

Monica Bjerkenstedt

Specialistsjuksköterskeprogrammet psykiatrisk vård

Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKAEXA, VT2017

Avancerad nivå, Magisterexamen i vårdvetenskap

Handledare: Mats Ewertzon

Examinator: Pernilla Omerov

**ATT ARBETA ENLIGT ACT-MODELLEN- Specialistsjuksköterskans
erfarenheter av sin kompetens i teamet**

**WORKING ACCORDING TO THE ACT-MODEL- Specialist nurse
experience of her skills in the team**

Sammanfattning

Bakgrund: ACT- modellen växte fram under 70 och 80-talet i samband med att många psykiatriska kliniker stängdes i USA. Den ursprungliga ACT-modellen kan ses som en fullservicemodell men har sedan modifierats och anpassats efter samhällets och sjukvårdens rådande förhållanden. Som det ser ut idag så har flera modeller utvecklats med utgångspunkt från ACT-modellen men kan särskiljas av vilka komponenter som ingår. Modellen har visat positiva resultat avseende patienters delaktighet och återhämtning. Sjuksköterskan har en bred yrkesbakgrund och anses ha en viktig roll i teamet. Med sin kompetens har de grundläggande kunskaper för att utföra medicinsk och psykiatrisk omvårdnad men flera studier har visat att det finns ett behov av specialistutbildade sjuksköterskor då många av patienterna är svårt sjuka.

Syfte: Syftet var att beskriva psykiatriska specialistsjuksköterskors erfarenheter av sin kompetens och roll i team som arbetar enligt ACT-modellen

Metod: En kvalitativ design har valts. Datainsamling skedde med semi-strukturerade intervjuer. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes för att bearbeta materialet.

Resultat: Innehållsanalysen resulterade i två huvudkategorier, *Kompetensen med in i teamet* samt *Den mångsidiga sjuksköterskan*, med tillhörande sex underkategorier.

Diskussion: Resultatet diskuterades utifrån de två huvudkategorierna *Kompetensen med in i teamet* och *Den mångsidiga sjuksköterskan*. Som stöd i diskussionen användes till ämnet relevanta artiklar och litteratur samt Phil Barkers tio förpliktelser som utgångspunkt.

Nyckelord: ACT- modellen, Integrerad psykiatri, Psykiatrisjuksköterska Case management, R-ACT, Specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård

Abstract

- Background:** The ACT model developed in the 70's and 80's when many psychiatric clinics were closed in the United States. The original ACT model can be seen as a full service model but has since been modified and adapted to the current conditions of society and health care. As it appears today, several models have been developed based on the ACT model but can be distinguished by which components are included. The model has shown positive results regarding patient participation and recovery. The nurse has a wide professional background and is considered to be an important part of the team. With their skills, they have the basic knowledge to perform medical and psychiatric care, but several studies have shown that there is a need for specialist educated nurses, as many of the patients are severely ill.
- Aim:** The aim of this study was to describe the psychiatric specialist nurse's experience of their competence and role in teams working under the ACT model.
- Method:** A qualitative design has been selected. Data collection was done with semi-structured interviews. A qualitative content analysis with inductive approach was used to process the material.
- Results:** The content analysis resulted in two main categories, *skills in the team* and *the versatile nurse*, with six associated subcategories.
- Discussions:** The result was discussed based on the two main categories, *skills in the team* and *the versatile nurse*. In support of the discussion, relevant topics and literature were used as well as Phil Barker's ten obligations as a starting point.
- Keywords:** ACT- model, Integrated psychiatry, Psychiatric nurse case management, R-ACT, Specialist nurse in psychiatric care

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	
1 INLEDNING.....	1
2 BAKGRUND.....	2
2.1 ACT-MODELLENS HISTORIK.....	2
2.1.1 ACT-MODELLENS STRUKTUR.....	2
2.2 FACT-MODELLENS STRUKTUR.....	3
2.3 INTEGRERAD PSYKIATRI- RESURSGRUPPS ACT(RACT).....	5
2.4 PATIENTENS UPPLEVELSE AV ATT VÅRDAS ENLIGT ACT-MODELLEN	6
2.5 DEN PSYKIATRISKA SPECIALISTSJUKSKÖTERS KOMPETENS.....	7
2.5.1 DEN PSYKIATRISKA SPECIALISTSJUKSKÖTERS ROLL	8
2.5.2 SPECIALISTSJUKSKÖTERS ROLL I TEAM SOM ARBETAR ENLIGT ACT-MODELLEN	9
2.6 PROBLEMFÖRMULERING.....	11
3 SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR.....	11
4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	12
5 METOD	13
5.1 URVAL	13
5.2 DATAINSAMLING	14
5.3 DATAANALYS	15
6 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
7 RESULTAT	17
7.1 DEN BREDA KOMPETENSEN MED IN I TEAMET	17
7.1.1 FRÄMJA HÄLSOPROCESSER.....	18
7.1.2 ATT HA DET FARMAKOLOGISKA PERSPEKTIVET	18
7.1.3 KOMPETENSEN BIDRAR TILL ATT UTVECKLA OMHÄNDERTAGNANDET.....	20
7.2 DEN MÅNGSIDIGA TEAMARBETAREN	21
7.2.1 LEDARE I OMVÅRDNADSPROCESSEN	22
7.2.2 ATT VARA PATIENTENS ADVOKAT	23
7.2.3 ATT GÖRA PATIENT OCH NÄRSTÅENDE DELAKTIGA	24
8 DISKUSSION	26
8.1 METODDISKUSSION.....	26
8.1.1 URVAL	26
8.1.2 DATAINSAMLING	27
8.1.3 DATAANALYS	28
8.2 RESULTATDISKUSSION	30
8.2.1 DEN BREDA KOMPETENSEN MED IN I TEAMET	30
8.2.2 DEN MÅNGSIDIGA TEAMARBETAREN	34
8.3 KLINISKA IMPLIKATIONER	37
8.4 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	38
9 SLUTSATS	38

REFERENSFÖRTECKNING	40
BILAGA 1. BREV TILL VERKSAMHETSCHEF	44
BILAGA 2. BREV TILL ENHETSCHEF.....	45
BILAGA 3. BREV TILL INFORMANTER.....	46
BILAGA 4. INTERVJUGUIDE	47
BILAGA 5. EXEMPEL PÅ ANALYS.....	48

1 Inledning

Intresset för att skriva denna uppsats väcktes då min arbetsgivare stod inför en ny upphandling och jag frågade min chef vad beställarna önskade i den nya upphandlingen. Ett av kraven var att inrätta ett ACT-team, Assertive Community Treatment, för de svårast sjuka patienterna. Jag började då fundera på hur en sådan vård bedrivs och vad sjuksköterskan har för roll i ett team som arbetar enligt ACT. Jag har en föreställning om att sjuksköterskans vårdvetenskapliga kompetens är viktig men funderar också på hur den utmärker sig i förhållande till andra yrkeskompetenser.

Den psykiatriska vården i Sverige har gått från institutionalisering till öppen vård i samhället men hur denna vård ska utformas diskuteras än idag. Det verkar råda bristande konsensus om hur vården ska bedrivas för de svårast sjuka psykiatriska patienterna och insatserna ser olika ut beroende på var i landet man bor.

Min uppfattning är att många som arbetar inom psykiatrisk vård formas av sin erfarenhet och sitt livsvärldsperspektiv och att arbetet färgas av den kultur som råder på arbetsplatsen. Genom att implementera en evidensbaserad och väl beprövad vårdmodell blir arbetet tryggare för både personalen och patienterna.

En av de kanske mer vetenskapligt prövade modellerna är ACT, som består av omfattande öppenvårdsinsatser främst riktade till personer med psykosjukdom och samsjuklighet och innefattar allt från medicinska till psykosociala insatser. Vården utförs i tvärprofessionella team och modellen har med tiden modifierats och utvecklats för att anpassas efter samhällets förutsättningar.

Sjuksköterskan har en viktig funktion i patientens återhämtning men det finns ännu inte mycket forskning gjord på sjuksköterskans funktion i team som arbetar enligt ACT-modellen. Jag vill med mitt arbete lyfta fram den psykiatriska specialistsjuksköterskans erfarenheter av att arbeta enligt ACT-modellen och vad de har för erfarenheter om sin kompetens och roll i teamet.

2 Bakgrund

I bakgrunden kommer beskrivas hur ACT-modellen uppstod och hur den sedan har utvecklats och modifierats. Vidare kommer patientens upplevelse av vårdinsatserna skildras och slutligen kommer specialistsjuksköterskans roll i det team som arbetar enligt ACT- modellen definieras.

2.1 ACT-modellens historik

Under 1970- och 80-talet stängdes många psykiatriska sjukhus i USA (Burns & Firn, 2005). I samband med detta växte Case management-modellen fram då bristen på social service var påtaglig och det fanns ingen som tog ansvaret att hjälpa de långtidssjuka patienterna. Från början kallades Case Manager (CM) för ”serviceagenter”, de saknade adekvat utbildning och deras främsta uppgift var att koordinera och köpa tjänster till patienten och samordna insatserna runt patienter med komplexa behov (a.a.).

Forskningresultaten visade positiva resultat hos patienter med lättare psykiska funktionshinder men sämre resultat när det gällde patienter med svåra psykiska handikapp (Burns & Firn, 2005). För att hjälpa denna patientgrupp måste vårdaren skapa en stödjande och förtroendefull relation vilket ligger till grund i många psykiatriska utbildningar. Detta utvecklades till att CM blev en psykiatrisk utbildad person som ansvarade för att samordna patientens vårdinsatser. Metoden visade sig effektiv och många patienter klarar sig med det stöd de hade av CM. Den goda relationen gjorde också att det blev lättare för patienter att ta emot andra behandlingsinsatser. När ACT-modellen kom utvecklades CM-rollen ytterligare och var en grund till forskning inom psykiatrisk öppenvård (a.a.).

2.1.1 ACT-modellens struktur

I den ursprungliga ACT-modellen är det ett antal kriterier som måste uppfyllas för att teamet kan klassas som ett ACT-team (Malm, 2014). Det ska vara ett samhällsbaserat team som inkluderar CM samt andra professionella utförare t.ex. psykiatriker, sjuksköterska och arbetsterapeut. I teamet ska det ingå specialister på samsjuklighet d.v.s. ha kunskap om stöd och vård för de med både psykosjukdom och missbruk/andra psykiatriska diagnoser och det ska finnas arbetslivsinriktad återanpassning t.ex. via en arbetsterapeut. Teamet har gemensamt ansvar för patienten och ska finnas tillgängligt dygnet runt alla dagar i veckan. Varje CM ska ha max tio patienter och det ska finnas personer anställda som CM med egen

sjukdomserfarenhet (a.a.).

Den ursprungliga ACT-modellen med hög servicegrad är idag inte lika använd då både samhället och psykiatrins insatser förändrats (Rydell & Strålin, 2015). Det finns däremot flera olika modeller som utgår ifrån ACT-modellen och när man jämför de olika modellerna är det viktigt att bedöma vilka komponenter som ingår. USA och Englands ACT-modeller är jämförbara medan den holländska FACT-modellen (Flexible Assertive Community Treatment) mer liknar den svenska modellen ”integrerad psykiatri”, även kallad resursgrupps-ACT (RACT). Sammanfattningsvis kan man säga att man bör tillämpa lämplig modell utifrån samhällets struktur, som i Sverige där det finns två huvudmän, kommun och landsting, som ansvarar för de psykiatriska vårdinsatserna (a.a.). ACT-modellen kan beskrivas som ett ”sjukhus utan väggar” och är unikt organiserad med ett system som gör att vården kan ske i patientens hem och- närmiljö (Ellenhorn, 2015). Modellen ses ofta som en rehabilitering efter långa slutenvårdsvistelser men är också ett evidensbaserat alternativ till slutenvård och institutioner. Betydande forskning har visat positiva effekter avseende patientens funktionsförmåga, alliansskapande med vårdpersonal, arbetslivsanpassning och god livskvalité, visat minskad hemlöshet, slutenvårdsinläggningar och drogmissbruk. ACT-modellens programtrohet formas av den kontinuitet, struktur och ordning som skapas runt patienten och innehåller både traditionell vård och psykosociala insatser (a.a.).

2.2 FACT-modellens struktur

Patienter med svåra psykiska sjukdomar har sedan 1980-talet delats in i två grupper, cirka 80 procent med svår psykisk sjukdom och cirka 20 procent som förutom svår psykisk sjukdom även har en allvarlig kognitiv funktionsnedsättning (Malm, 2014). Det är de sistnämnda patienterna som är målgrupp för ett genuint ACT-team (a.a.).

I Nederländerna började denna indelning ifrågasättas i början av 2000-talet och det framkom att det ofta handlar om samma patienter men att deras tillstånd aktivt förändrades under tid (Malm, 2014). Istället för att flytta runt patienter mellan olika team beroende på vårdbehov startades istället FACT-team, flexibelt ACT, där insatserna varierar efter behov. Ansvar för vården växlar mellan CM-och läkaransvar till ett gemensamt ansvar i teamet när akuta situationer behöver prioriteras (a.a.).

I ett FACT-team kan personalen ta ansvar för alla aktuella patienter i ett team (Rydell, 2012). De ska kunna erbjudas kontinuitet oavsett vilka resurser patienten är i behov av. Utgångspunkten är inte patientens diagnos utan behovet av vård. Dock är den vanligaste

diagnosen schizofreni men även patienter med affektiv sjukdom, ångestsyndrom, depression, personlighetssyndrom, missbruksproblematik och autismspektrumstörning behandlas i FACT-teamet. Följande professioner finns i teamet: psykiatrisk sjuksköterska, psykiatriker, psykolog, CM, socialarbetare, beroendespecialist samt en specialist på metoden Supported employment, arbetslivsinriktad rehabilitering, och en chef för teamet (Rydell, 2012).

I FACT manualen, författad av van Veldhuizen och Bähler (2013) framkommer att grundtanken med FACT är att ett och samma team strävar efter att följa patienten genom hela vårdkedjan och all integrerad vård utförs av samma team. Om patienten vistas på sjukhus är teamet delaktiga i behandling och beslutsfattande, de besöker också patienten under sjukhusvistelsen och följer med på permission.

Omvårdnad är den främsta disciplinen i FACT och många psykiatriska sjuksköterskor i Nederländerna har utbildning i stöd och rehabilitering i öppenvård vilket gör att de ofta får en roll som CM (van Veldhuizen & Bähler, 2013).

Uppgifterna innefattar inte bara omvårdnad och att motivera patienten i livsstilsfrågor utan också att leda teamet, bedriva forskning och utveckling samt implementera nya tekniker. Som CM är de ansvariga för att samordna social omsorg och följa upp behandlingsplaner tillsammans med patient och närstående, minst en gång per år (a.a.).

