

Namn: Maud Lagerquist

Specialistsjuksköterskeexamen i psykiatrisk vård, 60hp, Institutionen för
vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, HT2015

Avancerad nivå

Handledare: Anette Erdner

Examinator: Pernilla Omerov

SPECIALISTUTBILDNINGENS BETYDELSE FÖR SJUKSKÖTERSKAN I PSYKIATRISK VÅRD

- En kvalitativ intervjustudie

Significance of specialist training for the psychiatric nurse

- A qualitative interview study

Sammanfattning

Bakgrund: Specialistsjuksköterskans kompetensområde omfattar att utveckla omvårdnaden kring varje patient samt att leda medarbetare i omvårdnadsarbetet. Inom psykiatrisk vård är dock specialistsjuksköterskans roll otydlig och hans kompetens synliggörs inte i det dagliga arbetet.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskans upplevelse av nyttan av sin specialistutbildning i den psykiatriska vården.

Metod: En intervjustudie med en kvalitativ ansats. Sex specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård med magisterexamen som arbetat inom psykiatrisk vård minst två år i sin nuvarande profession intervjuades i denna studie.

Resultat: Informanterna upplevde att utbildningen gav dem ett större helhetsperspektiv på människan och ett ökat vetenskapligt medvetande vilket ansågs nödvändigt för det dagliga patientarbetet och ledarskapet. Informanterna beskrev också en ökad yrkesstolthet. Fler informanter upplevde dock att deras kompetens inte var känd av andra medarbetare och inte bekräftades eller tillvaratogs av organisationen.

Diskussion: Studier som beskriver vilka faktorer som hindrar respektive kan främja specialistsjuksköterskans möjligheter att använda sin kompetens inom psykiatrisk vård behövs.

Nyckelord: Psykiatrisk vård, Specialistsjuksköterska, Kompetens, Roll.

Abstract

Background: The specialist nurse has knowledge on how to improve and develop the care of every patient and lead staff in the nursing process. It's not always the role of the psychiatric specialist nurse is obvious, the role is usually not visible or confirmed in the daily work.

Aim: To describe the nurse's experience of the benefits of the specialist competencies in psychiatric care.

Method: An interview study with a qualitative approach. Six specialist nurses in psychiatric nursing with a master's degree who worked in psychiatric care for a minimum of two years in their current profession were interviewed for this study.

Results: The informants experienced the education giving them necessary skills for the work, increased professional pride, and a holistic approach in the treatment of patients, increased scientific awareness and significance for the leadership. On the other hand informants experienced that their competences and skills were unknown to other team members and not confirmed and looked after by the organization.

Discussions: Studies describing the factors that prevent or promote specialist nurse's ability to use its expertise in psychiatric care is needed.

Keywords: Specialist nursing, psychiatry, skills, role.

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	2
2	BAKGRUND	2
	2.1 SPECIALISTUTBILDNINGENS UTVECKLING FÖR SPECIALISTSJUKSKÖTERSKAN	2
2.2	FRAMVÄXTEN AV PSYKIATRISJUKSKÖTERSANS ARBETE I PSYKIATRISK VÅRD	3
	2.3 HÄLSA OCH LIDANDE	4
	2.4 VÅRDANDE RELATION.....	5
	2.5 FÖRFOGANDE AV KOMPETENS	7
3	PROBLEMFÖRMULERING	10
4	SYFTE	10
5	TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	10
6	METOD	11
	6.1 DESIGN	11
	6.2 URVAL	12
	6.3 DATAINSAMLING	12
	6.4 DATAANALYS	13
7	FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
8	RESULTAT	14
	8.1 NÖDVÄNDIG KUNSKAP FÖR ARBETET	14
	8.2 ÖKAD YRKESSTOLTHET	15
	8.3 HELHETSSYN I BEMÖTANDE AV PATIENT	16
	8.4 ÖKAT VETENSKAPLIGT MEDVETANDE.....	17
	8.5 BETYDELSE FÖR LEDARSKAPET	18
9	DISKUSSION	19
	9.1 METODDISKUSSION.....	19
	9.2 RESULTATDISKUSSION	21
10	KLINISKA IMPLIKATIONER	24
11	FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	24
	REFERENSFÖRTECKNING	26
	BILAGA 1	31
	BILAGA 2	31
	BILAGA 3. EXEMPEL FRÅN ANALYSPROCESSEN	32

1 Inledning

När man arbetar med psykiatriska ohälsotillstånd är det viktigt att kunna möta människan där hen är för att på bästa sätt kunna lindra patientens lidande. Specialistsjuksköterskan är omvårdnadsexpert i den psykiatriska kontexten, vilket innebär att specialistsjuksköterskan har kompetens att reflektera över patientens berättelse, urskilja tecken på ohälsa, lidande och resurser inom en vårdteoretisk referensram. Specialistsjuksköterskan bedömningar ligger till grund för omvårdnadshandlingar för att bidra till att lindra patientens lidande. Allians med patienten är en förutsättning för att kunna skapa en vårdande relation. Av det undertecknad har sett ute i vården är det inte alltid som specialistsjuksköterskans kompetens synliggörs i arbetsuppgifterna. Specialistsjuksköterskan tenderar att inte värderas för sina kunskaper utan utför samma uppgifter som en grundutbildad sjuksköterska. En fråga som kan vara värd att studera är hur specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård uppfattar sin betydelse och hur de upplever att deras kompetens tas tillvara. Specialistsjuksköterskans utbildning och yrkestitel har omformats under åren. I det här arbetet förekommer därför olika yrkestitlar för den vidareutbildade sjuksköterskan.

2 Bakgrund

2.1 Specialistutbildningens utveckling för specialistsjuksköterskan

Utbildning för sjuksköterskan inom psykiatrisk vård har genomgått många förändringar i längd och form utifrån efterfrågan och krav från samhället (Högskoleverket, 2010). Den första specialistsjuksköterskan i psykiatri i Sverige var en elev vid Sophiahemmets sjuksköterskeskola som år 1905 erhöll en åtta månaders specialkurs i sinnessjukvård vid Konradsbergs sjukhus i Stockholm (Holmdahl, 1994, s. 213-214). Från och med 1924 kunde sedan sjuksköterskor fortsätta utbilda sig med en fyra månaders kurs på de så kallade hospitalen som fanns belägna lite varstans i Sverige. Efter avslutad kurs fanns möjlighet att sedan arbeta som översköterska inom dåtidens mentalsjukvård. Från mitten av 1900-talet var vägen till att bli specialistsjuksköterska att gå den dåvarande tre och ett halvt åriga grundutbildningen till sjuksköterska, där man valde specialisering i ”sinnessjukvård”. Under det sista halvåret på utbildningen. På 60- 70-talet beslöt man att lägga specialistutbildning efter avslutad sjuksköterskeutbildning, och kallade den vidareutbildning i psykiatrisk vård.

Under denna tid fanns det förkortad sjuksköterskeutbildning för mentalskötare och undersköterskor men de var fortfarande tvungna att vidareutbilda sig för att få kompetens som psykiatrisjuksköterska (Högskoleverket, 2010). På 1980 -talet blev specialiseringen inom psykiatrisk vård åter en del av grundutbildningen med en kvantitet av 80 högskolepoäng, alternativt krävdes två års utbildning, om man redan var utbildad mentalskötare. År 1993 anpassades utbildningen till att följa EU direktiv gällande sjuksköterskeutbildningen det vill säga den förlängdes till 3 år samt att specialistutbildningen i psykiatrisk vård återinfördes. Nuvarande specialistsjuksköterskeexamen infördes först i början av 2000-talet och reviderades anpassades några år senare enligt Bologna processen (Universitet-och högskolerådet, 2015). När sjuksköterskeutbildningen blev en högskoleutbildning efter vård 77- reformen erhöll utbildningen ett huvudområde, omvårdnadsvetenskap/vårdvetenskap. Sjuksköterskeutbildningen skulle nu bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet likt övriga akademiska utbildningar (Högskoleverket, 2010). Detta innebar att sjuksköterske- och specialistutbildningarna fick till uppdrag att undervisa i huvudområdet vårdvetenskap. Samtidigt började efterfrågan på forskning inom psykiatrisk omvårdnad och specialistutbildade sjuksköterskor i psykiatrisk vård. Allt sedan 1950-talet har även omvårdnadsforskningen utvecklats från fokus på det medicinska, symtomhämmande och begränsande mot en vård som bör vara lindrande och begränsa lidande. En personcentrerad, holistisk vård med fokus på att stärka patientens resurser och inge hopp (Jormfeldt & Swedberg, 2014 s. 77- 80).

2.2 Framväxten av psykiatrisjuksköterskans arbete i psykiatrisk vård

Den tidiga utvecklingen av sjuksköterskeyrket gick från sjukvatterska till att vara den person, med ett kall, som assisterade läkaren samt skötte all omvårdnad av patienten. Den tidigaste dokumenteringen skriven av psykiatrisjuksköterskor är från slutet av 1800-talet enligt Lindström (1994, s.135). Svedberg (2002,s. 90-92) beskriver sjuksköterskan som den person som då var runt patienten mer eller mindre dygnet runt. Det var vanligt att sjuksköterskorna blev utarbetade och utmattade på grund av krävande arbetsförhållande i form av många och svårt sjuka patienter. De manliga skötarna stod då för vaktandet av patienterna medan de kvinnliga sjuksköterskorna stod för omvårdnad. I början av 20-talet, när även utbildningen förändrades, konstaterades det att psykiatrisk vård krävde stor skicklighet och utbildning och att vården skulle grundas på tålmod, kärlek och vilja. Vid mitten av 1900-talet kom neuroleptika in som medicinskt behandlingsverktyg vilket till viss del förändrade vården.

