



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskans erfarenhet av att bemöta patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni

En intervjustudie

Jonasson, Marie

Tullgren, Joel

Handledare: Tuveesson, Hanna

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2016

Sjuksköterskans erfarenhet av att bemöta patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni

Jonasson, Marie
Tullgren, Joel

Sammanfattning

Bakgrund: Enligt Statens Offentliga Utredning ses vårdpersonal som en viktig resurs i all vård och omsorg. Men de har en extra stor betydelse när det gäller bemötandet av patienter med psykisk ohälsa som till exempel schizofreni. Tidigare studier har fokuserat på sjuksköterskans attityder till patienter med schizofreni, men färre studier har beskrivit hur sjuksköterskan upplever bemötandet av patienter med schizofreni.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att bemöta patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni inom den psykiatriska slutenvården.

Metod: Kvalitativ empirisk intervjustudie baserad på intervjuer med sex sjuksköterskor från två slutna psykiatriska avdelningar. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys enligt Burnard.

Resultat: Analysen resulterade i två kategorier; *Bygga förtroendefull allians* som innebär att sjuksköterskan ska uppnå en allians med patienten och bygga en relation. För detta krävs det att sjuksköterskan behöver lyssna och ha en förståelse för patienten. Sjuksköterskan behöver anpassa sina strategier och ha tålamod i bemötandet med patienterna. *Tydlighet och struktur skapar trygghet* som syftar på att sjuksköterskan ska vara tydlig och skapa struktur, vilket leder till en trygghet för patienten.

Slutsats: Sjuksköterskans bemötande av en patient i den akuta fasen av schizofreni är betydande för uppbyggnaden av en allians med patienten. För att patienten ska kunna känna trygghet på avdelningen är det viktigt att sjuksköterskan visar förståelse för patienten och ser hela individen, inte bara sjukdomen. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att miljön på avdelningen är lugn och trygg för patienten. Sjuksköterskan ska även ha ett taktiskt tillvägagångssätt i bemötandet av patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan vårdar patienten på ett sätt som inte kränker patientens integritet.

Nyckelord: Bemötande, Kvalitativ intervjustudie, Schizofreni, Sjuksköterska.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Schizofreni	5
Behandling	6
Bemötande	7
Teoretisk referensram	8
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Urval	10
Datainsamling	10
Analys	11
Etiska överväganden	12
Resultat	13
Bygga förtroendefull allians	13
<i>Att lyssna och förstå</i>	14
<i>Personanpassade strategier</i>	15
Tydlighet och struktur skapar trygghet	18
Att kommunicera och informera	18
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Slutsats	25
Självständighet	25
Referenser	26
Bilaga 1. Ansökan om tillstånd	29
Bilaga 2. Informationsbrev	30
Bilaga 3. Intervjuguide	31
Bilaga 4. Exempel på analysförfarandet	32

Inledning

Schizofreni beskrivs som en allvarlig form av psykisk ohälsa (Chan, 2011) som drabbar cirka 21 miljoner personer världen över (World Health Organization [WHO], 2016). För många av dessa personer är tillståndet långvarigt med återkommande akuta faser och inläggning inom psykiatrisk slutenvård (Chan, 2011). Personer som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni kan uppträda med symptom som verklighetsförvrängningar och hallucinationer. (White & Hardy, 2010). Den akuta fasen innebär ofta också svårigheter att interagera med andra människor på grund av tankestörningar och problem med att tolka och förmedla kommunikation, vilket kan påverka relationen mellan sjuksköterska och patient (Pounds, 2010). Att ha schizofreni och befinna sig i den akuta fasen är därför ofta plågsamt för personen (Gilliam & Williams, 2008), vilket ställer höga krav på sjuksköterskans bemötande och kan göra att sjuksköterskan upplever mötet som stressande (Gilliam & Williams, 2008; Perry, Henry, Sethi & Grisham, 2011). Enligt Statens Offentliga Utredning [SOU] (2006:100) ses vårdpersonal som en viktig resurs i all vård och omsorg. Extra stor betydelse anses dock vårdpersonalen ha när det gäller bemötandet av patienter med psykisk ohälsa, som schizofreni (ibid.).

Tidigare studier har framförallt fokuserat på sjuksköterskans attityder till patienter med schizofreni. Björkman, Angelman och Jönsson (2008) fann i en svensk studie att det förekommer negativa attityder till patienter med schizofreni bland vårdpersonal inom både somatisk och psykiatrisk vård. Liknande resultat har också rapporterats i andra internationella studier (se t ex Hsiao, Lu & Tsai, 2015; Sutton, Family, Scott, Gage & Taylor, 2016). Vid en artikelsökning identifierades få tidigare studier som direkt undersökt sjuksköterskans erfarenheter av att bemöta patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni inom psykiatrisk slutenvård. En pilotstudie (Pounds, 2010) studerade videoinspelningar av interaktioner mellan en sjuksköterska och tre patienter med schizofreni. Studien fann bland annat att sjuksköterskan använde sig av tydliga ansiktsuttryck och verbala ledtrådar för att knyta an och skapa en relation, men sjuksköterskans personliga erfarenheter undersöktes inte (ibid.). Det är av vikt att ta del av sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta patienter med schizofreni inom psykiatrisk slutenvård eftersom det kan bidra med kunskap och förståelse för de svårigheter och möjligheter sjuksköterskan beskriver. Sådan kunskap och förståelse skulle kunna användas för framtida utvecklings- och förbättringsarbete.