FACT introducerades internationellt som en förnyad och utvecklad metod av ACT och mottogs väl då både forskning och klinisk praxis visade på behov av modifiering (Nordén & Norlander, 2014). Enligt författarna, som har granskat fem empiriska studier gjorda på FACT har ingen av dem på ett övertygande sätt kunnat visa att FACT leder till förbättring av patientens symtom, funktion eller välbefinnande. Orsaken till detta, tror Nordén och Norlander, beror på att modellen liknar den traditionella ACT som riktar sig till de svårast sjuka och innehåller liknande begränsningar. FACT fokuserar inte på att erbjuda service och behandling till de patienter som är i en stabil fas och saknar evidensbaserade riktlinjer för hur rehabiliteringen ska skötas. Författarna vill istället rikta intresset mot RACT, som är evidensbaserat och betonar patientens delaktighet och rehabilitering (a.a.).

Norlander och Nordén (2015) var också kritiska till att teamet är involverade i beslut gällande patientens slutenvårdsbehandling då förutsättningarna inte liknar den vård som ges i teamet. De menade att det kan vara svårt för personal att växla mellan psykiatrisk slutenvård och rehabilitering på ett trovärdigt sätt och att det kan vara bättre om det finns professioner i båda kontexterna (a.a.).

Sett ur patientens perspektiv så strävar hen efter att lämna den ofta hierarkiska struktur som råder på en slutenvårdsavdelning och det kan vara hämmande för patienten att ha samma team

runt sig i ”sämre” tider när man är inriktad på ett bättre mående (Norlander & Nordén, 2015). Om det finns inbyggda svårigheter och problem med att ha samma team i hela vårdkedjan så finns det också strukturella problem med FACT vilket kan förklara avsaknad av positiva forskningsresultat (a.a.).

2.3 Integrerad psykiatri- Resursgrupps ACT(RACT)

Efter 1995 års psykiatrireform i Sverige där vården gick från institution till öppen vård i samhället har diskussioner förts hur öppenvården ska bedrivas (Hansson, 2005). Fokus har varit att vården ska vara evidensbaserad men trots att många psykosociala insatser är vetenskapligt dokumenterade har de inte implementerats i det kliniska arbetet. En av de kanske mer vetenskapligt prövade modellerna är ACT (a.a.).

I mitten av 1990-talet infördes ett metodikprogram i Sverige kallad Integrerad psykiatri (Malm, 2014). Metoden tillämpar Case Management enligt ACT men har anpassats efter svenska förhållanden. Istället för att fokusera på individens bristande funktion och symtom utgår man ifrån vilka resurser hen har. Personalen arbetar i samhällsbaserade team med metoder som är evidensbaserade och väl beprövade, bland annat läkemedel, psykoedukation, psykosociala insatser samt boendestöd. Dessa komponenter har under tiden utvecklats och kompletterats och teamet ansvarar för att det byggs upp en resursgrupp runt patienten. Gruppen består av, förutom patienten, psykiatriker, Case Manager och även andra resurspersoner som patienten själv får välja ut. Vård och insatser styrs av patientens egna mål och den enskilde patientens resursgrupp har ett delat beslutsfattande gällande både bedömning, organisation och genomförande. Ansvaret växlar mellan Case Managern och resursgruppen men patienten har alltid ett eget ansvar att vara delaktig (a.a.).

I en meta-analys, den hittills första om RACT, av Nordén, Malm & Norlander (2012) undersöktes utfallsvariabler som symtom, funktion och välbefinnande hos patienter som erhållit RACT kontra standardbehandling. I analysen ingick 17 studier, elva observationsstudier och sex randomiserade kontrollerade studier, som inkluderade 2263 patienter med övervägande psykosjukdom (a.a.).

Studien visade ingen större skillnad gällande symtom men däremot en markant skillnad när det gäller funktionsnivå och välbefinnande vilket kan förklaras med att arbetet i RACT är inriktat på att öka patientens funktion (Nordén et al., 2012). Om patienten lär sig hantera olika situationer med bra strategier kan en bra funktionsnivå uppnås trots kvarstående symtom och bidra till återhämtning. Resultaten om välbefinnandet hos patienter som erhåller RACT kan

förklaras med en större användning av mätinstrument men trots detta visar studien i sin helhet att arbete med RACT bidrar till ett ökat välbefinnande. Undersökningen hade två hypoteser, att RACT ger positiva effekter för patienter med psykossjukdom och att RACT även är användbart för patienter med andra psykiatriska diagnoser. Den första hypotesen styrks av de resultat författarna kom fram till och trots att det inte fanns lika omfattande studier när det gällde andra diagnoser indikerade det ändå att RACT kan vara gynnsamt för de patienterna också. Författarna understryker att detta måste styrkas av fler studier men föreslår att kliniker som arbetar med RACT bör beakta detta (a.a.).

Slutsatsen av analysen visade att RACT ger positiva effekter för patienter med psykossjukdom men metoden kan vara effektiv även för andra patientgrupper inom psykiatrisk vård (Nordén et al., 2012). RACT utmärker sig på så sätt att teamet består av, förutom vårdpersonal, även närstående som patienten själv valt ut och att behandlingen utgår ifrån patientens behov och önskemål, vilket stärker självförtroende och kompetens hos patienten (a.a.).

2.4 Patientens upplevelse av att vårdas enligt ACT-modellen

Hur patienterna upplever att det är att vårdas enligt ACT- modellen en värdefull kunskap för vårdpersonalen men få studier är genomförda. Leiphart och Barnes (2005) genomförde en kvalitativ intervjustudie för att undersöka patienters inre upplevelser under det första året de hade kontakt med ett ACT-team. Analysen av intervjuerna visade att patienterna under de två-tre första månaderna började utveckla förtroende för sin kontaktperson och upplevde att de på ett omsorgsfullt sätt fick praktisk hjälp och stöd vilket gjorde att inläggning på sjukhus kunde undvikas (a.a.).

I takt med att förtroendet ökade uppskattades inte bara de tjänster teamet tillhandhöll utan patienten såg även fram emot mötena och tog fler egna initiativ (Leiphart & Barnes, 2005). Studien visade också att det för många patienter kändes mer bekvämt att ägna tid åt praktiska göromål och slippa den direkta kommunikationen som sker i behandlingssamtal. Patienterna i studien uppgav att det som gjorde det svårt till en början att lita på teamet var symptom som rösthallucinos eller oro för att kontakten skulle avslutas. Men när förtroendet växte blev även patienterna mer delaktiga i sin behandling (a.a.).

I en fokusgruppstudie genomförd av Krupa et.al. (2005) undersöktes också hur patienter upplevde behandling enligt ACT-modellen. Patienterna var över lag nöjda med modellen men de uttryckte önskemål att personalen behövde ha mer kunskap om social service och hantering

av konflikter som uppstår gällande ekonomi och att sköta sin medicinering samt att en del personal upplevdes som auktoritära. De saknade även förståelse för den stigmatisering patienten upplevde av att erhålla vård enligt ACT men patienterna upplevde generellt att stödet de fått hjälpt dem till återanpassning i samhället (Krupa et al., 2005).

I Norge genomförde Stuen, Rugkåsa, Landheim och Wynn (2015) en kvalitativ intervjustudie med patienter som enligt lag ”måste” ta emot vård och urvalet var de som vårdats enligt ACT-modellen. En del av patienterna beskrev vården som ett skyddsnät och som en hjälp att ha kontroll över sitt mående medan andra upplevde det som en social övervakning och kränkning av sin autonomi. Flera som deltog i studien kände sig mer delaktiga än i den traditionella vården. Trots att de var tvungna att ta emot behandling kände de att de fick bra hjälp med att ta itu med otillfredsställda behov och hitta lösningar på vardagliga problem och de underströk i intervjuerna att de fått hjälp med boende, ekonomi och stöd i att minska social isolering (Stuen et al., 2015).

2.5 Den psykiatriska specialistsjuksköterskans kompetens

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014) beskriver att det i specialist-sjuksköterskans kompetens ingår ett ansvar att kunna bedöma och tillämpa ny kunskap från både medicinsk vetenskap, omvårdnad och samhälls- och beteendevetenskap.

Sjuksköterskans kärnkompetenser är evidensbaserad vård, personcentrerad vård, samarbete i team, säker vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling och information (Wiklund Gustin, 2014). En av skillnaderna mellan en sjuksköterska och en specialistsjuksköterska är att den sistnämnda har en fördjupad kunskap i dessa sex kärnkompetenser. Specialistsjuksköterskans profession vilar på en vårdvetenskaplig grund men för att den kompetensen ska synas måste hen själv se värdet av denna och framhäva sin duglighet. Förutsättningen för detta är att specialistsjuksköterskan ser sin roll och profession som självständig men att möjligheten till ett större beslutsfattande är kopplat till professionsansvaret (Wiklund Gustin, 2014).

Södergren, Benjaminson och Mattson (2017) har i sin kvalitativa studie med fenomenografisk ansats undersökt hur specialiststudenter tillgodogör och utvecklar sin yrkeskompetens efter examen. Data samlades in via nedskrivna berättelser av studenter som genomgått specialistutbildningen med inriktning psykiatrisk vård. Studien visade att sjuksköterskorna har fått ökat självförtroende och vågade lita på sin kompetens och bedömning. De kände sig tryggare och kunde agera utifrån sin kompetens i svåra situationer.

Behovet av att fortsätta läroprocessen efter utbildningen sågs som en drivkraft och utmaning i det dagliga arbetet. Det ökade självförtroendet gjorde att man vågar uttrycka sig och argumentera för sin åsikt. De vågade också ifrågasätta och diskutera beslut som inte är till gagn för patienten. Deltagarna i studien beskrev också att de hade en bättre förmåga att omsätta den teoretiska kunskapen. Kompetensen gör att de tänker efter innan de agerade och de hade inte så bråttom i sina beslut utan kände sig mer trygga och vågade avvakta i svåra beslut. De såg patienten som en delaktig partner i vården och kunde identifiera patientens individuella behov utifrån teorier. Kompetensen upplevdes som förändrad och sjuksköterskorna kände sig mer autonoma i sin profession (a.a.).

Mycket av den yrkeskompetens deltagarna upplevde att de fått efter examen motsvarar de avsedda resultaten i specialistsjuksköterskeprogrammet (Södergren et.al., 2017). Studien visade dock att studenterna når olika nivåer i kompetensen och de som endast når lägsta nivå kunde inte betraktas som tillfredställande i en specialistutbildning. Författarna till studien menar att specialistprogrammen måste överväga att ha ett tydligare fokus på samarbete mellan sjuksköterska och patient för att förbättra vårdkvalitén och säkerställa studenternas möjligheter till att integrera teori i praktik och öka förståelsen för sin egen yrkeskompetens (a.a.).

2.5.1 Den psykiatriska specialistsjuksköterskans roll

Den som har haft stor inverkan för psykiatrisjuksköterskans utveckling och yrkesutövning är Hildegard Peplau (Taylor & Ballard, 2013). Hon är mest känd för att ha initierat och utvecklat den psykiatriska specialistutbildningen för sjuksköterskor. I en avhandling *Interpersonal Relations in Nursing* från 1952 ledde hon bort den psykiatriska sjuksköterskan från den medicinska till den interpersonella modellen där sjuksköterskan har den tyngsta rollen i terapeutiska interventioner. Detta var stärkande för sjuksköterskans profession i en tid då sköterskerollen inte var framstående. Hennes teori blev sedermera allmänt tillämpad inom andra vårdområden än i psykiatrisk vård (Taylor & Ballard, 2013).

Specialistsjuksköterskan i den psykiatriska vården ansvarar för att vården utformas och genomförs i samråd med patienten, närstående och andra vårdaktörer (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). Vidare ansvarar hen för att leda och samordna insatserna och att förvärva och tillämpa ny kunskap från både vårdvetenskap, medicinska vetenskap och beteende- och samhällskunskap. Specialistsjuksköterskan ska arbeta hälsobefrämjande och ha kunskap om den psykiska utvecklingen genom livet och kunna

bedöma och vidta åtgärder utifrån både somatiska och psykiatriska symtom hos patienten (a.a.).

Specialistsjuksköterskan i den psykiatriska vården ska erbjuda patienten vård på lika villkor och ge patienten möjlighet till god hälsa, arbeta preventivt, ha en personcentrerad hållning och ta hänsyn till patientens och närståendes erfarenheter, behov och mål. Patientens personliga behov av hälsa ska tillgodoses i planeringen av vårdinsatser och patienten ska erhålla stöd i att stärka sin förmåga till egenvård och återhämtning (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Gunasekara, Pentland, Rodgers och Patterson (2014) genomförde en kvalitativ intervjustudie med patienter som erhållit sluten psykiatrisk vård där de ville ta reda på vilka egenskaper som betecknar en duktig specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård. De lät därför patienter lista vilka egenskaper de ansåg viktiga. Intervjuerna analyserades tematiskt och resultaten visade en komplex bild av den ”framstående psykiatrisjuksköterskan”. Deltagarna i studien var överens om att personliga egenskaper, social kompetens och professionalism var viktiga egenskaper. Bästa stödet i återhämtningen enligt patienterna var ett respektfullt och empatisk tillvägagångsätt samt vänligt bemötande. Patienterna ville känna att någon brydde sig om dem och inte bara såg deras specifika symtom utan att vårdpersonalen såg dem ur ett holistiskt perspektiv. Den framstående psykiatrisjuksköterskan ska lyssna till patientens personliga livsberättelse och erfarenheter, beakta varje persons mål, styrkor och ambitioner samt uppmuntra och vara ett stöd i återhämtningen (a.a.).

Denna bild stämmer väl överens med kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskan i den psykiatriska vården.

2.5.2 Specialistsjuksköterskans roll i team som arbetar enligt ACT-modellen

Enligt Socialstyrelsen (2013) har sjuksköterskorna med sin breda yrkesbakgrund en viktig roll i ACT-teamet. Med sin kompetens har de möjlighet att bedöma både de svårigheter som finns med den psykiatriska problematiken och patientens övriga hälsa. I teamet har sjuksköterskan till uppgift att administrera, dokumentera och genomföra läkemedelsbehandling, följa upp eventuella biverkningar och hälsoproblem, ansvara för kontakt med andra vårdaktörer, arbeta preventivt genom patientutbildning och bedöma riskbeteenden, undervisa andra teammedlemmar hur man bedömer psykiatriska symtom och biverkningar samt följa upp compliance hos patienter (Socialstyrelsen, 2013).

Wallance, O’Connell och Frisch (2005) menar att det finns lite forskning gjord på

sjuksköterskors arbete i psykiatrisk samhällsbaserade team som ACT. Författarna har gjort en deskriptiv studie med sjuksköterskor för att identifiera omvårdnadsåtgärder och vilka vanliga situationer som uppstår i psykiatrisk uppsökande verksamhet. Sjuksköterskorna som deltog i studien arbetade enligt ACT-modellen och Case Management och analysen av studien visade att de vanligaste åtgärderna var samordning runt patienten (Case Management), allianskapande, medicinering och tillsyn (a.a.).

