson & Billhult, 2014). Ett annat kriterium var att deltagarna arbetade inom den allmänpsykiatriska specialistpsykiatrin antingen i öppen- eller slutenvård. Ingen särskild arbetstidserfarenhet krävdes. Exklusionskriterier var att personen som utförde intervjun inte hade arbetat med informanten, detta för att informanten skulle vara fri att uttrycka sina åsikter och inte bli begränsad av att ta hänsyn till en före-detta kollega.

DATAINSAMLING

En semistrukturerad intervju valdes som intervjumetod, detta för möjligheten att kombinera öppna frågor med förutbestämda områden inom ämnet. Detta gav författarna en möjlighet att styra intervjun och gav samtidigt deltagaren möjlighet och utrymme att själv välja vilka erfarenheter hen ville delge. Denna typ av metod har sitt fokus på mötet mellan författaren och informanten. Den kvalitativa intervjun gav möjlighet till fördjupning i det som undersöks samt möjlighet för författaren att vara följsam, öppen och flexibel. En inledande öppen fråga om erfarenheterna av samarbetet mellan slutenvård och öppenvård ställdes. Sedan följde reflekterande stödfrågor för förtydliganden, samt alternativt för att styra in informanten mot studiens syfte. För att fokus skulle hållas genom intervjun utvecklades en intervjuguide (bilaga 2) med

den övergripande frågan och stödord som representerar områden som anses vara intressanta gentemot syftet. Frågeområdena var i öppen form (Danielsson, 2014 & Thompsson, 2011).

Samtliga intervjuer utfördes på informanternas arbetstid, vilket respektive chef hade godkänt. Detta för att underlätta tidsmässigt för de som skulle intervjuas. Intervjuerna pågick i genomsnitt 30 minuter och spelades in på ljudfil. Intervjuerna transkriberades och anonymiserades. Allt forskningsmaterial förstördes efter att intervjuerna var transkriberade. Ingen ekonomisk ersättning betalades ut till deltagarna. Intervjuerna skedde enskilt mellan deltagare och den ena författaren. Då vi och deltagare arbetar i samma organisation kunde personlig kännedom inte uteslutas, dock utfördes ingen av intervjuerna med tidigare kollega.

ANALYS

Kvalitativ innehållsanalys valdes för att bearbeta intervjumaterialet. Det möjliggör en djupgående beskrivning och tolkning av materialet (Danielsson, 2014). En induktiv analys valdes där materialet analyseras från det specifika till det generella (Elo & Kyngäs, 2008). Detta då det inte finns någon tidigare forskning som behandlar studiens syfte. I den kvalitativa metoden använder författaren sig själv som forskningsinstrument vilket kan vara både en styrka och en svaghet beroende på författarens förståelse och tidigare erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna började med en naiv läsning av intervjumaterialet och rörde sig mellan delar och helhet i materialet för att få en större förståelse utifrån ett hermeneutiskt förhållningssätt. Målet är att närma sig betydelsen av fenomenet utifrån informanternas upplevelser (Danielsson, 2014). Ur den transkriberade texten väljs meningsbärande enheter ut. Det är viktigt att den meningsbärande enheten blir tillräckligt korta för att skapa en övergriplighet men utan att förlora meningen i texten. De meningsbärande enheterna kondenseras till väsentliga ord som sedan abstraherades till koder (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. Beskrivning av analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad enhet	Kod	Kategori
Det här med tillgänglighet är kanske svårare från vårt perspektiv i öppenvården, vi har ju själva inbokade samtal hela dagen och kan inte svara i telefon när som helst.	Tillgänglighet svårt från öppenvårdsperspektiv.	Otillgänglighet i öppenvård.	Kommunikation och tillgänglighet.

TROVÄRDIGHET OCH ÖVERFÖRBARHET

Resultatanalysen diskuterades mellan författarna och mellan författarna och handledaren för intern och extern genomgång i syfte att öka resultatets trovärdighet. Citat användes i resultatet för att analysen ska vara nära materialet, även detta för att öka trovärdighet och öka läsarnas möjlighet att bedöma överförbarheten. Resultatet kan inte generaliseras men kan teoretisk överföras till liknande kontexter i sitt sammanhang. (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004 & Kvale, 1997).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Inför studier krävs forskningsetiska övervägande. Studier som rör människor har särskilda prövningar. Riktlinjer för etikkommitténs granskning av forskningsprojekt utgörs av forskningsetiska principer för förhållandet mellan forskare och deltagare. Dessa principer består av fyra huvudkrav: samtyckeskravet, informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Dessa krav har varit vägledande i uppsatsens studie samt i forskningspersonsinformationen (Vetenskapsrådet, 1990).

Samtyckeskravet innebär att deltagarna i en undersökning har rätt att bestämma över sitt medverkande. Detta kräver bland annat att samtycke till studien inhämtas av forskarna och att deltagarna har rätt att avsluta sin medverkan i studien när som helst under studiens gång. Det bör inte finnas ett beroendeförhållande mellan forskare och deltagare. Deltagarna i den aktuella studien tillfrågades och informerades med forskningspersonsinformation (se bilaga 1) över e-post. Deras svar finns dokumenterat skriftligt på arbetsmejlen. Deltagarna kan till viss del känna ett socialt ansvar att delta i studien med tanke på den personliga kännedom som finns mellan sjuksköterskor i specialistpsykiatri. Detta kan eventuellt ha påverkat att deltagarna inte upplevde full frihet att tacka nej att medverka. Deltagarna fick tydlig information att de hade rätt att när som helst avsluta sin medverkan i studien. De informerades om detta inför studien och fortlöpande under studiens gång (Vetenskapsrådet, 1990).

Den viktigaste regeln i informationskravet är att deltagarna ska informeras om studiens syfte. Forskarna bör även beskriva i stora drag hur studien ska genomföras. Risker ska redovisas och det rekommenderas även att vinster av studien i ett större perspektiv ska betonas. I denna information ska det även tydligt framgå att medverkan är frivillig. Forskningspersonsinformationen som skickade till deltagarna inför intervjuerna innehöll information i enlighet med informationskravet (bilaga 1). Riskerna för deltagande i intervjuerna bedömdes vara låg. Förhoppning är att deltagarna upplever en möjlighet att bidra med viktig och fördjupad information om det aktuella ämnet som ett led i ett större utvecklingsarbete, samt en möjlighet till personlig reflektion i ämnet (Vetenskapsrådet, 1990).