Bakgrund

Schizofreni

Schizofreni är en av de allvarligaste psykiska sjukdomarna och innebär ofta en långvarig eller livslång funktionsnedsättning (Chan, 2011; Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, [SBU], 2012). Cirka 21 miljoner människor är drabbade av denna psykiska sjukdom världen över (WHO, 2016). Risken att insjukna i ett schizofrent sjukdomstillstånd är cirka 0,5 – 1 procent världen över (SBU, 2012). I Sverige är det ca 30 000 – 40 000 personer som behöver vård och behandling för sin schizofreni (Socialstyrelsen, 2011). Schizofreni debuterar vanligtvis i slutet av tonåren eller tidigt i vuxen ålder (WHO, 2016). Enligt WHO (1998) kan det vara svårt att sätta diagnosen schizofreni eftersom gränserna mellan schizofreni och andra psykiska sjukdomar är dåligt definierade. Diagnosen schizofreni bör därför enligt WHO (1998) betraktas som ett provisoriskt verktyg under det tidiga stadiet i insjuknandet. Diagnos kan först ställas efter noggrann klinisk intervju och observation av patientens beteende. Det gäller att utesluta neurologiska sjukdomar som kan ge samma typ av symtom som till exempel tumörsjukdomar (ibid.).

Enligt Mattsson (2014) kan symptomen på schizofreni delas in i två olika faser: den positiva fasen och den negativa fasen. När patienten upplever de positiva symtomen kan de få hallucinationer, vanföreställningar och tankestörningar. När de upplever de negativa symtomen kan de bli apatiska/passiva i sitt beteende, de kan även bli mer tillbakadragande och nedstämda. I den negativa fasen kan patienterna upplevas avtrubbade och ha torftiga känslomässiga relationer (ibid.). Den positiva fasen kan även beskrivas som den akuta fasen av schizofreni. Efter insjuknandet kan det ta upp till två år innan den akuta fasen inträder och patienten uppvisar positiva symptom. Exempel på sådana symptom är hallucinationer och förvrängning av verkligheten genom något av våra sinnen: lukt, smak, syn, hörsel och känsel. Vanföreställningar kan också förekomma som till exempel avvikande tankar (White & Hardy, 2010). Enligt DSM- 5 kan diagnosen schizofreni sättas efter att kontinuerligt visat tecken på psykos och andra sjukdomstecken under minst sex månader. Två av dessa symptom som ska ha uppmärksamats är hallucinationer och desorienterat tal. Men även symptom som vanföreställningar, katatoni, ologiskt tänkande och viljelöshet kan förekomma. Symtomen ses oftast i samband med sänkt skötsel av personlig hygien, minskad social kontakt och sänkt funktionsnivå i arbetet (American Psychiatric Association, 2013).

Behandling

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det landstinget som ansvarar för att förebygga, utreda och behandla psykiska sjukdomar och skador. Enligt Läkemedelsverket (2013) består behandlingen av schizofreni av omvårdnad, läkemedelsbehandling och psykosociala insatser. Om patienten är ny i sin sjukdom eller är återinsjuknad i sin sjukdom är det viktigt att antipsykosmedel sätts in snarast möjligt. Nackdelen med dessa preparat är biverkningarna som oftast är viktuppgång som på sikt kan leda till ökat blodtryck och diabetes. Därför är det viktigt att vikt och Body Mass Index (BMI) kontrolleras regelbundet. Även motiverande samtal där kosten är med som samtalsämne är viktigt (ibid.). Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om medicinernas effekt och vilka biverkningar de kan ge (SBU, 2012). Ofta beskrivs följsamheten i den antipsykotiska behandlingen som den stora utmaningen i vård och behandling av patienter med schizofreni (Emsly et al., 2015; Haddad, Brain & Scott, 2014). I en nyligen gjord litteraturöversikt beskrivs brist på sjukdomsinsikt, läkemedelsbiverkningar, stigma och social isolering som starkt bidragande orsaker till minskad följsamhet hos patienter med schizofreni. En konsekvens blir att patienten återinsjuknar med positiva symptom och därför blir akut antipsykotisk behandling ofta en prioritet i den akuta fasen (Haddad et al., 2014). Sjuksköterskan anses därför ha en central roll när det gäller observation, motivering till och administrering av antipsykotisk läkemedelsbehandling (Emsley et al., 2015). I en tvärsnittsstudie uppgav sjuksköterskorna att uppbyggnad av en tillitsfull relation med patienten var en vanlig strategi för att gynna följsamheten (ibid.).