I sjuksköterskeutbildningen läggs några av grunderna som krävs för att arbeta i uppsökande verksamhet bland annat farmakologi, bedömning av psykisk och fysisk status, psykosociala insatser och familjeinterventioner. Därför kan sjuksköterskan vara ett naturligt val i ACT-modellen och Case Management. Wallance, O'Connell och Frisch (2005) studie visar dock vikten av att ha psykiatriskt specialistutbildade sjuksköterskor i verksamheten. Många av de patienter som är i behov av uppsökande verksamhet är svårt sjuka och sjuksköterskan måste ha kunskap, färdighet och attityd lämplig för arbetet för att kunna utföra god, och ofta krävande omvårdnad. En viktig egenskap hos sjuksköterskan, förutom mognad och erfarenhet, är att vara flexibel och kreativ och göra "vad som krävs". Resultatet av studien visade att sjuksköterskor i uppsökande verksamhet var involverade i sina patienter i både vardagliga och mer komplexa, annorlunda situationer (a.a.).

Cuddeback och Shattell (2010) beskriver i en artikel att sjuksköterskan har en viktig roll i team som arbetar enligt ACT men bristen på specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård gör det svårt att rekrytera och behålla dem. Konsekvensen blir att ACT-teamen är otillräckliga i sin förmåga att tillgodose patientens fysiska och psykiska behov och samverka med primärvården. Artikelförfattarna tror att stigmatisering inom yrket gör att nyexaminerade sjuksköterskor väljer bort psykiatrisk vård som specialitet och utbildningsansvariga bör därför stärka studenternas intresse för denna patientgrupp som redan är så utsatt och sårbar. De menar att sjuksköterskan kommer att spela en fortsatt avgörande roll för att stödja patienter med allvarlig psykisk sjukdom i återhämtning och skapa en meningsfull tillvaro i samhället samt att skolorna måste arbeta för att rekrytera fler till specialistutbildningen. Mer forskning behövs också om sjuksköterskans funktion att integrera fysisk och psykisk hälsa i samhällsbaserade team som ACT (Cuddeback & Shattell, 2010).

2.6 Problemformulering

ACT- modellens struktur verkar bidra till att de svårast sjuka patienterna ska få rätt hjälpinsatser och ett bra stöd i återhämtningen. ACT- modellen verkar också bidra till att patienterna blir mer delaktiga i sin vård och behandling. I teamet anses sjuksköterskan med sin breda yrkeskompetens ha en viktig roll men det finns studier som visar vikten av att ha en specialistutbildad sjuksköterska i psykiatrisk vård då patienternas problematik ofta är komplex.

Det finns även studier som visat att patienterna kände sig mer delaktiga i vården när de var knutna till team som arbetade enligt ACT-modellen och att de fick ett bra stöd i återhämtningen.

Sjuksköterskans breda yrkeskompetens anses spela en viktig roll i team som arbetar enligt ACT-modellen men det finns också studier som antyder att en specialistsjuksköterskekompetens inom psykiatrisk vård krävs då patienternas problematik ofta är komplex. Specialistsjuksköterskorna inom psykiatrisk vård har en bred yrkeskompetens. Specialistsjuksköterskans huvudområde är vårdvetenskap/ omvårdnad med i team som arbetar enligt ACT- modellen framhålls ofta specialistsjuksköterskans medicinska kompetens.

(Den psykiatriska specialistsjuksköterskans profession vilar på en vårdvetenskaplig grund och patientens personliga behov av hälsa ska tas hänsyn till i planering av vårdinsatser. Specialistsjuksköterskan ansvarar för att vården framställs och utförs i samråd med både patienten, närstående och andra vårdaktörer.)

Vid artikelsökning har inga sökresultat visat på att det finns studier gjorda i Sverige som belyser specialistsjuksköterskans roll i team som arbetar enligt ACT- modellen. Syftet med föreliggande studie är att lyfta fram specialistsjuksköterskans kompetens och roll i teamet och ta reda på om specialistsjuksköterskan med sin vårdvetenskapliga bakgrund anser att hen har en betydelsefull kompetens och roll för återhämtning från allvarlig psykisk sjukdom.

3 Syfte/frågeställningar

Syftet var att beskriva psykiatriska specialistsjuksköterskor erfarenheter av sin kompetens och roll i team som arbetar enligt ACT-modellen.

- På vilket sätt bidrar den specialistutbildade sjuksköterskan i psykiatrisk vård med sin breda kompetens i teamet?

- Hur beskriver specialistsjuksköterskan sin roll i team som arbetar enligt ACT-modellen?

4 Teoretiska utgångspunkter

I denna studie kommer delar av resultatdiskussionen utgå från Phil Barkers tio förpliktelser som uttrycker det ansvar sjuksköterskan har för att utforma omvårdnaden. De tio förpliktelserna är en del i hans omvårdnadsteori *Tidvattenmodellen*.

Phil Barkers *Tidvattenmodellen* är en teori på mellannivå och fokuserar sig på återhämtning vid psykisk ohälsa och betonar sjuksköterskans roll att stötta patientens återhämtning och förmåga att ta kontroll över sitt eget liv (Wiklund Gustin & Lindvall, 2012).

Tidvattenmodellen har hämtat sin huvudsakliga filosofiska liknelse från kaosteorin där man ser att förändring och utveckling sker genom knappt synliga och märkbara mönster som paradoxalt nog är konsekventa i sin ovisshet (Barker & Buchanan- Barker, 2005). Människans beteende och erfarenhet jämförs med det dynamiska flödet och effekten av tidvattnet. Hur vi än försöker styra våra liv är vi i slutänden maktlösa att kontrollera allt som händer och människan måste lära sig leva med ovissheten (a.a.).

I modellen, som utgår ifrån att sjuksköterskan har en skyldighet att visa omsorg och medkänsla, är vägen mot återhämtning en ömsesidig angelägenhet för sjuksköterskan och patienten (Wiklund Gustin & Lindvall, 2012). De tio förpliktelserna riktar uppmärksamheten mot att individen, inte bara i rollen som patient, ska hitta möjlighet att göra förändringar i sitt liv (a.a.).

Barker och Buchanan- Barker (2005) menar att *tidvattenmodellen*, med sina begrepp, antagandet och förpliktelser, kan ses som kartan för återhämtning och de tio förpliktelserna som en kompass som leder oss när tidvattnet står högt och vi känner oss rädda. Personens berättelse är en grund för omvårdnaden och när patienten själv får uttrycka sin berättelse växer också insikten om att det kan ske en förändring (a.a.). De tio förpliktelserna följer nedan och vissa av dem kommer att beskrivas mer ingående i resultatdiskussionen:

- Värdera rösten
- Respektera språket
- Utveckla äkta nyfikenhet
- Bli lärling
- Var transparent
- Forma nästa steg
- Använd de tillgängliga verktygen
- Lyft fram den personliga visdomen
- Ge tiden som en gåva
- Förändring är konstant

5 Metod

Studien syftar till att få mer kunskap om den psykiatriska specialistsjuksköterskans kompetens och roll i team som arbetar enligt ACT-modellen. Då detta verkar, efter artikelsökning, vara ett outforskat område har en kvalitativ metod valts och datainsamlingen gjordes genom semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant och en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes i analysen av intervjumaterialet.

5.1 Urval

Målet var att intervjua mellan 6-10 specialistsjuksköterskor i psykiatrisk öppenvård som arbetar enligt ACT-modellen.

I kvalitativa studier är avsikten att få så mycket information som möjligt ur ett begränsat antal informanter (Polit & Beck, 2012). I kvalitativ forskning finns inga instruktioner om hur stort antalet informanter ska vara. En vägledande princip kan vara att när ny information inte erhålls har man uppnått mättnad, det vill säga att ingen ny information tillkommer (a.a.)

Urvalet för att hitta informanter till studien gjordes i två steg. Först inventerades vilka verksamheter som arbetade enligt ACT-modellen, dels genom sökning via internet samt personlig kontakt med en samordnare på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som gjort en inventering av hur modellen används i Sverige. I steg två valdes ett antal verksamheter ut utifrån den information som framkommit. Chefer på två verksamheter kontaktades för ett godkännande (*bilaga 1*) och efter deras medgivande tillfrågades nio enhetschefer via mail. Även ett informationsbrev (*bilaga 2*) om studien bifogades. Av dessa tillfrågade responderade fem enhetschefer som vidarebefordrade förfrågan till specialistsjuksköterskor i verksamheterna. En informant tillkom via en annan informant. Totalt intervjuades sex sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatrisk vård och en sjuksköterska med lång erfarenhet i psykiatrisk vård med CM och utbildning i kognitiv beteendeterapi, hennes kunskap och erfarenhet bedömdes vara värdefull för detta arbete trots att hon inte uppfyllde urvalskriteriet. Inför intervjun, som bokades via telefonsamtal och mailkontakt, skickades ett brev till informanterna (*bilaga 3*). Övervägande delen av informanterna var kvinnor, medelåldern var 54 år och de flesta hade många års yrkeserfarenhet.

Ytterligare information om informanterna presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Fakta om informanter

Kön (kvinna/ man)	6/1
Ålder	30-64 år
Antal år som sjuksköterska	9-37 år
Antal år som specialistutbildad i psykiatrisk vård	5-32 år (1 saknade specialistutbildning)
Case managementutbildning/ utbildning i integrerad psykiatri	6 (1 hade påbörjat men inte avslutat)
Antal år på enheten	3.5- 16 år

5.2 Datainsamling

Insamlingen av data skedde genom semi-strukturerade intervjuer.

I en semistrukturerad intervju försöker forskaren förstå teman i vardagslivet ur intervjupersonens livsvärld men till skillnad från ett vardagssamtal har den professionella intervjun ett syfte och omfattar en viss teknik (Kvale & Brinkmann, 2014). Den halvstrukturerade intervjun är alltså varken ett vanligt samtal eller slutet frågeformulär utan genomförs enligt en viss struktur med fokus på teman som kan leda till frågor (a.a.).

Efter telefon- och mailkontakt med informanterna bokades intervjuer och samtliga valde att de skulle genomföras i anslutning till deras arbetsplats. Inför varje intervju informerades informanten om studien och dess syfte samt om de hade några eventuella frågor.

En intervjuguide (*bilaga 4*) användes som stöd under intervjuerna för att minska risken för att komma ifrån ämnet. Följdfrågor som ”kan du berätta mer?” eller ”kan du ge något exempel?” utformades för att utveckla och tydliggöra informanternas svar. En provintervju, som inte finns med i studien, genomfördes för att testa frågorna samt för att få en uppfattning om längden på intervjun. Intervjuerna, som varade mellan cirka 21-34 minuter, spelades in med dubbla ljudinspelningar för att säkra eventuella tekniska problem. Två av informanterna valde, på grund av tidsbrist, att göra delar av intervjun gemensamt, den ena informanten lämnade rummet efter cirka 20 minuter och intervjun fortsatte med en av dem.

5.3 Dataanalys

Intervjumaterialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Efter varje intervju väcktes tankar och funderingar över det informanterna skildrat och dessa skrevs ned i minnesanteckningar och var en bra grund när själva analysarbetet skulle påbörjas.

I den induktiva ansatsen dras inga allmänna slutledningar av resultatet, forskaren låter istället frågor som bör besvaras styras av den empiriska världen (Kvale & Brinkmann, 2014). Transkriptionerna måste vara korrekta för att de ska kunna spegla intervjun på ett riktigt sätt och materialet för dataanalysen måste vara av god kvalitet därför skrevs intervjuerna ut ordagrant (Polit & Beck, 2012). Syftet med analysen är att organisera, strukturera och hitta betydelsefull data i materialet. I kvalitativa studier sker datainsamling och analys parallellt, sökandet efter viktiga teman och begrepp startar samtidigt som datainsamlingen och efter varje intervju skrevs noteringar och stödord ner inför kommande textbearbetning och detta har tillämpats under studiens gång. Kvalitativ innehållsanalys är en utmaning då det inte finns några generella regler för att analysera kvalitativa data. Forskaren måste också kunna beskriva hur analysen gjorts och en stor mängd material ska reduceras till en rapport som ska representera resultaten på ett trovärdigt sätt. Analysen är en interaktiv process och forskaren måste gå igenom sina uppgifter noggrant och läsa materialet upprepade gånger för att fånga upp mening och förståelse (a.a.).

Det viktigaste i innehållsanalysen är att mycket text ska delas in i mindre innehållskategorier (Elo & Kyngäs, 2008). Innan analys påbörjas ska man som forskare ta ställning till om både det manifesta och det latent innehåll ska analyseras. Det manifesta innehållet är det som sägs och det latent handlar om skratt, tystnad och suckar etc. I denna studie har endast det manifesta innehållet analyserats. Det senare nämnda har det diskuterats huruvida det ska analyseras då det lämnas öppet för tolkning hos forskaren (a.a.). Intervjuerna valdes att skrivas ut ordagrant där även vissa delar av det latent fanns med, endast för eget minne, men dessa användes inte i analysen.

Texterna lästes igenom flera gånger och meningsbärande enheter markerades sedan i texten. Utifrån dessa skapades koder som noterades i kanten och lyftes över till en kodningsmall. Dessa klipptes sedan ut och sorterades ut i passande grupper som sedan namngavs efter innehåll. Dessa skapade sedan underkategorier som delades in under två huvudkategorier som i sin tur hade utformats med utgångspunkt i forskningsfrågorna. Detta beskriver Elo och Kyngäs (2008) som nästa steg i den kvalitativa innehållsanalysen.

Inte förrän forskaren är insatt i sitt material kan insikter och teorier växa fram (Polit &

Beck, 2012). Kvalitativ innehållsanalys innebär att upptäcka djupare begrepp och söka efter generalitet för dessa genom en induktiv process (a.a.). Efter noggrann bearbetning av materialet skapades två huvudkategorier med totalt nio underkategorier, fyra under den ena kategorin och fem under den andra. I *bilaga 5* presenteras exempel på delar av analysprocessen.

6 Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (2002) presenterar fyra allmänna krav som ställs vid vetenskaplig forskning, *informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* vilket innebär att materialet endast får användas för forskningsändamål (a.a.).

Kvale & Brinkmann (2014) tar snarlikt upp *informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser* och *forskarens roll*, fyra områden som brukar belysas gällande etiska riktlinjer för forskare.

Med *informerat samtycke* menar man att intervjupersonen informerats om studiens syfte, hur den är upplagd och vad det innebär att delta i studien. Genom att ge samtycke deltar intervjupersonerna frivilligt och har rätt att avbryta intervjun (a.a.).