Konfidentialitetskravet innebär att deltagarna ska ges största möjliga konfidentialitet. Ett övervägande som bör tas i beaktning är dokumentation av intervjuerna. I den aktuella studien bandades intervjuerna och transkriberades sedan i skrift, varav det inspelade materialet raderades. Resultaten kommer bli offentliga genom att de färdiga uppsatserna läggs ut på nätet. Alla medverkande informanter kommer vara anonyma i den färdiga uppsatsen (Vetenskapsrådet, 1990).

Nyttjandekravet kräver att resultaten i studien endast används i forskningssyfte (Vetenskapsrådet, 1990).

RESULTAT

Analysen resulterade i fem huvudkategorier enligt följande; Kommunikation och Tillgänglighet, Personlig kännedom, Övergång mellan sluten- och öppenvård, Organisation samt Verksamhet.

Kommunikation och tillgänglighet sätts samman i en gemensam kategori på grund av att det ena området förutsätter det andra. Övergången mellan sluten- och öppenvård menas som den tid då patienten befinner sig mellan två enheter. Med verksamhet menas sjuksköterskornas egna arbetsplatser och med organisationen den övergripande strukturen.

KOMMUNIKATION OCH TILLGÄNGLIGHET

De flesta informanterna upplevde att mindre enheter och ett geografiskt nära avstånd mellan enheterna främjade tillgängligheten och påverkade kommunikationen positivt. Detta jämfördes med att olika organisationsförändringar lett till att enheterna nu blivit allt större och det upplevdes negativt för tillgängligheten och kommunikationen. Flera av informanterna hade erfarenhet av att arbeta i mindre enheter som låg närmare varandra rent geografiskt och uppgav att det främjade samarbetet på det sättet att överslagningar och inblick i varandras arbetsuppgifter var möjliga på ett sätt som i nuvarande organisation var svår.

Informanterna från slutenvården önskade samtliga ökad tillgänglighet från öppenvården. De beskrev svårigheter i att nå patientansvariga personer per telefon och även via andra kommunikationsmedel vilket skapade frustration och missnöje. En informant från slutenvården uttryckte att det var helt omöjligt att få prata med en sjuksköterska i öppenvården. För vissa var det hjälpsamt med andra kommunikationsmedel än telefon, där använde man sig av både fax och videokonferenser. Det framkom från samtliga informanter att den höga arbetsbelastningen påverkade deras möjligheter att vara tillgängliga för kontakt med andra enheter. Bristen på tillgängligheten innefattade då både att upprätthålla tillgänglighet via förutbestämda rutiner som svårigheter att nå patientansvariga sjuksköterskor.

Ett problem som samtliga informanter från öppenvården tog upp var en frustration över att vårdplanerna inte läses av slutenvården, detta upplevde de blev tydligt när patienten kunde få vård och medicinska åtgärder som gick helt emot vårdplanen och målsättningen där. Vikten av en uppdaterad och välformulerad vårdplan betonades då den kunde vara ett viktigt kommunikationsmedel mellan slutenvården och öppenvården.

“Vi har olika tänk, där är det ett akut tänk och vi har ett långsiktigt tänk. Till exempel ibland har vi patienter som vi arbetat länge med nedtrappning av vissa mediciner och så blir patienten inlagd och vips så sätts alla mediciner in igen och så börjar det om.. Det vore ju bra om personalen från slutenvården ibland läste vårdplanen från öppenvården så man någorlunda följer samma mål...”

Samtliga informanter upplevde att det blev märkbart när kommunikationen brast. Det kunde handla om viktig information om patienten, en informant menade att om patienten träffade en sjuksköterska i öppenvården några dagar innan hen blev inlagd, så skulle det varit bra för slutenvården att få en rapport hur patienten uppfattades då. Genom en regelbunden kontakt mellan enheterna slapp också patienten att behöva berätta samma saker flera gånger.

Samtliga informanter upplevde sin egen yrkesprofession som en nyckelperson i kommunikationen med andra vårdkontakter. Det beskrevs som en av sjuksköterskans huvuduppgifter. Även om det fanns en tydlig uppfattning om att så var fallet var det inte helt okomplicerat, en av informanterna beskrev att det kunde upplevas som en börda att hela tiden vara tillgänglig för att kommunicera med andra, att det var jobbigt och stressande att hela tiden kunna bli störd i arbetet.

“Jag tror att sjuksköterskan står för 90 procent av all kommunikation med omvärlden. Men det är ju inte bara bra, att hela tiden vara tillgänglig, det är också jobbigt att alltid bli störd eller avbruten i sitt arbete...”

Informanterna från öppenvården beskrev att de kan uppleva att orimliga krav ställdes på dem i att vara tillgängliga för kontakt. De upplevde att det blev problematiskt eftersom de oftast är

uppbokade i patientsamtal hela arbetsdagar och därför inte kunde vara flexibla på det sätt som de upplevde att slutenvården önskade. Dessa upplevda orimliga krav upplevdes stressande och svåra att leva upp till.

“Jo, men det ingår ju i mitt arbete att samordna och hålla kontakt med andra enheter, absolut, men det här med tillgänglighet är kanske svårare från vårt perspektiv i öppenvården, jag menar vi har ju själva inbokade samtal hela dagen och kan inte vara tillgängliga i telefonen hela tiden, det går inte...”

Tidsbrist togs upp som en anledning till att man sällan läste respektive enheters dokumentation, dock var samtliga överens om att det i längden kunde spara tid och vara mer effektivt.

Det framkom att ett av de mest centrala förbättringsområden på kliniken handlade om att förbättra kommunikationen mellan öppen och slutenvård. Den mest konkreta nyligen införda rutinen tid-i-handen är en rutin som syftar att möjliggöra en tidigare tid för vissa patienter till öppenvården. Rutinen innebär att en sjuksköterska från öppenvården skall ringa en gång i veckan till avdelningar som de samarbetar med och förhöra sig om vilka patienter som är inskrivna och vilka som är i behov av en snabb uppföljning. Denna rutin uppfattades av samtliga informanter som positiv. Vissa informanter från slutenvård beskrev dock att det inte var tillräckligt.

“Tid-i-handen är en bra rutin, men vi behöver fler än en person vi kan kontakta på telefon i öppenvården, någon vi kan ringa när det behövs, inte bara en gång i veckan, det är för lite.”

PERSONLIG KÄNNEDOM

De flesta informanterna uppgav att det var viktigt för samarbetet att känna till sjuksköterskor på andra enheter. Det beskrevs som underlättande att ha ett känt ansikte framför sig när man pratade i telefon.