Antipsykosmedlen brukar kombineras med stämningshöjande preparat eftersom suicidrisken hos patienter med schizofreni anses vara hög (Läkemedelsverket, 2013). Enligt SBU (2012) ska läkemedelsbehandlingen kombineras med god omvårdnad, samtal och stöd från vårdpersonal. Läkemedelsverket (2013) menar också att det är viktigt att patienten bekräftar att den har förstått vad behandlingen innebär och samtycker till den. För att prognosen för patienten ska bli så fördelaktig som möjligt är tilliten mellan patient, anhörig, läkare och sjuksköterska viktig. Om alliansen är god minskar risken för återfall i psykos (Läkemedelsverket, 2013). Enligt Pringel (2013) är nyckeln till en effektiv vård, att sjuksköterskan har förmågan att kunna engagera sig på ett meningsfullt sätt och kunna identifiera patientens behov.

Bemötande

Enligt Friberg (2001) kan en dialog skapas mellan sjuksköterska och patient vid ett bemötande. Det som är en gemensam nämnare i bemötandet mellan sjuksköterska och patient är den sjukdom som patienten lider utav. Patienten kanske har funderingar angående sin sjukdom eller om sjuksköterskan tar kontakt med patienten sker ett bemötande. Bemötandet från sjuksköterskans håll kan innebära att tillämpa bemötandet på olika sätt genom tal, handling och kroppsspråk. Bemötandet från sjuksköterskan handlar om att ge patienten tid och lyssna vad patienten har att berätta, bemötandet är ett inläringstillfälle. Ett bra bemötande leder till en dialog mellan sjuksköterska och patient där patienten känner sig delaktig och trygg (ibid.).

Enligt Gillam och Williams (2008) är schizofreni en svår och komplex psykisk sjukdom som kan påverka den drabbade negativt på många sätt. För den drabbade kan det visa sig att interaktionen med sjuksköterskan är ovärderlig. Om bemötandet med sjuksköterskan blir bra från första början kan detta förhindra återfall tidigt i sjukdomen, än om personen med schizofreni har fått ett dåligt första intryck från sjuksköterskan. Manley, Hills och Marriot (2011) menar på att hela teamet måste arbeta utifrån ett personcentrerat sätt och att alla använder samma syn. Personcentrerad vård kräver en hel del kompetens från varje individ i vårdlaget. Att arbeta med ett personcentrerat synsätt kräver att arbetsplatsen genomför, undersöker och reflekterar erfarenheter både av personalen och av patienterna. Enligt Gilliam och Williams (2008) är schizofreni en plågsam psykisk sjukdom för den drabbade. Detta kan medföra en stor stress för sjuksköterskan i sitt bemötande av patienter med schizofreni. Sjuksköterskan bör vara observant på hur patienter med schizofreni blir påverkade av bemötandet från sjuksköterskan, för att kunna ändra och anpassa sitt sätt att bemöta patienten (ibid.).

Enligt Perry et al. (2011) riskerar patienter med schizofreni att hamna utanför och bli utfrysade av samhället. Detta är ofta plågsamt för patienten med en negativ påverkan på självkänslan, meningslöshetskänslor och avsaknad av kontroll över situationen. Om den sociala utfrysningen fortlöper riskerar patienten att hamna i en depression, få ångest och få en ökad stressnivå. Som sjuksköterska kan det därför vara svårare att bemöta patienter som blivit utfrysade eftersom de inte är vana vid social kontakt. Enligt Socialstyrelsen (2011) ska patienter med schizofreni vara delaktiga i sitt vårdande och kunna vara med och bestämma

om sin behandling. Detta ställer högre krav på sjuksköterskornas bemötande med patienter med schizofreni oavsett vilken avdelning de jobbar på (ibid.).

En studie av Schulze och Angermeyer (2003) visar att patienter med schizofreni upplever bemötandet av vårdpersonal som respektlöst (ibid.). Det finns också studier som tyder på att vårdpersonal faktiskt kan ha fördomar och en negativ inställning till patienter med schizofreni (Björkman et al., 2008; Hsiao et al., 2015; Sutton et al., 2016). Därför är bemötandet från sjuksköterskan viktigt och att det är personcentrerat (Björkman et al., 2008). Det finns många behandlingsplaner och riktlinjer för hur vården av patienter med psykos ska bemötas i sjukvården. Sandström, Willman, Svensson och Borglin (2014) menar på att alla inte känner till vilka riktlinjer som gäller. Vidare menar Sandström et.al. (2014) att fokus inte ligger på att känna till riktlinjerna och att diskutera vad dessa innebär. Trots detta anser arbetslaget att riktlinjer är viktigt att arbeta med (ibid.).

Teoretisk referensram

Peplau (1988) beskriver sin omvårdnadsteori som en terapeutisk interpersonell modell, i vilken hon på ett passande sätt till föreliggande studie, beskriver vikten av ett bra bemötande. Omvårdnaden kan ses som både en terapeutisk process och ett pedagogiskt instrument i tillfrisknandet hos patienten. Det pedagogiska instrumentet kan vara en positiv källa i tillfrisknandet för att patienten snabbare ska komma tillbaka till samhället. Det är sjuksköterskans roll att se till så patienten vågar känna tillit till andra individer genom att uppmuntra patienten och skapa en ömsesidig respektfull relation till varandra. För att patienten ska våga skapa en tillitsfull relation är det viktigt att sjuksköterskan visar en respektfull relation till patienten som en medmänniska och övertyga patienten om att omvårdnaden är till för att hjälpa patienten i tillfrisknandet (ibid.). Peplau (1988) utarbetade fyra grundprinciper som utgick ifrån relationen mellan sjuksköterskan och patienten; *Orienteringsfasen*: Denna fas innebär att sjuksköterskan och patienten försöker skapa en kommunikation mellan sig och patienten. För sjuksköterskan kan det innebära att informera om till exempel avdelningens rutiner. För patienten kan det till exempel innebära att våga ställa frågor om sitt vårdtillfälle. *Identifieringsfasen*: Denna fas innebär att patienten svarar till den sjuksköterskan som patienten känner en tillit för. I denna fas är det extra viktigt för sjuksköterskan att skapa en trygg miljö för patienten så att patienten kan öppna upp sig och visa sina känslor.