Patienter som ansågs ha varit kroniskt sjuka kunde nu påbörja ett liv utanför de stora institutionerna (Svedberg, 2002, s.88). Vid denna tid blev också specialistsjuksköterskan, eller avdelningssköterskan som de kallades, alltmer en administrerande och arbetsledande yrkesfunktion som spenderade allt mindre tid med patienterna och mer tid på expeditionen. Sjukvården var hierarkiskt uppbyggd där läkare, föreståndarinnor och avdelningssköterskors ord var lag både gentemot vårdpersonal såväl som patienter (Svedberg, 2002, s.103). Sjukvården fungerade allt mer som ett löpande band och blev allt mer avpersonifierad. Reaktionen framkom mot detta på 1960- och 70-talet vilket lade grunden för arbete och önsknings om en mer humanistisk och personcentrerad vård (Svedberg, 2010, s.49).

Blegeberg, Blomberg och Hedelin (2008) menar att den svenska psykiatrisjuksköterskans professionella kunnande numer är vagt och svårt att förstå, relaterat till att det saknas en klar och samlad bild gällande psykiatrisjuksköterskans roll. I studien framkom även en bild av psykiatrisjuksköterskan som en självständig länk mellan patient och läkare. Även Lindström (1994, s. 15-18) beskriver psykiatrisjuksköterskan som en länk mellan patient och läkare i själva vårdarbetet med ett stort ansvar för det pedagogiska, administrativa samt utvecklande arbetet inom organisationen. Naegle och Krainovich- Miller (2001) menar att kraven på specialistsjuksköterskan har ökat i takt med att sjukvården har utvecklats. Sjuksköterskan bör ha en förmåga till nära samarbete med övriga yrkeskategorier och professioner inom vård och omsorg för att kunna skapa optimal vård runt och för patienten. Specialistsjuksköterskan bör även ha integrerad kunskap om ekonomiska ramar som styr vården (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014). I Sverige råder det brist på specialistutbildade sjuksköterskor inom psykiatriskvård och bristen kommer att bli ännu större i framtiden enligt Sveriges kommuner och Landsting (2007). För att specialistsjuksköterskan ska kunna utveckla sin profession och göra arbetet attraktivt krävs att specialistutbildningen tydliggörs i arbetsuppgifter, befogenheter och lön, vilka samtliga bör visa på en generell skillnad mellan grundutbildad sjuksköterska och den specialistutbildade (Hercelinskyj, Cruickshank, Brown & Phillips, 2014; Marques de Lima, Pedraño & Costa Junior, 2014). Enligt Madathil, Heck och Schuldberg (2014) så har ledningen på en arbetsplats stor betydelse för hur detta tydliggörs.

2.3 Hälsa och lidande

Hälsa är inte mätbart då det inte enbart innebär frånvaro av sjukdom utan är en sammantagen subjektiv känsla av individens upplevelse med utgångspunkt av att känna sig hel, att känna

livskvalitet (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 48, 62). Individens upplevelse formas från barnsben av den miljö hen vistas i. Vårdaren kan inte ge hälsa till vårdtagaren däremot kan stöd ges till vårdtagaren för att hitta mening och kraft till ett meningsfullt liv. Ett vanligt förekommande lidande inom vården är vårdlidandet där vårdtagaren känner sig kränkt och förbisedd av vården (Dahlberg & Segesten, 2010, s. 215-219). Allt för ofta tillför vårdandet lidande istället för att bidra med hälsa, vilket ställer krav på specialistsjuksköterskan att hen är inkännande gällande patientens personliga känsla av sitt hälsotillstånd för att på bästa sätt bidra med styrka och hälsa i vårdandet. Wiklund (2003, s.104-105) skriver gällande när patienten blir ensam med sin oro, smärta och rädsla uppstår lätt ickevård. Patienten riskerar bli ett objekt i vården där vårdaren utför vård handlingar utan att patienten hörs eller syns. Ett försummande av vårdtagarens lidandeberättelse resulterar lätt till att patienten blir kränkt vilket i sin tur leder till att den vårdande relationen uteblir. Det som kan var rätt omvårdnad och bemötande för en patient kan vara helt fel för en annan enligt Wiklund Gustin och Lindwall (2012, s.98-107). Brist på kvalificerade specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård ger patienter i behov av psykiatrisk vård ingen eller ofullkomlig vård. Felställda eller inga diagnoser alls blir också ett resultat utan kvalificerat psykiatriskt perspektiv menar Muxworthy och Bowllan (2011). Barker och Buchanan-Barker (2005, s.118-119) samt Psykiatriska riksföreningen och Svensk sjuksköterskeförening (2014) pekar på betydelsen av att psykiatrisjuksköterskan fokuserar på den hälsofrämjande omvårdnaden och bidrar med färdigheter vilka patienten kan välja använda sig av för att öka möjligheten till ett liv som inte begränsas av mental ohälsa. Fokus bör således inte centrera på patientens sjukdomar och handikapp utan istället bör det fokusera på att lyfta fram de faktorer som kan bidra till livskvalité för vårdtagaren.

2.4 Vårdande relation

Livsvärden är den levda världen som individen ständigt lever i med sina tankar drömmar, känslor och erfarenheter, där hämtar individen mening och innehåll till sin existens (Dalberg & Segesten, 2010, s. 128-131). Ett vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv innebär att psykiatri sjuksköterskan bör se, förstå världen som den upplevs av vårdtagaren (Dahlberg & Segesten, 2010, s.103, 127) Ett öppet förhållningssätt förutsätts med en medveten strävan från sjuksköterskan att, reflektera och analysera sin egen förförståelse för att kunna bistå vårdtagaren med ett öppet och mottagande förhållningssätt (Dahlberg & Segerstedt, 2010, s. 154-156). Mc Cance och McCormack (2013) beskriver fyra omvårdnadsbegrepp: vara i

relation, vara i en social värld, vara på plats och vara med sig själv, som enklare möjliggörande till en personcentrerad vård. Författarna åsyftar begreppet ”att vara i relation” betonar den mellan mänskliga kontakten, vilket kan spela en terapeutisk roll i omvårdnaden.” Att vara i en social värld” menar författarna, skapar mening och ett sammanhang för vårdtagaren i den sociala världen. Vidare beskriver de begreppet ”att vara på plats”, vilket bidrar till att uppmuntra sjuksköterskan till att vara närvarande i vårdssammanhanget. Wiklund Gustin och Lindwall (2012, s. 140-145) omnämner med utgångspunkt från Leiningers teorier transkulturell omvårdnad samt kulturell kompetens såsom ytterligare en dimension i psykiatrisjuksköterskans kompetens för att möta individen där den är, och kunna anpassa sina beslut och handlingar med hänsyn utifrån detta. Fredriksson (2003, s. 59) menar för att skapa förutsättning för en vårdande relation bör vårdgivaren bekräfta vårdtagaren att hen är sedd och accepterad. Att lyssna menar författaren är en viktig egenskap för vårdaren eftersom den egenskapen ofta kan vara ett första steg att skapa en relation, då det enligt författaren uppvisar att sjuksköterskan accepterar att stiga in i patientens värld. Författaren menar att det är vårdarens uppgift att ge utrymme för patienten att tänka och berätta. Vårdgivaren bör möta vårdtagarens lidande utan att upptas av egna känslor, samt även behärska ge tid och utrymme för vårdtagaren att hitta sina egna förklaringar av händelser och erfarenheter. Dahlberg och Segesten (2010, s. 190-192) betonar vårdmiljöns betydelse för att skapa en vårdande relation, likt ett redskap för sjuksköterskan, där miljön bör anpassas till olika patienter och vårdande insatser. Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskan med inriktning psykiatrisk vård (Psykiatriska Riksföreningen, 2014) menar på att psykiatrisk vård syftar till patientens upplevelse av livskvalité och hälsa oberoende av sjukdom. Omvårdnadsprocessen innefattar sjuksköterskans och patientens upprättande av ett samarbete där man tillsammans skattar, planerar och försöker åtgärda problem och komma med förslag på eventuella förändringar för att i bästa möjliga avseende, sätta upp mål och hitta åtgärder för att komma tillrätta med det som orsakar/t psykisk ohälsa.

Genom en fungerande kommunikation skapas en förutsättning för vårdandet. Kommunikationen är en viktig länk i mellan människor i den vårdande relationen enligt Fredrikson (2003, s.77-78). Travelbee (1971, s.98) samt Benner (1993, s.63-64,78-80) skriver att psykiatrisjuksköterskan bör ha en kunskap när, var och hur hen ska kommunicera. För detta krävs enligt författarna att sjuksköterskan är väl förankrad i sin profession och kunskap. Enligt Hummelvol (2014, s. 426-431) och Wiklund Gustin (2014, s.460-461) är mycket av den psykiatriska sjuksköterskans arbete baserat på samtal, både spontana och inplanerade. De spontana samtalen är viktiga då de kan ha olika karaktär och innehåll och oftast handlar om

det som upptar oss för ögonblicket. Människan visar i det spontana samtalet mer av sig själv, enligt Hummelvoll (2014, s.426-431) vilket lättare skapar en trovärdighet och underlättar i vidare kontakt med patienten, som till exempel i det planerade samtalet. Fredrikson (2014, s. 420- 429) menar att kommunikation sker i samtalet inom den psykiatriska vården. Lidandet kan dels uttryckas, tydliggöras och lindras lättare genom samtalet enligt författaren. Hummelvoll (2014, s.425-426) talar för att den psykiatriska sjuksköterskan uppmärksammar den ordlösa kommunikationen i sin strävan att bygga en vårdande relation med patienten, vilket kan ge uttryck i kroppshållning, mimik, gester och röstläge. Författaren menar att den ordlösa kommunikationen många gånger ersätter ord i omvårdnaden. Kroppshållningen menar Hummelvoll (2014, s.137) ger ofta signaler hur vida människan förhåller sig till kroppskontakt, avstånd, är tillmötesgående eller negativt inställd. Gällande skillnaden mellan den grundutbildade sjuksköterskan och den specialistutbildade sjuksköterskan framkom det i en studie beträffande läkares uppfattning av specialistsjuksköterskans kompetenser att det till en början i arbetet var otydligt vilka sjuksköterskor som hade en specialistkompetens, då de specialistutbildade sjuksköterskorna och de grundutbildade hade samma arbetsuppgifter. Efter hand visade det sig för läkarna att de specialistutbildade sjuksköterskorna hade en mer fördjupad kompetens till skillnad från den grundutbildade sjuksköterskan gällande samtalsteknik och utförande (Blockley Widmark, 2012).