“Det underlättar enormt. Att känna till varandra skapar lagkänsla, ett vi-tänk, för det blir så lätt ett vi och ni tänk, så för att motverka det så tror jag jättemycket på personlig kännedom, det skapar ju också mer arbetsglädje och blir nog inte heller lika mycket irritationer.”

Endast en av informanterna uppgav att den personliga kännedomen inte var av betydelse, organisationen upplevdes för stor och föränderlig för det. Samma informant upplevde inte att hon behövde ha så mycket kontakt med den andra enheten.

“Sjuksköterskor inom slutenvården byts ju ut ganska ofta så jag tror inte det är så stor skillnad om man har personlig kännedom eller inte, inte i den här organisationen, den är för stor och föränderlig.”

En främjande faktor för personlig kännedom var gemensamma möten, utbildningsdagar och regelbundna telefonsamtal med samma person. Det upplevdes lättare att samarbeta med de sjuksköterskor man kände till och gjorde samarbetet med andra enheter mer lustfyllt. Ett begränsat antal medarbetare uppgavs främja personlig kännedom, så även en gemensam arbetsyta alternativt närhet mellan enheter.

Hindrande faktorer för personlig kännedom uppgavs vara brist på tid, till exempel uteblivande på vårdplaneringar, samverkningsmöten och andra gemensamma möten. En annan hindrande faktor som togs upp var hög personalomsättning, det upplevdes svårt att lära känna varandra med vetskapen om att många framförallt i slutenvården slutar, detta uppgav samtliga sjukskö-

terskor från öppenvården vara ett stort problem. För många medarbetare uppgavs också vara en hindrande faktor för personlig kännedom. Samtliga sjuksköterskor var också inne på att det var allas ansvar att verka för goda relationer mellan enheter.

ÖVERGÅNG MELLAN SLUTEN- OCH ÖPPENVÅRD

När de intervjuade sjuksköterskorna beskrev övergången för patienterna mellan slutenvård och öppenvård beskrev de flesta övergången som en viktig del i arbetet. De flesta menade även att det var sjuksköterskan som bar ansvaret för samarbete mellan vårdaktörer. Att arbeta med övergången beskrevs som tidskrävande. Till exempel beskrev en sjuksköterska att lägga in en patient från öppenvård till slutenvården var en komplex och tidskrävande process.

“Så själva inläggningen kan ju, alltså om patienten läggs in i ett akut läge när jag träffar den så kan det ta rätt mycket tid.”

Slutenvårdens ansvar att förbereda för patienten och informera patienten inför utskrivning och övergången till öppenvården poängterades från de deltagare som arbetar i öppenvården.

“Det är ju slutenvården som ska se till att allting är bäddat för patientens tills dom kommer till öppenvården.”

Deltagarna beskrev att kompetenser skiljde sig åt mellan slutenvård och öppenvård. Det beskrevs också att sjuksköterskorna på de olika enheterna inte hade inblick i varandras arbete. Tydlig överrapportering var viktig för övergången.

Samtliga deltagande sjuksköterskor beskrev brister som uppkom i samarbetet kring övergången mellan enheterna. Det beskrevs att ansvar i övergången brister, bland annat nämns det från en sjuksköterska i slutenvården att sjuksköterskor från öppenvården uteblev från vårdplaneringar. Enligt vissa deltagare efterföljdes inte alltid redan bestämd ansvarsfördelning. Det beskrevs även att ytterligare rutiner för övergången behövde utvecklas och införas. Ett problem som nämndes är att patienter skrevs ut från slutenvården med förväntningar som inte öppenvården kunde infria.

“...från båda håll är det ju viktigt att ge tydlig och realistisk information, att inte lova guld och gröna skogar, det är ju båda enheters ansvar att se till att patienten inte blir lovad något som inte är möjligt.”

Deltagarna beskrev att stöd behövdes för att främja sjuksköterskans arbete med övergången. Det var bland annat viktigt med stöd från läkare. De ska vara lättillgängliga och ta ansvar för sin del av arbetet med övergången.

“...sen så behöver man alltid stöd från läkare i och med att det är, det har ju med det är med recept och diagnoser och sjukskrivning. Det är ju deras område, kan vi inte göra något åt.”

Det var även betydelsefullt med chefens stöd och kollegialt stöd enligt de intervjuade.

Många av deltagarna lyfte fram vad som var viktigt i övergången utifrån patientens perspektiv. Efter patienten var utskriven från slutenvården och innan patienten hade sitt första besök i öppenvården beskrevs som en problematisk tid. Ett problem som lyftes fram från slutenvårdens håll var att det inte fanns några snabba tider i öppenvården och att vissa patienter hann återvända till slutenvården innan deras första besök i öppenvården. I öppenvården beskrevs en upplevelse att vissa patienter fick den tid de behövde i slutenvården och var färdigvårdade när de skrevs ut. Men att det också hände att vissa patienter skrevs ut för tidigt. Det beskrevs

även att för vissa patienter var övergången svår och att det kunde hända att de inte hade de resurser som krävdes för att klara övergången oavsett vilka insatser som gjordes.

“...men tiden mellan utskrivning och ett första besök här är ju lite svår, där hänger ju patienten ofta lite i luften...”

Något som nämndes som en viktig insats för patienten i övergången mellan sluten-och öppenvård var att hen hade en tid till öppenvården innan utskrivning från slutenvården. Detta ansågs bland annat ge en mer motiverad patient. Andra aspekter som nämndes som viktiga för patienten i övergången var kontinuitet och att enheterna förmedlade till patienten att de var samstämmiga. Det var även viktigt att sjuksköterskorna på de olika enheterna förmedlade att de hade information och kunskap om hela patientens sjukdomsförlopp och inte bara den situationen som patienten befann sig i när de mötte henne eller honom. Detta kunde man bland annat försöka uppnå genom att från öppenvårdens håll kontakta patienten när den var inlagd i slutenvården.

“...patienten ska förstå både att slutenvården har förstått hur det brukar vara och hur våran kontakt ser ut och hur tillståndet brukar vara, men nu är det så här och tvärtom. Alltså att dom ska se att vi också har förstått hur det har vart när dom har varit så sjuk.”

När vårdkedjan fungerade gav det en positiv känsla däremot när arbetet kring övergången mellan sluten-och öppenvård brast så var det otillfredsställande för sjuksköterskan. Det beskrevs till exempel att det var obehagligt att behöva berätta för patienten om de långa väntetiderna till öppenvården och att det ingav en känsla av maktlöshet och stress. Det beskrevs från deltagarna att det kunde kännas som det var sjuksköterskans personliga ansvar att vårdkedjan skulle fungera.