Verksamhetschefer och enhetschefer (bilaga 1) har tillfrågats om samtycke till att intervjua specialistsjuksköterskor vid berörda enheter. Informanterna har fått information om deltagandet i studien (bilaga 2), både muntligt och skriftligt. Inför varje intervju gav informanterna ett muntligt samtycke innan inspelning påbörjades.

Med *konfidentialitet* menas att material som kan avslöja deltagarens identitet ska elimineras och intervjupersonen har rätt till ett privatliv, frågan gäller vem informationen ska vara tillgänglig för (Kvale & Brinkmann, 2014). I kvalitativa intervjustudier kan deltagarens uttalanden offentliggöras i studien och det är därför viktigt att skydda deras integritet (a.a.).

Innan intervjun informerades också informanterna muntligt om sekretess och de gav sitt medgivande till att materialet skulle användas i magisteruppsatsen som kommer att finnas tillgängligt både i pappersform och digitalt via Ersta Sköndal Bräcke högskola. Intervjumaterialet har behandlats konfidentiellt och oåtkomligt för obehöriga och resultatet avslöjar inte informanterna. Eventuella konsekvenser av publicerat material har övervägts och under intervjuerna beaktades riskerna hur de båda parterna kan påverka varandra.

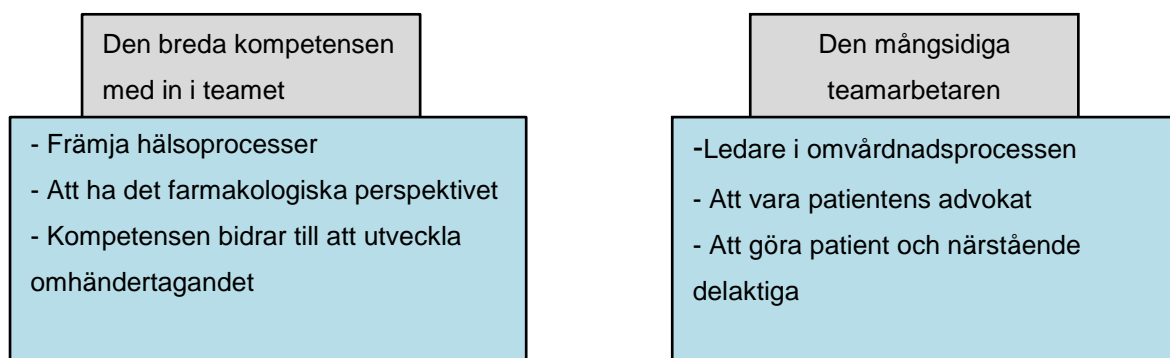
I kvalitativa studier måste man bedöma *konsekvenserna* efter den skada man kan orsaka deltagaren gentemot de vetenskapliga fördelar deltagaren bidrar med (Kvale & Brinkmann, 2014). Forskaren är skyldig att överväga de tänkbara konsekvenserna, både för den intervjuade men även den grupp de representerar. Till *forskarens roll* hör dennes person och

integritet vilket är väsentligt för den vetenskapliga kvaliteten och hållbarheten i de etiska besluten som fattas genom hela studien. Den kvalitativa intervjun är en interaktiv process och i samspelet kan parterna påverkas, intervjupersonen ger svar hen tror förväntas eller forskaren tolkar och rapporterar resultaten ur deltagarens perspektiv (a.a).

Då studiens ämne inte bedömdes vara av känslig karaktär kunde intervjuerna göras på informanternas respektive arbetsplats. Två av informanterna valde att göra delar av intervjun gemensamt vilket inte heller bedömdes äventyra resultatet av samma anledning som ovan nämnda.

7 Resultat

Innehållsanalysen ledde till att två huvudkategorier urskildes, *Den breda kompetensen med in i teamet* och *Den mångsidiga teamarbetaren*, samt sex underkategorier vilka presenteras i figur 1. Samtliga informanter arbetade enligt RACT men arbetets upplägg skiljde sig något mellan de olika enheterna.



Figur 1: Huvudkategori och underkategorier

7.1 Den breda kompetensen med in i teamet

Samtliga informanter beskrev att sjuksköterskans breda kompetens är en resurs för teamet. Att man som sjuksköterska har en medicinsk kunskap, helhetssyn och ett preventivt tänkande och att kompetensen kan bidra till att utveckla omvårdnadsarbetet så att patienten får rätt insatser.

7.1.1 Främja hälsoprocesser

Samtliga informanter nämnde att många patienter hade fysisk ohälsa och det var något som uppmärksammades. Att se hälsoperspektivet tillhör grundprofessionen som sjuksköterska ansåg en av informanterna. Här kan sjuksköterskan använda sig av sin kunskap i bedömningen av patienten. Informanterna upplevde att patienterna generellt led av somatiska åkommor. Övervikt och rökning var också vanligt förekommande problem. De upplevde att många patienter har låg kunskap om kost och många patienter var fysiskt inaktiva. Här ansågs det att specialistsjuksköterskan hade en viktig roll i det förebyggande och upptäckande arbetet. Till exempel beskrev en av informanterna om hen tar en promenad med patienten och upptäckte att de var andfådda, att hen då kunde fundera över vad det berodde på och var det något man skulle gå vidare med. Att informera och undervisa patienterna, både individuellt och i grupp ingick i sjuksköterskans uppgifter i teamet. En av informanterna sa:

Vi har ett mål att minska BMI på patienterna så det är mycket som hänger ihop till sjuksköterskans roll i teamet (Informant 2).

Genom utbildning och information blir patienterna mer delaktiga och lär sig hur de ska ta hand om sig. Samtalen kan handla om att få patienten att öka sin aktivitet, gå ut eller äta bättre nämner en informant. Informanterna i studien var angelägna om att hitta det friska hos patienten och belysa det som fungerar. Detta med ett perspektiv som utgår från den enskilde individens resurser.

Patienterna erbjöds hälsokontroller varje år, så kallade årskontroller, där sjuksköterskan var ansvarig för delar av kontrollen. Då gavs möjlighet att prata livsstilsfrågor med patienten men det var även något man återkom regelbundet till i samtalet med patienten. Men trots att informanterna försökte arbeta preventivt och lära patienterna egenvård upplevde flera att det är svårt med den här patientgruppen. En informant uttryckte följande:

Vi fångar trots allt upp ganska många med högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes och så. Så de fynden gör vi ju, vi gör det när det skett...(Informant 3)

7.1.2 Att ha det farmakologiska perspektivet

En del i den psykiatriska specialistsjuksköterskans uppgifter är att kunna informera patienten om medicinens verkningsmekanismer, biverkningar och hur de påverkar varandra samt även att kunna ta ställning till om effekten av läkemedlet är rimligt.

De flesta av informanterna menade att en stor del av arbetet handlade om mediciner, allt från administrering till att följa upp biverkningar och motivera patienter till varför de ska ta sin medicin. För att kunna göra ett kompetent arbete måste man enligt informanterna i studien ha god kunskap om de psykiatriska sjukdomarna och effekten av läkemedlen då de flesta patienter står på psykofarmaka. Flera av informanterna upplevde att det fanns en oro hos patienterna vad medicin gör med dem och en av informanterna beskrev att sjuksköterskan oftast har mer tid än läkaren att diskutera medicinering och biverkningar med patienten.

Att ha kunskap om medicinerna känner jag också är ett värde. Att man har en uppfattning om biverkningar och motivera för mediciner eller det är ju... det är ju rätt så mycket medicinpratande trots allt (informant 3).

Då läkemedel utgör en del av behandlingen och många patienter upplevde att medicinen utgjorde ett hinder för dem är det fler av informanterna som uppfattade att det finns en stor okunskap om detta hos andra yrkeskategorier.

Flera av informanterna betonade att kunskapen om sjukdomar och läkemedel är en viktig komponent som de bidrar med till teamet. Att genom motivationssamtal och på ett pedagogiskt sätt kunna förklara för patienten varför de ska ta emot en viss behandling är en styrka sjuksköterskan har.

Som en av informanterna formulerade det:

Om de har dålig information... om mediciner eller dålig erfarenhet kan man prata med dem, informera på ett pedagogiskt sätt, vad är biverkningar. Det är också specifikt till min roll som specialistsjuksköterska (informant 6).

Som tidigare nämnts handlar en del av omvårdnadsarbetet om läkemedelshantering. Här ser det lite varierande ut i de olika verksamheterna. En del beskrev att de har medicinmottagning dit patienterna får komma för depåinjektion eller dosettutlämning medan andra bokade patienterna individuellt. En av informanterna berättade att hen upplever det som att den här delen av arbetet hade blivit mer tydlig. Tid ska bokas för varje patient och det finns då möjlighet att följa upp effekt och eventuella biverkningar och mer tid till att hinna dokumentera. Tidigare kunde medicindelningen delegeras bort men det har ändrats, något som hen upplever positivt.

Nu är det viktigt att vi gör bokningar så där kan man säga att vi står i princip för allt som har med mediciner att göra (Informant 3).

Sjuksköterskan har också ett dokumentationskrav, att följa upp och dokumentera administrering och effekt av läkemedel. Så här sa en av informanterna:

Ett helt annat dokumentationsansvar än de andra, sådant följer ju med när man är sjuksköterska. Även om de andra ska dokumentera så är det mera lagstyrt, man har sin legitimation att tänka på... (Informant 5).

Biverkningar nämner flera informanter är ett vanligt förekommande problem och här kan sjuksköterskan göra ett viktigt arbete genom att lyssna på patienten, se till att koncentrationsprover tas regelbundet för att läkaren ska kunna ordinera rätt dos och ge råd till patienten hur de ska hantera detta.

7.1.3 Kompetensen bidrar till att utveckla omhändertagandet

Ett flertal av informanterna ansåg att den breda kunskapen specialistsjuksköterskan har är ett bra komplement till teamet. De underströk att alla yrkeskategorier är viktiga och i och med att flera kompetenser finns med så får patienten allt från samma team men att sjuksköterskan har en del redskap gällande uppföljning av somatisk och psykisk hälsa samt ett fokus på omvårdnad som de andra professionerna inte har. En del av informanterna menade att kompetensen och kunskapen gör att de också kan argumentera för sin sak, motivera varför patienten ska ha en viss insats eller inte. Som en av informanterna beskrev det att behörigheten gav uttrycksmedel och utan kompetensen i botten kunde det vara svårt att argumentera mot något som kändes fel.

Att specialistutbildningen i psykiatrisk vård har gett dem mer trygghet beskrev flera informanter. Det handlade om att de hade fått mer kunskap om psykisk ohälsa, något som de tyckte inte fanns tillräckligt av i grundutbildningen. En informant ansåg att hens akademiska bakgrund underlättade i sökandet efter information och ny forskning och en annan att det var lättare att värdera forskning och vara med i sådana diskussioner. Kunskapen kan se olika ut, även erfarenhet och annan kompetens som förvärvats via andra utbildningar och handledning är viktig. Som en av informanterna uttryckte:

Sen har man ju olika kunskap förstås beroende på hur länge man jobbat så det är svårt att peka på sjuksköterskekompetensen men det kan ju vara annan kompetens så att säga. Man har ju mycket utbildning och kunskap... (Informant 1).

Specialistutbildningen i psykiatrisk vård hade förutom fördjupad kunskap om psykisk ohälsa gett mer kunskap om behandling och bemötande, både av patienten, närstående och

vårdgrannar. Att ha kunskap gjorde att specialistsjuksköterskan får ett mandat och får ta mer plats tyckte en av informanterna och samma informant ansåg också att denna kompetens och kunskap är ganska låg hos en grundutbildad sjuksköterska. Specialistutbildningen har även bidragit till att flera informanter kände sig mer trygga i sin roll som Case manager, de använde sig av sin kunskap i bedömningen och behandlingen av patienter. En av informanterna sa så här:

Sjuksköterskans roll i teamarbetet tycker jag iså fall handlar om att försöka se till hela människan (Informant 7)

En av informanterna talade mycket om att bidra till att utveckla verksamheten. Hen ansåg att det var viktigt att inte stanna upp och tycka att man är bra utan hela tiden sträva efter att förbättra verksamheten. Hen ansåg att man som specialistsjuksköterska har en annan kompetens än som grundutbildad till att vara med i diskussionerna och tänka till hur man ska lägga upp förbättringsarbetet. Hen tyckte också att specialistutbildningen hade gett kunskap att kunna utveckla och ta fram det som fattas och tror inte att den möjligheten hade getts utan specialistutbildningen. Med den gavs möjlighet att metodutveckla och förbättra den psykiatriska vården.

Informanten ger några exempel på vad hen har varit med och utvecklat i verksamheten, bland annat ett utbildningsprogram för patienter som hen tyckte tidigare var undermåligt. Hen uttryckte det så här:

Utan den examen så hade jag ju inte kunnat göra det här... så det är väldigt roligt att kunna vara med och förbättra omhändertagandet för våra patienter och verkligen göra nytta (Informant 4).

7.2 Den mångsidiga teamarbetaren

Specialistsjuksköterskans roll handlade om den praktiska tillämpningen av den vårdvetenskapliga teorin. Informanterna beskrev specialistsjuksköterskans roll i teamet som mångsidig och innefattade allt från att vara den som ansvarade för omvårdnadsprocessen, följa upp patientens medicinska behandling, samordna patientens vårdinsatser, verka för att göra patient och närstående delaktiga till att vara den som ser till patientens bästa i de situationer där patienten inte har förmåga att göra det själv.

7.2.1 Ledare i omvårdnadsprocessen

Den specialistutbildade sjuksköterskan i psykiatrisk vård ansvarade för att koordinera omvårdnadsarbetet i teamet med utgångspunkt från patientens individuella behov och med hänsyn till hens önskemål.

Samtliga informanter beskrev omvårdnadsprocessen som en strukturerad process med tydliga mål, det fanns alltid ett syfte med det man gjorde. Arbetet sker utifrån riktlinjer och i vårdkontaktens början sker en noggrann kartläggning och utredning hur patientens situation ser ut. En av informanterna beskrev att sjuksköterskan deltar vid remissgenomgång vilket var viktigt så att det är rätt patienter som tas in i teamet. Varje patient ska ha en resursgrupp runt sig, där case managern och läkaren är obligatoriska, men övriga är personer som patienten själv har valt.

En informant beskrev resursgruppen som själva kärnan där patienten fick uttrycka sina kortsiktiga och långsiktiga mål och resursgruppen skulle träffas minst en gång om året beroende på vart i processen patienten befinner sig. På en annan verksamhet strävade man efter att ha resursgrupp var tredje månad där man gick igenom målen och informanten berättar att vissa patienter ändrade målen hela tiden medan andra har samma mål i ett år.

Informanterna beskrev att omvårdnadsarbetet var varierande, det kunde vara allt ifrån mottagningsbesök till hembesök, besök på vårdavdelning eller på patientens arbetsplats. Arbetet beskrivs som mångsidigt och att specialistsjuksköterskan är involverad i många olika områden.