Exploateringsfasen: Innebär att patienten börjar visa följsamhet i vårdandet och tar emot den hjälp som erbjuds fullt ut. *Upplösningsfasen:* Den sista fasen inleds när vårdtillfället avslutas och patienten skrivs ut. Därmed avbryts relationen mellan sjuksköterskan och patienten (ibid.).

Enligt Peplau (1988) handlar den terapeutiska relationen mellan sjuksköterska och patient om hur sjuksköterskan kan besvara patientens behov, om hon kan tillfredsställa patientens krav som den behöver för att tillfriskna. För att detta ska kunna ske gäller att sjuksköterskan kan utforska hur patienten känner och upplever omgivningen och kan sätta ord på detta. Den vårdande processen beskrivs både som lärande och terapeutisk när sjuksköterskan och patienten försöker lära känna varandra. Peplau (1988) anser att omvårdnaden är en betydelsefull terapeutisk och interpersonell process som fungerar gemensamt med andra mänskliga processer som gör hälsan möjlig. För att patientens terapeutiska behov ska tillgodoses gäller det att sjuksköterskan har en aktiv roll i patientens omvårdnad för att patienten ska kunna fortsätta att utvecklas. Sjuksköterskan ska kunna informera och eventuellt utbilda patienten i sin sjukdom för att öka följsamheten ibland annat medicineringen. Inom den psykiatriska vården gäller det att sjuksköterskan ger patienten möjlighet att tydliggöra sina känslor, behov och tankar. Sjuksköterskan ska kunna lyssna på vad patienten säger men hålla sig neutral i sitt förhållningssätt till vad patienten säger (ibid.).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att bemöta patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni inom psykiatrisk slutenvård.

Metod

Design

Studien utgick från en kvalitativ ansats där ett begränsat antal intervjuer genomfördes med sjuksköterskor som har erfarenheter av att bemöta patienter med schizofreni i den akuta

fasen. Enligt Olsson och Sörensen (2011) innebär en intervjustudie med kvalitativ ansats att sjuksköterskornas erfarenhet inom sitt område åskådliggörs.

Urval

Studien genomfördes på två olika slutenvårdsavdelningar inom psykiatri i Blekinge. Valet av psykiatriavdelningar var för att få sjuksköterskors erfarenhet av att bemöta patienter med schizofreni i den akuta fasen. På dessa avdelningar är det större sannolikhet att denna erfarenhet finns. Ett ändamålsenligt urval utfördes, vilket innebär att sjuksköterskorna som deltog i intervjuerna hade erfarenhet av att bemöta patienter med schizofreni i den akuta fasen (Olsson & Sörensen, 2008). Inklusionskriterierna för att få delta var att sjuksköterskorna skulle ha erfarenhet av att bemöta patienter med schizofreni. Verksamhetscheferna för respektive avdelning kontaktades med en skriftlig förfrågan om att få genomföra studien och information om studiens syfte och innehåll (se bilaga 1). När verksamhetscheferna hade godkänt detta kontaktades avdelningscheferna på respektive avdelning för information och hjälp att sprida information till avdelningens sjuksköterskor. Avdelningscheferna bifogade därefter ett informationsbrev (se bilaga 2) till sjuksköterskorna där det framgick studiens syfte och innebörd av att vara med. Dessutom bifogades en samtyckesblankett till sjuksköterskorna för tydliggörande om vad de eventuellt skulle samtycka till om de ville delta i studien. Intresserade sjuksköterskor tog sedan i sin tur kontakt med författarna för att visa sitt intresse att delta i intervjuerna. Sex sjuksköterskor anmälde sitt intresse för att delta i studien och dessa sex intervjuades. Två av sjuksköterskorna var män och fyra kvinnor. Deltagarnas arbetserfarenhet inom psykiatrisk avdelning varierade från 3 till över 30 år och den genomsnittliga arbetserfarenheten inom psykiatrisk avdelning var 10 år.

Datainsamling

För att kunna beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att bemöta patienter med schizofreni i den akuta fasen var intervjuer som insamlingsmetod att föredra. Intervjufrågorna formulerades med låg grad av struktur. Detta innebär att sjuksköterskorna kunde fritt tala utifrån frågorna om sina erfarenheter och tankar beroende på hur vana de var vid att prata om sitt yrke, vilka erfarenheter de hade och vilka värderingar de hade (Olsson & Sörensen, 2011). Intervjufrågorna ställdes i den ordning som föll sig bäst under intervjustunden, vilket enligt Patel och Davidsson (2011) innebär att intervjuerna har en låg grad av standardisering.