2.5 Förfogande av kompetens

Den specialistutbildade sjuksköterskan inom psykiatriskvård bör enligt Psykiatriska Riksföreningen (2014) ha en fördjupad och specialiserad kompetens att möta patienten och dennes behov. Benner (1993, s.97-100) beskriver den erfarna sjuksköterskans breda kunskapsgrund som en möjlighet till *intuitiv uppfattning*. En uppfattningsförmåga som möjliggör snabba och välgrundade omvårdnadsbeslut och åtgärder, baserad på sjuksköterskans expertkunnande. Psykiatrisjuksköterskan förfogar över ett kunnande att göra teoretiska kopplingar mellan det patienten berättar och den vetenskapliga kunskap som specialistsjuksköterskan förfogar över, och på så sätt tydliggöra svårigheter såväl som resurser hos patienten, och utifrån det göra adekvata bedömningar för det fortsatta omvårdnadsarbetet enligt Wiklund-Gustin (2014, s.457-484). Goodwin och Happell (2008) beskriver patienters uppfattning av psykiatrisjuksköterskan som att hen alltid är uppskattande och behandlar patienten med respekt. Vidare beskriver författarna att psykiatrisjuksköterskan sågs se patienten som en hel människa och inte som en diagnos eller ett problem, samt att

psykiatrisjuksköterskan utstrålade en positiv attityd som ingav hopp. Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014) beskriver betydelsen av specialistsjuksköterskan i den psykiatriska vården för att möjliggöra arbetet att planera omvårdnaden för vårdtagaren i nära samarbete med andra vårdgivare, vårdtagare och närstående. Blomqvist (2009, s. 20-30) skriver om hur det mångprofessionella teamarbetet kan påverka utformningen av hur omvårdnadsarbetet kan se ut, samt vilka olika roller de olika teammedlemmarna kan ha beroende på hur organisation och struktur ser ut. Marques de Lima, Pedraño och Costa Junior (2014) beskriver specialistsjuksköterskan som den som leder omvårdnadsarbetet i teamet. Hercelinskyj, Cruickshank, Brown och Phillips (2014) beskriver att otydliga gränser mellan yrkesroller kan leda till konflikter i teamarbetet.

Som en viktig del av specialistsjuksköterskans arbete utifrån ett professionellt omvårdnadsperspektiv kan specialistsjuksköterskan hjälpa människor som befinner sig i kris, i enighet med kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård (2014). Parrish, Peden, Staten, Hall och Danner (2006) beskriver hur psykiatriska sjuksköterskor ger deprimerade patienter snabb och effektiv vård vilket upplevs tillfredsställande av patienterna. Enligt Madathil, Heck och Schulberg (2014) kan arbetet för sjuksköterskan inom den psykiatriska vården vara psykiskt krävande. Således bör sjuksköterskan ha specialistutbildning samt även fortlöpande utbildning, vilket många gånger enligt författarna skyddar mot emotionell utmattning. Enligt Marques de Lima, Pedraño och Costa Junior (2014) upplever sig specialistsjuksköterskan som underskattad och ignorerad gällande förmåner samt erkännanden då andra yrkesgrupper ofta inom samma arbetsplats inte ens är medvetna om deras specialist kompetens. Wiklund Gustin, Rydenlund och Kulzer (2010, s.398-401) uttrycker att sjuksköterskan har ett stort ansvar i att själv göra gällande sin kunskap även i sammanhang där sjuksköterskan av gammal tradition ses som den samordnande och/ eller assisterande kuggen i vårdhjulet.

Att föra fram och dela med sig av ny evidensbaserad kunskap är en av specialistsjuksköterskans uppgifter enligt Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014) och Wiklund Gustin (2014, s.459). Emellertid finns det inte alltid tillgång till ny forskning eller resurser till att omsätta forskningen praktiskt i den kliniska verkligheten även om viljan finns enligt Willman (2013). Enligt författaren blir summan av detta att det råder ett glapp mellan den kunskap som finns och den vård som utförs. Enligt Marques de Lima Pedraño och Costa Junior (2014) är den specialistutbildade sjuksköterskans intresse för att fortsätta utbilda sig och utveckla vården stort, vilket ofta ger hen möjlighet att klättra på karriärstegen, vilket inom vården oftast handlar om chefspositioner. Kuddles och White

(2007) uttrycker i sin artikel vikten av att specialistsjuksköterskan är väl insatt i komplexiteten av rådande vårdstruktur för att överhuvudtaget kunna vara med och implementera nödvändiga vårdplaner som numera är standard gällande omvårdnaden kring patienten. Allen (2002) tar upp Storbritanniens (UKCC: United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting) förväntningar på specialistsjuksköterskan gällande ökat ansvar i kliniska beslut, forskning såväl utvecklingsarbete som ledarskap. Lindström (1994, s. 20-24) beskriver hur psykiatrisjuksköterskan dels innehar kunskap om generell vårdvetenskap men också har en unik kunskap och förståelse om psykiatrisk omvårdnad. Wiklund Gustin (2014, s. 186-187) beskriver vikten av psykiatriskt kunnande även inom somatisk vård och vice versa då psykisk ohälsa även för med sig sämre fysisk hälsa. Wiklund, Rydenlund och Kulzer (2010, s.402-403) beskriver psykiatriska sjuksköterskors specifika kompetens som en *vård konst* vilket omfattar självkänedom vilket värderas högt tillsammans med skickligheten att kunna integrera kunskap grundad på erfarenhet, etik och profession i avseendet att gagna varje enskild patient. Vårdandet bör enligt författarna utgå från patientens tankar och önskemål och inte från sjuksköterskans ideal.

Lassenius (2014,s. 367-371) uttrycker att patienten kan uppleva olika vårdare i omvårdnaden skapa olika viktiga vårdmiljöer i sin profession. En och samma sjuksköterska når inte alltid fram till alla patienter. Hummelvoll (2014,s.28-30) beskriver psykiatrisjuksköterskans specifika kompetens som en förhöjd mellanmänsklig begåvning vilket bygger på specifik kunskap, självkänedom samt förmågan till att dela patientens upplevelse. En annan förmåga som den psykiatriska sjuksköterskan bör inneha enligt författaren är förmågan att identifiera orsaken till patientens upplevelse av psykisk ohälsa och således kunna bistå patienten utifrån dennes förutsättningar till en bättre upplevelse av hälsa. Peplau (1994, s.126-127) beskriver specialistkompetensen hos en sjuksköterska som en nödvändighet inom den psykiatriska vården, författaren menar att det är lättare att inte falla in i en dålig vårdkultur om en sådan finns. Wiklund Gustin (2014, s. 185,193-194) beskriver vikten av att ha en hög etisk kompetens och reflektionsförmåga för att kunna möta etiska utmaningar. Då patientens autonomi i den psykiatriska vården kan bli åsidosatt på grund av tvångvård och tvångsåtgärder. Van Dusseldorp, Van Meijel och Derksen (2009) beskriver emotionell intelligens som en kombination av känslor och intelligens. Författarna beskriver vidare den emotionella intelligensen som en av huvudkompetenserna för psykiatrisjuksköterskan och framställs som en kombination av bland annat sensibilitet, empati, kreativitet, självkänedom, samt förmåga till kontroll över känslor samt självkänsla. Vårdpersonal har enligt författarna betydligt högre emotionell intelligens än övriga

befolkningen. Hummelvoll (2014,s.422-423) beskriver empati som en förmåga att se och uppleva världen från den andres synvinkel. En bra klinisk person observerar enligt författaren meningar av betydelse för patienten som hen inte alltid själv uppmärksammar, eller är i stånd att uttrycka i ord. På så sätt kan vårdaren enligt författaren stödja vårdtagarens egen förmåga till upplevelse av hälsa. Barker och Buchanan- Barker (2005, s. 27-29, 34) beskriver empati genom att redogöra för vikten av att kunna föreställa sig att vara den andre personen, en förmåga till att lättare sätta sig in i vårdtagarens värld. Författarna (s.27-31) beskriver fortsatt vikten av att förmå känna välvillig förståelse i patientvården. Egenskapen innebär enligt författarna, att den psykiatriska sjuksköterskan är kapabel att förnimma med vårdtagaren.

3 Problemformulering

Då vården som bedrivs inom hälso- och sjukvården blivit alltmer personcentrerat samt specialiserad ställs det högre krav på kompetensen bland sjuksköterskor.

Specialistsjuksköterskans kompetensområde omfattar att verka för att utveckla omvårdnaden kring varje patient samt att leda medarbetare i omvårdnadsarbetet. Specialistsjuksköterskans roll uppmärksammas i utbildningssammanhang dock är rollen otydlig i det kliniska arbetet. Idag är det ingen skillnad mellan den grundutbildade sjuksköterskan och den specialistutbildade sjuksköterskan i arbetsuppgifterna som utförs. Det vore intressant att undersöka huruvida den specialistutbildade sjuksköterskan i den psykiatriska vården själv anser att hen får användning, utrymme och bekräftelse för sin kompetens i sitt dagliga arbete samt i vilken mån som sjuksköterskan realiserar sin specialistutbildning i det dagliga arbetet?

4 Syfte

Syftet var att beskriva specialistsjuksköterskans upplevelse av vilken nytta hen har av sin specialistutbildning i psykiatrisk vård.

5 Teoretisk utgångspunkt

I detta arbete har Patricia Benners utvecklingsteori (1993) legat till grund för den teoretiska referensramen. Författarens utvecklingsteori bygger på de olika utvecklingsstadier som den

verksamma sjuksköterskan befinner sig i. De olika stadierna som författaren beskriver, behandlar huruvida sjuksköterskan använder sig av sin kompetens. De olika stadierna går från *avancerad nybörjare*, vilket redogör för sjuksköterskans självmedvetenhet i början av sin yrkeskarriär. Sjuksköterskan är i det här stadiet mer upptagen med det egna agerande än att vara till gagn för patienten. *Kompetensstadiet* uppmärksammar sjuksköterskans kritiska granskande av sin egen yrkesroll, organisationen samt övriga kollegors kompetens.

