



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SJUKSKÖTERSKA OCH PATIENT, JÄMBÖRDIGA PARTNERS I DEN RÄTTSPSYKIATRISKA VÅRDEN?

En kvalitativ studie med utgångspunkt i
sjuksköterskors erfarenheter av vårdrelationer

Emma Carlström

Karin Ek

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Lars-Olof Persson

Titel (svensk):	Sjuksköterska och patient, jämbördiga partners i den rättspsykiatriska vården. En kvalitativ studie med utgångspunkt i sjuksköterskors erfarenheter av vårdrelationer.
Titel (engelsk):	Nurse and patient, as equal partners in forensic psychiatric care. A qualitative study based on nurses' experiences of relationships to patients.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	60 hp
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Lilas Ali
Examinator:	Lars-Olof Persson
Nyckelord:	Sjuksköterska, rättspsykiatrisk vård, vårdrelation, partnerskap, personcentrerad vård

Sammanfattning:

Bakgrund: I Svensk sjukvård råder en ojämn fördelning mellan det traditionella sjukdomsfokuserade perspektivet och det humanistiska. Förändring behövs för att dessa två kunskapskulturer skall kunna samexistera och forskning pekar på att implementering av personcentrerad vård skall kunna skapa möjligheter för det. Personcentrerad vård beskrivs utifrån tre begrepp, patientberättelsen, partnerskapet och dokumentation. Alla tre delar är nödvändiga men partnerskapet beskrivs som det allra mest centrala. I partnerskapet möts vårdare och patient som likvärdiga partners och relationen präglas av förtroende, tillit och öppenhet. Implementering av personcentrerad vård har påbörjats inom svensk sjukvård men några resultat från den slutna psykiatriska vården har ännu inte redovisats. Den rättspsykiatriska vården är inte frivillig för patienten och den innehåller svåra etiska dilemman.

Syfte: Målet med denna studie är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att skapa samt upprätthålla vårdrelationer med patienter inom rättspsykiatrisk vård. Dessa erfarenheter används sedan för att försöka förstå hur ett partnerskap skall kunna te sig i denna kontext. **Metod:** Studien baseras på data från tre fokusgruppsintervjuer med totalt 11 sjuksköterskor från två olika enheter inom den rättspsykiatriska vården i Göteborg. De transkriberade fokusgruppsintervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats.

Resultat: Resultatet visar att det finns likheter mellan hur partnerskapet beskrivs och hur sjuksköterskorna beskriver sina erfarenheter av vårdrelationer. Sjuksköterskornas erfarenheter visar att de arbetsuppgifter som syftar till säkerhet till exempel visitationer av patienters rum försvårar relationsbyggandet. Möjligheter och främjande aspekter för relationsbyggande inom den rättspsykiatriska vården beskrivs av sjuksköterskorna. Det är fritidsaktiviteter både inom och utanför den rättspsykiatriska byggnaden, den anpassade miljön och de planerade veckosamtal som sker regelbundet mellan patientansvarigsjuksköterska och patient.

Slutsats: Fördjupningen i sjuksköterskors erfarenheter av vårdrelationer inom rättspsykiatri gav viss förståelse för vilka hinder och möjligheter den rättspsykiatriska vården också kan komma att utgöra för ett partnerskap. Dessa aspekter utgör viktig kunskap vid en framtida implementering av personcentrerad vård. För oss har det blivit tydligt att den höga etiska medvetenheten inom personcentrerad vård kommer att ställas på sin spets i det framtida mötet med den rättspsykiatriska vården vilket kommer att bli intressant att följa.

Nyckelord: Sjuksköterska, rättspsykiatrisk vård, vårdrelation, partnerskap, personcentrerad vård

Abstract

Background: Swedish healthcare consists an uneven distribution between the traditional disease focused and the humanist perspective. A change is needed to make these two cultures to coexist. According to research implementation of person-centred care could be the answer. Person-centred care is based on three concepts, the patient story, the partnership and documentation. The three concepts are depending on each other but the most central part of the person-centred care is the partnership. To achieve partnership care provider and patient should meet as equal and the relationship shall be characterized by trust and honesty. In Swedish hospitals implementation of person-centred care has begun but results from the inpatient psychiatric care are yet to be reported. The forensic psychiatric care is not voluntary and contains difficult ethical dilemmas.

Aim: This study aim to highlight nurses' experience of creating and maintaining relationships to patients in forensic psychiatric care. These experiences are then used as contempt to understand the partnership in this context.

Method: The study is based on data collected from three focus group interviews with a total of 11 nurses from two various units within the forensic psychiatric care in Gothenburg. The transcribed interviews were processed using qualitative content analysis with an inductive approach.

Findings: Findings in the study show similarities between how partnership describes in literature and the nurse's description of relationship. Nurses pointed out security tasks, for example security search as aggravating for building relationships. Nurses also described opportunities and promotion aspects of relationship building in the forensic psychiatric care. Examples of these aspects are joined leisure activities, the patient-adapted environment, and the planned structured weekly dialogue between nurse and patient.

Conclusion: The findings in this study creates understanding of the obstacles and opportunities that the forensic psychiatric care may provide for the person-centred partnership. These factors constitute important knowledge in future implementation of person-centred care into the context of forensic psychiatric care. It became obvious that the high level of ethics in person-centred care will be challenged by the difficult ethical dilemmas in the forensic psychiatric care, which will be an interesting process to follow.

Förord

Vi vill rikta ett stort Tack till er elva sjuksköterskor på Rågården, ert engagemang och deltagande gjorde vår studie möjlig. Tack också ni övrig personal och ledning som varit behjälpliga i processen.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Den svenska sjukvården i förändring	1
Personcentrerad vård	2
Patientberättelsen.....	2
Partnerskapet	3
Dokumentation	3
Den rättspsykiatriska vården	3
Juridiska lagar och tvångsvård.....	3
Innebörden av rättspsykiatrisk tvångsvård.....	4
Yrkesverksamma inom rättspsykiatri	5
Sjuksköterskans roll i rättspsykiatri	5
Etiska överväganden för sjuksköterskor inom rättspsykiatri	5
Tidigare forskning	7
Problemformulering.....	7
Syfte	8
Design.....	8
Urval	8
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden.....	10
Vårdrelationen - en ständigt pågående process	12
Arbetsallians istället för vårdrelation.....	12
Alliansen en förutsättning för omvårdnadsprocessen.....	13
Att skapa allians	13
Att upprätthålla en allians	13
Försvårande omständigheter för alliansskapande.....	14
Att vården initieras av en dom och innefattar ett samhällsskydd	14
Den vaktande rollen	14
Tvångsåtgärder.....	15
Aspekter som främjar relationsbyggande	15
Ett jämbördigt möte	15
Miljön.....	15
Planerade samtal	16

Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats.....	21
Referenser.....	22

Inledning

Den svenska sjukvården står inför en förändringsprocess där patientens roll skall förstärkas genom implementering av personcentrerad vård. Begreppet har fått genomslagskraft och likställs numer med värdig omvårdnad. Implementering av personcentrerad vård har påbörjats främst inom den somatiska vården men under senare år även i psykiatrin. Partnerskapet utgör en väsentlig del i personcentrerad vård. Det innebär att patient och vårdare möts som jämbördiga partners där patienten bjuds in till att medverka och påverka sin egen vård. Utifrån ett psykiatriskt perspektiv behöver partnerskapet granskas ur ett tvångsvårdssammanhang. Vilka förutsättningar för partnerskap finns inom den rättspsykiatriska vården? Vilka erfarenheter finns hos sjuksköterskor inom rättspsykiatrin kring att skapa och upprätthålla patientrelationer? Kan dessa erfarenheter vara till hjälp för att förstå hur ett partnerskap skall kunna te sig i den rättspsykiatriska vården? Den här studien försöker svara på ovanstående frågor.

Bakgrund

Den svenska sjukvården i förändring

Den svenska sjukvården har nått framgångar utifrån ett traditionellt biomedicinskt perspektiv. Man kan idag hjälpa människor att överleva trots allvarliga och svåra sjukdomstillstånd. Det traditionella perspektivets framgångar har dock en baksida på grund av att framgångarna just vilar på det sjukdomsfokus som perspektivet har krävt har det innehållit en människosyn som reducerar personer till att främst existera genom sin sjukdom. Det traditionella perspektivet dominerar inom den svenska sjukvården och gör den allt mer specialiserad i sin strävan efter att diagnostisera och behandla tecken på sjukdom. (Edvardsson, 2010). Ugglå (2014) beskriver att den svenska sjukvårdens utmaning idag är att skapa en vård där två kunskapskulturer får samexistera. Han menar att det humanistiska perspektivet måste kunna få en större plats där ord som livskvalitet och helhet bör vara ledande. Edvardsson (2010) menar att patientens livsvärldsperspektiv förtjänar en långt större roll inom sjukvården. Han syftar till att personcentrerad vård skapats just för att detta skall bli möjligt.

Det finns en del litteratur som tar upp begreppet personcentrerad vård men det är inte alldeles enkelt att fånga och sammanfatta kärnan av dess innehåll och definition (Edvardsson, 2010). Historiken har också en viss betydelse för att förklara varför personcentrerad vård fått mest genomslagskraft inom demens och äldrevård. Det var forskaren Tomas Kitwood som i Storbritannien på 1990 talet implementerade idén om den personcentrerade vården som en motpol mot det biomedicinska perspektivet (Edvardsson, 2010). I det rådande paradigmet inom demensvården som Kitwood (1997) med frustration beskriver anses den dementa personen genom sin sjukdom förlora sin personlighet och endast bli "ett tomt skal" vars omvårdnadsbehov reducerades till det allra mest grundläggande så som nutrition, elimination, cirkulation och andning. Kitwood (1997) menade i motsats till detta att den dementa personens personlighet ligger gömd bakom symtomen av sjukdomen och kan lockas fram med hjälp av ett respekt- och kärleksfullt bemötande. Vårdaren behöver då vara nyfiken på att ta reda på

patientens upplevelse av verkligheten, dess livsvärldsperspektiv samt vilka behov som patienten har utöver de mest grundläggande för att överleva (Kitwood, 1997).