I föreliggande studie genomfördes intervjuerna semistrukturerat med en intervjuguide (se bilaga 3) som stöd. En övergripande öppen fråga ställdes, åtföljt av fördjupningsfrågor med syfte att få rika beskrivningar. Vid behov användes även följdfrågor för att stimulera till utveckling och förtydligande av svaren. Enligt Patel och Davidsson (2011) görs en semistrukturerad intervju genom att en lista formuleras över speciella teman som ska tas upp med intervjupersonen under fria former. Detta innebär att intervjupersonen kan svara mer fritt på frågorna och utforma svaren självständigt (ibid.) Innan intervjuerna genomfördes på psykiatriavdelningarna genomfördes en provintervju för att se om intervjuguiden kunde användas vid intervjutillfällena och kunde ge svar på syftet. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är en provintervju att föredra i den förberedande fasen för att se om frågeformuleringarna anses hållbara och om undersökningen bedöms vara rent praktiskt möjlig att utföra (ibid.).

Totalt genomfördes sex intervjuer, 3 på varje avdelning. Båda författarna var närvarande vid intervjutillfällena men turades om att intervjua intervjupersonerna. Intervjuerna utfördes på avdelningarna i ett enskilt rum under arbetstid. Intervjuerna spelades in och delades upp lika mellan författarna och transkriberades därefter. Innan intervjuerna påbörjades informerades deltagarna ytterligare en gång att intervjun skulle spelas in. De fick även information om att de när som helst under studien kunde avbryta sitt deltagande utan att ange någon orsak. Varje intervju tilldelades ett nummer för att inte avslöja deltagarens identitet. Varje deltagare fick skriva på en samtyckesblankett där de medgav att de fått information om studien och samtyckte till att delta. Inledningsvis ställdes frågor om antal år i yrket och antal år inom psykiatri. Naturliga pauser gjordes under intervjun för att deltagarna skulle få chans att besvara frågorna med öppna svar. Hela intervjun avslutades med att fråga om deltagarna hade något mer att tillägga i intervjun för att fånga upp eventuella tillägg som deltagarna kunde tycka vara viktigt i studien. Intervjuerna varade i genomsnitt 18 minuter, där den kortaste varade i 15 minuter och den längsta i 22 minuter. Efter varje intervju transkriberades materialet. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att transkribering är när intervjumaterialet skrivs ner ordagrant, detta innebär att även biljud dokumenteras (ibid.).

Analys

För att kunna beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av att bemöta patienter i akut fas av schizofreni valdes en kvalitativ innehållsanalys att användas. Danielsson (2015) anser att det

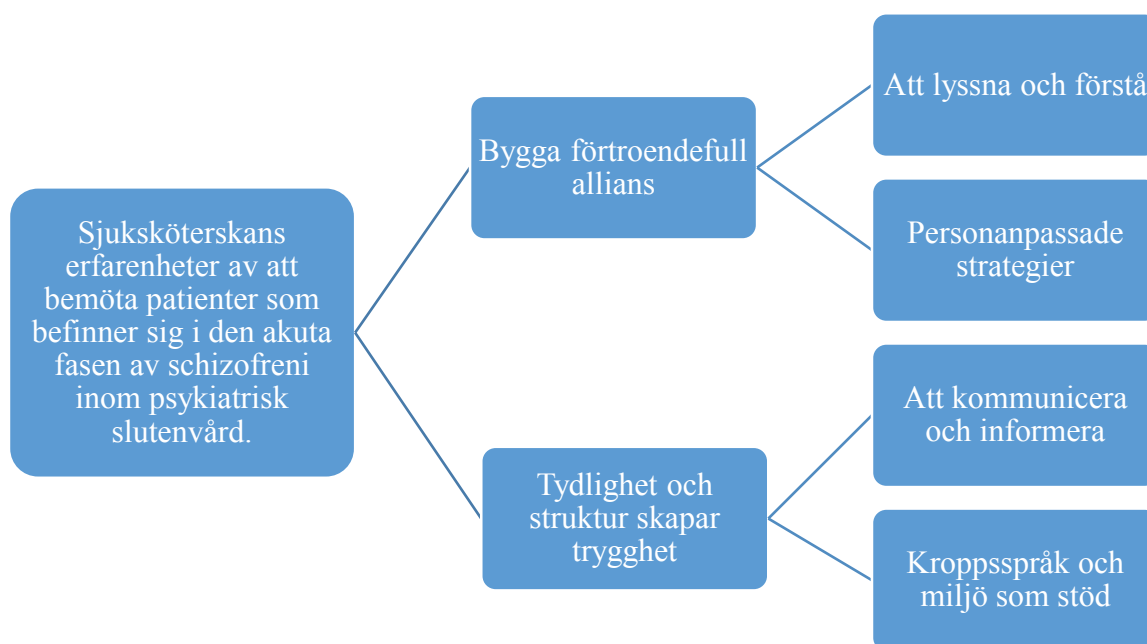
är lämpligt att göra en kvalitativ innehållsanalys eftersom innehållet då kan beskrivas eller tolkas mer ingående. När en intervju ska analyseras är det lämpligast att det görs med stöd av en mall. Intervjutexterna bör läsas igenom ett flertal gånger innan analysformen blir tydlig (ibid.) För att analysera intervjumaterialet valdes Burnards (1996) modell för innehållsanalys som består av fyra olika steg: Det första steget innefattar att texten lästes igenom och meningsenheter med innehållande betydelse för studiens syfte skrevs ner. Detta steg gjordes var och en för sig. Därefter jämfördes meningsenheterna och diskuterades vilka som var relevanta för studiens syfte. Sedan utfördes resterande steg av analysförfarandet tillsammans. I det andra steget lyftes meningsenheterna ut för att sedan kondenseras. Onödiga ord i meningsenheterna ströks under kondenseringen. Detta för att innehållet i meningsenheten ska bli mer tydlig. I det tredje steget kodades meningsenheterna för att sedan grupperas. I det fjärde och sista steget togs underkategorier fram först och bearbetades, sedan skapades kategorierna fram (se bilaga 4).