Sjuksköterskan blir mer bekväm i sin yrkesroll. Stadiet innebär ofta en reflekterande och ifrågasättande hållning som kan om uppmärksam ledning finns komma organisationen till gagn. Kompetensstadiet inträffar oftast enligt författaren inom två till tre verksamma år. Den kompetenta sjuksköterskan står oftast då inom ett vägval, då hon engagerar sig och ifrågasätter på flera nivåer. Nya strategier söks ständigt av sjuksköterskan för att skapa nya möjligheter för att utveckla sitt arbete. Valet av perspektiv påverkar sjuksköterskans fortsatta karriär, för att kunna fortsätta utvecklas mot skicklighet- och expertnivåerna.

Skicklighetsstadiet är övergångsstadiet till expertkunnande vilket är det sista stadiet i Benners utvecklingsteori. Skicklighetsstadiet medför enligt Benner ett skede emedan sjuksköterskan bemästrar sin kompetens gällande emotionell lyhördhet och därtill även en väl utvecklad prioriterings förmåga, såväl tillämpning av teori i praktiken som förmåga till en förankrad etisk integrering i det dagliga arbetet. En förstärkt observationsförmåga utgör även en del av skicklighetsstadiet enligt författaren vilket utökar kunnandet för sjuksköterskan att förtydliga signaler från patienten. Det sista stadiet i utvecklingsteorin; *expertkunnandet* beskriver den erfarna sjuksköterskan och hens snabbhet i att kunna göra bedömningar utifrån en säker klinisk blick vilken bygger på mångårig erfarenhet. Enligt Benner är det inte alla sjuksköterskor som genomgår ovan skildrad progress, utan stagnerar på någon av de tidigare beskrivna utvecklingsnivåerna. Orsakerna till omständigheten kan vara olika, författaren uttrycker att orsaken kan bero på bristande engagemang, eller på byte av profession.

6 Metod

6.1 Design

Studien utfördes som en empirisk intervjustudie då en kvalitativ ansats ansågs lämplig för att beskriva sjuksköterskans upplevelse. I enlighet med Sandelowski (2000) kan de metoder som bäst svarar mot studiens syfte användas vid datainsamling samt analys. Metoden fokuserar på beskrivandet, vilket enligt Sandelowski (2000) förminskar risken för förvrängande av studerad frågeställning. Kvalitativ forsknings metod kan enligt författaren bestämmas under

arbetets gång allt eftersom ny data visar sig, för att få ett så objektivt och sanningsenligt resultat svarande mot studiens syfte.

6.2 Urval

Inklusionskriterierna för deltagandet i studien var sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatrisk vård och magisterexamen i vårdvetenskap/omvårdnad, samt en erfarenhet inom psykiatrisk vård på minst två år, och verksamma i slutna och öppna psykiatriska vård. En skriftlig förfrågan till samtliga verksamhetschefer (bil.1) verksamma inom ett storstadslandskap mailades ut. Efter ett godkännande från fyra verksamhetschefer, ombads chefsjuksköterskor att på berörda kliniker att dela ut brev till enheternas specialistsjuksköterskor om förfrågan gällande deltagande i studien (bil.2) De som visade intresse att delta i studien tog därefter kontakt med undertecknad via telefon eller e-post. Ingen av informanterna hade någon tidigare relation med undertecknad.

6.3 Datainsamling

Efter informerat samtycke till att delta i studien bestämdes tid och plats för intervjun i samråd med informanten. Totalt responderade fyra kvinnor och två män, samtliga uppfyllde ovanstående urvalskriterier. Informanterna arbetade på olika kliniker spridda över sjukvårdslänet i en svensk storstadsregion. Flera enhetschefer hörde av sig till undertecknad angående urvalet av sjuksköterskor i studien, då flera sjuksköterskor önskade att ingå i studien men blev exkluderade då de saknade magisterutbildning. Intervjuerna utfördes i anslutning till informanternas arbetsplats. Ostrukturerade frågor användes i intervjuerna, vilket enligt Polit och Beck (2014, s. 318-319) är en lämplig metod i insamlande av data när syftet är att beskriva människors upplevelser och erfarenheter inom ett valt ämne. I enlighet med Dalen (2007, s. 36-37) gjordes en provintervju med en kollega före intervjustudiens början, dels för att pröva den tekniska utrustningen, dels för att testa undertecknads egen förmåga att hantera situationen. Provintervjun skrevs ut för att underlätta upptäckten av styrkor och svagheter hos intervjuaren. Inget förändrades efter provintervjun (Kristensson, 2014, s.141). Öppningsfrågan i intervjuerna var: ”Hur upplever du att din specialistutbildning har betydelse för dig i ditt dagliga arbete?”. Konstitutiva följdfrågor kom att vara ”Vill du utveckla mer?”, ”kan du berätta mera?”. Tiden för varje intervju tog 45- 60 minuter. Intervjuerna spelades in efter samtycke från respondenterna via en befintlig diktafon. Dalen (2007, s.33-34) rekommenderar ett tekniskt hjälpmedel som tar upp informanternas egna ord vid en intervju.

6.4 Dataanalys

Enligt Polit och Beck (2014,s.389) är kvalitativ innehållsanalys en bra metod för att undersöka människors upplevelser och uppfattningar. I denna studie tillämpades kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Granhem och Lundman (2008, s.159-171) som metod. De sex inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant samt genomlästs flertal gånger. Det inspelade ljudmaterialet raderades därefter för att säkerställa korrekt avidentifiering i enlighet med vad Kristensson (2014, s. 140) beskriver. Därpå tog meningsbärande enheter ut som stämde överens med arbetets syfte. Efter skapandet av meningsbärande enheter, kondenserades meningsenheter till enklare meningsinnehåll som därefter bildades koder vilka i sin tur delades in i subkategorier och kategorier. Analysen avslutades vid kategorier och materialet bedömdes inte skapa teman. Exempel på analysprocessen framgår av bilaga 3. Att dela in materialet i kategorier innebar ett noggrant läsande av data i enlighet med vad Polit och Beck (2014,s.302) beskriver, för att kunna skapa en förståelse för eventuella underliggande koncept. Materialet fick i mellan de olika beskrivna stegen vila för att underlätta det fortskridande analyseringsarbetet samt undvika generalisering av materialet. Arbetet diskuterades med en kollega för ytterligare aspekter på arbetet (Polit & Beck, 2014, s. 329, 383; Graneheim & Lundman, 2008, s.189). Efter att ha transkriberat ljudmaterialet, lästes intervjuerna igenom upprepade gånger, innan texten kondenserades och delades in i meningsbärande enheter. Varje meningsbärande enhet klipptes sedan ut var för sig för att få en bättre översikt, och underlätta för vidare bearbetning av materialet till koder. Koderna gjorde det lättare för undertecknad att se materialet mer fristående och bearbeta det vidare till kategorier vilka upplevdes tydliga, därifrån i analys processen gick undertecknad tillbaka hela tiden för att kontrollera att syftet följde med i analysen. Slutligen framstod fem kategorier svarande mot syftet i enlighet med Graneheim och Lundman (2008,s.166-168).

7 Forskningsetiska överväganden

Då studiens ämne inte framstod vara av känslig karaktär, uteslöts ansökan gällande etisk prövning. Studiens ansvarige bar dock huvudansvaret för att de etiska riktlinjerna följts enligt den svenska lagstiftelsen. De intervjuade informerades om rätten att när som helst kunna avbryta sin medverkan om så önskades. De intervjuade informerades om anonymitet, då inga namn-, person-, eller arbetsplatsuppgifter förekom i det insamlade materialet. Intervjuerna

avidentifierades. Insamlat intervjumaterial raderades sedan efter transkriberingen (Vetenskapsrådet, 2002). Författaren har varit medveten om sin egen förförståelse vid data insamlingen och bearbetningen av data alltför att inte förlora betydande information som uppkommit under studiens gång i enlighet med vad (Graneheim & Lundman, 2008,s.162-163; Kristensson 2014,s.123) beskriver. Författaren (2014, s.136) samt Dalen (2007,s.13) redogör för att forskarens egen förförståelse alltid finns med i bearbetningen av material och även har betydelse för hur studiens resultat ser ut. Vilket undertecknad har strävat efter att vara medveten under arbetes gång. Wiklund Gustin och Lindwall (2012, s.20-22) skildrar yttersta vikten av att vara medveten om sin förförståelse. Graneheim och Lundman, 2008,s. 170 beskriver att forskarens förförståelse som en viktig del i själva tolkningsprocessen att reflektera över.

8 Resultat

Syftet var att beskriva psykiatrisjuksköterskans upplevelse av vilken nytta hen har av sin specialistutbildning i psykiatrisk vård. Resultatet visade på att specialistsjuksköterskan upplevde nyttan av sin specialistutbildning i flera-aspekter av sitt arbete. Resultatet redovisas i fem kategorier: *Nödvändig kunskap för arbetet, Ökad yrkesstolthet, Helhetssyn i bemötande av patient, Ökat vetenskapligt medvetande samt Betydelse för ledarskapet.*

8.1 Nödvändig kunskap för arbetet

Specialistsjuksköterskan inom den psykiatriska vården uttryckte att hen förmodligen inte skulle kunna vara verksam inom den psykiatriska vården utan sin specialistutbildning. De emotionella utmaningarna i det dagliga arbetet skulle bli för krävande för att kunna arbeta en längre tid inom psykiatrin utan specialistutbildning. Den kunskapsgrund som utbildningen gav genererade en trygghet i att inte ta företeelser personligt, utan istället kunde man se händelser och patienters agerande som symptom på psykisk ohälsa och agera utifrån det. Stor vikt låg också på personlig mognad, att klara av konfliktsituationer som kan uppstå på arbetsplatsen både gällande patientarbetet där tvångsåtgärder kunde bli aktuella, men även när det gällde konfliktsituationer mellan medarbetare. Även att kunna ha en viss distans var avgörande utan att bli opersonlig. Kunskapen gav en mental styrka och självförtroende att faktiskt klara av att utföra ett tillfredställande arbete och att arbeta inom psykiatrin över tid. Utbildningen och erfarenheten gav en trygghet i vad man kunde. Sjuksköterskan upplevde att kunskapen fanns för att utföra ett bra jobb där det behövdes, och med rätt sorts perspektiv.