Personcentrerad vård har sedan spridit sig ut till andra vårdspecialiteter i Storbritannien och Australien. I Sverige har den dock ännu inte fått samma uppmärksamhet och genomslag (Edvardsson, 2010). Det är först 2009 som Socialstyrelsen i de nationella riktlinjerna för äldre- och demensvård beskriver god omvårdnad utifrån ett personcentrerat innehåll och det är i litteraturen vanligt förekommande att begreppet fortsatt har ett fokus kring äldre och demensvård (Edvardsson, 2010). På uppdrag av regeringens strategiska forskningsansats startas 2010 Centrum för personcentrerad vård i Göteborg (GPCC) vars uppdrag är att stödja och genomföra forskning inom området samt implementera och utvärdera den personcentrerade vården (Ekman, 2014).

Sveriges kommuner och landsting har under hösten 2015 fått i uppdrag av regeringen att arbeta för att sprida kunskap om personcentrerad vård i syfte att den skall kunna implementeras i vårdverksamheter (Motion 2015/15:4295).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård har som syfte att förändra patientens ställning inom vården från att vara en passiv mottagare som befinner sig långt ner i den hierarki som ibland råder inom svensk sjukvård till att bli en jämbördig person som skall bjudas in till att medverka och påverka utformningen av sin egen vård (Hedman, 2014). Personcentrerad vård syftar även till att förändra sjukdomsfokus inom vården till att istället för att reducera patienten till sin sjukdom understryka och ta till vara patienten som person med resurser och ses som en kapabel människa. Den utgår ifrån patientens egen upplevelse av sjukdom och symtom och patienten skall inkluderas i samtliga aspekter av vården (Edvardsson, 2010). Personcentrerad vård vilar på tre centrala begrepp, patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen. Alla tre beskrivs som nödvändiga med den mest centrala delen av personcentrerad vård anses utgöras av partnerskapet (Hedman, 2014).

Patientberättelsen

I den traditionella vården har samtalet mellan professionell och patient haft sitt fokus på sjukdomen och dess förlopp i syfte att planera behandling. Samtalet har då styrts av vårdaren som många gånger utgått från mallar med ledande frågor med biomedicinsk inriktning. Personcentrerad vård innebär till skillnad mot detta att stor vikt läggs vid att patienten själv och ibland tillsammans med närstående, ges möjlighet att fritt beskriva sin livssituation och dess villkor utifrån att leva med en sjukdom och dess förlopp. Patientberättelsen innehåller patientens egna upplevelser, erfarenheter, resurser och förutsättningar (Fischer, 2010). Vårdarens roll är då istället att möta patienten i samtalet, aktivt lyssna och samla in patientens hela berättelse. Det som behöver identifieras av vårdaren är inte bara behov utan också möjligheter, resurser, vilja och önskemål. (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Det är i detta

samtal som mötet mellan patient och vårdare blir möjlig och grunden för ett partnerskap läggs (Fischer, 2010).

Partnerskapet

Partnerskapet beskriver relationen mellan vårdare och patient och det som utgör grunden för partnerskapet är patientberättelsen. I partnerskapet utgör patienten och vårdaren lika viktiga roller där patienten ses som expert på sig själv och vårdaren en expert på generella kunskaper kring vård och behandling. I partnerskapet är vårdaren och patienten beroende av varandra i ett ömsesidigt delande vilket handlar om att båda parter ger och tar. Detta beroende skall inte ses som en egenskap hos en individ utan som ett fenomen av relationell art. Även när personer är i behov av hjälp kan de äga en relationell autonomi, vilket betyder att de själva kan fatta beslut även om de inte själva kan genomföra besluten. I sjukvården kan detta beskrivas med att vårdaren har *makt att*, men för den delen inte nödvändigtvis *makt över* (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Det kan endast uppstå ett partnerskap om patienter bjuds in till att medverka och påverka sin vård. Utifrån patientberättelsen skapas en gemensam uppfattning och förståelse kring patientens helhet och kontext. I relation som jämbördiga partners tar sen patient och vårdare gemensamma beslut kring planering av vården där även patientens närstående kan spela en viktig roll då en personlig hälsoplan skapas (Ugglå, 2014).

Dokumentation

För att befästa och säkerställa patientberättelsen och för att stödja partnerskapet mellan patient och vårdare beskrivs dokumentationen som den personcentrerade vårdens tredje del. Det som dokumenteras är patientberättelsen och hälsoplanen som utgör ett slags levande dokument över den överenskommelse mellan vårdare och patient som utkristalliserats utifrån berättelsen. (Ugglå, 2014). Det är ett gemensamt arbete mellan vårdare, patient och ibland även närstående att skapa hälsoplanen, det är alltså inte något som vårdaren producerar till patienten (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014).

Den rättspsykiatriska vården

Juridiska lagar och tvångsvård

I Sverige gäller Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763), och Patientlagen (SFS 2014:821) inom alla vårdsammanhang. De strävar efter en vård som kommuniceras, planeras och genomförs i samråd med patienten – så långt det är möjligt. Till HSL finns tilläggs lagar, varav två av dessa är Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT (SFS 1991:1128), och Lagen om

rättspsykiatrisk tvångsvård, LRV (SFS 1991:1129). Dessa skall lika mycket som HSL syfta till vård som uppfyller kvalifikationer för god vård, tar hänsyn till människors likarätt och den enskilda människans värdighet (SFS 1997:142). Samtidigt begränsar dessa lagar en människas fri- och rättigheter under myndighetsutövning av ansvarig specialistläkare som bedömer behovet av tvångsvård.

Tvångsvård enligt LPT skapar garanti för vård av personer som inte förmår att frivilligt medverka till eller som motsätter sig vård, men som är i så stort akut behov av heldygnsvård på grund av sin psykiska försämring. All annan behandling och möjliga alternativ skall naturligtvis ha övervägts först innan en person sätts in på vård under LPT. Vårdhandlingarnas syften skall stå i rimlig proportion mot personens aktuella behov och ske med största hänsyn (SFS 1991:1128; SFS 2000:353). I det stora hela är syftet att tvångsvården skall resultera i att personen förbättras så pass i sitt psykiska mående för att fortsättningsvis frivilligt vilja ta emot hjälp och stöd (SFS 2008:415).

När en person döms till LRV och vårdas inom rättspsykiatrin är det förenat med eller utan särskild utskrivningsprövning, SUP (SOSFS 1996:14). Har domstolen dömt till LRV med SUP har brottet begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning, att patienten på grund av sin psykiska sjukdom är farlig för sin omgivning och att risken är hög för återfall av brott. Detta är baserat på en omfattande riskbedömning under den rättspsykiatriska undersökningen. Patientansvarig läkare måste därför efter bedömning kontinuerligt ansöka om förlängning av vården hos länsrätten var fjärde månad. Länsrätten kan då besluta om förlängning med högst sex månader åt gången (Lidberg & Wiklund, 2004).

Innebörden av rättspsykiatrisk tvångsvård

När en person frihetsberövas skapas ett underläge i alla dess aspekter. Å ena sidan inskränker rättspsykiatrisk vård kraftigt på en persons integritet. Självbestämmanderätten tas ifrån individen och risken för kränkning är stor (Nationell psykiatrisamordning, 2007). Å andra sidan avlägsnas skuld och ansvar, då individen inte har förmåga att till fullo garantera rationella beslut eller ansvar för sina handlingar. De hamnar samtidigt i beroendeställning till omvårdnadspersonalen, vilket leder till ett ojämnt maktförhållande. Hur omvårdnadspersonalens brukande av makt kan ta sig i uttryck påverkas av exempelvis den aktuella kompetensen. Det inbegriper såväl juridiska kunskaper som mod, attityder och självkänedom. Den yrkesverksammes professionalism beror också på en humanistisk helhetssyn och ett etiskt reflektivt tänkande. Åsikter som påverkas av personliga känslor för rättvisa och strafftänkande skall inte göra anspråk på vårdperspektivet och faktumet att patienten har rätt att få ett så värdigt liv som möjligt. Rättspsykiatrins verksamhet måste därför kunna hantera och tydliggöra frågorna kring målsättning och hur vården med dess medel skall nå ända fram. (Nationell psykiatrisamordning, 2007)

Trots att den rättspsykiatriska vården är en brottspåföljd skall fokus ligga på själva vården för den enskilde patienten. Vården skall inbegripa diagnostik, behandling och rehabilitering (Nationell psykiatrisamordning, 2007). Detta kräver tvärprofessionella insatser under lång tid eftersom patienterna oftast lider av kroniska och livslånga psykiska störningar. Samtidigt skall samhällsskyddsaspekten vara gällande. Det kräver insatser som fokuserar på att patienten skall uppnå sjukdomsinsikt och mot att förebygga för återfall i brott. Förutom att försöka uppnå en passande medicinsk behandling krävs andra insatser som inbegriper återkommande riskbedömningar baserat på tvärprofessionella iakttagelser och en pågående brottsbearbetning och riskhantering (Nationell psykiatrisamordning, 2007).

Yrkesverksamma inom rättspsykiatri

Professioner som arbetar inom rättspsykiatri är oftast fysioterapeuter, kuratorer, läkare, psykologer, behandlingsassistenter och behandlingspedagoger, skötare och sjuksköterskor (Lindqvist, 2012). De fyra sistnämnda professionskategorierna, som benämns som omvårdnadspersonal, är värdefulla för patienters rehabilitering. De ägnar överlägset mest tid för kontakten med patienterna (Hörberg, 2008; Nationell psykiatrisamordning, 2007). Eftersom vården oftast sker mot patientens vilja, är omvårdnadspersonalens viktiga ansvar att skapa en god kvalitet på vården (Nationell psykiatrisamordning, 2007). Förutom att strukturera upp en fungerande vardag krävs det ett individuellt stöd, psykopedagogiska insatser, social träning och ständigt pågående funktions- och riskbedömningar (Hörberg, 2008). På grund av att patienter oftast har en problematik som är komplex med psykisk störning, brotthistorik och inte sällan dessutom har problem med missbruk behöver insatserna integreras för såväl sjukdom, brottsbearbetning och missbruk (Nationell psykiatrisamordning, 2007). Detta skapar krav på vårdens alla inblandade parter förhållningssätt. Deras bemötande skall karaktäriseras av inställningen att alla människor är lika värda, ha förståelse för patientens upplevelser, samt att omvårdnadspersonalen alltid ha en reflekterande syn på sig själva yrkesutövare (Hörberg, 2008).