“Först och främst frågar patienten när får jag träffa öppenvården, då blir man ju alldeles spänd, man kan inte säga något, kanske dröjer det två eller tre månader. Dom får lite panik då.. det känns oproffsigt, då ligger allt ansvar på oss och ibland känner jag att ansvaret ligger på mig som sjuksköterska.”

Deltagare berättade att patienten blev otrygg när vårdkedjan brast. Och när patienten var missnöjd upplevde sjuksköterskan otrygghet. Det beskrevs även att de olika enheterna kunde ge patienterna oralistiska förväntningar i övergången. Dessa orimliga krav som då ställdes på sjuksköterskan var stressande. Det var viktigt att ge realistisk information till patienterna. När sjuksköterskan istället hade möjlighet att infria patientens förväntningar gav detta en tillfredsställande känsla.

“När det stämmer med uppföljningen och patienten upplever att det som sägs också sker i praktiken så känns det ju väldigt bra för mig som sjuksköterska.”

När nya patienter i slutenvården skulle initieras i öppenvården skedde det genom ett remissteam. Detta kunde bidra till en känsla av osäkerhet då beslutet om patientens tillhörighet och även till viss del behandlare inte låg hos teamet där sjuksköterskan ingick med andra yrkeskategorier.

ORGANISATION

En av deltagarna, som hade jobbat en längre tid inom organisationen, beskrev att det hade skett flera organisationsförändringar under den tid hen hade varit anställd. En annan deltagare uppgav att det var svårt att ha förtroende för verksamhetsutvecklingen. Utvecklingen i organi-

sationen har varit att gå från mindre enheter till större. Utvecklingen beskrevs av deltagarna som en negativ förändring för samarbetet mellan enheterna. Den stora organisationen beskrevs som svårarbetad och det nämndes även att en stor organisation försämrade samarbete mellan enheterna. Ett stort antal medarbetare ledde till ökad anonymitet.

Av samtliga deltagare problematiserades organisationens resurser. Arbetet beskrevs återkommande som högt belastad. Hög belastning hindrade tillgänglighet och bristande personalresurser försvårade samarbetet. Sjuksköterskorna som intervjuades problematiserade även organisationens höga personalomsättning. Hög personalomsättning försvårade för personlig kännedom och etablering av nya rutiner. Det ställde även större krav på att rutinerna skrevs ner. Det beskrevs även att det var svårt var man skulle lägga ambitionsnivån för samarbetet i övergången mellan enheterna. En sjuksköterska frågade sig vad som var rimligt att hinna med i det stora patientflödet.

“Det är svårt för mig faktiskt att veta riktigt hur mycket man ska göra av det grundliga som görs där, här. Och var ska man lägga nivån och hur ska man jobba. Det är liksom något som jag håller på med fortfarande.”

När vårdkedjan inte fungerade på grund av organisatoriska faktorer ledde detta till frustration. Frustrationen uttrycktes även kring att det var svårt att etablera rutiner i en ständigt föränderlig organisation. En trötthet uttrycktes kring hög personalomsättning, det upplevdes att organisationen inte tog hand om sin personal.

“...men som du vet så är det svårt att behålla personal i psykiatrin, speciellt i slutenvården, jätteproblem faktiskt, så ofta har jag en ny person jag skall lära upp och efter några månader hon säger upp sig, man blir lite trött, det är svårt att få sjuksköterskor att stanna.. då är det också svårt att skapa nya rutiner, vi jobbar ofta (visar med handen vid halsen)”

Det beskrevs att en viktig del i arbetet var att ha utrymme att handla moraliskt och kunna skapa en trygghet för patienten och när den möjligheten inte fanns skapade det stress och frustration.

“Vi blir otrygga och känner oss maktlösa när patienten kommer i kläm, när patienten inte får den vård hen behöver.”

VERKSAMHET

Med verksamhet avses de mottagningar eller avdelningar där sjuksköterskorna själva är verksamma. Ett återkommande tema i intervjuerna är rutiner. Rutiner behövdes för att samarbete kring övergången skulle fungera. Det beskrevs att information om nya rutiner gällande övergången var bristfällig och ibland följdes inte de rutiner som redan fanns. Rutiner hade gått förlorade när organisationen förändrades. Det beskrevs även att följsamhet till rutiner var personlig och att bristande följsamhet till viss del kunde bero på hög personalomsättning.

“Det är nästan alltid så att det är vissa personer som följer det här gamla mönstret, som har det i sig att det ska göras, men det är inte självklart att det händer.”

En sjuksköterska problematiserade att ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper var otydlig. Sjuksköterskans ansvar för samarbete mellan enheterna var inte tydligt avgränsat från andra yrkesgrupper.

Rutiner nämndes även i samband med förbättringsområden. En deltagare menade att sjuksköterskorna som skulle använda sig av rutiner också borde skapa dem. Sjuksköterskan borde axla ansvar i utförande även om chefen hade det yttersta ansvaret att det fanns rutiner. Det beskrevs även att det var viktigt att skapa rutiner skrevs ner så de fanns kvar när personal slutade. Generellt ansåg deltagarna att förbättringsarbete genomfördes bäst tillsammans. Många deltagare poängterade vikten av arbete med den egna vårdkedjan och att träffas som yrkesgrupp. Sjuksköterskemöten nämndes som ett exempel och även organisationsdagar som sjuksköterskor från olika enheter hade tillsammans. Detta för att tillsammans diskutera hinder och förstärka det som var bra i samarbetet. Flera deltagare nämnde vikten av att träffas för att etablera kollegiala relationer. Det beskrevs även att sjuksköterskorna kunde ansvara för att föra nya rutiner och information vidare till andra yrkesgrupper.

“... att man jobbar lite med sin egen vårdkedja, att man hittar mötesplatser för detta. Och tar upp svårigheter och hinder och bra saker som man vill förstärka.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

För att besvara studiens syfte, psykiatrisjuksköterskors upplevelser av samarbetet mellan psykiatrisk slutenvård och öppenvård, valdes en kvalitativ metod. Styrkan med vald metod är att det ger intervjuaren möjlighet till ökad förståelse av informanternas subjektiva upplevelser av fenomenet (Kvale, 1997). Oklarheter i frågan som ställdes eller svaret som gavs kunde direkt förtydligas och därmed minskade risken för feltolkningar eller missförstånd. Resultatet påverkas alltid av forskaren för att forskaren använder sig själv som instrument. Detta kan både skapa bredd eller begränsa resultatet beroende på personkemi och aktuell situation. (Henricsson & Billhult, 2014). Det var viktigt att personen som utförde intervjun var en neutral person till den som skulle intervjuas. Fördelen med att relationen mellan informant och intervjuerperson är sjuksköterska – sjuksköterska är att relationen undviker ojämlikhet (Vetenskapsrådet, 1990). Dock utfördes intervjun inte i rollen som sjuksköterska utan som författare till denna studie.