”Utan specialistutbildningen så tror jag aldrig att jag hade valt att jobba inom psykiatrien”.

”Jag kan tänka att nu har jag jobbar inom renodlad psyk i 2,5 år och jag känner mig bekväm med det, det tror jag inte att jag hade gjort om jag inte hade gått specialist utbildningen”.

”Just med specialist utbildningen så känner jag att jag kan luta mig lite tillbaka jag har Psykiatrien, det är dom glasögonen jag har på mig”

”... få en känsla för att kunna ställa rätt frågor och faktiskt kunna”

8.2 Ökad yrkesstolthet

Vidare utgjorde specialistutbildning med den fördjupning och kunskap den förde med sig en viss stolthet och status samt ett intresse att förvalta den kunskap man hade. Vilket även ansågs kunna utgöra en väg att höja statusen av den psykiatriska vården där man önskade lyfta bort stigmatiseringen runt psykisk sjukdom. En aspekt som visade sig var en större självkänedom och att man genom att ha ägnat tid och kraft åt specialistutbildning inom psykiatrisk vård visar både för medarbetare samt patienter att man är genuint intresserad av psykiatri och det arbete som det genererar. Även i de fall där det var känt att sjuksköterskan hade specialistkompetens, ansågs hen vara mer av en expert i sitt arbete. Det framkom också att även om specialistsjuksköterskan hade jobbat länge innan specialistutbildningen och hade lång erfarenhet av psykiatriskt arbete, upplevdes utbildningen som att den gav mycket att använda i dagliga arbetet.

”på ett personligt plan så har den stor betydelse bara för att öka min egen medvetenhet och kompetens, yrkesstolthet”

”... en annan förståelse vem du är, framför allt patienter och kan ju känna ja men du är specialistsjuksköterska, du är så pass intresserad av det här arbetet att du vill djupdyka i det.”

Sjuksköterskan såg dock att inte alla medarbetare i arbetsteamet var medvetna om specialistsjuksköterskans kompetens eller visste att det fanns en specialistutbildning för psykiatrisjuksköterskor. Det visade sig vara mycket upp till specialistsjuksköterskan själv att framhäva sin kompetens. En önskan fanns att det skulle synas att en sjuksköterska hade en specialistexamen, som hos läkarna. Det visade sig att det låg mycket hos specialistsjuksköterskan själv att framhäva sin kompetens, men att specialistsjuksköterskan

inom psykiatri generellt var dålig på att framhäva sin kompetens. Det var inte heller självklart att sjuksköterskan fick andra arbetsuppgifter eller befogenheter efter avslutad utbildning. Inte heller blev lönen höjd i någon större utsträckning om inte sjuksköterskan gick vidare till en chefsposition. Det uppfattades som anmärkningsvärt att specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård återgick till samma arbetsbefattning efter avslutad magisterutbildning då anesthesi-, ambulans- med flera specialistsjuksköterskor efter utbildning fick nya eller utökade befogenheter. Det upplevdes dock att man fick större gehör på vissa arbetsplatser för sina idéer i förbättrings- och utvecklingsarbete av arbetsledningen.

8.3 Helhetssyn i bemötande av patient

Specialistsjuksköterskan upplevde att hen såg bredare på både på insidan samt utsidan när det gällde omvårdnaden. Vårdvetenskapen på avancerad nivå hade hjälpt specialistsjuksköterskan i psykiatri att hitta fokus för att arbeta patientcentrerat. Specialistsjuksköterskan upplevde sig snabbt kunna uppfatta patientens hela omvårdnadsbehov, såväl det psykiatriska, somatiska, sociala samt farmakologiska. En förståelse för hur diagnoser och läkemedel påverkar patienten kom också fram som betydande i det återkommande dagliga arbetet. Sjuksköterskan uppfattade även subtila signaler som kunde vara viktiga för patientens livskvalité och känsla av ohälsa eller hälsa. Sjuksköterskan försökte ha ett patientcentrerat arbetssätt för att patientens behov och inte bara personal- eller ledningsgruppens krav och behov främjades.

”Det jag har haft mest nytta av är nog dels den helhetssyn som verkligen trycks på i vårdvetenskap på avancerad nivå”

”Att man kanske inte tar saker förgivet helt tiden att man försöker analysera från patientens behov och inte hitta på någonting annat som inte finns utan man försöker se patientens behov, är det mina behov eller är det personalgruppens behov”.

Specialistsjuksköterskan upplevde sig ha en ökad kunskap om och förståelse för patientens mående och la inte bara fokus på den basala omvårdnaden. Det framkom att perspektivet skiftade från att se hinder och problem till att se möjligheter samt att förmågan att använda rätt verktyg i sitt arbete utgjorde en del av nyttan från specialistutbildningen. Att se och fokusera på patientens resurser och tillgångar istället för att bara se och betona det sjuka och eventuell diagnos framstod som en stor del av specialistsjuksköterskans kompetens som hon hade med sig i det dagliga arbetet. Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård upplevde att hen hade nytta av sin specialistutbildning i samtalen med patienten. Även att lägga bemötande, krav och omvårdnad på en nivå som passade patienten, för att på bästa möjliga

sätt stödja patienten, och kunna utgå ifrån det perspektivet för att hjälpa patient till ökad känsla av hälsa och ett fungerande liv. Sjuksköterskan lyssnade på patienten i både större sammanhang men visade även på lyhördhet för mindre frågor som påverkade patienten på det existentiella planet.

”värna om det friska och det goda och inte bara se det sjuka eller funktionsnedsatta utan vi har faktiskt kompetens att kunna se det här är det friska och det tar jag med mig varje dag, både om det är mental friskhet eller somatisk friskhet”.

”man ser med ett bredare perspektiv på personen, inte direkt på sjukdomen utan personen”.

Psykiatrisjuksköterskan hade fått med sig att betona det positiva hos varje individ, att därmed kunna bistå med hopp till varje patient. Även att i slutändan vara i stånd att stödja patienten på det tillvägagångssätt som bäst gjorde det möjligt för patienten att med egen styrka hjälpa sig själv, det uppgav sjuksköterskan vara själva innebörden med den fördjupade kunskapen. Med rätt kunskaper gällande psykiatriska sjukdomar och vad dessa innebar för patienten kunde specialistsjuksköterskan mera framträdande se vad patienten behövde hjälp med att klara av. Det framkom även att sjuksköterskan upplevde att hen utgjorde en större betydelse för patienten efter sin specialistutbildning. Det framkom generellt att sjuksköterskan vågade mer för patientens skull, och hade en ökad förståelse för patientens behov vilket sjuksköterskan använde i sitt dagliga arbete.

”det här friskhetstänket och hälsotänket, det tror jag är någonting som jag bär med mig, jag försöker ha det, det finns någon visst hos alla”.

”är nyckeln tror jag med att vara specialiserad eller att man har en djupare kunskap att se till, man kan inte göra allt för patienten utan patienten måste lära sig att göra saker själv och hur man gör då”.

”jag kan hjälpa patienten att ibland byta fokus från det sjuka, det tror jag är någonting som jag bär med mig nästan dagligen”.

8.4 Ökat vetenskapligt medvetande

Flera specialistsjuksköterskor betonade en ökad vetenskaplig medvetenhet. Att det blev en naturlig del i arbetet och arbetsprocessen. Vanligt förekommande var att det kritiska granskandet ökade, eftersom man evaluerade kunskapen mera noggrant för vad den var och

lättare kunde skilja den från invanda handlingsmönster. Sjuksköterskan upplevde sig vara trygg i sin profession, med en magisterexamen, vilket visade sig i att man vågade ifrågasätta och göra skillnad i hela omvårdnadsprocessen.

”om man har en egen magister och är självsäker på vad man kan och vad psykiatrisk omvårdnad är så börjar man ifrågasätta”

Viljan att fortsätta förkovra sig samt att utveckla vårdarbetet fortsatte även efter specialistutbildningen hos specialistsjuksköterskorna. Gärna i kombination med forskning och kliniskt arbete. Det uttrycktes dock att det kunde vara svårt att få tid från arbetsledningen att få fortsätta utbilda sig. Att ha en förstående chef samt medarbetare som är villiga att ta strid för att höja kompetensen var viktigt. En önskan fanns om fler mötes- och diskussionsforum för sjuksköterskor för att underlätta att dela med sig av nya rön inom den egna professionen. Att genom ett kritiskt granskande samt förankring i vetenskaplig kunskap kunde svälja gamla sanningar, utan att med utgångspunkt i från ny evidensbaserad forskning leda arbetet och även inspirerade medarbetare till nya arbetsmetoder. Med den goda kunskapsgrunden som specialistutbildningen gav kunde psykiatrisjuksköterskan lyfta, motivera samt argumentera för en ökad vetenskaplig medvetenhet på arbetsplatsen. Dock såg specialistsjuksköterskan att det inte alltid fanns tid till att läsa in ny forskning och att implementera den på avdelningen. Här uttrycktes även att sjuksköterskan behövde bli bättre på att kräva och avsätta den tiden.

”dels en vetenskaplig fokus, jag tycker liksom att förankringen otroligt mycket mer inte bara att så här gjorde vi på Beckomberga på 70-talet och det behöver ju inte vara fel med den erfarenheten men det känns som att jag har en mer gedigen kunskap och lite mer teoriförankrad”

”öka vetenskaplig medvetenhet på avdelningen”

8.5 Betydelse för ledarskapet

Psykiatrisjuksköterskan tyckte sig snabbare kunna få en överblick över patientens omvårdnadsbehov och sedan prioritera vad och hur arbete skulle utföras.