Sjuksköterskans roll i rättspsykiatri

Sjuksköterskans profession innebär att arbetsleda och ansvara för omvårdnadsarbetet. Hörberg (2008) beskriver att sjuksköterskans professionella förhållningssätt ständigt pendlar från striktare tvångs- och behandlingssituationer till mer terapeutiska eller vardagliga situationer som exempelvis kan präglas av vänskap och gemytlighet. För att kunna ha kapaciteten att klara omvårdnadsbehovens alla skiftningar behöver sjuksköterskan ha en övergripande och tränad blick över omvårdnadssituationen och känsligheten av att kunna kliniskt se nyanser för att kunna prioritera insatserna (Hörberg, 2008).

Sjuksköterskans roll innefattar i akuta lägen att ansvara för initiativ till direkta tvångsvårdshandlingar när inga andra behandlingsmetoder finns att ta till. Cutcliffe och Happel (2009) benämner de mest framträdande exempel på detta som insättande av tillsyn, övervakning, bältning, tvångsmedicinering, begränsningar för hur långt patienten får röra sig på avdelningen, fasthållning och avskiljning. Samtliga nämnda beslut som sjuksköterskan har mandat att ta förankras med ansvarig specialistläkare och dokumenteras i patientens journal (Nationell psykiatrisamordning, 2007).

Lindqvist uppmärksammar att det finns ett glapp mellan den ”tunga” psykiatris krav på sjuksköterskans sjukvårds- och medicinska kunskapsnivå. Högskolor och universitet lägger större fokus på att sjuksköterskekompetensen skall inriktas på en mer mellanmännisklig omvårdnadsinriktning (Lindqvist, 2012).

Etiska överväganden för sjuksköterskor inom rättspsykiatri

Det kan förutsättas att patienter som vårdas inom rättspsykiatri ofta upplever sin situation som utsatt och problematisk. Nationell psykiatrisamordning (2007) beskriver rättspsykiatrisk vård som ett av samhällets största ingrepp på en människas integritet. Det uttrycks som paradoxalt för patienten då denne å ena sidan frihetsberövas, men samtidigt finns det en tydlig huvudman och skyddsnet att falla tillbaka på som har fullmakten att ansvara för dennes liv

och handlingar. Sjöstrand och Helgesson resonerar dock att (rätts)psykiatriska tvångsvårdshandlingar varken skall förskönas eller idealiseras. Trots intresset för att med stöd av tvångsvårdslagarna arbeta för att möjliggöra en patients framtida hälsa och autonomi är det inte försvarbart så länge som patienter autonomi inskränks (Sjöstrand & Helgesson, 2008). Detta är ett dilemma som också sjuksköterskor kan beröras illa av, särskilt i de fall de måste vidta akuta tvångsåtgärder. Lindwall et al. (2012) berättar att konfliktkänslor uppstår gällande det etiska ansvaret för bevarandet av patientens värdighet och självbestämmande när patienten istället kränks av direkta tvångsvårdshandlingar. Samtidigt är patientens säkerhet en betydande aspekt och ett etiskt ansvar att prioritera också. Tvångsåtgärder som bältning används därav i många fall för att skydda patienten från att skada sig själv eller andra.

Patientens psykiska funktionsnedsättning kan försvåra medvetenheten om sin sjukdom. Detta är en grundläggande orsak, innefattande både i LPT och LRV, som hindrar patientens förmåga till ett självständigt val av vård och behandling (Sjöstrand & Helgesson, 2008). Andra hinder till följd av psykisk sjukdom är att uttrycka sin vilja eller framföra sina upplevelser av vården (Nationell psykiatrisamordning, 2007). Rättspsykiatriska patienter har sällan ett nätverk eller nära anhöriga som kan stödja eller föra dennes talan. Som sjuksköterska äger man rätten, tillsammans med andra professioner, att avgöra vårdprocessens olika delar för den enskilde patienten. Förutom vardagliga vårdinsatser som gäller omvårdningsprioriteringar och medicinska ansvar är bedömningar gällande symtom, kost, sömn, psykosociala tecken, kunskap/utveckling, suicid- och/eller våldsbefogenheter, brottbearbetning och sjukdomsinsikt exempel som sjuksköterskan pågående utför. Detta kräver en etisk urskilningsförmåga i fråga om att vara ytterst medveten om de valda behandlingsinsatserna är försvarbara eller kränkande – skillnaderna kan vara hårfinna (Nationell psykiatrisamordning, 2007). Trots att målet är att tillsammans med patienten utarbeta och följa en aktuell vårdplan, har sjuksköterskan befogenheter att avgöra vad som är bra eller dåligt för patienten. Detta bidrar till ett paternalistiskt maktförhållande där patienten blir sårbar och utsatt för integritetskränkning (Roberts, 2004).

International Council of Nurses, ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, uppger om ansvaret att ständigt utveckla en högre etisk medvetenhet (Svensk sjuksköterskeförning, 2012). I rapporten från nationell psykiatrisamordning (2007) betonas vikten om en etisk klarsyn inom verksamheten. Det handlar om att identifiera, agera genomtänkt och sedan reflektera över kritiska situationer som uppkommer inom den rättspsykiatriska vården. Jacob, Gagnon och Holmes (2009) studie av rättspsykiatrisk sjuksköterskors etiska dilemman pekar också på vikten av att ha självinsikt gällande vilka känslor som kan väckas av en patients uppförande och tidigare brottsliga handlingar. Ovilja, avsky och fruktan är känslor som ofrånvilligt kan uppkomma, men när det inte finns utrymme för att uttrycka, diskutera eller reflektera över sådana etiska aspekter påverkar det i sin tur förhållandet till patienten och den terapeutiska processen.

Rättspsykiatrisk vård anses vara genomsyrad av etiska svårigheter (Nationell psykiatrisamordning, 2007). Trots att etiska riktlinjer finns att tillgå, betyder det inte att rättspsykiatrin inte innehåller svåra beslut. Förutom att det borde lämnas utrymme för en alltid pågående etisk diskussion på både organisationsnivå som verksamhets- och klinisknivå, behövs etisk utbildning.

Tidigare forskning

I sökandet efter tidigare forskning eftersöks svar på hur ett personcentrerat partnerskap skapas och ter sig mellan vårdare och patient inom den rättspsykiatriska vården. Det intressanta med frågeställningen är då det till synes motstridiga förutsättningar som rättspsykiatrisk vård och partnerskap utgör. Ingen tidigare forskning hittas med den frågeställningen. Dock hittas en artikel som behandlar frågan utifrån en tvångsvårdskontext vilket inte helt kan jämföras med rättspsykiatri men som ändå anses intressant utifrån frågeställningen. I artikeln har Gabrielsson, Sävenstedt & Zingmark (2015) tittat på hur konceptet av personcentrerad vård fungerar i en tvångsvårdskontext. De menar att det finns en uppfattning att den personcentrerade vården som utspelar sig vid tvångsvård skiljer sig från den som ges under frivilliga former. Studien visar på att personcentrerad vård med största sannolikhet kommer att innebära att vårdinnehållet vid tvångsvård förbättras men det kommer att krävas en förändring av den psykiatriska tvångsvården men studien svarar inte på frågan hur eller på vilket sätt. Gabrielsson et al (2015) påpekar att det finns ett behov av fortsatt kritisk reflektion samt fortsatt forskning kring användningen av personcentrerad vård vid psykiatrisk tvångsvård.

Litteratur som beskriver personcentrerad vård diskuterar inte heller det komplexa med att skapa ett jämbördigt partnerskap mellan vårdare och patient inom rättspsykiatrin eller för den delen psykiatrisk tvångsvård.

Problemformulering

Personcentrerad vård implementeras alltmer inom den svenska sjukvården, från början mest inom den somatiska vården och i nuläget successivt även i psykiatrin. En central funktion i personcentrerad vård är det partnerskap som etableras mellan patient och vårdare. Partnerskapet bygger på en ömsesidig relation. Den relationen kännetecknas av förtroende, tillit och öppenhet. Rättspsykiatrisk vård bygger på att patienten ofta vårdas ofrivilligt med stöd av rättsliga tvångslagar och det händer att vårdaren måste utöva tvångsåtgärder på patienten. En tvångsåtgärd innebär att genomföra en aktivitet mot patientens vilja. Tvångsåtgärden innebär också att patienten kan uppleva vården som ett övergrepp, vilket i sig utgör en konfliktfylld relation mellan vårdare och patient. Att kombinera personcentrerad och rättspsykiatrisk vård är således en utmaning. Problemet är att det samtidigt upprätthålls motstridiga värden. Å ena sidan skall ett partnerskap skapas och bibehållas, baserat på förtroende och tillit, å andra sidan samtidigt genomföra tvångsåtgärder som innehåller konfliktfyllda faktorer mellan vårdare och patient. I nuläget saknas konkret stöd och strategier för sjuksköterskan kring hur ett personcentrerat partnerskap skall kunna skapas och upprätthållas under sådana förhållanden, både i litteraturen och tidigare forskning. Det är därför angeläget att identifiera vägar för att uppnå partnerskap inom rättspsykiatrin. Studien kommer att fokusera på relationen mellan vårdare och patient. Sjuksköterskors unika erfarenheter och nuvarande strategier för att skapa och bevara en god relation till patienten trots tvångsvårdskontexten inom rättspsykiatrin kan hjälpa att skapa insikt i partnerskap inom rättspsykiatrin.

Syfte

Syfte med denna studie är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att skapa samt upprätthålla vårdrelationer med patienter inom rättspsykiatrisk vård, samt att ge underlag för hur ett partnerskap skulle kunna utveckla sig i den rättspsykiatriska vården.