Trots att uppdraget ska vara tydligt och att det ska finnas ett syfte med de omvårdnadsinsatser som görs upplevde några informanter att det fanns en risk att arbetet blev otydligt. En av informanterna uttryckte det så här:

Det är farligt att kanske gå över för mycket på varandras område, det är viktigt att inte tappa behandlingsarbetet för tiden räcker inte till allt... (Informant 2).

Att arbeta efter riktlinjer talade flera av informanterna om. En beskrev arbetet som en struktur som man fyller med de senaste forskningsrönen och de nationella riktlinjerna och att man gör det som man ska göra med patienterna.

En annan berättade att de har sju kartläggningar de ska genomföra varje år, bland annat vårdplaner och krisplaner som också ska uppdateras med jämna mellanrum. En informant berättade att de har regelbundna möten där man använde sig av en whiteboardtavla. Där tog de upp patienter som har tidiga tecken på försämring eller var i en utsatt situation så hela personalgruppen kände till detta och kunde uppmärksamma patienten. Flera informanter

beskriver att de har ett brett uppdrag som innefattar mycket. Sjuksköterskan är den som försöker ha helheten och en övergripande bild av patientens situation, hur det är med den somatiska hälsan, patientens ekonomiska situation, personliga relationer och dylikt.

Alltså, trycka på helheten och att liksom vad är det vettiga nu, ja vi kollar patienten, ja vi får gå hem till patienten, vad är det patienten faktiskt behöver, inte vad vi tycker att de behöver, inte vad vi tycker att vi ska göra eller inte göra... (Informant 7)

Att vara samordnare, Case manager, är fördelat på fler yrkeskategorier i teamet än på specialistsjuksköterskan. Utöver sin yrkesprofession var man Case manager för ett antal patienter och hade en koordinerande funktion. Det handlade om ett nätverksarbete med patienten i fokus och kunde innefatta uppföljning av vilka insatser patienten fått, utvärdering och fördelning av arbetet. Flera av informanterna menade att det här var en roll som passar specialistsjuksköterskan då samordnartänket finns med redan från grundutbildningen och vanan att arbeta i team och göra återkopplingar. En informant sa att sjuksköterskan är som ett bollplank som alla ska bolla mot och att alla använder sjuksköterskans kunskap. Det beskrev av en av informanterna på följande sätt:

Man ska alltid dra i trådar och det kan vilken yrkeskategori som helst göra men ändå, att vara spindeln i nätet tänker jag är att man inte låser sig i ett perspektiv utan... i och med att sjuksköterskan är den mest anpassade personen till att vara CM eftersom den har en sådan bred kompetens (Informant 7).

Det som flera av informanterna upplevde var att rollen kunde kännas otydlig och diffus, att specialistsjuksköterskan hade flera roller och att samma arbete som andra yrkeskategorier gjordes. En av informanterna beskrev det som att man får bevaka sin roll för annars kunde det lätt bli prat om mediciner när det är någon annan fråga som skulle tas upp. Även om samverkan med andra vårdaktörer är en självklarhet kan det ibland bli lite rörigt och att ansvarsfrågan ibland kan bli otydlig.

Fast min roll är case manager, jag blandar inte ihop det med mitt yrke som specialistsjuksköterska på så sätt men jag använder min kunskap i bedömningen och behandlingen av patienter (Informant 6).

7.2.2 Att vara patientens advokat

”Tanken om att vara patientens advokat spelar in” säger en av informanterna. När patienten inte klarar av att uttrycka sig själv måste specialistsjuksköterskan kunna stå upp för dem. Att se till patientens bästa och bedöma hur vi ska gå vidare och vara den som är konkret framhöll samma informant. Det som patienten klarar av själv ska hen göra och det som hen inte klarar

jan ombesörjas av sjukvården. Att ha kunskap om lagar och vilka rättigheter patienten har är en styrka beskrev flera av informanterna.

Att vara patientens advokat kan handla om att bevaka dennes intressen och se till att patienten erbjuds de insatser de har rätt till. Som en av informanterna påtalade så kan det vara svårt för patienten att samtala om svårigheter inför flera personer i en resursgrupp och att då kunna finnas som en trygghet för patienten. Att eftersträva enkelhet omnämns också. Att kunna se de små stegen och inte förvänta sig något mirakel är en viktig aspekt. Mycket av grundarbetet handlar om alliansskapande och att det kan ta lång tid. En av informanterna pratar om det mellanmänniska mötet:

Man har den här kontakten som bär faktiskt. Och de kanske jag tycker att man kan känna... trots allt har man funnits med, att man har kunnat stå för någon kontinuitet (Informant 3).

Att värna om patientens bästa, trots att det ibland blir mot patientens vilja är något som förekommer i arbetet. I en intervju beskriver en informant att personalen åker hem till patienter som inte vill, ger injektioner till patienter som inte vill ha men tar de inte emot den slutar det med att de blir försämrade och hamnar i slutenvården så det är för patientens bästa. Att som vårdpersonal veta hur patienten mår utan mediciner och göra ett överslag att det är för patientens bästa även om det i stunden känns som om man motarbetar dem. Hen påtalar också att det finns en stor skillnad här gentemot socialtjänsten där insatserna är på frivillig basis.

De kan säga att patienten inte vill ha boendestöd. ”Nä, patienten vill inte ha mediciner heller men han har fått det på tvång i tre år, vi ger inte upp våra insatser, kan ni vara lite flexibla?”(Informant 7)

7.2.3 Att göra patient och närstående delaktiga

En del av den psykiatriska specialistsjuksköterskans område är att utifrån ett personcentrerat förhållningssätt ta till vara patientens och närståendes erfarenheter, behov och mål i planeringen och genomförandet av vården.

Patientens delaktighet och egna mål är viktiga för arbetet anser flera av informanterna. Som en av informanterna formulerade det ”patienten är expert på sig själv och som sjuksköterska kan man dela med sig av en mer generell kunskap men patienten är specialist på sig själv”. Hen menade att om patienten fick dela med sig av sina erfarenheter och sjuksköterskan av sin kunskap kan man gemensamt hitta lösningar på problem. I samma intervju nämner hen att om man som psykiatrisjuksköterska är Case manager är en av uppgifterna att se till att patienten

får uttrycka sina kort- och långsiktiga mål och hjälpa patienten att bjuda in till en resursgrupp. I resursgruppen följer man upp både det som fungerat och inte fungerat samt ser till att det verkligen blir en process mot patientens egna mål. Målet är att få aktiva patienter som blir mer självständiga och för att uppnå det ger man patienten mer redskap för att kunna hantera sin sjukdom.

Det bygger då på vad de har för egna mål och planer och vad de är beredda att göra faktiskt (Informant 5).

Att fokusera på resurser och sträva efter att patienten ska bli mer självständig framkom i flera intervjuer. Ett sätt kan vara, som en av informanterna tar upp i intervjun, är att arbeta preventivt. Det kan handla om att patienten lär sig tidiga varningstecken på försämring, hur de ska minska stressen, skapa en struktur i vardagen. Några andra informanter beskrev de patientutbildningar de hade, både individuellt och i grupp. Det kunde vara psykoskola och ångestskola eller undervisning gällande kost, motion och sömn.

Sen har vi hälsogrupper man kan vara med i, promenadgrupper och vattengymnastik och... föreläsningar har man börjat med två gånger per år. Det kommer hit någon och pratar om något ämne som sömn eller livsstil och ... det är bra!(Informant 5).

Att anhöriga och närstående var viktiga i processen påtalade samtliga informanter. Flera informanter nämnde också närstående som en resurs och här låg en del fokus på att utbilda anhöriga och närstående och arbeta med de skyddande faktorerna. En av informanterna nämner anhöriga som en samarbetspartner och att återkopplingen var lika viktig till dem som till övriga vårdgrannar. Hen trodde att rollen som sjuksköterska var en bra utgångspunkt som kan skapa en neutral dialog med anhöriga då sjuksköterskan inte har något direkt beslutsfattande mandat. En viktig del är också att utbilda anhöriga om sjukdomen, medicinering och rehabilitering. Dessa utbildningar gjordes ofta gemensamt med anhöriga och patienter och kan ha olika perspektiv.

Ett problem kan vara, nämnde en av informanterna, att patienten inte vill att anhöriga och närstående ska vara involverade men att man ändå strävar efter att ha en bra kontakt.

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Denna studie har en kvalitativ ansats då syftet var att beskriva specialistsjuksköterskors kompetens och roll i team som arbetar enligt ACT-modellen. I de resultat som framkom belystes informanternas erfarenheter, upplevelser och föreställningar.

Diskussion över studiens giltighet kommer att utgå ifrån Lincoln & Gubas (1985, refererat i Polit & Beck, 2012) fyra föreslagna kriterier som presenteras följande. Trovärdighet, vilket innebär att innehållet i det insamlade materialet ska presenteras och tolkas trovärdigt.

Tillförlitlighet, som påvisar att datainsamlingen har skett på ett seriöst sätt och att de etiska aspekterna runt insamlingen är beaktade. Konfirmerbarhet avser om hur samstämmigheten blir om två eller flera oberoende personer genomför samma studie. Till sist överförbarhet vilket visar på om studien kan genomföras i andra kontexter (a.a.).

8.1.1 Urval

Två verksamhetschefer kontaktades för rekrytering av informanter. Efter godkännande om att genomföra studien vidarebefordrade de frågan till sammanlagt nio enhetschefer varav fem responderade. De vidarebefordrade i sin tur frågan till sjuksköterskor på sina enheter, som själva tog kontakt, via telefon och mail. Detta gjorde att enhetscheferna inte var direkt delaktiga i urvalsprocessen.

Hur många informanter som behövs till en kvalitativ studie styrs av om forskaren får svar på det som undersöks (Kvale & Brinkmann, 2014).

Totalt deltog sju sjuksköterskor och urvalet innefattade specialistutbildade sjuksköterskor inom psykiatrisk vård som arbetar enligt ACT-modellen. Undantag gjordes med en informant som inte uppfyllde kriterierna då hen saknade specialistutbildning i psykiatrisk vård men hade lång erfarenhet av psykiatrisk vård samt andra till ämnet relaterade utbildningar och ansågs kunna tillföra arbetet användbar data. En annan aspekt i det var de begränsade möjligheterna att rekrytera informanter som hade möjlighet att delta i en intervju. I samband med sökandet efter informanter blev det tydligt att det fanns begränsade möjligheter att rekrytera specialistsjuksköterskor som arbetade i den verksamhet som efterfrågades, till stor del beroende på att modellen implementerats i ett begränsat antal verksamheter. Det hade varit önskvärt att få informanter från fler verksamheter för att se om det framkom skillnader i specialistsjuksköterskans roll och hur deras kompetens tas till vara. Det framkom inte heller

tydligt i sökandet av informanter hur tillgången såg ut och det kan vara så att de som valde att delta i studien var mer benägna att prata om sin yrkesroll och kompetens. Då rekryteringen till stor del skedde genom mailkonversation samt i vissa fall telefonledes med enhetschefer vet författaren inte heller om hur informationen till potentiella informanter har gått till.

De rekryterade informanterna hade viss åldersspridning och varierande arbetslivserfarenhet. Det som framkom tydligt var att de som nyligen hade gått specialistutbildning och hade en magisterexamen var mer benägna att prata om forskning och förbättringsarbete i verksamheten.

Materialet från intervjuerna bedömdes vara tillräckligt för studiens syfte. Om tidsramen inte varit så begränsat liksom möjligheten att rekrytera informanter så hade en större spridning önskats. Exempelvis kunde det varit en större spridning på informanterna avseende kön och kulturell bakgrund för att få en mer nyanserad bild av specialistsjuksköterskans kompetens och roll.

8.1.2 Datainsamling

I den kvalitativa forskningen sker insamling och analys av data parallellt (Polit & Beck, 2012). Trovärdigheten ses av Lincoln & Guba (1985, refererat i Polit & Beck, 2012) som ett mål i kvalitativ forskning. Forskaren ska sträva efter att presentera ett så sanningsenligt material som möjligt och tolkningarna ska vara trovärdiga (Polit & Beck, 2012). Detta kan vara ett av de större problemen i kvalitativ forskning och då framför allt i kvalitativa intervjuer menar Trost (2010). Som forskare måste man kunna visa att data och analyser är tillförlitliga, att datainsamlingen har skett på ett seriöst sätt relaterat till frågeställningen och att forskaren har reflekterat över de etiska aspekterna runt insamlandet av data. Ett sätt för att öka trovärdigheten är att noggrant beskriva samtliga delar av forskningsprocessen. Ett exempel kan vara att delge läsaren intervjuguiden så att denne själv kan avgöra trovärdigheten i materialet (Trost, 2010).

Intervjuguiden medföljer som bilaga (bilaga 4) till uppsatsen och kan av läsaren användas som utgångspunkt för att bedöma trovärdigheten i materialet. Citat är också ett sätt att styrka tillförlitligheten och har därför använts i resultatdelen.

Konfirmerbarhet avser kongruensen om två eller flera personer, oberoende av varandra genomför studien (Polit & Beck, 2012). För att detta ska uppnås måste resultaten återspegla informanternas röst och inte påverkas av forskarens motiv (a.a.). Att vara helt neutral så man är uttryckslös kan vara svårt men det är viktigt att inte spegla sina egna åsikter under intervjun

(Trost, 2010). Man kan vara engagerad i olika grader under intervjun för att få fram och förstå informantens tankar (a.a.). Då intervjuaren sakade erfarenhet av intervjuteknik användes intervjumallen relativt strikt under framförallt de första intervjuerna men detta ändrades under tidens gång. En neutral hållning intogs men då tystnad uppstod under samtalen kom frågor som så här i efterhand bedömdes inte vara relevanta till studien. Detta kan tolkas som en osäkerhet och nervositet hos den som gjorde intervjun. Man bör beakta, avseende konfirmerbarhet, att personer med mer erfarenhet av intervjumetodik kunde ha fått mer likvärdiga resultat vilket i och för sig inte är avsikten i kvalitativa studier.

En person med mer intervjuerfarenhet hade kanske också kunnat få ut mer data från informanterna genom att ställa fler följdfrågor eller vara mer lyhörd och invänta den som intervjuades. En styrka vid intervjuerna var att det fanns ett genuint intresse hos författaren att få en fördjupad kunskap om det berörda ämnet. Datainsamlingen tog knappt två månader och blev i och med det en följdriktig process men det går inte att utesluta att de första intervjuerna påverkade de kommande. Efter genomförda intervjuer bedömdes data vara tillräckligt för avsedd studie.