Etiska överväganden

De som medverkat i intervjuerna kunde avbryta sitt deltagande när som helst och utan att ange någon speciell orsak. Intervjuerna blev numrerade för att konfidentialitet skulle upprätthållas. Intervjumaterialet förvarades så att inga obehöriga kunde få tillträde till det. När arbetet är godkänt och klart kommer det inspelade materialet och transkriberings material att förstöras.(Declaration of Helsinki, 2013). Innan materialet skickades till etikkommittén sydost genomfördes en egengranskning av materialet. Därefter skickades en ansökan till Etikkommitté Sydost för rådgivande yttrande av studien. Upplägget, intervjuguide, informationsbrev och samtyckesblanketter blev granskade. Innan intervjuerna påbörjades fick deltagarna skriva under en samtyckesblankett där de gav sitt medgivande till att delta i studien. Kommittén såg inga etiska hinder för att genomföra studien och ansökan bedömdes vara väl skriven. Det enda de hade att invända med var att mailadressen skulle ändras till en student mail istället för privat mail i informationsbrevet till sjuksköterskorna. Etikkommittén ansåg heller inte att det skulle innebära några etiska hinder för att genomföra studien. Den etiska rådgivningen fick dnr. EPK 333-2016 (se bilaga 5).

Resultat

Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i två kategorier. Den första kategorin, *Bygga förtroendefull allians* innefattade underkategorierna *Att lyssna och förstå* samt *Personanpassade strategier*. Den andra kategorin, *Tydlighet och struktur skapar trygghet* omfattade underkategorierna *Att kommunicera och informera* samt *Kroppsspråk och miljö som stöd*. Kategorier och underkategorier beskrivs i relation till studien syfte i Figur 1.



Figur 1. Beskrivning av syfte, kategorier och underkategorier

Bygga förtroendefull allians

I kategorin *Bygga förtroendefull allians* berättar sjuksköterskorna att det krävs tålamod för att skapa tillit och en allians med patienten. Sjuksköterskorna upplevde att det kunde vara svårt att skapa en relation med en patient som har vanföreställningar som är så pass verkliga att patienten agerar på dem. Detta trodde sjuksköterskorna berodde på att de hade svårt för att kunna sätta sig in i patientens upplevelse och därmed blev det svårt att skapa en relation. Att lyssna och förstå patientens livsvärld upplevdes därför som en förutsättning för att kunna skapa förtroende och en allians. Möjligheten att skapa en förtroendefull allians kunde också förstås som att sjuksköterskorna behövde vara flexibla och använda en mängd olika strategier som var anpassade just efter den enskilde patientens behov.

Att lyssna och förstå

Sjuksköterskornas erfarenhet av att bemöta patienter i en akut fas av schizofreni innebar att sjuksköterskan ska kunna skapa sig en helhetsbild av patienten. För att en helhetsbild ska kunna skapas upplevde sjuksköterskan att hon behöver lyssna på vad patienten har att säga utan att döma. Många gånger kan patienten ge en inlevelserik och väl detaljerad beskrivning av vad som ska hända. Sjuksköterskorna berättade att ibland var det så pass trovärdiga berättelser att det krävdes av sjuksköterskan att kontrollera om det var verkligt eller en vanföreställning. Sjuksköterskorna berättade att bemötandet av patienter med schizofreni i den akuta fasen kräver att patienten får berätta sin historia om vad de upplever. Vad för vanföreställningar de har och vilka röster de eventuellt hör och vad patienterna vill göra med sina vanföreställningar. Sjuksköterskorna menade att det var viktigt att de bekräftade för patienten att de hade lyssnat på patienten och detta kunde göras genom att sjuksköterskorna ställde följdfrågor till patienten. De följdfrågor som ställdes till patienten kunde innebära att sjuksköterskan frågade patienten om rösterna som patienten sade sig höra. Sjuksköterskan ska visa att hon lyssnar aktivt genom att tänka på hur hon sitter eller står i förhållande till patienten. Med detta menar sjuksköterskorna att det går att visa med hjälp av kroppshållning att sjuksköterskorna är aktiv i samtalet och vill hjälpa patienten till ett bättre mående:

”Man kan lyssna på olika sätt, det är mer att höra man får lyssna aktivt och vara koncentrerad.” (intervju nr 2)