Metod

Design

Studien ämnar beskriva sjuksköterskors erfarenheter av vårdrelation inom rättspsykiatrin. En kvalitativ forskningsdesign har därför valts som används för att studera erfarenheter och upplevelser av fenomen i sin naturliga miljö (McCance & Mcilpatrick, 2008). Enligt Starrin och Renck (1998) kan forskaren i kvalitativa studier själv interagera med deltagarna i det speciella syftet att samla in information från erfarenheter och upplevelser. För att få insikt i deltagarnas upplevelser och utnyttja informationen som en gruppdynamik kan ge kan exempelvis kvalitativa intervjuer utföras med flera deltagare samtidigt. Denna typ av gruppinteraktion kan också få deltagarna att reflektera över sina egna erfarenheter och jämföra det med andras, vilket kan skapa en medvetenhet över sitt tänkande och handlande (Wibeck, 2010). För att deltagaren skall våga ge uttryck för sina tankar och erfarenheter är en någorlunda gemensamhet gällande yrkeskunskap och utbildning en underlättande faktor (Polit & Beck, 2012).

Forskarens roll är att planera och leda diskussionen utifrån strukturerade och förbestämda diskussionsämnen. Forskaren fungerar då som ett redskap och medskapare till intervjuens resultat, vilket medför att resultatet aldrig kan bli helt oberoende av forskarens inblandning (Starrin & Renck, 1998; Henricsson & Billhult, 2012).

Med detta som utgångspunkt har metoden för denna studie varit att samla in information genom kvalitativa fokusgruppsintervjuer.

Urval

Valet av personcentrerad vård är baserat på omfattande forskning som pekar på värdet av att patienten värderas och får full inblick i sin vård. Personcentrerad vård beskrivs utifrån patientberättelsen, partnerskapet och dokumentation. Den här studien har begränsats till partnerskapet. Valet av inriktning mot partnerskapet är baserat på den potentiella svårigheten att kombinera rättspsykiatrins innehåll, av bland annat tvångsåtgärder, med den förtroendefulla relationen som partnerskapet baseras på.

Inför studiens genomförande skickades en förfrågan om deltagande av sjuksköterskor till verksamhetschefen på Sahlgrenska Rättspsykiatri Rågården. Universitetssjukhusets

rättspsykiatriska vårdbyggnad ersatte 2013 Lillhagens sjukhus, som tidigare bedrivit den rättspsykiatriska vården. Det nya sjukhuset har byggts i en lantlig miljö, ett par mil utanför Göteborgs tätort. Satsningar har varit på högre säkerhet, men som samtidigt inte skall synas, och en boendemiljö som syftar till att påverka möjligheten till rehabilitering. Sjukhuset inhyser ljusa och öppna ytor, rum som ska skapa trivsel och trygghet, samt en miljö som erbjuder meningsfulla aktiviteter och ett tvärprofessionellt stöd för att patienterna ska kunna stärka sina egna resurser.

Efter ett övergripande godkännande av studiens metod och ett samtycke till att sjuksköterskorna skulle kunna delta i studien under arbetstid blev författarna därefter inbjudna till att lämna förfrågan till verksamhetens respektive sju enhetschefer. Klartecken gavs av samtliga, men för att begränsa deltagarantalet till en hanterlig nivå av hänsyn till studiens omfattning riktades förfrågan strategiskt till sjuksköterskor på två slutenvårds- och rehabiliteringsenheter. Författarna tog personligen kontakt med dessa och informerade muntligt om studien samt vid samma tillfälle tillfrågades de om intresse för ett deltagande. Via email tilldelades de som visat intresse en forskningspersonsinformation, (FPI - se bilaga 1), för att de bättre skulle kunna fatta ett grundat beslut kring att ge sitt muntliga och skriftliga samtycke till att delta (Polit & Beck, 2012). Sammanlagt elva sjuksköterskor rekryterades. Inga begränsningar sattes gällande ålder, yrkesverksam tid eller kön. Krav ställdes emellertid på att varje enskild deltagare skulle vara utbildad sjuksköterska eller specialistsjuksköterska och vara yrkesverksam inom den rättspsykiatriska vården för att matcha studiens syfte. De elva deltagarna bestod av åtta kvinnor och tre män mellan åldrarna 23-65 år. Antal år som yrkesverksam sjuksköterska respektive inom rättspsykiatri omfattade från 1-30 år, samt 0,5-18 år. I den rättspsykiatriska yrkeserfarenheten inbegrips även arbetsverksam tid som utövats oavsett utbildningsnivå. Anledningen är att flera av deltagarna har arbetat inom rättspsykiatri innan de vidareutbildat sig till sjuksköterskor. Författarna ansåg att den tiden likväl kunde inbegripas i den rättspsykiatriska yrkeserfarenheten, för att få ett mer informativt resultat. Två av deltagarna var dessutom specialistutbildade psykiatrisjuksköterskor.

Datinsamling

Data har samlats in genom tre semistrukturerade fokusgruppsintervjuer. Två grupper bestod av fyra personer och en grupp av tre personer, sammanlagt 11 sjuksköterskor.

Fokusgruppsintervju innebär att man samlar en grupp människor för att diskutera ett redan förutbestämt ämne. Innan själva intervjuerna genomfördes initierade författarna studiens ämne och tilldelade det till gruppdeltagarna med hjälp av ett sammanfattande stimulusmaterial. Det kompletterades vid intervjutillfället genom en muntlig genomgång av det valda ämnet (Wibeck, 2010). Tillsammans med stimulusmaterialet fick deltagarna även tillgå den frågeguide som intervjuerna skulle vila på för att hjälpa dem att reflektera över sina erfarenheter i parallell till studiens syfte (bilaga 2). Datinsamlingsintervjuerna var semistrukturerade genom att författarna har utgått från en frågeguide med öppna frågor men utan någon särskild ordning. Den valda metoden gav också deltagarna möjlighet till att ställa följdfrågor och i analysen ses de frågor som uppstår spontant av deltagarna vara av stor betydelse. Samtidigt blev det möjligt för deltagarna att inom ramen för givet ämne lyfta egna frågor (Wibeck, 2010). Samtliga fokusgruppsintervjuer var rika på diskussioner deltagarna

emellan och alla fick komma till tals. Intervjuernas längd varade mellan 50 till 70 minuter. De spelades in i sin helhet och transkriberades därefter.

Båda författarna deltog vid intervjutillfällena men eftersom en av författarna delar arbetsplats och verksamhet med deltagarna, leddes intervjuerna av den författaren som inte arbetar inom samma verksamhet eller har haft någon klinisk vetskap kring eller insikt i enheterna. Tanken med detta var att i möjligaste mån undvika tendenser till vinkling eller partiskhet (Polit & Beck, 2012).

Dataanalys

Fokusgruppsintervjuerna transkriberades ordagrant i text. Enligt Graneheim och Lundmans (2012) beskrivning bearbetades och analyserades texten enligt metoden för kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Det innebär att granska textinnehåll förutsättningslöst baserat på människors erfarenheter, utan någon förutbestämd teori eller mall (Elo & Kyngnäs, 2007; Lundman & Graneheim, 2012). Den transkriberade textmassan lästes igenom upprepade gånger av bägge författarna, en nödvändig process för att urskilja återkommande likheter eller skillnader av innehåll eller sammanhang. Studiens syfte var vägledande för att ord, meningar och stycken sedan kunde lyftas ut från texten. Dessa blev meningsbärande enheter och utgjorde därefter grunden för den fortsatta textanalysen. Enligt analysmodellen bearbetades de meningsbärande enheterna till att bli mer korta och lätthanterliga - kondensering, utan att viktig information har gått miste. Koder sattes på de kondenserade meningsbärande enheterna för att få en övergripande benämning för vad som lyfts fram. Genom att likheter eller skillnader i dess benämning och innehåll sedan kunde urskiljas kunde koderna samlas in under kategorier eller subkategorier. Kategorins innebörd är att dess innehållande data skall dela en gemensamhet och inte kunna passa in under en annan kategori (Lundman & Graneheim, 2012). I processen till att data utvecklats till kategorier och subkategorier har författarna strävat efter att ha formulerat en tolkning av textens budskap med hänsyn till textens helhet och studiens syfte (Lundman & Graneheim, 2012). Det har krävt under hela analysprocessen att författarna har kontinuerligt haft tillbakablick på grundtexten för att säkerställa att textens sammanhang och studiens syfte har gått hand i hand. Den kvalitativa innehållsanalysens innebörd är att genom processen kunna skapa hållbara slutsatser i förhållande till den ursprungliga textens sammanhang (Krippendorff, 2004).

Forskningsetiska överväganden

Studios utförande är i enlighet med Vetenskapsrådets codex för forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2002). I rekryteringen fick deltagarna information rörande studien så att de skulle kunna ta ett ställningstagande för deltagande. Vid visat intresse kompletterades det muntliga med en enkel och tydlig skriftlig information (FPI – se bilaga 1), som berörde studiens bakgrund och syfte. I FPI:n återgavs information kring de etiska reflektioner som gjorts samt kring de etiska förhållningssätt som intervjun skulle struktureras kring. Hantering

av data, uttalad information och personuppgifter gavs stöd av personuppgiftslagen (SFS 1998:204) och arkivlagen (SFS 1990:782). Enligt konfidentialitetskravet gavs en försäkran om att deltagarnas personidentiteter skulle hanteras konfidentiellt, att allt det som uttalats under intervjutillfället inte skulle kunna härledas av utomstående (Vetenskapsrådet, 2002).

All information skulle enligt nyttjandekravet endast användas i studieändamål med hänsyn till syftet. Det betonades att deltagande i studien vilade på frivillighet och att deltagaren hade rätt att få avbryta sin medverkan när som helst och utan något krav på motivering eller någon negativ påverkan på individen. Som en garanti för att rekryterade deltagare förstått och godkänt studiens förfarande skrev de under ett samtyckesformulär (Vetenskapsrådet, 2002).

Författarna uttryckte att risken för eventuell negativ påverkan för varje enskilda deltagande i studien var låg, men att om så skulle bli fallet eller om det fanns andra frågor uppmuntrades deltagarna att kontakta författarna eller ansvarig handledare. Det klargjordes likväl att det inte fanns några direkta fördelar med att delta, men att intervjutillfället förhoppningsvis kunde uppfattas som positivt och en möjlighet för reflektion över sitt yrkesutövande.

Studien har inte genomgått någon etisk prövning eftersom den inbegrips i högskoleutbildningens examensarbete för magister i omvårdnad och inte faller in under lagen om etikprövning (SFS 2003:460).