8.1.3 Dataanalys

Intervjumaterialet har analyserats enligt en kvalitativ innehållsanalys. Efter intervjuerna transkriberats lästes de igenom flera gånger och meningsbärande enheter lyfter ut och kodades med öppen kodning. Utifrån dessa skapades kategorier med tillhörande underkategorier. Att själv transkribera intervjuerna kändes som en viktig del i processen då en del idéer och tankar formades under den delen av arbetet. Under arbetets gång har även minnesanteckningar använts fortlöpande och var ett stöd i analysarbetet.

Det kan vara en svår uppgift att hitta lämplig kod på utvald data (Polit & Beck, 2012). Forskaren kan ha svårt att förstå det underliggande i texten och materialet kan behöva läsas om flera gånger för att förstå nyanser. Det är också vanligt att forskaren upptäcker att det kodade materialet passar under en annan kategori än vad som tänkts från början och att vissa kategorier hör ihop. I analysen måste den kvalitative forskaren skilja mellan vad flera deltagare anser och vad en enskild individ har för erfarenheter. Att analysera enskilda fall kan göra det möjligt för forskaren att förstå de perspektiv av erfarenheter som kan förekomma (a.a.).

I resultatdelen har enskilda informanters kunskap skildrats för att få ett perspektiv på deltagarnas olika erfarenheter, upplevelse och föreställningar. Även i de områden där det

funnits en konsensus i informanternas svar har detta försökt belysas ur den enskildes perspektiv. Under analysens gång fick data omarbetas då vissa koder bedömdes passa under andra kategorier än vad som tänkts från början.

Intervjuerna har transkriberats ordagrant men har i resultatet presenterats i skriftform för att få ett naturligare flöde i texten. Ett av kriterierna är studiens pålitlighet som hänvisar till tillförlitligheten i studien över tiden, det vill säga skulle resultatet bli desamma om den genomfördes igen med samma informanter och frågor (Polit & Beck, 2012). Om en intervjustudie bedöms vara tillförlitlig ställs frågan om resultatet är överförbart till andra kontext (Kvale & Brinkmann, 2014). Inom samhällsvetenskapen har man ambitioner att kunna generalisera medan humanismen ser varje situation som unik. Då det kan finnas svårigheter att överföra vetenskapliga lärdomar i sin helhet handlar det kanske mer om att kunskapen som framkommer kan visa hur det ska vara vilket också kan vara giltigt i andra situationer och kontext (a.a.).

Detta är inte så intressant vid kvalitativa intervjuer då det är utvecklingen man är intresserad av (Trost, 2010). Föreställningen att få samma svar på samma frågor som ställs vid skilda tillfällen bygger på tron att individen är statisk i sina uppfattningar och åsikter. Människor formas av nya erfarenheter och förhållanden vilket innebär att vi är föränderliga vilket våra svar också blir (a.a.). Med detta sagt kan pålitligheten inte styrkas i det avseende att samma svar ska erhållas om intervju skulle ske på nytt med samma frågor och informanter. Flera av informanterna beskrev också om att hela tiden förbättra och utveckla verksamheten vilket också kan påverka att svaren skulle förändras. I studiens inledning berörs förförståelsen och har under studiens gång beaktats och även verifierats vid litteraturgenomgång.

Förförståelse finns hos varje individ och är något man som forskare ska ha med sig och beakta hur den kan påverka forskningsprocessen (Dahlberg et.al., 2008). I denna studie har förförståelsen hos författaren speglats av många års erfarenhet inom psykiatrisk vård där strukturen och arbetet sett mycket varierande ut. Förförståelsen har dels varit att om man arbetar enligt strukturerade vårdmodeller blir arbetet tydligare vilket till vissa delar bekräftats i denna studie men det har också gett helt nya insikter om specialistsjuksköterskans kompetens och roll, bland annat hur kompetensen kan bidra till utveckling och förbättringsarbete i verksamheten. Både förmågan att hantera förförståelsen samt informanternas beskrivning av sin kompetens kan ha bidragit till detta, ett tydligt exempel är den förförståelse om att livsvärldsperspektivet och den rådande kulturen på arbetsplatsen kan färga arbetet, vilket till stora delar dementerades i denna studie.

Resultatets överförbarhet, det vill säga om studien är duglig i andra grupper eller sammanhang, utgörs av om forskaren kan presentera så utförliga data så att läsaren kan tillämpa det i andra sammanhang (Polit & Beck, 2012). Här läggs tyngden på att det avgörande arbetet med att överföra sker av läsaren. Det är läsarens uppgift att avgöra i vilken utsträckning resultatet är överförbart i andra situationer. Eftersom forskaren bara är bekant med sitt eget område kan det hävdas att forskarens uppgift är att ge en grundlig beskrivning av sitt ämne (a.a.). Med beaktande av informanternas spridning av ålder och yrkeserfarenhet samt att intervjuer är genomförda på olika verksamheter kan överförbarhet ses i viss mån.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva psykiatriska specialistsjuksköterskors erfarenheter av sin kompetens och roll i team som arbetar enligt ACT-modellen. Resultatet kommer, tillsammans med till ämnet relevanta studier, diskuteras utifrån de två huvudkategorierna *Kompetensen med in i teamet* och *den mångsidiga sjuksköterskan*. Phil Barkers tio förpliktelser används som utgångspunkt i delar av diskussionen.

Efter bearbetning av och analys av materialet framkom en nyanserad bild av specialistsjuksköterskan i team som arbetar enligt ACT- modellen. Sjuksköterskan beskrevs som den som försöker ha helhetsperspektivet och en övergripande bild av patientens situation. Informanterna beskrev att arbetet till stor del handlade om medicinska åtgärder som innefattade biverkningskontroller och uppföljning av hälsostatus.

8.2.1 Den breda kompetensen med in i teamet

Socialstyrelsen anser att sjuksköterskan med sin breda bakgrund har en viktig roll i team som arbetar enligt ACT- modellen men i deras funktionsbeskrivning framkommer inte att det bör vara en specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård utan nöjer sig med sjuksköterska. Fokus ligger också mycket på den medicinska vården och inte på sjuksköterskans huvudområde att stödja och främja hälsa.

Det som framträdde under intervjuerna var en grupp yrkesstolta specialistsjuksköterskor. De beskrev sin kompetens som viktig för teamet och patientarbetet samt att specialistutbildningen bidragit till att kunna förbättra och utveckla omhändertagandet av patienterna. Deras kompetens gör att de kan bidra med det hälsofrämjande perspektivet och att de arbetade för att stärka patientens autonomi. Flera av informanterna underströk att specialistutbildningen hade gett dem mer trygghet och en ökad kunskap. De hade även

utvecklat en bättre förmåga att värdera och tillämpa forskning och de använde sig av sin kunskap i mötet med patienten. Den beskrivning som informanterna ger stämmer väl överens med studien som presenterades i bakgrunden (Södergren, Benjaminson & Mattson, 2017) om hur specialistsjuksköterskor tillgodogör och utvecklar sin yrkeskompetens.

Susanne Blomqvist (2009) har i sin avhandling ”Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team” gett en annan bild av sjuksköterskans arbete i team. Studien, som är uppdelad i två empiriska studier, visar generellt ett lägre utnyttjande av omvårdnadspersonalens kunskap vilket till viss del kan förklaras av ett det råder en hierarkisk ordning samt vilka normer och organisatoriska förhållanden som råder på arbetsplatsen (a.a.). I Blomqvist studie (2009) kategoriseras sjuksköterskor och mentalskötare som omvårdnadspersonal vilket gör att specialistsjuksköterskans roll inte specifikt belystes.

Samtliga informanter i föreliggande studie betonar att deras medicinska kompetens är viktig för teamet. Att de har kunskap om de psykiatriska sjukdomarna och medicinernas verkan är en viktig grund för att kunna utföra ett professionellt arbete. De uppger vidare att den somatiska och psykiatriska uppföljningen är deras kunskapsområde och att andra yrkeskategorier uppfattas ha lägre kunskap om detta. Flera av informanterna beskrev att det är deras uppgift att informera och undervisa patienter i livsstilsfrågor. Informanterna i understryker hur viktiga årskontroller och hälsouppföljningar är och att man ofta upptäcker fysiska besvär, när de väl uppstått, hos patienterna. Att kunna arbeta preventivt var något flera sjuksköterskor uttryckte önskemål om. Genom att implementera och utveckla metoder kan specialistsjuksköterskan få mer verktyg att följa upp patientens somatiska hälsa vilket är till gagn för denna patientgrupp som ofta är mindre benägna att söka somatisk sjukvård för sina besvär. Specialistsjuksköterskorna som intervjuades menade att många patienter har nedsatt fysisk hälsa och lider av somatiska åkommor. Patienterna uppfattades, av flera informanter, ofta ha låg kunskap om hur de ska ta hand om sig för att må bra och här kan specialistsjuksköterskan använda sig av sin kunskap i bedömningen.

Det var något som också framkom i en studie av Shattell et.al. (2011). I deras kvalitativa studie, där fem team deltog, studerades hur fysisk och psykisk hälsa kan uppmärksammas i ACT- team. Studien visade att ACT-teamet är väl lämpat för att integrera fysisk och psykisk hälsa och personalen var positiv till en sådan utveckling. Samtliga som deltog i studien bekräftade att många patienter led av allvarliga fysiska åkommor och att det fanns ett behov av att uppmärksamma och åtgärda dessa. Man kunde även se en bättring i patienternas psykiska hälsa om problemen ombesörjdes. I de team där det fanns en sjuksköterska ansvarade hen för hälsouppföljningar och var behjälplig att tolka provsvar och andra

medicinska dokument samt hjälpte patienten till att få rätt vårdinsatser (a.a.).

I en annan studie, en fallstudie, av Weinstein Carson et.al. (2011) ville författarna undersöka hur sjuksköterskan i ACT-team kan utvecklas och förbättras i sitt arbete med fysisk ohälsa. Resultatet av studien visade att ACT- teamen är en bra plattform att ta itu med både fysiska och psykiska åkommor som de psykiatriska patienterna lider av. Sjuksköterskan i teamet är med sin kompetens den mest lämpade att samordna och leda samverkan med primärvården men man såg också att sjuksköterskan i teamet hade kunskap att hjälpa patienter med fysiska besvär. Med fler utvecklade vårdmodeller kan sjuksköterskan få mer riktlinjer och hjälp med hur arbete ska utföras (a.a.).

Det som däremot inte alltid framträdde så tydligt under intervjuerna var att specialistsjuksköterskans kompetens vilar på en vårdvetenskaplig grund. Flera av informanterna betonade vikten av den medicinska kunskapen då deras arbete handlar om att motivera patienten att ta mediciner samt uppföljning av biverkningar. Trots att specialistsjuksköterskan ska arbeta utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv med fokus på återhämtning, vilket påtalas i både kompetensbeskrivningar och flertalet studier, så framkommer det i intervjumaterialet att en viss del av arbetet är symtom- och behandlingsinriktat ur ett medicinskt perspektiv. Begreppet omvårdnad berörs ändå och flera av informanterna betonar vikten av att stärka patientens autonomi. Det fanns en viss spridning hos informanterna i benägenheten att koppla sitt arbete till vårdvetenskapen vilket kan vara kopplat till var och när i tiden informanten har genomfört sin specialistutbildning.

En som har granskat hur den psykiatriska modellen påverkar sjuksköterskans arbete är Hall (1996, refererat i Hummelvoll, 2012). Hall menar att likt den medicinska modellen använder sig den psykiatriska av att ställa en diagnos för att sedan sätta in lämplig medicinsk behandling. För att rätt behandling ska kunna tillämpas är diagnosen av stor vikt men detta menar författaren är vanskligt då diagnosen inte ger en förståelse för patientens liv. Vidare anser Hall att sjuksköterskans praktiska arbete i psykiatrisk vård begränsas av att det vilar på den psykiatriska (medicinska) modellen. Patientens resurser och faktorer som kultur, social status och personliga uppfattningar om lidande bortsräknas vid diagnosticering och fokus ligger på specifika symtom. Vårdpersonalen riskerar också att brista i det individualistiska perspektivet och objektifiera patienten utifrån diagnos. Att istället se till patientens egna mål och ta hänsyn till vilka möjligheter och hinder patienten har för att uppnå dessa (a.a.).

Det var något som också framkom i en irländsk studie av Cusack, Killoury och Nugent (2017). I den ville författarna undersöka psykiatriska sjuksköterskors kompetens och identifiera vilka färdigheter de hade att stödja patienten i återhämtningen. Studien var en

mixad-metod och datainsamling skedde genom fokusgruppsintervjuer och skriftliga rapporter. Resultatet visade att den medicinska professionen hade ett symtomfokuserat sätt att se på den psykiatriska vården, något som också färgade av sig på sjuksköterskornas arbete. Studien visade att de också använder sig av detta synsätt i det praktiska arbetet med att stödja patienten i återhämtningen. Författarna menade att om sjuksköterskorna ska kunna arbeta preventivt behövs professionell utveckling och sjuksköterskor behöver stöd i att utveckla mätbara metoder för hälsointerventioner. Studien visade också att den psykiatriska sjuksköterskans hälsofrämjande och psykosociala insatser är grundläggande för att patienter ska få vård med god kvalitet. För att detta ska kunna tillämpas behöver den psykiatriska sjuksköterskan stöd av den medicinska professionen att implementera ett återhämtningsinriktat patientarbete genom att göra komplexa bedömningar och dokumentera de psykosociala insatser som krävs (a.a.).

Barker och Buchanan- Barker (2011) skriver i sin artikel "Myth of mental health nursing and the challenge of recovery" att trots att begreppet psykiatrisk omvårdnad har blivit mer efterfrågat de senaste 35 åren är de få som kan beskriva vad det egentligen innebär. Författarna ifrågasätter om inte sjuksköterskans primära roll fortfarande handlar om att utföra medicinsk omvårdnad och ombesörja fysiska och sociala insatser, stereotypen av en "hushållerska". De menar att detta kan låta hårt och att sjuksköterskans roll är outhärlig, verksamheter kan förmodligen bedrivas med insatser från andra discipliner men riskerar att kollapsa utan sjuksköterskor. Många sjuksköterskor utvecklar sin kompetens genom utbildning och kvalificerar sig till både att bedriva terapi och ha viss förskrivningsrätt av läkemedel. Men dessa utökade kompetensområden för sjuksköterskan bidrar inte till att utveckla den psykiatriska omvårdnaden utan handlar mer om att utföra arbete inom det psykologiska och medicinska fältet. Om den psykiatriska sjuksköterskan ska kunna arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt med fokus på återhämtning kan de behöva frigöra sig från det arbete som tidigare associerats med begreppet psykiatrisk omvårdnad. De skriver också att den psykiatriska sjuksköterskan står för en ny syn på mänskliga tjänster men att kompetensen och rollen behöver särskiljas från den traditionella psykiatriska vården (Barker & Buchanan- Barker, 2011).