Omvårdnadsprocessen blev välöverbäddad på grund av att sjuksköterskan hade kompetens att analysera omvårdnadsbehovet. Hen uttryckte att analysen innan själva omvårdnadshandlingen blev tydligare med kunskapen som specialistutbildningen gav. Även att kunna delegera arbetsuppgifter till den som bäst lämpade sig för att utföra uppgiften samt lägga upp det

dagliga arbetet och se vad som skulle utföras. Specialistsjuksköterskan kunde tydligt motivera hur, vad och varför för medarbetare, och befästa detta med att aktuell och vetenskaplig forskning. Genom specialistutbildningen kom kunskapen och säkerheten att leda arbetet i teamet framåt. Chefsrollen blev tydligare och mer naturlig att axla såväl i patient- som personalgruppen. Det upplevdes som positivt att få med sig ledarskapsperspektiv i specialistutbildningen då det uppfattades som en stor del av specialistsjuksköterskans kompetens. Det uppfattades även att ledarskapsrollen inte togs på allvar i den utsträckning det borde göras i det kliniska arbetet, utan sjuksköterskan upplevde att det fortfarande fanns stor förbättringspotential i det dagliga arbetet gällande detta. Självsäkerheten som framkom i ledarskapsrollen utgick från kunskapen man hade om den psykiatriska vården, den hade man fått med sig från magisterutbildningen.

”man processar fram allting som man kanske inte gör på grundnivå eller så utan man blir tvungen att analysera alla situationer som uppkommer med patient och personal dagligdags och det är ju någonting man lär sig på specialistutbildningen, det har jag nytta av i mitt dagliga arbete”.

”Sedan kan jag ju se att specialistutbildningen gav mig ganska mycket ledarskap, lite mer, vad ska man säga, teorier kring hur man ska leda grupper, både patient- grupper och framför allt personalgrupper”.

9 Diskussion

9.1 Metoddiskussion

En empirisk studie med kvalitativ metod användes för att på ett så förutsättningslöst tillvägagångssätt sammanföra de tekniker som bäst svarade för att sammanställa materialet enligt studiens syfte, såsom Sandelowski (2000) beskriver. En kvantitativ metod var aldrig aktuell, eftersom en sådan metod skulle försvårat att fånga någon djupare, nyanserad bild av ämnet (Polit & Beck, 2014, s.45, 389). Vid breda frågeställningar där forskaren vill att informanten ska prata fritt om sina upplevelser och erfarenheter utan att riskera att lägga sina egna värderingar i svaren, passar ostrukturerad intervjuform bra enligt författarna (s.290). Då undertecknad önskade en naturlig spontan respons från respondenterna valdes således ostrukturerade frågor framför ett frågeformulär eller semistrukturerade frågor. Å ena sidan skulle ett frågeformulär kunnat ge andra svar på forskningsfrågan. Å andra sidan fanns stor risk att missa värdefull information som kommer genom spontana svar och reaktioner i

enlighet med vad Dalen (2007, s.66-67) uttrycker. En provintervju fungerade som ett stöd för att undersöka om undertecknad skulle klara att hålla i en intervju samt att inledningsfråga skulle kunna ge svar på studiens syfte (Kristensson, 2014, s.36). Valet av öppningsfråga föll väl ut, respondenterna talade utförligt om sina upplevelser, stödfrågorna behövdes endast användas sparsamt, då samtalen flöt på.

Efter den femte intervjun upptäckte undertecknad att ingen ny information framkom. Då det var svårt att få tag i informanter som uppfyllde utvalda kriterier, valde undertecknad att använda de sex informanter som anmälde sig intresserade att medverka i studien. Sannolikheten finns att det kunde ha blivit andra svar med fler informanter. En anledning till att det var svårt att rekrytera informanter i studien kan bero på att det inte finns så många sjuksköterskor som har magisterexamen i psykiatrisk omvårdnad ännu. En annan anledning till de få informanterna kan vara tillvägagångssättet. Om undertecknad hade informerat om studien exempelvis vid en arbetsplatsträff eller på ett professionsmöte hade kanske fler specialistsjuksköterskor med magisterexamen valt att delta. Fler intervjuer kunde ha resulterat i ett rikare material och att teman kanske hade kunnat skapas. Enligt Elo och Kyngäs (2008) finns det ingen färdig manual som beskriver precis hur man ska göra vid en dataanalys. Varje undersökning är unik enligt författarna eftersom resultatet helt och hållet beror på forskarens skicklighet och vana att bemästra metoden. Kristensson (2014, s. 116) beskriver kvalitativ forskning där forskaren använder sig själv som ett verktyg, metoden har ofta en induktiv ansats, där forskaren står nära sitt material.

Undertecknad var under arbetets alla faser medveten om sin förförståelse av ämnet men utsikten finns att förförståelsen troligen färgat föreliggande studie eftersom förförståelsen alltid följer forskaren Dalen (2007, s.13) beskriver att forskarens förförståelse går igenom flera stadier av medvetenhet, från att vara helt oreflekterade till att vara närvarande och ifrågasatt i alla delar av arbetet. Analysen har diskuterats med en kollega för att undvika att studien skulle färgas av en enda persons förförståelse (Kristensson, 2014, s.125). Enligt Sadelowski (2010) formas alltid metoden av forskaren varje gång den används, vilket genererar att den blir återupfunnen vid varje tillfälle. Författaren beskriver att det inte existerar någon ”absolut sanning” i resultatet, även om forskaren håller sig nära den insamlade datan, så är det alltid författaren som tolkar materialet som framkommer. Vidare framkommer enligt Graneheim och Lundman (2004) att trovärdigheten gällande en kvalitativ studie ofta delas in i fyra delar: *tillförlitlighet*, *överförbarhet*, *giltighet* samt *verifierbarhet*. Överförbarheten överläts enligt Graneheim och Lundman (2004) till läsaren då denne bäst kan avgöra vad, hur och vad studiens resultat kan appliceras. För att möjliggöra för läsaren att

avgöra om resultatet kan vara intressant även för hens område har undertecknad försökt att tydligt beskriva alla steg i arbetet. Verifierbarheten det vill säga trovärdigheten av resultatet i studien diskuterades med handledare och forsknings kollegor. Giltigheten av materialet framkommer i att datainsamlingen har skett på samma sätt och med samma frågor i enlighet med vad författarna beskriver. För aktuell studie valdes analysmetod enligt Graneheim och Lundman (2008, s.159-171) då undertecknad vid tidigare tillfälle använt sig av den aktuella modellen och upplevde sig bekant med den. Analysmodellen användes för att bäst bearbeta materialet efter studiens syfte (Elo & Kyngäs, 2008). Analysen resulterade i fem kategorier men bedömdes inte utgöra teman då kategorierna då upplevdes bli alltför generaliserade.

9.2 Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom att specialistutbildningen gav sjuksköterskan säkerhet och trygghet i det dagliga arbetet, vilket i sin tur bidrog till att psykiatrisjuksköterskan upplevde ett lugn i själva arbetsförhållandet, vilket kom både övriga medarbetare, studenter samt patienter till nytta. Detta resultat sammanfaller med Ennis, Happell och Reid-Searl (2015) studie som bygger på intervjuer med grundutbildade sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk vård. Författarna (a.a.) menade att specialistsjuksköterskan uppfattades som lugn och trygg i sitt arbetsförhållande och förblev tillsynes lugn även om det förekom upprörda stämningar på avdelningen. Lugnet specialistsjuksköterskan upplevde kom från tryggheten med specialistprofessionen, och att det lugnet gav ringar på vattnet i form av en lugnare arbetsmiljö för medarbetare dels för patienterna. Det framkom även i Enis, Happell och Reid-Searl (2015) att psykiatrisjuksköterskan hade en beredskap för oförutsedda, oförutsägbara, akuta händelser då hen snabbt kunde gå in i ledarrollen och dirigerade arbetet på ett smidigt för alla medarbetare smidigt sätt. Detta hade stor betydelse särskilt när det förekom våldsamma situationer. Benner (1999) beskriver sjuksköterskans skicklighet där en emotionell lyhördhet för situationen infinner sig hos sjuksköterskan vilket tydliggör vad som bör göras, även att sjuksköterskan får en mer differentierad syn på hur hen ska förhålla sig till patienter och anhöriga.

Vidare framkom i föreliggande studie att psykiatrisjuksköterskan upplevde en betydande personlig mognad och ett självförtroende i sitt arbete, då hen litade på sina kunskaper i psykiatrisk vård. Mognaden och självförtroendet gav stöd både för att hantera de emotionella utmaningarna som arbetet gav samt att hantera personal- och patientrelaterade konflikter på

arbetsplatsen. Bee, Richards, Loftus, Baker, Bailey och Lovell (2005) studie från Storbritannien visar att specialistsjuksköterskan i psykiatrisk vård visar stor självförtroende i sin kunskap och sitt yrkesutövande. I föreliggande studie beskrevs också specialistutbildningen som en adekvat utbildning för den psykiatriska vården då den underlättade det rådande kliniska arbetet inom psykiatrisk vård. Författarna Bradshaw och Pedley (2012) beskrev vidare att en stor del av komplexiteten med den psykiatriska vården utgjordes av de existerande somatiska problemen som ofta följde patientens psykiatriska diagnos och/eller läkemedelsbiverkningar, det framkom dock inte i den här studien. Emellertid visade resultatet att psykiatrisjuksköterskan upplevde sig fått en större holistisk syn, vilket hen hade nytta av i sitt dagliga arbete genom kunskaper om diagnoser, läkemedel och de somatiska problemen de kunde föra med sig. Ett vidare synsätt på patienten från en sjukdoms- och diagnosfokuserad syn till en helhetssyn där patientens alla behov, till exempel sociala, somatiska samt psykiska behov blev tydliga. Scharer, Boyd, Williams och Head (2003) bekräftade psykiatrisjuksköterskans holistiska åskådning i sin studie. De menade på att psykiatrisjuksköterskan hade en naturlig förmåga att bistå patienten med det som behövs i hans dagliga existens både utifrån kropp och själ. Att se den unika människan och inte bara en patient med diagnos. Att se patientens resurser och att utifrån det kunna stärka patienten och dennes känsla av hopp. Att bli sedd som en medmänniska, med positiva, respektfulla ögon av vårdpersonal upplevdes av patienter som mycket positivt och stärkande i hälsoprocessen (Topor & Denhov, 2014).