Resultat

Utifrån dataanalysen har det färdiga resultatet identifierats till tre huvudkategorier; ”vårdrelationen – en ständigt pågående process”, ”försvårande omständigheter för alliansskapande” och ”aspekter i rättspsykiatri som främjar alliansskapandet”. Under dessa har tio subkategorier kopplats, vilket visas i tabellen nedan (tabell 3). Citat av deltagarna som syftar till att beskriva och exemplifiera resultatet presenteras under respektive subkategorier. Deltagarna namnges i resultatet med D1-D11.

Tabell 3.

Kategori	Subkategori	Kod
Vårdrelationen - en ständigt pågående process	Arbetsallians istället för vårdrelation	Att vara personlig, inte privat
	Alliansen en förutsättning för omvårdnadsprocessen	Allians – en grund för samarbete
	Att skapa allians	Ett respektfullt möte
	Att upprätthålla allians	Balans kräver stöd

Försvårande omständigheter för alliansskapande	Att vården initieras av en dom och innefattar ett samhällsskydd Den vaktande rollen Tvångsåtgärder	Det unika med rättspsykiatrisk vård Raserande säkerhetsaspekter Raserande vårdaspekter
Aspekter som främjar alliansskapande	Aktiviteter som möjliggör ett jämbördigt möte Miljön Planerade samtal	Aktiviteter på lika villkor Yttre faktorer Att mötas kontinuerligt

Vårdrelationen - en ständigt pågående process

Sjuksköterskorna i denna studie beskriver att de inom rättspsykiatri behöver ha en form av distans till sina patienter. Sjuksköterskorna poängterar att relationen skall hållas personlig men inte gå över i privat. De föredrar att använda begreppet arbetsallians istället för relation. De är alla överens om att denna allians måste finnas för att möjliggöra omvårdnadsprocessen. Sjuksköterskorna ger en samstämmig beskrivning av sina strategier kring att skapa och upprätthålla en arbetsallians. Där man anser att den största utmaningen inte ligger i själva skapandet av alliansen utan i att upprätthålla en allians som känns professionell. De är överens om att de i det dagliga arbetet ständigt brottas med att hitta en god balans i mötet med patienten där deras roll som vårdare lätt förvandlas till förälder eller kompis i patientens ögon vilket man anser skadar omvårdnadsprocessen. De lyfter de långa vårdtiderna som både gynnande och missgynnade för sunda relationer mellan vårdare och patient.

Arbetsallians istället för vårdrelation

Flera av sjuksköterskorna ger uttryck för att de strävar efter att hålla en viss distans till patienterna. De ifrågasätter om begreppet relation är något man kan skapa i en vårdsituation, diskussioner kring detta sker i samtliga fokusgrupper och det begrepp som sjuksköterskorna föredrar att använda är allians och därför kommer detta begrepp att användas härnäst i resultatredovisningen. Att man skall vara personlig och inte privat tycks vara ett ledord men sjuksköterskorna anser att gränser mellan personlig och privat är otydlig och att de med patienter ändå ibland blir privata.

”En relation för mig det är att jag är öppen med den människan, jag delar mitt privata liv och vi umgås hur mycket vi vill. I en arbetsallians är jag här för att kunna ge en vård, så går en patient och så kommer det en ny. Du kan inte ha en relation med en patient.” D1

Alliansen en förutsättning för omvårdnadsprocessen

Samtliga sjuksköterskor anser att omvårdnadsprocessen startar i ett alliansskapande. Där ingår det att hjälpa patienten att orientera sig i den rättspsykiatriska kontexten, att bygga upp tillit genom respekt och tydlighet, lyssna efter patientens önskemål och behov för att skapa gemensamma mål. Flera av sjuksköterskorna lyfter vikten av att göra patienten delaktig.

”Vi skapar förtroende genom att ge mycket information. Vara öppen med allt och tala om hur det är och skapandet av relationen är ju sedan grunden för omvårdnadsarbetet.” D3

Att skapa allians

Sjuksköterskorna ger en beskrivning av att man i skapandet av alliansen är inkännande och icke dömande i sitt bemötande. De gör sig tillgängliga och visar nyfikenhet och lyssnar aktivt. De beskriver ett slags respektfullt vägledande för att skapa trygghet och tillit som sedan kan byggas på till en stabilare allians. Sjuksköterskorna menar att de behöver anpassa sig och sitt sätt att kommunicera utifrån patientens funktion och symtom för att lyckas med alliansskapandet. Det framkommer också att det är viktigt att visa patienten att man försöker gå deras önskemål till mötes i den mån det går. I skapandefasen ställer man inte så mycket krav på patienten.

”Jag brukar alltid lyssna, det är alltid en bra början. Lyssna på patienten och låta den komma med sina tankar och sin version och försöka bygga upp ett förtroende. Med en värdegrund av respekt för den individen framför mig, ja- så som jag själv vill bli bemött.” D2

Att upprätthålla en allians

Det som framkommer från sjuksköterskorna är att det är själva upprätthållandet av en god och balanserad allians som kräver störst ansträngning och ses som en stor utmaning i arbetet med patienter inom rättspsykiatri. De långa vårdtiderna tas upp som både en försvårande omständighet liksom en främjande aspekt i alliansskapandet. För att klara av upprätthållandet använder sjuksköterskorna sig av sina kollegor och övriga i teamet för att i vardagliga samtal hjälpa varandra och rent praktiskt avlasta varandra. Flera sjuksköterskor nämner också den dagliga speglingen som görs efter dagpassets slut som en värdefull stund för reflektion. Strukturerad handledning är dock det som anses vara mest nödvändigt och ger det bästa stödet.

”Det blir ju ganska tufft emellanåt, med en och samma patient under lång tid, med samma problem att brottas med. Man måste också vara lite allert kring om någon patient kommer för nära och kollegan får för mycket att bära. Där har man ju teamet, att man träder in och avlastar varandra. D2

”En arbetsallians tar tid att skapa, det görs inte i en handvändning utan det tar tid faktiskt. Då är de långa vårdtiderna en fördel måste jag säga. D4

Försvårande omständigheter för alliansskapande

Sjuksköterskorna anser att det dubbla uppdraget som den rättspsykiatriska vården utgör skapar problem och försvårar alliansskapandet med patienten. Patienten är på grund av sin allvarliga psykiatriska störning dömd till vård istället för fängelse, utgångsläget för vården blir således alltid tvingande för patienten. I den rättspsykiatriska vården ingår det förutom att behandla den psykiatriska sjukdomen också ett samhällsskydd. Samtliga sjuksköterskor nämner att arbetsuppgifter så som visitering av patientens kläder och genomgång av rum som mer förödande för alliansen än när de behöver utsätta patienten för tvångsvårdsåtgärder. Dock nämns bägge dessa arbetsuppgifter som något som riskerar att förstöra alliansen men tvångsvårdsåtgärder ses oftare som en nödvändig åtgärd i omsorg av patienten medan visitationer och säkerhetsronder enligt sjuksköterskorna borde skötas av särskild personal som inte tillhör vården.

Att vården initieras av en dom och innefattar ett samhällsskydd

Sjuksköterskorna i denna studie beskriver den utmanande och försvårande förutsättningen som den rättspsykiatriska domen i sig utgör för alliansskapandet. Ingången till vården är alltid för patienten påtvingad och kan därför lätt uppfattas opåverkbar av patienten. Flera sjuksköterskor beskriver att det kan skapas en barriär mellan sjuksköterska och patient där patienten inte kan eller vågar vara ärlig kring sitt mående och symtom eftersom det kan påverka vårdtiden åt ett håll som inte är önskvärd hos patienten. Sjuksköterskorna gör svåra bedömningar som kan sätta stopp för till exempel permissioner med samhällsskyddet som grund. Det upplevs ansträngande och försvårande för alliansen och skapar en ”vi och dem” stämning mellan sjuksköterska och patient.

”Här är det kanske inte ens patienten som tycker att de behöver någon hjälp. Då är det ju lite svårare att jobba och hitta mål tillsammans om man inte ens är överens om att det behövs. Ingångsläget är svårare.” D11

Den vaktande rollen

De arbetsuppgifter som sjuksköterskorna var enigt överens om utgjorde mest hinder för alliansskapandet var de som hade med säkerhetsaspekter att göra. Exempel på dessa arbetsuppgifter är, säkerhetsronder, visitationer, övervakade drogtestar, att ledsaga patienter genom metalldetektor.

”Det är problematiskt när man försöker få en allians med en patient och försöker bygga på förtroende och gemensamt jobba mot ett mål att samtidigt vara någon som kontrollerar och bevakar. Det blir en sådan väldig kluvenhet. Till exempel säkerhetsronden tycker jag känns väldigt intimt, att gå igenom någons tillhörigheter. Där ska man först bygga upp en relation och förtroende, sen går jag igenom alla dina saker när du inte är där, det är ju jättehemskt. Usch, det känns som ett sådant svek. Det är jättekonstigt. D6

Tvångsåtgärder

Att utföra tvångsåtgärder så som tvångsmedicinering och avskiljning anses av de flesta som något som riskerar att förstöra en allians. Däremot ses inte tvångsåtgärderna som ett lika påtagligt hot mot alliansen som de vaktande arbetsuppgifterna. Sjuksköterskorna förmedlar en bild av att tvångsåtgärder inte tas till i onödan utan sker endast då inga andra åtgärder har fungerat och de finns en trygghet i teamet kring vad som gäller. När man som sjuksköterska tvingas ta till tvångsåtgärder har man därför mer strategier för att bevara alliansen då man för patienten lättare kan motivera dessa åtgärder.

”Tvångsmedicinering är ju relaterat till vården och deras sjukdom och problematik och vi har ju motivering till varför vi gör det. Det här med visitationer och säkerhetsronder känns annorlunda. Det känns inte lika naturlig del av deras behandling och vård på något sätt. Att det skadar mer tycker jag.” D7

Aspekter som främjar relationsbyggande

Sjuksköterskorna återkommer till de aspekter som främjar möten med patienter av mer jämbördig art. Där deras och patienternas olika roller suddas ut och man möts mer likvärdigt. Dessa aspekter är inte helt unika för rättspsykiatrin men poängteras för att de anses som viktiga av sjuksköterskorna som främjande aspekter för alliansen. Det handlar om att möjliggöra vistelser tillsammans utanför sjukhuset men också att miljön är väl anpassad för patienterna och att det finns tillgång till aktivitetshus inom den rättspsykiatriska byggnaden. Det anses också viktigt att man som patientansvarig sköterska har avsatt tid en gång i veckan för individuella strukturerade samtal med patienter.