I samband med att personerna tillfrågades om deltagande i studien informerades de om att ljudupptagning skulle ske och ingen motsatte sig detta. Patel & Davidsson (2011) menar att deltagarna kan bli påverkade av vetskapen om att svaren de ger blir inspelade och kommer att analyseras. Huruvida detta påverkade deltagarnas upplevelse av situationen och vilka svar som gavs är svårt att bedöma men samtliga informanter delade generöst med sig av sina erfarenheter kring fenomenet.

Vi utformade en intervjuguide som stöd vid intervjun för möjligheten att styra intervjun mot studiens syfte. Intervjun började dock med en öppen övergripande fråga som motsvarade syftet med studien och redan där kom mycket information som gick in under samtliga stödfrågor. Ibland behövde intervjuerpersonen ledas tillbaka till ämnet och intervjuguiden var då en stor hjälp (Danielson, 2014).

Förförståelse är en tillgång, men kan också vara ett hinder. På grund av att vi arbetar i specialistpsykiatri och har erfarenhet från både öppen- och slutenvård och övergången där i mellan har vi en kunskapsstillgång. Det är dock viktigt att inte tolka materialet utifrån sin förförståelse utan låta “texten tala” (Graneheim & Lundman, 2003). Vi har fört en diskussion i och med att vi har varit två som läst samtliga intervjuer och genomfört analysen. Detta ökar tillförlitligheten i resultatet (Graneheim & Lundman, 2008). Eftersom kvalitativ analys vilar på antagandet att upplevelsen av verkligheten är subjektiv råder det delade meningar om extern valide-

ring (Graneheim & Lundman, 2003). Dock anser vi att på grund av vår interna förförståelse har diskussion med vår handledare som har en extern aspekt varit av vikt.

Sex stycken sjuksköterskors intervjuades för studien. Kvalitativ innehållsanalys har ett syfte att belysa området utifrån varierande erfarenheter och valet av deltagare har betydelse för resultatets giltighet (Graneheim & Lundman, 2008). Psykiatrisjuksköterskor som arbetar i specialistpsykiatrin i aktuell storstad är en homogen grupp och inte stor till antalet. Vi har intervjuat både män och kvinnor. Deltagarna är alla över 35 och i yrkesverksam ålder, inom detta spann har vi intervjuat sjuksköterskor med olika ålder. Trots en viss demografisk variation har deltagarna många gemensamma erfarenheter och den största upplevda skillnaden var mellan de som jobbade i sluten- respektive öppenvård. Inga ytterligare demografiska uppgifter samlades in då det inte ansågs relevant för resultatet. Då vi som utför studien arbetar inom specialistpsykiatrin kommer personlig kännedom till viss del spela roll i rekryteringen. Detta innebär även att det finns risk för viss personlig kännedom mellan informant och textförfattare.

Traditionellt inom kvalitativ innehållsanalys menas det att kategorier ska vara inbördes kompletta och externt exkluderande. Vi valde dock att organisera vissa koder under mer än en kategori. Detta för att fånga komplexiteten av mänskliga erfarenheter där olika kategorier inte alltid kan särskiljas från varandra (Graneheim & Lundman, 2003). Detta medförde både fördelar och nackdelar i resultatet. Det framgår tydligt i resultatet att de olika kategorierna samspelar och går in i varandra, men det kan även medföra en viss upprepning i kategorierna.

Abstraktion i innehållsanalys kan genomföras på olika nivåer och samma analys kan innehålla flera abstraktionsnivåer samtidigt (Graneheim & Lundman, 2008). Att använda benämningen kategori innebär traditionellt inom innehållsanalys en representation för det manifesta innehållet. Både manifest och latent analys innebär en tolkningsprocess fast med olika djup och abstraktion. Vi har valt att använda benämningen kategori då våra tolkningar är manifesta och av beskrivande karaktär (Graneheim & Lundman, 2003). Ambitionen i analysen har varit att varken abstrahera för mycket och förlora det manifesta innehållet eller att vara för textnära och förlora djupet i materialet som kommer fram genom tolkning (Elo & Kyngäs, 2007)

RESULTATDISKUSSION

Det uppenbarades utifrån intervjumaterialet att de olika aspekterna av det upplevda samarbetet var sammanflätade och det fanns en påverkan mellan kategorierna. Mänskliga upplevelser är komplexa och går in i varandra och att kategorisera upplevelser kan innebära en förenkling (Graneheim & Lundman, 2003).

Kategorin kommunikation och tillgänglighet och kategorin personlig kännedom överlappade och förutsatta varandra relaterat till samarbetet mellan enheterna. Dessa kategorier hade även påverkan på övergången mellan sluten- och öppenvården både från sjuksköterskans och patientens perspektiv. Den egna verksamheten med dess rutiner och förbättringsarbeten handlande till stor del om ovanstående kategorier. Den övergripande organisation påverkande alla aspekter av samarbete och beskrev som en hindrande faktor i alla kategorier.

Kommunikation och tillgänglighet ingick i vår intervjuguide och var två faktorer som vi förväntade oss vara tätt förknippade med varandra och med samarbetet mellan enheterna. Kommunikation är en konst som utgör en grund för samarbetet och tillgänglighet är en förutsättning för kommunikation (Rosengren, 2014). De intervjuade sjuksköterskorna tar både upp hur

samarbetet är beroende av tillgänglighet och kommunikation och utmaningarna och svårigheterna med att vara tillgänglig i sitt arbete.

De upplevelser av samarbetet som vi diskuterar och fördjupar oss i är vikten av personlig kännedom och utmaningar med förbättringsarbeten i verksamheten. Resonemang kring betydelsen av övergången mellan enheterna förs. Utmaningar med organisationens påverkan lyfts fram och även hur sjuksköterskan kan påverkas då hen upplever hinder i sitt arbete.

Personlig kännedom

Något som vi var intresserade av att utforska i intervjuerna och hade med i intervjuguiden är vilken betydelse personlig kännedom mellan sjuksköterskorna på olika enheter har för samarbete mellan slutenvård och öppenvård. Enligt Rosengren (2014) är det viktigt med goda relationer mellan medarbetare på olika plan i organisationen för att skapa gemensamma mål i dagens komplexa och föränderliga vård. Samtliga deltagare utom en framhöll personlig kännedom som betydelsefullt för samarbetet.