Resultatet i föreliggande studie visade att psykiatrisjuksköterskan upplevde nytta av sin specialistutbildning i samtalet med patient. Hen uttryckte att det blev lättare att lägga kommunikationen och omvårdnadsåtgärder på en nivå som passade patienten. Chien och Ip (2001) beskriver i sin studie att specialistpsykiatrisjuksköterskan fick snabbare och effektivare kontakt med patienten, psykiatrisjuksköterskan uppfattade att patienterna uppfattade samtalen som mera tillfredställande då de blev hörsammade för det dom önskade bli uppmärksammade på. Vilket även överensstämmer med resultatet i föreliggande studie, där psykiatrisjuksköterskan beskrev att det var lättare att uppfatta subtila signaler som tecken på ohälsa hos patienten, vid samtal. En ökad perceptionsförmåga framstår som en viktig egenskap hos sjuksköterskan i expertstadiet. Samt att kunna länka samman den information som framkommer till en säker och adekvat vård (Benner, 1999). Författaren (a.a.) beskriver sjuksköterskan i expertstadiet som just kompetent i sin helhetsbedömning, att kunna se helheten och kunna agera naturligt på den informationen.

I föreliggande studie framkom även vidare att specialistsjuksköterskan efter sin utbildning uppfattades som mer strukturerad samt heltäckande i sina bedömningar samt omvårdnadsplaneringar. Vilket även påvisades i studien av Hurley & Lakeman (2011). Författarna (a.a.) ansåg vidare i studien att bekräftelsen av sjuksköterskans kompetens var viktig för att synliggöra specialistkompetensen, samt att utbildning både med och utan akademiska poäng hade en stor påverkan på sjuksköterskans arbetssätt, både kliniskt och organisatoriskt. Benner (1999) beskriver den skicklighets- och expertmässiga sjuksköterskan som resonerande i sitt upplägg av vårdhandlingar, baserade på den kliniska perceptionsförmågan. Chien och Ip (2001) beskriver även att specialistsjuksköterskan har en passande förmåga att dela med sig av sin kunskap till övriga medarbetare, Specialistutbildning för psykiatrisjuksköterskor i Storbritannien samt USA gav enligt författarna, en distinkt ledarskapskompetens. Resultatet i föreliggande studie visade på att psykiatrisjuksköterskan ofta utgick ifrån evidensbaserad kunskap när de utförde och ledde omvårdnadsåtgärder och gärna delade med sig av den kunskapen för att öka den vetenskapliga medvetenheten och kvalitén på vården till övriga medarbetare på avdelningen. Specialistsjuksköterskorna beskrev att deras kunskapsgrund motiverade till att mer naturligt kunna tydliggöra för vad, hur och varför vissa omvårdnadsåtgärder skulle utföras, samt att det blev lättare att delegera arbetsuppgifter till andra medarbetare i det multiprofessionella teamet. Benner (1999) beskriver detta som en överföring av förtrogenhetskunskap.

Psykiatrisjuksköterskan i undertecknadsstudie upplevde att hens kunskaper från specialistutbildningen gav en tydligare och säkrare ledarroll i det dagliga arbetet. Hen fick ett bättre gehör för sina förbättrings- och utvecklingsidéer av chefen, samt ökade möjligheter till fortsatta studier för fortsatt professionsutveckling. Det beskrevs av flera informanter att andra yrkeskategorier inte kände till dess kompetens och att det heller inte synliggjordes med arbetsuppgifter och befogenheter. Enligt Benner (1999) är det viktigt att de olika yrkeskategorierna är medvetna om varandras kompetenser. Dels ur ett patientsäkerhetsperspektiv dels ur ett arbetsmiljöperspektiv. När medarbetare känner till varandras kompetens uppstår enligt författaren en trygghet när man vet vad man kan förvänta sig av sina medarbetare. Benner (1999) beskriver sjuksköterskan i expertstadiet som skicklig i att kunna arbeta med och genom andra, och att det är av vikt att ledning och organisation lyssnar på sjuksköterskan som befinner sig på kompetens-, skicklighets- eller expertstadiet då de ser vad som fungerar i den kliniska verkligheten. Cleary, Horsfall, O'Hara - Aarons, Jackson och Hunt (2011) påvisade viktiga faktorer i sin studie gällande psykiatrisjuksköterskans val att stanna kvar på sin arbetsplats och inom yrket. Viktiga faktorer

var enligt författarna, en stödjande närmaste chef samt vikten av att få tillgång till vidare kompetensutveckling. Benner (1999) beskriver sjuksköterskan i kompetensstadiet i övergången till skicklighets- och expertstadiet som en kritisk transaktion där stödet från ledning och organisation är vital för att sjuksköterskan ska fortsätta inom yrket och fortsätta utvecklas.

9 Kliniska implikationer

Det visade sig i underliggande studie att specialistsjuksköterskan hade nytta och fick en ökad säkerhet och trygghet i sitt arbete vilket i sin tur påverkade hela vårdmiljön och vårdkulturen samt generade en tryggare och personcentrerad vård. Ledarrollen blev tydligare. Reflektion samt evidens blev mer naturliga inslag för psykiatrisjuksköterskan att använda i sitt dagliga arbete, detta genererade även en ökad yrkesstolthet. Sjuksköterskorna i föreliggande studie understrycker dock att stöd från arbetsledningen och organisation är nödvändig för att få ut den fördjupade kompetensen psykiatrisjuksköterskan förfogar över i omvårdnadsarbetet. Det vore således intressant att fortsätta titta på vårdorganisationens syn gällande betydelsen av specialistutbildningen för att fortsätta synliggöra den kompetens som faktiskt finns men inte alltid är tydlig och bekräftas i det dagliga arbetet. I framtiden vore en uppdatering kring den generella kunskapen gällande specialistsjuksköterskans kompetens önskvärd. Detta skulle förhoppningsvis generera till en mer stabil, patientsäker och kostnadseffektiv psykiatrisk vård.

10 Förslag till fortsatt forskning

En ny studie gällande att undersöka faktorer som gynnar och synliggör psykiatrisjuksköterskans kompetens vore intressant, samt om det föreligger eventuella hinder, och i så fall vilka de

11 Slutsats

Psykiatrisjuksköterskan upplevde dagligen nytta av sin specialistutbildning i form av en ökad tillförlit till vad hen faktiskt kunde gällande sin profession. Hen upplevde sig inneha en bred kunskapsgrund som upplevdes nödvändig för att klara av det dagliga arbetet inom den psykiatriska vården. Nyttan visade också på ökad vetenskaplig medvetenhet vilket beredde en ökad vilja till att fortsätta utveckla sina kunskaper. Resultatet i den här studien torde komma

både patienter, medarbetare samt organisation till gagn i det fortsatta utvecklingsarbetet inom den psykiatriska vården. Det ter sig således viktigt att organisation samt ledning underlättar studier på avancerad nivå, samt att lyfta vikten av specialistkompetens som nödvändig inom den psykiatriska omvårdnaden.

Referensförteckning

- Allen, J. (1998). A survey of psychiatric nurses opinions of advanced practice roles in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 451–462.
- Barker, P. & Buchanan- Barker, P. (2005). *The tidal Model*. New York: Routledge.
- Bee, P., Richards, D., Loftus, S., Baker, J., Bailey, L. & Lovell, K. (2005) Specialist educational intervention for mental health nursing staff: delivery, content and personal impact. *Journal of advanced Nursing*, 51 (5), 529-538.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Blegeberg, B., Blomberg, A., & Hedelin, B. (2008) Nurses conception of the professional role of operation theatre and psychiatric nurses. *Nordic journal of nursing research*, 28, (3), 9-13.
- Blockly Widmark, E. (2012). *Läkares uppfattning av specialistsjuksköterskans kompetens i psykiatri*. (Examensarbete i vårdvetenskap, Uppsala Universitet, Institutionen för Folkhälso-och Vårdvetenskap, Specialistsjuksköterskeprogrammet). <http://www.diva.portal.se/smash/get/diva2:534430/FULLTEXT01.pdf>
- Blomqvist, S. (2009). *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team*. (Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande).
- Bradshaw, T. & Pedley, R. (2012). Evolving role of mental health nurses in the Physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of mental health nursing*, 21, 266-273.
- Chien, W-T. & Ip, W-Y. (2001). Perceptions of role functions of psychiatric nurse specialists. *Western Journal of Nursing Research*. 23(5), s. 536-554.
- Cleary, M., Horsfall, J., O'Hara-Aarons, M., Jackson, D. & Hunt, G., E. (2011). The views of mental health nurses on continuing professional development. *Journal of clinical nursing*, 20, 3561-3566.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur& Kultur.
- Dalen, M. (2007) *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.
- Elo, S. & Kyngäs. H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62 (1), 107-115.
- Ennis, G., Happell, B. & Reid-Searl, K. (2015). Clinical leadership in mental health nursing: The importance of a calm and confident approach. *Perspectives in Psychiatric care*, 51, 57-62.

- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Åbo: Åbo Akademi.
- Fredriksson, L. (2014). Att vårda i samtal- kommunikativa aspekter på lidande och vårdande. I L. Wiklund Gustins (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (418-439). Lund: Studentlitteratur.
- Goodwin, W. & Happel, B. (2008). To be treated like a person: The role of the psychiatric nurse in promoting consumer and carer participation in mental health service delivery. *International journal of psychiatric nursing research*, 14 (1), 1-10.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative contentanalysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskärs & B. Höglund- Nielsens (RED.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälsa och sjukvård*. (159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Hercelinskyj, C., Cruickshank, M., Brown, P. & Phillips, B. (2014). Perceptions from the frontline: Professional identity in mental health nursing. *International journal of Mental Health Nursing*, 23, 24-32.
- Holmdahl, B. (1994). *Sjuksköterskans historia: Från sjukvakterska till omvårdnadsdoktor*. Stockholm: Liber.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.
- Hurley, J. & Lakeman, R. (2011). Becoming a Psychiatric/Mental health nurse in the UK: A qualitative study exploring processes of identity formation. *Mental health nursing*, 32, 745-751.
- Högskoleverket (2010). *Rapport 2010:5 R. Sjuksköterskors specialistutbildning- vilket slags examen*. <http://www.hsv.se/download/18.7b9d013127a9e59c048000232/1005Rsjukskoterskor-specialistutbild.pdf>
- Jormfeldt, H. & Svedberg, P., (2014). Hälsa och hälsofrämjande arbete i psykiatrisk omvårdnad. I L. Wiklund Gustins (Red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa - På avancerad nivå*. (s. 76-97). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kudless, M., W., White, J., H. (2007). Competencies and roles of community mental health nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45, (5), s.36-44.
- Lassenius, E. (2014). "Det osynliga rummet"- en tyst möjlighet i vårdpraxis. I L. Wiklund Gustins (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (s.362-378). Lund: Studentlitteratur.

- Lindström, U. Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Falköping: Liber Utbildning.
- Madathil, R., Heck, N. C. & Schuldberg, D. (2014). Burnout in psychiatric nursing Examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. *Archives of psychiatric nursing*, 28, 160-166.
- Marques de Lima, R.V., Pedr~ao, L. J. & Costa Junior, M. L., (2014). Roles, Conflicts and Rewards of specialist nurses in psychiatric and mental health nursing: a prospective study. *Journal of Nursing*, 8 (8): 2593-602.
- Mc Cance, T. & Mc Cormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksells & M. Lepps (red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*.(s.81-110). Stockholm: Liber.
- Muxworthy, H. & Bowllan, N. (2011). Barriers to practice and impact on care: An analysis of the psychiatric mental health nurse practitioner role. *Journal of the New York State Nurses Association*, 42(1-2), s. 8-14.
- Naegle, M. A. & Krainovich-Miller, B., (2001). Shaping the advanced practice psychiatric mental health nursing role: A futuristic model. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, s.461-482.
- Parrish, E., Peden, A., Staten, R. T., Hall, L. & Danner, F. (2013). Advanced practice psychiatric nurses' outcomes of care: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), s.587-94.
- Peplau. H. E. (1994). *Selected Works. Interpersonal Theory in Nursing*. London: Macmillan.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7:e uppl.). Philadelphia: Lippincott.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatriskvård*.
<http://psykriks.se/kompetensbeskrivning-2/>
- Sandelowski, M. (2000) Focus on research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.
- Sandelowski, M. (2010) What`s in a name? Qualitative description revisited *Research in Nursing & Health*, 33, 77-84.
- Scharer, K., Boyd, M., Williams, C., & Head, K. (2003). Blending specialist and practitioner roles in psychiatric nursing: Experiences of graduates. *Journal of the American psychiatric nurses association*, 9, (4), 136-144.
- Svedberg, G. (2002). *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*.(Doktorsavhandling, Karolinska institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri).

- Svedberg, G. (2010). Röster ur det förflutna. I Wiklund Gustin, L (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – På avancerad nivå* (s. 31-58). Lund: Studentlitteratur
- Sveriges kommuner och Landsting. (2007). *Varför utbildas så få? Planeringsstöd Specialistsjuksköterskor inför (generationsskiftet)*. www.skl.se
- Topor, A. & Denhov, A. (2014). Going beyond: User´s experiences of helping professionals. <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2014.956784>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis.
- Universitets- och högskolerådet (2015). <http://www.uhr.se/sv/Internationellt/Bolognaprocessen/>
- Van Dusseldorp, L., Van Meijel, B.& Derrksen, J. (2009). Emotional intelligence of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 555-562.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap I klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wiklund Gustin, L, Rydenlund, K. & Kulzer, S. (2010). Att vara specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. I L. Wiklund Gustins (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (s.395-422). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L.& Lindwall, L. (2012) *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm:Natur & Kultur.
- Wiklund Gustin, L. (2014). Att använda sin specialistkompetens i patientens tjänst. I L. Wiklund Gustins (Red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*.(s.457-488). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. (2014). Specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatrisk vård. I L. Nordgrens & S. Almerud Östbergs (Red.). *Att bli specialistsjuksköterska eller barnmorska – utbildningar för framtiden*. (s.175-197). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A. (2013) Kärnkompetensen evidensbaserad omvårdnad. I J. Leksells & M. Lepps (red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*.(s.193-200). Stockholm: Liber.

Bilaga 1.



Förfrågan till vederbörande verksamhetschef.

Mitt namn är Maud Lagerquist och min profession är sjuksköterska. Just nu skriver jag min magisteruppsats i psykiatrisk vård, på Ersta Sköndal Högskola. Då arbetet ska handla om psykiatrisjuksköterskans upplevelse av sin specialistutbildning, vill jag gärna intervjua sjuksköterskor i psykiatrisk vård med magisterexamen i vårdvetenskap/omvårdnad samt att de jobbat ett par år. Intervjuerna beräknas ta 40-60 minuter per person, och planeras utföras på eller i nära anslutning till sjuksköterskans arbetsplats. Om ni ger ert medgivande till intervjuerna är jag tacksam för vidare distribuering av bifogad förfrågan gällande medverkan till era chefssjuksköterskor och vidare till era specialistsjuksköterskor. Intervjuerna kommer resultera i en magisteruppsats vilken kommer att publiceras på DIVA, vilket är en portal för högre utbildning för forskning samt studentuppsatser.

Vid frågor rörande studien går det bra att kontakta mig eller min handledare Anette Erdner.

Med vänliga hälsningar:

Maud Lagerquist

Leg. Sjuksköterska/student specialistsjuksköterskeutbildningen psykiatriskvård.

Tel. nr. 0704676406

Maud.lagerquist@telia.com

Handledare: Anette Erdner

Leg. Sjuksköterska specialist psykiatrisk vård, lektor, med dr

anett.erdner@esh.se

Campus Ersta

Stigbergsgatan 30Box 11189, SE-100 61 Stockholm
Fax: +46 8 555 050 60

Bilaga 2.



Institutionen för vårdvetenskap Förfrågan om deltagande i undersökning: Till dig som är specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. Denna undersökning vänder sig till sjuksköterskor med specialistutbildning och magisterexamen i psykiatrisk vård samt avser beskriva specialistsjuksköterskans upplevelse av betydelsen av specialistutbildning i den psykiatriska vården. Målsättningen med undersökningen är att se om/hur specialistsjuksköterskans kompetens tas tillvara i den psykiatriska vården. 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 en timme, 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 Maud Lagerquist som kommer att intervjua. Intervjuupptagningen kommer att sparas på ett dataminne (USB). Insamlat material kommer att förvaras inlåst. En rapport kommer att skrivas när alla intervjuer är genomförda och då förstörs dataminnet. Rapporten i form av en magisteruppsats kommer att finnas tillgänglig såväl i pappersformat som elektroniskt via DIVA, en portal för forskning samt student uppsatser inom högre utbildning.

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.

Är Du intresserad av att delta så kontakta nedanstående leg. sjuksköterska Maud Lagerquist för att komma överens om tid och plats för en intervju.

Maud Lagerquist, leg sjuksköt, fil kand

Tel. 070-467 64 06

E post: maud.lagerqvist@student.esh.se

Handledare: Anette Erdner, leg. sjuksköterska, specialist psykiatrisk vård, lektor, fil.dr. Tel. 08-555 050 27

E-post: anette.erdner@esh.se

Campus Ersta

Stigbergsgatan 30 Box 11189, SE-100 61 Stockholm

Fax: +46 8 555 050 60

Bilaga 3. Exempel från analysprocessen

Meningsbärande enheter.	Kondenserade meningsenheter.	Kod.	Subkategorier.	Kategorier.
"man lär sig kunna ha distans. Det måste man lära sig inom alla specialiteter, det är viktigt att hålla viss distans för man kan inte absorbera alla pats livshistorier, då kan man inte ge någon bra omvårdnad".	Att kunna ge bra vård utan att påverkas allt för mycket på det personliga planet.	Att kunna förhålla sig till patientens livshistoria.	Professionellt förhållningssätt.	Nödändig kunskap för arbetet.
Liksom stoltheten, man är ju sin egen kompetens".	En självaktning av att tillhöra en egen profession.	Yrkes- och kunskapsstolthet.	Yrkes- och kunskapsstolthet.	Ökad yrkesstolthet.
"en förståelse för vad diagnoserna innebär och vad betyder medicineringen eller vad det nu kan vara, då tycker jag att det kan vara lättare eller min föreställning är att det kan vara lättare att ta fram det grundläggande som den enskilde individen behöver".	Att förfoga över kunskapen att se patientens behov.	Behovsbaserad omvårdnad.	Möta patientens behov.	Helhetssyn i bemötandet med patienten.
"den akademiska synen med att ha magister, man blir väldigt mycket mera kritisk mot allt man hör om man inte ser själva källan till det som man hör".	Tilltaget kritiskt analyserande.	Kritiskt granskande reflektion.	Ökat kritiskt förhållningssätt.	Ökat vetenskapligt medvetande.
" "man processar fram allting som man kanske inte gör på grundnivå eller så utan man blir tvungen att analysera alla situationer som uppkommer med pat och personal daglig dags och det är ju någonting man lär sig på spec utbildningen, det har jag nytta av i mitt dagliga arbete".	Specialist sjuksköterskan äger ökad kunskap i att skapa struktur, prioriteringar samt använda kritiskt tänkande för att få omvårdnadsarbetet framåt dagligen.	Ökad kunskap om användandet av omvårdnadsprocessen i det nära patientarbetet.	Leder omvårdnadsprocessen.	Betydelse för ledarskapet.