Ett jämbördigt möte

Analysen indikerar att sjuksköterskorna upplever ett möte av mer jämbördig karaktär när de tillsammans med patienter deltar i fritidsaktiviteter. Det kan handla om aktiviteter både inom sjukhusbyggnaden och utanför, som utflykter, utföra vardagsärenden, utföra lagsporter eller trädgårdsarbete.

”fast då tycker jag det är så fantastiskt med vår idrottshall här, när vi går dit och har idrott eller bollsport. Hur gränserna suddas ut mellan personal och patient. Där blir vi dem som spelar innebandy tillsammans. Vi springer och svettas och liksom tjoar på varandra tillsammans.” D5

Miljön

Sjuksköterskorna lyfter också att det är av betydelse att miljön inne på rättspsykiatrin är väl anpassad efter patienternas behov. Det ges möjlighet för patienten att dra sig undan till ett eget rum, att vistas ute på gården utan att be om lov. Miljön hjälper till att minska ”vi och dem” känslan.

”Miljön här är fantastisk. Det är bra att alla patienten har eget rum, toalett och dusch. Det påverkar vården och relationsbyggandet på ett positivt sätt.” D1

”Patienterna har ju möjlighet att dra sig undan i moduler med fåtöljer och TV. Man kan ju välja här.” D8

Planerade samtal

En gång i veckan har sjuksköterskorna avsatt tid för individuella samtal med de patienter som de är patientansvarig för. Dessa samtal lyfts som en viktig aspekt för att underhålla alliansen, utbyta information och planera framåt. Samtalen utgör på så sätt möjligheter för att hålla vårdplanen levande genom en kontinuitet i avstämning. Man uppdaterar och utvärderar tillsammans de mål som vårdplanen innehåller. Ibland är inte samtalen så strukturerade men de fungerar ändå som en relationsstärkande aspekt genom att en avsatt tid spenderas mellan vårdare och patient. Då kan samtalet fungera som en möjlighet för sjuksköterskan att motivera patienten till en ökad delaktighet.

”Ja, vid veckosamtalen kan man summera förra veckan och planera nästa vecka, va. Och så kan man bara känna lite med patienten, hur är läget? hur mår han? Många gånger tar patienten upp saker som han inte vågat ta upp under behandlingskonferensen, då kan jag fånga det och ta med det nästa gång” D9

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att skapa samt upprätthålla vårdrelationer med patienter inom rättspsykiatrisk vård. Genom att undersöka nyanserna av ett fenomen som detta är en kvalitativ ansats lämplig (Polit & Beck, 2012). Om vårdrelationer tillämpas inom rättspsykiatrin kan olika metoder väljas. Ett sätt är att fråga patienten via exempelvis enkät eller intervju, ett annat sätt är att observera om vårdrelationer existerar och/eller tillämpas i den rättspsykiatriska vården. Ytterligare ett sätt är att tillfråga personal och ytterligare ett annat sätt är att identifiera inslag av relationer genom journalgranskning. I denna studie har valet fallit på intervjuer av personal. Anledningarna till varför består av följande skäl: att kunna nyttogöra resultatet av denna studie. För ett nyttogörande krävs att tekniker identifieras i rättspsykiatrin av hur vårdrelationer etableras och upprätthålls. Det är skälet till att intervjua just personalen. Dessutom vänder sig studiens resultat och praktiska implikationer till personal som arbetar ute i den omvårdsmässiga verksamheten, inte minst de som arbetar inom rättspsykiatrin. Valet av intervju är också baserat på antagandet att personal som arbetat flera år i rättspsykiatrin har utvecklat metoder för att utveckla vårdrelationer men att dessa metoder inte är tillräckligt dokumenterade. Det kan helt enkelt utgöras av tyst och

outtalad kunskap, så kallad "tacit knowledge" (Welsh & Lyons, 2001). Partnerskapet, som en del av personcentrerad vård, är väsentligt för vårdens framgång men samtidigt en utmaning i den rättspsykiatriska vården som är styrd av lagar och principer. Studiens syfte som innehåller frågeställningen om hur partnerskapet skulle kunna te sig i rättspsykiatrin är ett komplext område att undersöka, varför författarna valde att intervjua deltagarna i fokusgrupper. Det möjliggjorde att deltagarna kunde diskutera och belysa problem och möjligheter tillsammans, och författarna kunde få bättre insikt i komplexiteten kring ämnet.

Fokusgrupper har sina nackdelar också. Deltagarna kan påverkas av varandras uttryck och istället för att individuella erfarenheter och uppfattningar kommer fram utformas en mer generell majoritetssynpunkt (Trost, 2005). Det kan bero på att vissa deltagare dominerar och tar över utrymmet för att uttrycka sig medan andra inte uttrycker sig tydligt nog, ibland på grund av rädsla för att komma i konflikt med resten av gruppen. Detta får dock inte blandas ihop med att interaktionen i gruppen också kan leda till att deltagarna formar varandras synpunkter. Deltagarna har inte alltid distinkta färdiga åsikter från första början av diskussionen, men när samtal sinsemellan pågår kan åsikter omformas eller förstärkas när deltagaren möts av de andras medhåll eller argument. Detta är helt enkelt en naturlig interaktionsprocess där gruppdeltagarna utvecklar och tydliggör kunskapen om det fenomen som diskuteras (Wibeck, 2010). Författarna var dock medvetna om eventuella risker när det fanns tendenser till att en deltagare tog över diskussionerna, eller det motsatta - inte var aktivt deltagande. När så var fallet styrdes intervjudiskussionerna om för att uppnå ökad delaktighet från samtliga närvarande. Detta gjordes oftast när ny fråga från guiden skulle ställas, genom att författaren som ledde intervjun blev mer aktivt deltagande för att fördela om ordet till en särskild deltagare eller uppmuntra någon att utveckla sin synpunkt. Den sammanfattande upplevelsen av fokusgruppsintervjuerna var att det var ibland svårt att få deltagarna i första hand interagera med varandra och diskutera sinsemellan snarare än med den författare som ledde intervjun. Enligt Wibeck (2010) är det så en fungerande fokusgruppsintervju skall te sig när deltagarna reflekterar över sina erfarenheter och utvecklar sin förståelse av dessa med hjälp av de andras berättelser. Genom att introducera intervjuerna med en mer ledig konversation och ställa bland annat frågor kring deltagarnas demografiska information lättades stämningen upp och interaktionen i gruppen upplevdes som mer tillgänglig. Färdiga öppna frågor utifrån en intervjuguide användes också. De syftade till att föra samtalet framåt mot studiens syfte och få deltagarna att betrakta studiens syfte utifrån ett större perspektiv, hur andra skulle kunna se på det, och förhoppningsvis koppla det till sin egna erfarenheter (Wibeck, 2010). Att leda en intervju styrd utifrån en frågeguide kan riskera att deltagarnas erfarenheter av det studerade fenomenet avgränsas av frågorna och att de inte kommer till fullt uttryck. Samtidigt var frågorna en hjälp till att fånga in omfattningen av intresseområdet och få ett tillräckligt datamaterial att analysera. Intervjuerna var heller inte så strängt strukturerade att inte följdfrågor kunde ställas av den som ledde intervjun eller av deltagarna. Intervjuguiden har dessutom varit en stöttepelare för att hålla en röd tråd fokusgruppsintervjuerna emellan och att det material de resulterat i har kunnat jämföras.

Urvalet av deltagare resulterade i elva sjuksköterskor, varav två specialistsjuksköterskor i psykiatri, som arbetar inom Rättspsykiatrins heldygnsvård vid Sahlgrenska Universitetssjukhus. Yrkeserfarenheterna riktade mot rättspsykiatrin sträckte sig från ett halvår upp till arton år. Antalet deltagare och deras sammanlagda år inom rättspsykiatrin uppfattas som tillräckligt för att tillgodose ett fullgott resultat i förhållande till studiens syfte. Eftersom författarna personligen tog kontakt med och rekryterade deltagarna, var urvalet således strategiskt så till vida att sjuksköterskorna aktivt arbetade på de två utvalda

rehabenheterna. Det fanns en åtanke om att detta var ett för snävt urval, då deltagarna som delade arbetsplats på samma enhet kunde ha för stort inflytande på varandra och påverka varandras bidrag och berättelser. Av det skälet bestod samtliga intervjutillfällen av en blandning av deltagare – två från vardera enhet. Denna konstellation var för att möjliggöra ett så stort utbyte av erfarenheter deltagarna emellan. Det fanns dock ett undantag med den sista fokusgruppen, som totalt bara bestod av tre deltagare – två från ena enheten och endast en från den andra. Således är författarnas uppfattning att det var den breda variation av yrkeserfarenhet och perspektiv kring ställda frågor som bidrog till utbytet av upplevelser och skapande av intressanta diskussioner. När tendenser fanns att deltagarna inte beskrev sina erfarenheter tillräckligt ombads de utveckla och exemplifiera. Studiens resultat kopplat till dess syfte och intervjudiskussionernas sammanhang har varit väsentligt, varav författarna har valt att tydliggöra empirin genom att använda en del av det som deltagarna uttryckt i form av citat.

Bara tre av deltagarna var män, men studien har inget särskilt genusperspektiv. I övrigt bedöms inte skillnader i deltagarnas ålder (26-63 år), längd på yrkeserfarenhet och utbildningsnivå ha något negativt utfall på studien. Snarare är det bidragande faktorer till att både skapa ett brett perspektiv och en fördjupad förståelse för resultatet. Detta ökar dessutom resultatets trovärdighet (Lundman & Graneheim, 2012).