Informanterna menade bland annat att personlig kännedom gav en upplevelse av ökad tillgänglighet. Andra exempel på betydelsen av personlig kännedom som angavs var att det ger en förståelse för den andres arbete, inger en teamkänsla och kollegial känsla och ger ökad glädje i arbetet. Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén (2013) menar att medarbetare i vården är starkt beroende av kommunikationen med andra medlemmar i teamet och att arbetsklimatet är deras upplevelse av hur denna kommunikation ser ut. Förekomsten av konstruktiva kontroverser i ett teamarbete är en viktig faktor för att uppnå goda resultat samt för teammedlemmarnas eget välbefinnande.

De flesta intervjudeltagarna menade att personlig kännedom är bristande i verksamheten men att utvecklade kollegiala relationerna skulle kunna förbättras i samarbetet. Enligt Rosengren (2014) skapar goda kollegiala relationer förståelse mellan olika enheter. Bristande personlig kännedom påverkade samarbetet negativt genom att de olika enheterna saknade insikt i varandras arbete. En aspekt som framkom i intervjuerna var att oavsett om informanten jobbade i slutenvård eller öppenvården nämnde de flesta informanter något om hur den andre enheten inte levde upp till sitt ansvar i något område.

Intervjudeltagarna lyfter fram att personlig kännedom är en viktig faktor för samarbete mellan enheter. Det skulle vara intressant att ytterligare utforska denna aspekt och hur verksamheten skulle kunna arbeta med att förbättra samarbetet genom att gynna personlig kännedom mellan sjuksköterskor på olika enheter. Ett fungerande samarbete mellan olika aktörer byggs på kollegiala relationer och det åligger sjuksköterskan som vårdledare att skapa samspel mellan olika enheter (Rosengren, 2014). Några exempel som deltagarna tar upp som eventuella förbättringsområden är mer personlig kontakt per telefon, gemensamma utrymmen, gemensamma sjuksköterskemöten och gemensamma utbildningsdagar. I det aktuella läget ansåg deltagarna generellt att organisation hindrade personlig kännedom på olika sätt. Till exempel bidrog organisationsförändringar till geografiska avstånd och fler medarbetare.

Förbättringsarbete

Det uttrycktes generellt en skepticism kring förslag på förbättringar som kom uppifrån ledningen bland intervjudeltagarna. Förslagen på förbättringar upplevdes inte vara förankrade i verkligheten och de upplevdes ofta som fint formulerade ord som ingen riktigt kunde förstå. Flera deltagare uttryckte att organisationen till och med påverkade samarbetet mellan enheter negativt. Hög belastning sågs som ett hinder för förbättringsarbeten. Eriksson, Holgers &

Muller (2013) menar att många medarbetare i vården har en relativt svag och outvecklad relation till sin arbetsgivare och ser snarare organisationen som en plats där de kan utöva det yrke de önskar. Flera deltagare uttryckte en uppgivenhet i att de inte upplevde att ledningen lyssnade till deras önskemål och att besluten ändå fattades över deras huvuden. Eriksson et al (2013) menar att det är viktigt att organisationen skapar gemensamma incitament så att varje profession och enhet känner ett ansvar och en drivkraft att utveckla vården. Professionerna skall inte bara se till sitt eget sakområde utan till patientens behov ur ett helhetsperspektiv.

Organisation

Ett ämne som inte fanns med i vår intervjuguide men som samtliga deltagare tog upp i intervjuerna var hur organisationen på olika sätt påverkade samarbetet mellan slutenvård och öppenvård negativt. En del av organisationens påverkan som togs upp av deltagarna är de organisationsförändringar som skett de senaste tio åren. Förändringar i organisationen menar deltagarna luckrar upp etablerade rutiner. Samarbetet har även påverkats negativt genom att enheter har släppts ihop eller flyttats längre ifrån varandra. Det tas även upp av deltagarna att hög belastning och långa väntetider i organisationen påverkar samarbetet negativt. Hög personalomsättning påverkar även samarbetet då det dels försvårar personlig kännedom och dels försvårar etablering av rutiner och förbättringsarbeten.

Några av deltagarna beskrev frustration och stress när organisationen på olika sätt hindrar dem att samarbeta eller arbeta med övergången mellan slutenvård och öppenvård på de sätt som är deras ambition. Deltagare beskriver även en skam i mötet med patienten när de anser att stödet eller samarbetet i övergången fallerar.

En övergång mellan slutenvård och öppenvård kan tyckas vara en simpel organisatorisk övergång. Trots detta beskrivs det att övergången kan framkalla stress, frustration och skam hos sjuksköterskan. Teorin om övergångar beskriver hur en organisatorisk övergång kan initieras eller vara sammanflätad med en hälsorelaterad övergång (Meleis et al. 2000). Enligt Meleis et al. (2000) är det centralt i omvårdnad att kunna identifiera de övergångar patienten genomgår och stödja patienten i dessa. Sjuksköterskorna i vår studie beskriver tiden mellan slutenvård och öppenvård som en svår och riskabel tid för patienten. En informant beskriver till och med att vissa patienter inte verkar ha resurserna att klara övergången från slutenvård till öppenvård. Detta understödjs av forskning som visar på att tiden efter utskrivning från en slutenvårdsavdelning är en riskabel tid för patienten (Pfeiffer et al., 2011). Att skrivas ut från eller in i slutenvården innebär en stor förändring för patienten oavsett om man är etablerad inom psykiatri eller inte. När patienten skrivs ut förväntas personen återgå till ett självständigt liv utanför en skyddad avdelning. Och när en patient skrivs in i slutenvården kan det innebära att man erkänner sig behöva hjälp och det kan även leda till att patienten får en ny diagnos. Alla dessa hälsoförändringar är svåra utmaningar att möta. För att en övergång mellan enheterna ska kunna bli en hälsofrämjande övergång krävs det att patienten får stöd i processen att integrera alla dessa potentiella förändringar i sin identitet (Meleis et al. 2000).

Förståelsen att övergången mellan slutenvård och öppenvård även innebär en hälsorelaterad övergång kan förklara reaktioner som skam och frustration hos intervjudeltagarna när de upplever att övergången inte blir bra för patienten. Att stödja patienten i en övergång är en viktig del i omvårdnad (Meleis et al. 2000). När sjuksköterskan upplever sig hindrad av organisationen att utföra det arbete som faller inom sjuksköterskans ansvarområde kan stress uppstå.