Samtliga informanter beskrev att fokus i omvårdnadsarbetet handlade om att göra patienten delaktig och arbeta för att få mer självständiga patienter. Att som specialistsjuksköterska tillsammans med patienten få utforma en vårdplan med både kort- och långsiktiga mål.

Det är något som Aston och Coffey (2011) har undersökt i sin fokusgruppstudie. I studien har de intervjuat sjuksköterskor och patienter om hur de ser på begreppet återhämtning. Både

sjuusköterskor och patienter var intresserade av begreppet och måna om att få uttrycka sin åsikt. Även om begreppet inte var nytt för någon av deltagarna ansåg de att det var diffust och oklart. Bristen på information upplevdes som ett problem samt att arbetet styrdes av organisationens krav. Studien visade att man behöver skapa ett optimistiskt tillvägagångsätt att möta de psykiatriska patienterna, att tillsammans utforma en vårdplan som inspirerar till hopp och positiva förväntningar på återhämtning. Den visade också att man behöver ändra den medicinska synen på psykisk ohälsa och kunna erbjuda patienten fler psykosociala insatser samt att gemensamt utbilda sjuusköterskor och patienter i begreppet återhämtning. Den psykiatriska vården måste arbeta mer personcentrerat istället för att styras av organisatoriska mål och ha en klar vision av vilka förväntningar de har på återhämtning vid psykisk ohälsa (a.a.).

Detta kan ses förenligt med Barkers teori *Tidvattenmodellen* som fokuserar på patientens återhämtning. Som tidigare nämnt riktar Barkers förpliktelser uppmärksamheten mot att individen ska hitta möjligheter att förändra sitt liv.

Att värdera individens röst och se dennes berättelse som grunden för omvårdnaden (Barker & Buchanan- Barker, 2005). Berättelsen innefattar inte bara lidandet utan också hoppet att hitta lösningar. Att också bli lärling till patienten och se att det är hen som är expert på sig själv och sin livsberättelse. Barker menar också att en förpliktelse är att använda de tillgängliga verktygen och detta kan göras genom att lyssna på personens berättelse och höra vad som fungerar eller inte fungerar, något som kan användas som verktyg i patientens återhämtning (a.a.)

Med en mer komplex fokusering på patientens resurser och egna mål kan den psykiatriska specialistsjuusköterskan vara ett bra stöd i patientens återhämtning.

Utifrån Barker och Buchanan- Barker (2005) förpliktelser som säger att man ska forma nästa steg kan detta ses när sjuusköterskan tillsammans med personen tittar på vad som behöver göras. Det är det första steget som är avgörande och avslöjar kraften i förändringarna och visar också vägen mot återhämtning. Att också se att förändring är konstant och det är oundvikligt att förändras. Det gäller alla människor och sjuusköterskans uppgift är att göra patienten medveten om de förändringar som sker och hur de ska ske i rätt riktning (a.a.).

8.2.2 Den mångsidiga teamarbetaren

Deltagarna i studien beskriver sitt arbete som varierande och att de är inne på flera områden. Några av informanterna upplevde detta som en risk för att arbetet blir otydligt. Stundtals kan

de som specialistsjuksköterskor ha flera olika roller och göra samma arbete som andra yrkeskategorier och rollen kunde upplevas som diffus.

Samtliga deltagare i studien framhöll att de har, tillsammans med andra yrkeskategorier, en viktig funktion i teamet. Specialistsjuksköterskan beskrevs som ett naturligt val till att agera samordnare för patienten då den arbetsledande funktionen finns med redan från grundutbildningen. Informanterna beskrev sitt arbete som varierande och att de var med patienten i olika sammanhang. Flera av de intervjuade berörde området omvårdningsfokus och hälsofrämjande arbete men återkom till att deras arbete styrdes av kartläggningar, vårdplaner samt krisplaner som ofta handlade om medicinska insatser.

I en brittisk litteraturstudie (McAdam & Wright, 2005) ville författarna identifiera vilka egenskaper som är viktiga för psykiatriska sjuksköterskor som arbetar med integrerad psykiatri i den mest komplexa patientgruppen. Både forskare och uppdragsgivare i Storbritannien var överens om att sjuksköterskan behöver specialistkompetens, kunskap och personliga egenskaper för att klara av arbetet. Resultatet av litteratursökningen identifierade tre huvudteman som ansågs viktiga. Dessa var kliniska kunskaper och kunnighet, personliga egenskaper och framgångsrika resultat för uppsökande verksamhet. I diskussionen framhåller författarna risken för att den psykiatriska sjuksköterskan får en roll som socialarbetare samt att kompetensbegreppet innefattar att ha en bred kunskap och utmärkande egenskaper för att klara av det komplicerade arbetet. Den psykiatriska sjuksköterskan måste kunna tillämpa erforderlig kunskap och ha förmåga att hantera komplexa situationer. Då sjuksköterskan har ett nära samarbete med andra professioner finns det risk att professionsgränserna suddas ut och rollen blir otydlig. Den psykiatriska sjuksköterskan kan därför behöva reflektera över vad det innebär för den egna professionen (a.a.).

I intervjuerna talade man också om patientens delaktighet i vårdprocessen där patienten själv får uttrycka sina kort- och långsiktiga mål. När en vårdkontakt påbörjas samlas information om patientens historia och en planering görs utifrån patientens behov.

Att utveckla en äkta nyfikenhet är en av sjuksköterskans förpliktelser (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Sjuksköterskan måste ta reda på vad som finns bakom patientens berättelse (a.a.). Detta kan kopplas till det flera av informanterna talar om, att göra patienten delaktig och att det är patienten som är expert på sig själv och här kan sjuksköterskans nyfikenhet öppna upp för patientens berättelse.

Att respektera språket, hur patienten med sina ord uttrycker sin berättelse kan kopplas till patientens delaktighet (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Flera av informanterna pratar om att fokusera på patientens resurser och sträva efter

autonomi och de omnämnda förpliktelseerna kan användas som stöd i arbetet. Flera av informanterna beskriver sitt arbete som strukturerat och målinriktat. I ett arbete som trots allt styrs mycket av riktlinjer och vårdprogram är det av stor vikt att inte tappa bort dessa förpliktelser.

Yamashita, Forchuk och Mound (2005) genomförde en intervjustudie med sjuksköterskor som arbetade som Case manager. Syftet med studien var att klarlägga hur sjuksköterskor skapar en förtroendefull relation med patienter som har en långvarig psykisk sjukdom. Deltagarna i studien uppgav att det första steget var att skapa allians. Genom att lyssna på patienten och respektera hans önskemål skapades ett förtroende. Att se individen och inte bara sjukdomen gjorde att vården kunde utföras på ett pragmatiskt sätt. Ett långsiktigt engagemang med patienten gjorde det möjligt att vara flexibel i arbetet. De upplevde utmaningar i att försöka skapa kontinuitet i vårdkontakten och i den brist i kommunikationen som uppstod mellan vårdinstanser. Att involvera anhöriga och närstående upplevdes också som en utmaning. Sjuksköterskorna som medverkade i studien betonade vikten av att involvera anhöriga, till exempel genom utbildning. Att vara patientens advokat ansågs som mycket viktigt och betonades av de flesta deltagarna. De utförde advokatrollen genom att stödja och informera sina patienter om deras rättigheter och ansvar att fatta egna beslut. Deras terapeutiska roll gjorde det möjligt att även inta en sådan roll. Studien bekräftar vikten av sjuksköterske- patientrelationen i omvårdnaden (a.a.).

Att ha kunskap om lagar och vilka rättigheter patienten har omnämns som en styrka av flera informanter. Att vara patientens advokat och bevaka dennes intressen och finnas som en trygghet för patienten. En stor del av arbetet handlar om att skapa allians vilket kan ta tid och att man måste kunna se små förändringar som positiva och inte förvänta sig mirakel. Barker och Buchanan- Barker (2005) skriver i sina förpliktelser att man ska ge tiden som en gåva, det är det mest värdefulla sjuksköterskan kan ge patienten. Tiden beskrivs som förändringens barnmorska och frågan är inte hur mycket tid vi har utan vad vi gör med tiden (a.a.).

Patienten omnämns i en intervju som expert på sig själv och att specialistsjuksköterskan kan dela med sig av en mer generell kunskap. Får patienten dela med sig av sina erfarenheter och sjuksköterskan av sin kunskap kan man gemensamt hitta lösningar.

Barker och Buchanan- Barker (2005) beskriver det i sina förpliktelser som att man lyfter fram den personliga visdomen, personen får tillgång till sin egen kunskap genom sin berättelse och sjuksköterskans uppgift blir att hjälpa patienten att upptäcka denna. Att också som sjuksköterska kunna vara transparent, trots att vi ska bilda ett team med patienten har sjuksköterskan makt genom sin profession. För att kunna bygga en förtroendefull relation bör

sjuksköterskan vara transparent i mötet med patienten och hjälpa patienten att förstå vad som händer och varför (a.a.).

En av informanterna beskriver anhöriga som en samarbetspartner och anhöriga ses som en viktig del i processen av samtliga informanter. Man erbjuder anhöriga och patienter utbildning om sjukdomen samt medicinering och rehabilitering. Utbildningen sker både gemensamt och separat. Det som kan upplevas som ett problem är när patienten inte vill att anhöriga och närstående ska vara involverade. Trots detta strävar man alltid efter att ha en bra kontakt.

I en norsk studie genomförd av Clausen et.al.(2015) ville man titta mer ingående på förhållandet mellan funktion och olika domäner av livskvalitet hos patienter med psykisk ohälsa. Data samlades in från 149 patienter från tolv olika ACT-team i Norge. Analysen av materialet visade positiva samband mellan livskvalitet och ålder, funktion och regelbunden kontakt med familj och vänner medan ångest och depressiva symtom gav negativa samband. Man fann också att subjektiv livskvalitet var positivt förknippad med sociala och praktiska funktioner. Trots att orsakssamband inte kan fastställas av denna studie visade den ändå att insatser som inriktar sig på att förbättra patientens funktion också har en positiv inverkan på deras livskvalitet (a.a.).

Informanterna i studien beskriver att ett av målen är att få mer självständiga patienter och att sjuksköterskans uppgift är att ge patienten redskap att klara av detta. Fokuseringen ligger på att stärka resurser och arbeta preventivt. Och som i ovan nämnda studie kan patienten få en ökad livskvalitet och känsla av autonomi genom en förbättrad funktionsnivå.

8.3 Kliniska implikationer

Denna studie har valt att belysa den psykiatriska specialistsjuksköterskans kompetens och roll i team som arbetar enligt ACT-modellen och resultaten visar en yrkesstolt grupp inom ett psykiatriskt område som arbetar för att göra patienterna mer autonoma och närstående mer delaktiga. Specialistsjuksköterskan i psykiatrisk vård behöver stöd från vårdorganisationen för att kunna utveckla det hälsofrämjande patientarbetet. För att specialistsjuksköterskan ska kunna utveckla sin profession fordras en utveckling av ett system där hälsointerventioner kan mätas och en möjlighet att dokumentera psykosociala insatser. Det ställer också ett krav på vårdorganisationen att arbeta med fokus på patientens återhämtning och att det är tydliggjort vad begreppet innebär. Finns det mätbara metoder kan också organisationen bli mer benägna att använda dessa.

Denna kunskap är lika viktig i all psykiatrisk vård och studien kan därför användas för att

lyfta och synliggöra specialistsjuksköterskan i den psykiatriska vården. Att arbeta med fokus på att hjälpa patienten att bli självständig och mer delaktig i sin vård samt att arbeta preventivt är något som kan användas i fler verksamheter än bara med de svårast sjuka patienterna. Att ha tydliga mål och att det ska finnas ett syfte med de insatser som görs behöver lyftas på flera plan.

8.4 Förslag till fortsatt forskning

Studien visar flera områden där specialistsjuksköterskans kompetens behövs. Samtliga informanter berör ämnet med patienternas fysiska ohälsa och där flera av sjuksköterskorna försöker arbeta preventivt. Det kunde vara av intresse att bedriva en studie om patienternas fysiska ohälsa förbättras efter etablerad kontakt med specialistsjuksköterskor som arbetar i resursgrupps- ACT. Detta kan till viss del följas upp via de så kallade årskontrollerna men för att få en mer fördjupad bild kunde studien, förutom fysiska kontroller med uppföljning över tid, genomföras med patientintervjuer för att belysa det salutogena perspektivet.

9 Slutsats

Informanterna i studien betonar sin kompetens och roll som en viktig komponent i teamet. Det som framträdde hos de intervjuade specialistsjuksköterskorna var en yrkesstolt grupp. Det som emellertid inte framträdde helt tydligt var att deras kompetens och roll vilar på en vårdvetenskaplig grund. Med en god kunskap om de psykiatriska sjukdomarna och effekten av läkemedel samt den breda kunskapen har de bra redskap för att följa upp patientens somatiska och psykiatriska hälsa. Flera av informanterna beskriver att specialistutbildningen har gett dem mer trygghet och att de kan argumentera för sin sak på ett annat sätt och flera av sjuksköterskorna upplever att det finns en skillnad i kunskap och kompetens jämfört med en allmänsjuksköterska. Sjuksköterskan har hälsoperspektivet och strävar efter att arbeta preventivt och har en viktig roll i det förebyggande arbetet. Specialistsjuksköterskan kan med sina kunskaper bidra till att utveckla och förbättra verksamheten och arbeta utifrån riktlinjer.

Informanterna beskriver omvårdnadsarbetet som varierande med ett brett uppdrag och en stor del av omvårdnadsarbetet rör frågor och hantering av läkemedel. Sjuksköterskan kan med sin arbetsledarfunktion vara ett naturligt val i rollen som samordnare för patienten men rollen kan ibland upplevas som otydlig. Arbetet är en process mot patientens egna mål där patienten ses som expert på sig själv och närstående är en resurs i målen mot självständighet. Att hela tiden värna om patientens bästa och eftersträva enkelhet i arbetet samt ha kunskap om

patientens rättigheter. Att också kunna träda in för patienten i de situationer där patienten inte klarar av det själv är en viktig del i specialistsjuksköterskans yrkesroll.

Studien visar att den psykiatriska specialistsjuksköterskans kompetens och roll till viss del fortfarande vilar på ett medicinskt synsätt. Professionen behöver fortsätta arbeta för att implementera vårdvetenskapen i den kliniska verksamheten och begreppet återhämtning bör få en mer central plats.