Författarna har försökt tydligt beskriva hur dataanalysen har gått till. För att få ett så trovärdigt resultat som möjligt har författarna haft en kontinuerlig diskussion och reflektion under analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2004). Bägge författare har haft sin egen förförståelse, vilket således kan påverka tolkningen. Genom dialogen i analysprocessen har det emellertid funnits en strävan efter ett så tillförlitligt resultat som möjligt. Förförståelsen har således varit till hjälp för att skapa ett igenkännande av budskap och upptäcka ny och fördjupad förståelse (Lindseth & Norberg, 2004). Författarnas enighet kring val av meningsbärande enheter, kod, subkategori och kategori som bäst svarat mot syftet har stärkt resultatets tillförlitlighet.

En studie med kvalitativ innehållsanalys kan inte generaliseras men resultatet kan överföras till andra grupper eller kontext (Polit & Beck, 2006). Detta är något som författarna skulle kunna föreslå, men det är endast läsarens bedömning som avgör om detta är möjligt (Lundman & Graneheim, 2012). Författarna till denna studie har inte för avsikt att hävda någon överförbarhet, eftersom studiens endast resulterat i uttryckta erfarenheter och en mer distinkt förståelse för utmaningarna med att skapa ett partnerskap. Däremot kan studiens resultat utgöra ett underlag för lämpliga frågeställningar och reflektioner inför implementering av personcentrerad vård i rättspsykiatri.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att skapa och upprätthålla vårdrelationer med patienter inom rättspsykiatrisk vård. Dessa erfarenheter har i resultatet presenterats utifrån tre kategorier: ”vårdrelation- en ständigt pågående process”, ”försvarande omständigheter för alliansskapande” samt ”aspekter som främjar alliansskapandet”. Kategorierna fördjupar sig i tio subkategorier som var för sig återger

sjuksköterskornas erfarenheter. Studiens syfte innefattar dock inte enbart en redovisning av dessa erfarenheter utan har också en underliggande fråga nämligen om dessa erfarenheter kan användas för att förstå hur ett personcentrerat partnerskap skulle kunna te sig i den rättspsykiatriska vården. Resultatet visar att det finns likheter mellan hur partnerskapet beskrivs och hur sjuksköterskorna beskriver sina erfarenheter av vårdrelationer. I resultatet framkommer också de hinder för relationsskapandet som sjuksköterskorna erfar och dessa anser vi utgör hinder även för ett partnerskap. Likväl kan de främjande aspekterna för relationsbyggandet som presenteras i resultatet ses som möjligheter i den rättspsykiatriska vården även för ett partnerskap.

Studien har kommit att innehålla tre begrepp, partnerskap, vårdrelation och allians. Anledningen till detta kan behöva förtydligas. Vår ambition och frågeställning grundar sig i att söka förståelse för hur ett partnerskap kan komma att te sig inom rättspsykiatrin. Personcentrerad vård är dock ännu inte implementerad i den rättspsykiatriska vården och således är begreppet partnerskap inte etablerat bland personalen. Därför valde vi att använda ordet vårdrelation och på så vis söka likheter och skillnader med hur det begreppet beskrivs av sjuksköterskor och hur partnerskapet beskrivs i litteratur. Det tredje begreppet arbetsallians blev sen det begrepp som sjuksköterskorna föredrog och måste därför beskrivas och användas av oss.

Enligt sjuksköterskorna som ingick i studien ansågs begreppet arbetsallians mer passande än vårdrelation. Det förklarades med att deras syn på ordet relation var något man endast kan ha med någon man umgås med på samma villkor och helt frivilligt. Det hängde också ihop med vad man ansåg vara ett professionellt förhållningssätt och som vi tolkat det anser sjuksköterskorna då att en viss distans mellan sjuksköterska och den rättspsykiatriska patienten behövs. Förklaringen till denna distans benämndes med att alliansen är personlig och inte privat. Troligtvis ligger de komplicerade etiska överväganden som rättspsykiatrisk vård innebär för sjuksköterskor till grund för detta. Som vi tidigare tagit upp lyfter Hörberg (2008) att sjuksköterskans professionella förhållningssätt i rättspsykiatrisk vård innebär ett ständigt pendlande från striktare säkerhetsrutiner samt tvångsvårdsåtgärder till ett gemytligt omvårdnadsarbete av mer vänskaplig karaktär. Vår tolkning är att distansen till patienten tycks behövas som en strategisk åtgärd för att sjuksköterskorna ska kunna särskilja de olika rollerna som det komplexa arbetet kräver för sin egen del men också tydliggöra det för patienten. Sjuksköterskorna anser att strukturen för vården behöver förändras för att detta missgynnande av alliansskapandet skall kunna undvikas. Deras förslag är då att de helt skall bli av med de arbetsuppgifter som gäller säkerhetsaspekter och att detta borde utföras av en profession som ligger utanför omvårdnaden till exempel väktare. Det kan jämföras med det resonemang som förs av Uggla (2014) om de institutionella utmaningar som personcentrerad vård kommer att innebära där man inom hälso- och sjukvård i grunden måste förändra sitt sätt att arbeta. Till skillnad från övrig hälso- och sjukvård ställer rättspsykiatrin unika krav på sjuksköterskan, utöver andra vårdrelaterade aktiviteter som förknippas med tvång. Dessa är de så kallade vaktande arbetsuppgifterna. Sjuksköterskorna menar att utövandet av visitationer – på både patienten själv, dess boendemiljö och tillhörigheter inte kan motiveras som direkta omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskor uttrycker att de saknar stöd för att motivera omvårdnadsbiten i detta gentemot patienten som utsätts. Detta sätter således hinder för relationen till patienten. Svensk sjuksköterskeförening (2010) menar att för att sjuksköterskan ska kunna arbeta personcentrerat krävs det en tydlig värdegrund och organisatoriska förutsättningar. Uggla (2014) anser att vi står inför organisatoriska utmaningar och benämner personcentrerad vård i termer av en vårdrevolution.

I innehållet av det som sjuksköterskorna beskriver som allians finner man likheter med hur partnerskapet beskrivs. Alliansen ses som en förutsättning för omvårdnadsprocessen och utgör på så vis en väsentlig del av den på samma vis som partnerskapet är en förutsättning för personcentrerad vård. Alliansen innebär att sjuksköterskorna bjuder in patienten till sin egen vård genom att tydliggöra kontexten och uppmuntra till delaktighet. De lyssnar efter patientens önskemål och behov. Sjuksköterskorna anser att det i alliansskapandet är viktigt att patienten får möjlighet att återge sin egen berättelse. Alla dessa aspekter är jämförbara med beskrivningen av partnerskapet och utgör på så vis en bekräftelse för det som Ekman (2014) skriver om. Hon menar att ett personcentrerat förhållningssätt inte är något nytt och att många hävdar att de redan jobbar personcentrerat. Edvardson (2015) instämmer och menar att det handlar egentligen om att uppdatera vården av patienten efter redan faktiska etiska krav som syftar till att personcentrera. Detta beskrivs som något egentligt enkelt eftersom det är något så grundläggande till sitt förhållningssätt, men samtidigt komplicerat. Ekman (2014) poängterar att hon anser för att skapa ett personcentrerat partnerskap krävs det att man arbetar personcentrerat hela tiden samt att det är ett förhållningssätt som genomsyrar hela verksamheten.

De aspekterna som sjuksköterskorna anser främja relationen till patienten är ett vårdinnehåll som hjälper till att motverka det ojämna maktförhållandet. Aktiviteter som bidrar till att patienten ibland får bryta upp från den rättspsykiatriska vardagen och tillsammans med vårdaren mötas på ett annat plan stärker relationen. I kombination med en vårdande miljö stärks dessa tillfällen att befinna sig i jämbördiga möten som vidare stärker alliansen mellan vårdare och patient, även om det rättspsykiatriska vårdinnehållet åter gör sig gällande. Detsamma gäller de tillfällen av återkommande individuella samtal mellan vårdare och patient, som fungerar som ett förebyggande underhåll av relationen. Nämda främjande aspekter är egentligen inte unika för rättspsykiatrin. Detta kan jämföras med tidigare nämnda försvårande omständigheter för relationsbyggande som däremot är unika för rättspsykiatrin. Undantagsvis är naturligtvis de tvångsvårdsåtgärder som återfinns vid all vård som ges enligt LPT.

En annan intressant aspekt som upptäcks är att det i resultatet inte återfinns något kring hur sjuksköterskorna värderar närståendes involvering i vården. Att närstående används som en resurs i vården är något som är viktigt och ibland nödvändigt vid skapandet av partnerskap enligt Ugglå (2014). I efterhand tillstår vi att intervjuguiden borde ha utvecklats till att innehålla frågor som berört betydelsen av anhöriga.

Slutsats

Fördjupningen i sjuksköterskors erfarenheter av vårdrelationer inom rättspsykiatrin gav viss förståelse för vilka hinder och möjligheter den rättspsykiatriska vården också kan komma att utgöra för ett partnerskap. Dessa aspekter utgör viktig kunskap vid en framtida implementering av personcentrerad vård. Dock finns behov av att denna kunskap fördjupas och breddas. Då behöver man dels fokusera på andra personalkategoriernas erfarenheter av vårdrelationer men framförallt behöver man involvera patienter och närstående för att skapa utrymmer för deras erfarenheter och perspektiv. Det valda ämnet är nytt och komplext och

utgörs av en frågeställning som än så länge inte återfinns i tidigare forskning vilket i sig försvårar möjligheterna till att skapa ett entydigt svar. För oss har det blivit tydligt att den höga etiska medvetenheten inom personcentrerad vård kommer att ställas på sin spets i det framtida mötet med den rättspsykiatriska vården vilket kommer att bli intressant att följa.