Moralisk stress

Sjuksköterskans samvete utmanas inte bara av lagstiftning, etiska riktlinjer, prioriteringar eller krav från patienten och anhöriga utan också av hens egna ideal och normer (Dahlqvist, 2008). Graden av moralisk känslighet och samvete är helt unik för varje människa och därav också risken för att utveckla moralisk stress. Den syn personen har på sitt samvete påverkar både nivån av stress det dåliga samvetet skapar samt vilka strategier hen har för hantera sitt dåliga samvete.

För mycket ansvar i förhållande till vad man mäktar med, att ständigt känna otillräcklighet och ha ett dåligt samvete som behöver dövas är alla indikatorer som kan leda till psykisk ohälsa. Studier har även visat på signifikanta samband mellan utbrändhet och samvetsstress/moralisk stress (Dahlqvist, 2008). Flera deltagare uttrycker en stress över hur organisationens krav blir deras egna personliga ansvar. En deltagare uttryckte det som en känsla av att allt hängde på hen om patienten skulle få en snabbare uppföljning till öppenvården. Det var inte längre en organisatorisk fråga utan upplevdes vara sjuksköterskans eget ansvar och det var tungt att bära. En annan deltagare beskriver ett kroppsligt obehag och panikkänsla när patienter frågar om väntetider för uppföljning i öppenvården, hen beskriver att patienter ofta reagerar starkt med oro och att det leder till motstridiga känslor hos sjuksköterskan. Dessa känslor kunde bland annat vara en frustration över att vara en del av en organisation, att stå för vissa ideal som inte stämde överens med de egna personliga idealen.

Från både slutna och öppenvården beskrivs en upplevelse att den andra enheten ställer för orimliga krav. Kraven kunde till exempel vara att lova patienten en behandling av en viss profession som sedan inte kunde uppfyllas eller ansågs vara realistisk. Sjuksköterskan var då den som fick informera patienten att hans förväntningar inte skulle infrias och detta beskrevs av deltagarna som stressande. Ofta kunde patientens önskemål vara rimliga men omöjliga på grund av olika organisatoriska faktorer. Samtliga deltagare beskriver att de upplever sig ha en alldeles för hög arbetsbelastning och de ställer sig också frågande till vad den rimliga ambitionsnivån borde vara.

Vilka prioriteringar som skall göras kan ofta bli en källa till samvetskonflikt på grund av osäkerhet vems intressen som skall skyddas i första hand. Särskilt inom psykiatrin finns flera potentiella källor till samvetsstress (Dahlqvist, 2008).

Slutsats

Syftet med studien var att undersöka psykiatrisjuksköterskans upplevelse av samarbetet mellan slutna- och öppen psykiatrisk vård. Upplevelserna som tas upp av intervjudeltagarna handlar till stor del om hur praktiska aspekter av samarbetet har fungerat respektive inte fungerat. De känslomässiga upplevelser beskrivs i stor del utifrån mötet med patienten där positiva respektive negativa känslor uppstår beroende på om sjuksköterskan har kunnat motsvara patientens eller sina egna förväntningar.

Resultatet av vår studie visar att sjuksköterskornas upplevelser av samarbete mellan den slutna- och öppna psykiatriska vården är en komplex process som innefattar flera faktorer. Den övergripande organisationen beskrivs inom samtliga kategorier som en hindrande faktor som på olika sätt ökar arbetsbelastningen negativt och i onödan. Det framkommer ständigt omorganiseringar vilket bidrar till svårigheter att skapa och bibehålla rutiner och att driva igenom förbättringsarbeten. Detta försvårar den personliga kännedomen om varandra, vilken poängteras av de flesta deltagarna som en viktig faktor för ett nära samarbete. När den personliga kännedomen inte finns där försvåras kommunikationen och tillgängligheten vilket i sin tur påverkar samarbetet negativt. Detta leder till en icke optimal övergång för patienter, vilket

innebär att sjuksköterskan som står patienten närmast behöver hantera känslor av skam, oro och stress vilket i förlängningen kan leda till psykisk ohälsa och eller att sjuksköterskan inte orkar med sitt arbete och väljer att lämna sin arbetsplats.

Vi tror att det är av stor vikt att de kollegiala relationerna mellan enheterna förbättras och att det behöver satsas mer på gemensamma mötesplatser. Det framkommer tydligt en generell skepticism från sjuksköterskorna vad gäller förslag på förbättringar när det kommer från ledningen. Det skulle vara önskvärt att sjuksköterskor på enheten kunde vara mer delaktiga och närvara kring beslut som rör förbättringsarbeten. Det behövs en kontinuerlig reflektion kring detta område och vi kan dra slutsatsen att trots ett utökat elektroniskt system så är fortfarande den personliga kontakten mellan sjuksköterskor viktig för ett samarbete som leder till en patientsäker och nära vård.

Det skulle vara intressant med fortsatt forskning kring den personliga relationens betydelse för samarbete mellan vårdenheter. Samarbete mellan den psykiatriska slutna- och öppna vården är tunt beforskat. Det skulle vara betydelsefullt med fortsatt forskning kring denna övergång både från ett sjuksköterske- och patientperspektiv.

REFERENSLISTA

- Bowersox, N.W., Saunders, S.M., & Berger, B. (2013). Post-inpatient Attrition from Care "As Usual" in Veterans with Multiple Psychiatric Admissions. *Community Mental Health Journal*, 49, 694-703.
- Christoffersen, S.A. (2007). Professioner och professionsetik -vad är det? Christoffersen, S.A.(Red.), *Professionsetik*. Malmö: Gleerups.
- Dahlqvist, V. (2008). *Samvete i vården -Att möta det moraliska ansvarets röster*. (Avhandling vid Umeås Universitet, institution för omvårdnad). Umeå Universitet.
- Danielsson, E. (2014). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 163-176). Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2014). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 329-342). Lund:Studentlitteratur.
- Edberg, A K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., Öhleèn, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå -kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekermo, M., & Zovko, D. (2007). *Att utbilda vävare och bygga vävstolar samtidigt* (Arbetsrapport, 2007:1). Västerås: Mälardalens Högskola
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107-115.
- Eriksson, N., Holgers, K M., Mullern, T. (2013). *Att utveckla vården. Erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* 24, 105-112.
- Graneheim, U.H & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Hautala-Jylhä, P.L., Nikkonen, M., & Jylhä, J. (2005). Continuity of care in psychiatric post-ward outpatient services-conceptions of patients and personnel concerning factors contributing to the continuity of care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 38-50.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2014). Kvalitativ design. I: Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*(s. 129-137). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hyltner, A. (2009). *IT-stöd för regiongemensam rutin för samordnad vårdplaneringsprocess*. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhus.