Referensförteckning

- Aston V., Coffey M. (2011) Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* 19, 257-263 doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01776.x
- Barker P. & Buchanan-Barker P. (2005) *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. Psychology Press
- Barker P. & Buchanan-Barker P. (2011) Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing* 20, 337-344 doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00734.x
- Blomqvist, S. (2009). *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team*. Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Burns T. & Firn M. (2005) *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Studentlitteratur, Lund.
- Clausen H., Landheim A., Odden S., Heiervang Sverdvik K., Stuen kilen H., Killaspy H., Benth Saltyté J., Ruud T. (2015) Associations Between Quality of Life and Functioning in an Assertive Community Treatment Population. *Psychiatric Services*. Volym 66, Issue 11 1249-1252 Hämtad från <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400376>
- Cusack E., Killoury F., Nugent L. (2017) The professional psychiatric/ mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery- orientated policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 24,93-103 doi: 10.1111/jpm.12347
- Cuddeback G. & Shattell M. (2010) Nurses and Assertive Community Treatment Teams: A Critical Combination. *Issues in Mental Health Nursing*, 31:751–752 doi: 10.3109/01612840.2010.518338.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research* (2nd ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Ellenhorn R. (2015) Assertive community treatment: A “Living-Systems” Alternative to Hospital and Residential Care. *Psychiatric annals* Vol 45:3 doi: 10.3928/00485713-20150304-06
- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal Of Advanced Nursing* 62(1), 107-115 doi: 10.1111/j.1365- 2648.2007.04569.x

- Gunasekara I., Pentland T., Rodgers T. & Patterson S. (2014) What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *International Journal of Mental Health Nursing* (2014) 23, 101–109 doi: 10.1111/inm.12027
- Hansson L. (2005) *Förord till den svenska utgåvan*. I Burns T., Firn M. (red) *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Studentlitteratur, Lund.
- Hummelvoll J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6.uppl.) Oslo: Akademika NO
- Kvale S. & Brinkmann S. (2014) *Den kvalitative forskningsintervjuen*. Studentlitteratur, Lund.
- Krupa T., Eastabrook S., Hern L., Lee D., North R., Percy K., von Briesen B. & Wing G. (2005) How do people who receive assertive community treatment experience their service? *Psychiatric rehabilitation journal*; Vol. 29(1):18-24. Hämtad från databasen Cinahl
- Leiphart LR & Barnes MG (2005) The client experience of assertive community treatment: a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 28(4): 395-397. Hämtad från databasen Cinahl complete
- Malm U. (2014) Historik. I Brain C., Landqvist- Stockman S., Olsson (red) *Integrerad psykiatri. Case management i teori och praktik* (s.23-34). Studentlitteratur, Lund.
- McAdam M., Wright N. (2005) A review of the literature considering the role of mental health nurses in assertive outreach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 648-660
- Nordén T., Malm U. & Norlander T. (2012) Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 8 144-151. Hämtad från <http://www.evidens4u.se/forskning/artiklar/internationella-artiklar/>
- Nordén T. & Norlander T. (2014) Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10 87-9. Hämtad från <http://www.evidens4u.se/forskning/artiklar/internationella-artiklar/>

- Norlander T. & Nordén T. (2015) The Hourglass Model: Are There Structural Problems with the Scarcity of Positive Results for Flexible ACT? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11 155-157. Hämtat från <http://www.evidens4u.se/forskning/artiklar/internationella-artiklar/>
- Polit D.F. & Beck C.T. (2012) *Nursing research: generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*(9th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014) *Kompetensbeskrivning: för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterska examen inriktning psykiatrisk vård*[broschyr]. Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm.
- Rydell P. (2012) *Rapport från Kompetenscentrum för Schizofreni Nr 1/2012. FACT – någonting för Sverige*. Hämtad från [https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Område 2/Psykiatri Psykos](https://www2.sahlgrenska.se/upload/SU/Område2/Psykiatri%20Psykos).
- Rydell P. & Strålin P. (2015) Utredning och uppföljning kräver arbete i samverkan. *Läkartidningen 2015;112: DFI9*
- Shattell M.M., Donnelly N., Scheyett A., Cuddeback S.G. (2011) Assertive Community Treatment and the Physical Health Needs of Persons With Severe Mental Illness: Issues Around Integration of Mental Health and Physical Health. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 17(1) 57-63 doi: 10.1177/1078390310393737
- Socialstyrelsen (2013) *Att bedöma programtroheten till ACT(TMACT)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-4>
- Stuen Kilen H., Rugkåsa J., Landheim A. & Wynn R. (2015) Increased influence and collaboration: a qualitative study of patients' experiences of community treatment settings. *BMC Health Services Research* 15:409 doi: 10.1186/s12913-015-1083-x.
- Södergren U., Benjaminsson C. & Matsson J. (2017) Becoming a Specialist Nurse in Psychiatric Mental Health Care. *International Journal of Higher Education*. 6 (1)s.17-24 doi: 10.5430/ijhe.v6n1p17
- Taylor C.M. & Ballard K.A. (2013) *Introduction to Psychiatric Mental Health Nursing*. I O'Brien P.G., Kennedy W.Z. & Ballard K.A.(red.) *Psychiatric Mental Health Nursing. An introduction to Theory and Practice (Second Edition)*. Jones & Barlett Learning

Trost J. (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur, Lund.

Van Veldhuizen JR. & Bähler M (2013) *Manual for flexible ACT*. Manual flexible ACT Groningen, Netherlands. Från <http://www.eaof.org/factmanual.pdf>

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wallance T., O'Connell S. & Frisch S.R. (2005) What do nurses do when they take to the streets? An analysis of psychiatric and mental health nursing interventions in the community. *Community Mental Health Journal*, 41 (4) 481-96. Hämtad från databasen Pub Med

Weinstein Carson L., Henwood F.B., Cody W. J., Jordan M., Lelar R. (2011) Transforming Assertive Community Treatment Into an Integrated Care System: The Role of Nursing and Primary Care Partnerships. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*

Wiklund Gustin L. (2014) *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå*. Studentlitteratur, Lund.

Wiklund Gustin L. & Lindvall L. (2012) *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Natur & Kultur, Stockholm.

Yamashita M., Forchuk C., Mound B. (2005) Nurse Case Management: Negotiating Care Together Within a Developing Relationship. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol.41, no.2 April- June

Bilaga 1. Brev till verksamhetschef



Jag heter Monica Bjerkenstedt och är legitimerad sjuksköterska och student på specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatrisk vård vid Ersta Sköndal högskola. Jag har påbörjat min magisteruppsats som avser undersöka specialistsjuksköterskans roll/ funktion i team som arbetar enligt ACT-modellen. För att få informanter till min studie är jag såldes i behov av att nå ut till sjuksköterskor där sådan verksamhet bedrivs och kontaktar därför dig som verksamhetschef.

Studien kommer att baseras på 6-10 individuella intervjuer som tar cirka 30-60 minuter. Syftet med studien är att beskriva specialistsjuksköterskors erfarenheter av sin roll i team som arbetar enligt ACT-modellen. Deltagarna kommer att informeras skriftligen samt ge sitt medgivande till deltagande i studien. Deltagandet är frivilligt och medverkan kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt, samt förvaras oåtkomligt för andra. Verksamheten där studien genomförs kommer inte kunna identifieras.

Undersökningen kommer att presenteras som en magisteruppsats i psykiatrisk omvårdnad vid Ersta Sköndal Högskola under 2017 och alla deltagare kommer att erbjudas ett exemplar. Uppsatsen kommer även publiceras på DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet) och finnas tillgänglig via Ersta Sköndal högskolas bibliotek.

Ditt godkännande beviljar undertecknad att kontakta enhetschefer/ chefsjuksköterskor för att söka informanter. Ditt medgivande är av stor vikt för genomförande av studien och avgörande för att nå kontakt med sjuksköterskor vid ACT team i din verksamhet. Vänligen bekräfta via e-post om du godkänner studien eller inte. Vid eventuella frågor eller funderingar, kontakta mig eller min handledare.

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning
Monica Bjerkenstedt

Monica Bjerkenstedt
Legitimerad sjuksköterska fil.kand.
Inst.för vårdvetenskap
Ersta Sköndal högskola
100 61 Stockholm
e-post:monica74@telia.com
tel.070-440 05 47

Mats Ewertzon
Högskolelektor fil.dr. och handledare
Inst.för vårdvetenskap
Ersta Sköndal högskola
100 61 Stockholm
e-post: mats.ewertzon@esh.se

Bilaga 2. Brev till enhetschef



Jag heter Monica Bjerkenstedt och är legitimerad sjuksköterska och student på specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatrisk vård vid Ersta Sköndal högskola. Jag har påbörjat min magisteruppsats som avser undersöka specialistsjuksköterskans roll och kompetens i team som arbetar enligt ACT-modellen. Jag har fått medgivande av verksamhetschef xx att kontakta enhetschefer. För att få informanter till min studie är jag i behov av att nå ut till sjuksköterskor där sådan verksamhet bedrivs och kontaktar därför dig som enhetschef.

Studien förväntas bidra till att öka kunskapen om specialistsjuksköterskans kompetens i team som arbetar enligt ACT-modellen.

Studien kommer att baseras på 6-10 individuella intervjuer som tar cirka 30-60 minuter. Syftet med studien är att beskriva specialistsjuksköterskors erfarenheter av sin roll i team som arbetar enligt ACT-modellen. Deltagarna kommer att informeras skriftligen samt ge sitt medgivande till deltagande i studien. Deltagandet är frivilligt och medverkan kan när som helst avbrytas utan förklaring. Allt material kommer att aidentifieras och behandlas konfidentiellt, samt förvaras oåtkomligt för andra. Verksamheten där studien genomförs kommer inte kunna identifieras.

Undersökningen kommer att presenteras som en magisteruppsats i psykiatrisk omvårdnad vid Ersta Sköndal Högskola under 2017 och alla deltagare kommer att erbjudas ett exemplar. Uppsatsen kommer även publiceras på DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet) och finnas tillgänglig via Ersta Sköndal högskolas bibliotek.

Ditt godkännande beviljar undertecknad att intervjua specialistsjuksköterskor i er verksamhet. Vid eventuella frågor eller funderingar, kontakta mig eller min handledare.

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning
Monica Bjerkenstedt

Monica Bjerkenstedt
Legitimerad sjuksköterska fil.kand.
Inst.för vårdvetenskap
Ersta Sköndal högskola
100 61 Stockholm
e-post:monica74@telia.com
tel.070-440 05 47

Mats Ewertzon
Högskolelektor fil.dr. och handledare
Inst.för vårdvetenskap
Ersta Sköndal högskola
100 61 Stockholm
e-post: mats.ewertzon@esh.se

Bilaga 3. Brev till informanter



Information till deltagande i studie om specialistsjuksköterskans kompetens och roll i team som arbetar enligt ACT-modellen

Denna undersökning vänder sig till personal och avser undersöka specialistsjuksköterskans kompetens och roll i team som arbetar enligt ACT-modellen. Målsättningen med undersökningen är att ta reda på hur specialistsjuksköterskan i psykiatrisk vård beskriver sin kompetens och roll i team som arbetar enligt ACT-modellen.

Studien förväntas bidra till att öka kunskapen om ovan nämnda.

Med denna information tillfrågas Du om Du kan tänka dig delta i undersökningen

Om Du vill medverka kommer Du få vara med om en intervju. Intervjun är som ett vanligt samtal under ca 30-60 minuter, och kommer med Ditt medgivande att spelas in. Intervjuerna kommer sedan skrivas ut, för att underlätta bearbetningen. Det skrivs inga namn eller andra personuppgifter som visar vem som har blivit intervjuad. Det är Monica Bjerkenstedt som kommer att intervjua. Intervjuupptagningen kommer att sparas på ett dataminne (USB). Insamlad material kommer att förvaras inlåst. En rapport kommer att skrivas när alla intervjuer är genomförda och då förstörs dataminnet. Rapporten kommer att finnas tillgänglig såväl i pappersformat som elektroniskt via Ersta Sköndal högskolas bibliotek

Ditt deltagande i denna undersökning är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan förklaring. Om du har några frågor om studien, kontakta någon av nedanstående personer.

Mats Ewertzon leg.sjuksköt., fil.dr.

E-post:mats.ewertzon@esh.se

Monica Bjerkenstedt , leg sjuksköt, fil
kand

Epost:monica74@telia.com

Tel.070-440 05 47

Bilaga 4. Intervjuguide

Intervjuguide

Forskningsfrågor:

Hur beskrivs specialistsjuksköterskans roll i teamet?

Vilken betydelse har specialistsjuksköterskans kompetens i teamet?

Intervju:

Presentation

Information om sekretess och deltagande

Bakgrundsfrågor:

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur gammal är du?

Hur länge har du arbetat som specialistsjuksköterska i psykiatri?

Hur länge har du arbetat på nuvarande arbetsplats?

Har du utbildning i integrerad psykiatri/case management eller dylikt?

Vilken modell arbetar ni för på din arbetsplats?

(roll)Kan du berätta om ditt arbete som sjuksköterska i teamet? Hur ser en vanlig dag ut?

Underfråga: Vad ingår i dina arbetsuppgifter som specialistsjuksköterska?

Underfråga: Finns det svårigheter i att arbeta som sjuksköterska enligt ACT-modellen? Kan du ge exempel?

Underfråga: Kan du ge exempel på brister eller otydligheter i arbetet?

(Kompetens)Känner du att du får användning av din kompetens som psykiatrisk specialistsjuksköterska i arbetet?

Underfråga: Finns det arbetsuppgifter som är specifikt relaterade till din roll som specialistsjuksköterska i teamet?

Slutfråga: Har ni en tydlig arbetsbeskrivning för sjuksköterskor? Kan jag få ett exemplar?

Probes: Kan du berätta mer om? Kan du utveckla det? Kan du förklara lite mer om det? Kan du ge något exempel? Vad innebär det för dig?

Bilaga 5. Exempel på analys



Meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Om de har dålig information... om mediciner eller dålig erfarenhet kan man prata med dem, informera på ett pedagogiskt sätt, vad är biverkningar. Det är också specifikt till min roll som specialistsjuksköterska (informant 6)	Kunskap om läkemedel och biverkningar	Att ha det farmakologiska perspektivet	Den breda kompetensen med in i teamet
utan den examen så hade jag ju inte kunnat göra det här... så det är väldigt roligt att kunna vara med och förbättra omhändertagandet för våra patienter och verkligen göra nytta. (informant 4)	Ett bättre omhändertagande	Kompetensen bidrar till att utveckla omhändertagandet	Den breda kompetensen med in i teamet
man ska ju alltid dra i alla trådar och det kan ju som sagt vilken yrkeskategori göra som helst men ändå, spindel i nätet det tänker jag att man inte låser sig i ett perspektiv utan...i och med att sjuksköterskan är den mest anpassade personen till och vara CM eftersom den har en sådan bred kompetens (informant 7)	Anpassad roll till sjuksköterskan	Ledare i omvårdnadsprocessen	Den mångsidiga teamarbetaren
tanken om att man är patientens advokat spelar in. Att när patienten inte klarar av att uttrycka sig själv, att vi måste stå upp för dem (informant 7)	Stå upp för patienten	Att vara patientens advokat	Den mångsidiga teamarbetaren