Referenser

- Cutcliffe, J. & Happell, B. (2009). Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 116-125. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00591.x
- Edvardsson, D. (2015). Notes on person-centred care: What it is and what it is not. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 65-66. doi: 10.1177/0107408315582296
- Edvardsson, D. (red.). (2010) *Personcentrerad omvårdnad I teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ekman, I. (red.).(2014). Personcentrering inom hälso-och sjukvård. Från filosofi till praktik. Stockholm: Liber AB.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso-och sjukvård. I Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård. Från filosofi till praktik*. (s.69-96). Stockholm: Liber AB.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1): 107-115.
- Fischer, S. R. (2010). Att samla in och använda livsberättelser-teorier och metoder. I Edvardsson, D. (red.). *Personcentrerad omvårdnad I teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Zingmark, K. (2015). Person-centred care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 555-562. doi:10.1111/scs.12189
- 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.
- Hedman, H. (2014). Patienten- personens röst. I: Ekman, I. (red.). *Personcentrering inom hälso-och sjukvård. Från filosofi till praktik*. s. 7-19. Stockholm: Liber AB.
- Henricson, M. & Billhult A. (2012). Kvalitativ design. I: Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. s.130-137. Lund: Studentlitteratur.
- Hörberg, U. (2008). Rättspsykiatriskt vårdande – vårdande av lagöverträdare med psykisk ohälsa. Lund: Studentlitteratur.
- Jacob, JD., Gagnon, M. & Holmes, D. (2009). Nursing so-called monsters: on the importance of abjection and fear in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 11(3):153-61. doi: 10.1111/j.1939-3938.2009.01048.x.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.

- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology*. (2:nd ed.) Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Krueger, R. (1998). *Analyzing & Reporting Focus Group Results*. The Focus Group Kit, no 6. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Lidberg, L. & Wiklund, N. (2004). Rättsspsykiatrisk undersökning, RPU. I: Lidberg, L. & Wiklund, N. (red.). *Svensk rättsspsykiatri. Psykisk störning, brott och påföljd*. s. 149-180. Lund: Studentlitteratur.
- Lindqvist, P. (2012). *Människan i den slutna psykiatriska vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153.
- Lundman, B. & Graneheim, UH. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. s. 187-201. Lund: Studentlitteratur.
- McCance, T. & Mcilpatrick, S. (2008). Phenomenology. I: Watson, R., McKenna, H., Cowman, S. & Keady, J. (red.). *Nursing research. Designs and methods*. s. 231-241. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.
- Nationell psykiatrisamordning. (2007). *Innehållet i den rättsspsykiatriska vården: rapport till socialstyrelsen 2007-03-15*. Hämtat från www.2007-11-19.
<http://193.235.70.189/rpk/ladda/Milton.pdf>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Roberts, M. (2004). Psychiatric ethics; a critical introduction for mental health nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(5), 583-588.
doi:10.1111/j.13652850.2004.00764.x
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-01-23 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-01-23 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS 1990:782. *Arkivlagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-02-19 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Arkivlag-1990782_sfs-1990-782/
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-01-23 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/?bet=1991:1128

- SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-01-23 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911129-om-psykiatrisk_sfs-1991-1129/?bet=1991:1129
- SFS 1997:142. *Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-01-23 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-02-22 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/
- SFS 2000:353. *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (2014:28) §6*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-01-23 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utredningar/Departementsserien/Delaktighet-och-rattsakerhet-v_H2B428/?html=true
- SFS 2008:415. *Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (2014:28) §7*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-01-23 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utredningar/Departementsserien/Delaktighet-och-rattsakerhet-v_H2B428/?html=true
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2016-02-19 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- Sjöstrand, M., & Helgesson, G. (2008). Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics*, 22(2), 113-120.
- Starrin, B. & Renck, B. (1998). Den kvalitativa intervjun. I: Starrin, B., & Renck, B. (red.). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. s. 52- 78. Lund: Studentlitteratur.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Swenurse. Hämtad 2016-01-23 från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Sveriges kommuner och landsting. (2015). Personcentrerad vård. Motion 61, Dnr 15/4295. Hämtad 2016-01-16 från <http://www.skl.se/download/18.../Motion+61+Personcentrerad+vård.pdf>
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer (3:e uppl.)*. Lund. Studentlitteratur.
- Uggla, K. B. (2014). Personfilosofi-filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso-och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård. Från filosofi till praktik (s.7-19)* Stockholm: Liber AB.

- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2016-02-20 från, <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Welsh, I. & Lyons, C.M. (2001). Evidencebased care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8: 299-305. doi: 10. 1046/j.1365-2850.2001.00386.x
- Wibeck, V. (2010). Fokusgrupper Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund: Studentlitteratur AB.



SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Forskningspersonsinformation

– information och förfrågan om att delta i studie

Vi är två sjuksköterskor som läser vidareutbildningen ”specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatri” 60 hp på Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår det att utföra en forskningsbaserad studie. Den skall inrikta sig på ett ämne som är relevant för sjuksköterskor. Vi har valt att fokusera på den personcentrerade vården. Begreppet har fått stor genomslagskraft och likställs numer med god omvårdnad. Implementering av personcentrerad vård har påbörjats främst inom den somatiska vården men under senare år även i psykiatrin. I den personcentrerade vården beskrivs partnerskapet mellan vårdare och patient utgöra en väsentlig del. Partnerskapet innebär att patient och vårdare möts som jämbördiga partners där patienten bjuds in till att medverka och påverka sin egen vård. Utifrån ett psykiatriskt perspektiv behöver partnerskapet granskas ur ett tvångsvårdssammanhang. Vilka förutsättningar för partnerskap finns inom den rättspsykiatriska vården? Vilka erfarenheter finns hos sjuksköterskor inom rättspsykiatrin kring goda patientrelationer? Kan dessa erfarenheter vara till hjälp för att förstå hur ett partnerskap skall kunna skapas i en tvångsvårdskontext?

Syfte

Studiens syfte är att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att skapa goda vårdrelationer med patienter inom rättspsykiatrisk tvångsvård.

Kan dessa erfarenheter vara till hjälp för att förstå hur partnerskapet skall te sig i en tvångsvårdskontext?

Vilka likheter och skillnader identifieras med hur partnerskapet beskrivs utifrån teorin om personcentrerad vård?

Genomförande

Vi kommer att genomföra fokusgruppsintervjuer, med grupper bestående av cirka 3-6 stycken sjuksköterskor från olika avdelningar på Rågårdens, Rättspsykiatrin SU. Din roll blir att delta

Bilaga 1 forts.

vid ett av dessa tillfällen och i diskussion med kollegor reflektera över de frågor vi kommer att ställa. Intervjun beräknas ta ca 60 minuter och kommer att genomföras under din arbetstid. Vi kommer att spela in under intervjun. Den inspelade intervjun kommer att skrivas ner i sammanhängande text för att med kvalitativ metod sedan transkriberas och analyseras. Resultatet av detta kommer att användas i magisteruppsatsen.

Hantering av information

Hela studien kommer att vila på forskningsetiska principer. Allt som uttalas och spelas in under intervjuerna kommer att avidentifieras och endast användas för studiens syfte.

Deltagande

Ditt deltagande är frivilligt genom hela forskningsprocessen. Du har rätt att avbryta ditt deltagande när du vill och utan krav på någon motivering.

All information som lämnas ut i intervjuerna kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204) och arkivlagen (SFS nr 1990:782). Samtycke med verksamhets- och enhetschef är godkänt. Det finns inga uppenbara risker för dig att delta. Det finns heller inga direkta fördelar för dig personligen med att delta, men en förhoppning är att det uppfattas positivt att få en möjlighet att reflektera över sitt yrke och yrkesutövande.

Hur kan man få information om studiens resultat?

Det sammanfattade resultatet från studien kommer att finnas tillgängligt när magisteruppsatsen är klar. Ytterligare information om var och när man kan finna detta eller övriga frågor kan man få genom att kontakta någon av nedanstående.

Tack för din medverkan!

Emma Carlström

Legitimerad sjuksköterska

gusemma33@student.gu.se

tel. ...

Karin Ek

Legitimerad sjuksköterska

gusekkai@student.gu.se

tel. ...

Handledare:

Lilas Ali

Universitetslektor/Forskare

lilas.ali@gu.se

Bilaga 1 forts.

Samtyckesformulär

Jag har härmed tagit del av nödvändig muntlig och skriftlig forskningspersonsinformation.
Jag har haft möjlighet att få ställa ytterligare frågor.

Jag ger mitt samtycke till deltagande av studien.

Namn:.....

Datum och ort:.....

Verksamhet och enhet.....

Email:.....

Telefonnummer:.....

Vad handlar vår studie om?

Den svenska sjukvården står inför en stor förändringsprocess där patientens roll skall förstärkas genom implementering av personcentrerad vård. Begreppet har fått stor genomslagskraft och likställs numer med god omvårdnad. Implementering av personcentrerad vård har påbörjats främst inom den somatiska vården men under senare år även i psykiatin. I den personcentrerade vården beskrivs partnerskapet mellan vårdare och patient utgöra en väsentlig del. Partnerskapet innebär att patient och vårdare möts som jämbördiga partners där patienten bjuds in till att medverka och påverka sin egen vård. Utifrån ett psykiatriskt perspektiv behöver partnerskapet granskas i ett tvångsvårdssammanhang. Vilka förutsättningar för partnerskap finns inom den rättspsykiatriska vården? Vilka erfarenheter finns hos sjuksköterskor inom rättspsykiatin kring goda vårdrelationer? Kan dessa erfarenheter vara till hjälp för att förstå hur ett partnerskap skall kunna skapas i en tvångsvårdskontext? Den här studien försöker svara på ovanstående frågor.

Frågeguide till fokusgruppsintervjun:

1. Vilken uppgift som sjuksköterska anser ni vara den viktigaste i ert arbete?
2. Vad innebär en god relation mellan sjuksköterska och patient, anser ni?
3. Vilken betydelse har relationen för vårdförloppet?
4. Finns det hinder i rättspsykiatin som kan försvåra goda relationer, mellan sjuksköterska och patient?
5. Finns det i rättspsykiatin saker som kan främja goda relationer mellan sjuksköterska och patient?
6. Vilka strategier använder ni för att skapa och upprätthålla goda relationer till patienter?

Vi vill verkligen förtydliga att vi inte är ute efter rätt eller fel utan vårt syfte är att ta reda på hur era erfarenheter kring goda patientrelationer ser ut. Vi tror nämligen att era unika erfarenheter är viktiga att ta till vara och begrunda för att skapa förståelse för processen i hur nya teorier skall kunna implementeras som utvecklar den rättspsykiatriska vården.

Emma Carlström

Legitimerad sjuksköterska

gusemma33@student.gu.se

tel. ...

Karin Ek

Legitimerad sjuksköterska

gusekkai@student.gu.se

tel. ...