International Council of Nurses. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur:Lund.

Lundin, L., & Mellgren, Z. (2012). *Psykiska Funktionshinder -stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar*. Studentlitteratur AB:Lund.

Magnusson, A S. (2010). *Bilden av Psykiatriområdet- Nyhetsrapporteringen i Rapport 1980-2006*. Litorapid Media AB, Göteborg.

Markström, U. (2003). *Den Svenska Psykiatireformen- bland brukare, eldsjälur och byråkrater*. Urban Markström & Boreà Bokförlag.

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Messias, D.K.H., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Orlosky, M.J., Caiati, D., Hadad, J., Arnold, G., & Camarro J. (2007). Improvement of Psychiatric Ambulatory Follow-up Care by Use of Care Coordinators. *American Journal of Medical Quality*, 22(2), 95-97. Doi: 10.1177/1062860606297997

Patel, R & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (4., uppdat uppl) Lund: Studentlitteratur.

Pfeiffer, P.N., Ganoczy, D., Bowersox, N.W., McCarthy, J.F., Blow, F.C., & Valenstein, M. (2011). Depression Care Following Psychiatric Hospitalization in the Veterans Health Administration. *The American Journal of Managed Care*, 17(9), 358-364.

Psykiatriska Riksföreningen och Svensk Sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Stockholm: Psykiatriska Riksföreningen och Svensk Sjuksköterskeförening. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/psykiatrisk.Kompetensbeskr.pdf>

Rosengren, K. (2014). *Vårdledarskap – Att utveckla och förbättra framtidens vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Schröder, A., Ahlström, G., Larsson, BW. (2006). Patient`s perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a Phenomenographic study. *Journal Of Clinical Nursing* 15, 93-102.

SFS 1982:763. Hälsa och Sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.

Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (2013). *Kvalitet och Säkerhet inom Omvårdnad- sex grundläggande kärnkompetenser*. Studentlitteratur:Lund.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*.

Svenska läkarförbundet. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 2015-01-21 från, <http://www.slff.se/Forbundet/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/helsingforsdeklarationen/>

Thomson, H. (2011). *Reflexiva Intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2015-01-10 från, [http://www.codex.vr-se/texts/HSFR.pdf](http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf)

Forskningspersonsinformation

Den psykiatriska vården i Sverige bestod under 1900-talet av stora mentalsjukhus som låg avskilda från samhället. Under 1900-talets andra hälft kritiserades den här organiseringen, då den bland annat ansågs bidra till stigmatisering och hospitalisering av den psykiatriska patienten. Denna kritik mynnades ut i Psykiatrireformen 1995. I och med denna reform etablerades öppenvårdsmottagningar i nära anslutning till samhället, och slutenvård utvecklades till två åtskilda självständiga enheter inom den psykiatriska vården. Psykiatrin har sedan den stora reformen fått kritik på grund av bristande samverkan. Denna kritik har rört all samverkan och främst betonat bristande samarbete mellan kommun och landsting. Krav på samverkan inom den psykiatriska vården har formulerats. Sjuksköterskan har ofta en central roll i samverkan och vårdens övergångar. En välfungerande vårdkedja är en viktig del i omvårdnaden av psykiatriska patienter och brister i denna kan resultera i onödigt lidande för patienten. Syftet med studien är att beskriva den psykiatriska specialistsjuksköterskans upplevelse av samarbetet mellan slutenvård och öppenvård inom den psykiatriska specialistvården i Göteborg.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas på grund av att du är specialistsjuksköterska verksam inom specialistpsykiatrin i Göteborg. Även din chef har tillfrågats om din medverkan.

Tillvägagångssätt

Om du väljer att delta i studien kommer du medverka i en intervju med öppna frågor som beräknas ta ungefär 45 minuter. Det kommer finnas möjlighet att utföra intervjun på din arbetsplats under arbetstid.

Finns det några risker med att delta

Det finns inga definierade risker för dig att medverka i intervjun.

Finns det några fördelar med att delta

Ditt deltagande är ett viktigt bidrag i utvecklingsarbetet mellan öppen- och slutenvård, och i ett vidare perspektiv kommer studien bidra till att specialistsjuksköterskans upplevelser belyses.

Hantering av data och sekretess

Det dokumenterade materialet kommer att förvaras utom tillgång för obehöriga. När uppsatsen är avslutad förstörs materialet. Materialet kommer att kodas, och i uppsatsen är alla deltagare anonyma.

Information om resultat

Resultaten kommer att presenteras i en magisteruppsats på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet. För information om materialet kontakta nedanstående personer.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att förklara varför.

Sara Grizelj & Amanda Wilkens

Ansvariga

Amanda Wilkens

Legitimerad Sjuksköterska

0736-925890

amanda.wilkens@vregion.se

Sara Grizelj

Legitimerad Sjuksköterska

0768-604021

sara.grizelj@vregion.se

Handledare :

Ann-Sofie Magnusson

Universitetslektor, Filosofie doktor

Telefon 031-786 60 55

ann-sofie.magnusson@gu.se

Intervjuguide

Tillgänglighet

Vad har du för erfarenheter av tillgängligheten mellan-slutenvård?

Vad har sjuksköterskan för ansvar i detta?

Stöd

Hur ser du på vilket stöd du behöver i samarbetet mellan slutenvård och öppenvård?

Behöver patienten stöd i övergången mellan slutenvård och öppenvård? Hur ser du på patientens behov av stöd i övergången mellan slutenvård och öppenvård?

Vad har sjuksköterskan för ansvar i detta?

Relation

Hur tror du att relationen mellan sjuksköterskor i slutenvård och öppenvård påverkar samarbetet där i mellan?

Vad har sjuksköterskan för ansvar för relationen?

Kommunikationsvägar

Vad finns det för kommunikationsvägar? Hur upplever du att dessa kommunikationsvägar fungerar?

Vad har sjuksköterskan för ansvar för kommunikationen mellan slutenvård och öppenvård?

Övergången

Är patientens övergång mellan öppenvård och slutenvård viktig för dig som sjuksköterska?

Är övergången viktig ur ett patientperspektiv?

Förbättringsområden

Har du några tankar om hur samarbetet mellan slutenvård och öppenvård kan förbättras? Sjuksköterskans ansvar i detta?