Analysen visade också att sjuksköterskans erfarenhet var att det är viktigt att patienten får berätta om sina vanföreställningar eller hallucinationer. Att kunna lyssna och vara medveten om att patienten har en sjukdom som gör att deras verklighet förvrängs. Det är viktigt att patienten får berätta hur de upplever det och hur det känns. Vad de har för tankar och vad de vill göra med det som de upplever:

”Jag tycker det är viktigt att lyssna först och främst, låta dem få beskriva för mig hur det känns att uppleva, alltså vad de har för tankar med det som händer och hur det påverkar deras sätt att leva i vardagen.” (intervju nr 2)

När patienten befinner sig i den akuta fasen av schizofreni, berättade sjuksköterskorna att de bör hålla sig passiva i patientens upplevelse, men samtidigt ska sjuksköterskan försöka skapa sig en bild eller föreställning om hur patienten upplever situationen. Sjuksköterskorna

upplevde att detta ska göras på ett respektfullt sätt utan att kränka patienten i bemötandet. Sjuksköterskorna menade att om det upplevdes svårt att sätta sig in i patientens livsvärld, var det viktigt att de lämnade över patienten till en kollega istället, eftersom det inte är alltid som kemin stämmer överens mellan patient och sjuksköterska. När sjuksköterskan bemöter patienter i den akuta fasen av schizofreni ska sjuksköterskan ha förståelse för patientens känslor relaterat till vad patienten upplever, många gånger kan patienten uppvisa en rädsla. När patienterna visar en rädsla anser sjuksköterskorna att det är viktigt att de kan finnas tillhands och lyssna på patientens rädsla och även kunna trösta om det behövs. Sjuksköterskorna berättade att det ibland kunde vara svårt att sätta sig in i patientens livsvärld beroende på vad patienten upplever:

"Alltså man får någonstans försöka skapa sig en bild, föreställa sig hur det är och hur det kan tänkas vara och se den här ormen. Att man då till exempel tänker att man kanske skulle ha blivit rädd eller ledsen, vad de nu kan vara. Då får man kanske bemöta känslan istället för att bemöta en rädsla och försöka trygga." (intervju nr 2)

Sjuksköterskorna berättade att det kan vara lätt att glömma bort att deras hallucinationer är verklighet för dem och då får sjuksköterskan konfrontera och berätta att det inte är verklighet men att ändå visa förståelse för att patienten upplever det den gör. Detta upplever sjuksköterskorna som en svår balansgång för många gånger kan en hallucination var väldigt lik verkligheten och då upplever sjuksköterskan det svårt att bemöta detta utan att kränka patienten:

"Ibland får man konfrontera att nej det är inte min verklighet, jag ser inte det, eller jag förstår att det inte är så men att du gör det. Det är svårt, det kan vara jättesvårt ibland." (intervju nr 1)

Personanpassade strategier

Analysen visade att sjuksköterskornas erfarenheter innebar att bemötandet behövde person anpassas med hjälp av olika strategier för att kunna skapa en förtroendefull allians. Ett exempel på detta var att sjuksköterskan behövde vara väl förberedd och inte sitta och bläddra för mycket i sina anteckningar i samtalet med patienten. Detta kan anses nonchalant av

patienten och därför bör sjuksköterskorna vara väl pålästa innan samtalet börjar och visa intresse för vad patienten har att förmedla och på så sätt bygga upp ett tillit. Om det var svårt för sjuksköterskan att skapa en relation med patienten upplevde de att sjuksköterskorna skulle lämna över patienten till en kollega istället. Sjuksköterskornas berättade att det ibland kunde vara lättare för en kollega att ta över patienten. I den akuta fasen av schizofreni upplevde sjuksköterskorna att det inte var ovanligt att patienterna drabbas av tankestopp och kan behöva hjälp vidare i samtalet. När en patient får tankestopp fastnar de i sina tankar och har svårt för att ta sig vidare i samtalet. Sjuksköterskorna berättade att de då får ha lite fingertoppskänsla och avgöra om de behöver hjälpa vidare i samtalet eller ska vänta ut patienten:

”Det finns patienter som förklarar i efterhand att: jag kan inte förstå hur jag kunde fastna som jag gjorde, det är skönt att personal finns och vänta ut dem.” (intervju nr 6)

När sjuksköterskan bemöter patienter i den akuta fasen av schizofreni första gången de kommer till avdelningen upplever de att ett bra sätt för att skapa en relation mellan sjuksköterska och patient kan vara att fråga om vederbörande har åkt långt och vill ha en kopp kaffe. Detta kan ge ett välkomnande intryck där patienten kan känna sig sedd. Sjuksköterskorna berättade att patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni behöver vistas i en miljö med så lite stimuli som möjligt och att de anpassar miljön utifrån detta. När patienten kommer till avdelningen berättade sjuksköterskorna att de alltid försöker hitta ett passande rum till just den individen. I andra fall kan rummet kännas instängt och att vistas ute på avdelningen är då lättare för patienten. Patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni upplevdes av sjuksköterskorna som känsliga för stress och därmed väldigt sköra som individer. Sjuksköterskorna berättade att det är bra om de anhöriga kunde vara delaktig i patientens vård. De menade att det kunde ses som en strategi för sjuksköterskan att bjuda in anhöriga till att delta i vården av patienten. Sjuksköterskans bemötande med patienter som befinner sig i en akut fas av schizofreni upplevdes kräva mycket motivation och detta kan många gånger vara en svår process för sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna berättade att de personanpassade strategierna också kunde innebära att de ibland fick vara flexibla när det gälldes överenskommelser och regler. Detta innebar att sjuksköterskorna ibland kunde anpassa vissa regler för att skapa förtroende och uppbyggnad av allians:

”När folk är på LPT och har begränsad utgång, du har bara femton minuters rökpaus, han håller inte sina permissioner, ska man dra in permissionerna. Vad vi gjort någon gång är att vi utökar permissionerna till en timme och det gick mycket bättre, därför patienten behöver inte stressa.” (intervju nr 5)

För att motivera patienterna kan sjuksköterskorna behöva ”deala” med patienterna för att de ska ta sina mediciner och känna sig delaktiga i sin vård. Ett exempel på detta var att patienterna måste ta sina mediciner för att de ska få gå ut och röka. Sjuksköterskornas erfarenhet var att rökning är en viktig del för den här patientgruppen och därför kan det vara en bra motivationsfaktor för att patienterna ska ta sina mediciner. Sjuksköterskorna berättade också att de märkt att en del patienter reagerar över färgen på medicinen och kan tycka den ser otäck ut. Då kan sjuksköterskan använda sig av ett synonympreparat som ser annorlunda ut och på så vis får patienten i sig medicinen i alla fall. Sjuksköterskorna berättade att i sitt bemötande med patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni, gäller det att ta det varligt och anpassa vården efter hur patienten reagerar. En bra strategi som sjuksköterskorna berättade om var att, om patienten är trött på morgonen kan sjuksköterskan till exempel avvakta med morgonmedicinen till lite senare. Det viktigaste är trots allt att patienten får i sig medicinen, inte hur dags. Sjuksköterskornas personanpassade strategier innebar att hon skapa utrymme för att möta patientens önskemål på något sätt, även om vissa önskemål inte alltid gick att tillgodose:

”Man går med i hans ambivalens till viss del lite granna ge och ta, han ville byta vissa saker, han ville byta avdelning. Men det vi kunde göra var att vi bytte madrass då kunde vi göra det tillsammans och komma överens och sedan fixade jag så han fick mediciner, efter ett tag somnade han och kan sova i några timmar.” (intervju nr 5)

En annan viktig del av sjuksköterskans personanpassade strategier är att tänka på att anpassa sitt kroppsspråk utifrån hur patienten reagerar. Detta eftersom en del patienter vill ha beröring medans andra inte vill ta i hand ens. En hel del av dessa patienter med schizofreni vill inte ha någon kroppsberöring. Det är då viktigt att sjuksköterskan känner av situationen och anpassar sig efter hur patienten reagerar:

”Mycket kroppsspråk man tänker på, att man inte ska tillföra någon oro, man försöker vara lugn och så trygg som möjligt.” (intervju nr 5)

Tydlighet och struktur skapar trygghet

I kategorin *Tydlighet och struktur skapar trygghet* berättar sjuksköterskorna att erfarenheten av att bemöta patienter i en akut fas av schizofreni innebar att bemötandet behövde präglas av tydlighet och struktur för att hjälpa patienten känna trygghet på avdelningen. Tydligheten och strukturen genomsyrade sjuksköterskans kommunikation och den information som gavs men sjuksköterskan tog också hjälp av miljön och sin kropp för att förmedla tydlighet och struktur.

Att kommunicera och informera

Sjuksköterskorna beskrev att själva kommunikationen behövde vara rak och tydlig för att bemötandet skulle upplevas lugnt och på så sätt bidra till trygghet. De hade dessutom erfarenheter av att det inte hjälpte att höja rösten för att få patientens uppmärksamhet. I den akuta fasen av schizofreni upplevde sjuksköterskorna att patienterna kan vara upptagna med sina vanföreställningar och att de då inte kan ta till sig information utan att det blir rörigt. De behövde då vara restriktiva i sin information och bedöma hur mycket patienten kan ta till sig, men upplevde också att viss information kan skapa struktur och trygghet hos patienten genom att kommunicera förutsägbarhet. Sjuksköterskorna upplevde också att bemötandet ibland kan underlättas av att patienten vårdas enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT).

Sjuksköterskorna menar att det kan vara nödvändigt att ha ett begränsat bemötande och tvångsvård i vissa fall kan vara ett stöd då de kan vara ännu mer raka och tydliga om vilka ramar och regler som gäller. Att vara ordentligt koordinerad med andra sjuksköterskor på avdelningen så att alla sjuksköterskor säger samma sak till patienten var ytterligare en erfarenhet som innebar att bemötandet kunde ske på ett tydligt sätt. Sjuksköterskorna hade också erfarenhet av att en tydlig kommunikation kan underlätta möjligheten att verklighetsförankra patienten, vilket kan bidra till trygghet och hjälpa patienten till förbättring:

”Ofta kan de bli lite avledda i sina hallucinationer eller vanföreställningar om man pratar om verkliga saker istället, att verklighetsförankra dem helt enkelt.” (intervju nr 1)

Analysen visade också att sjuksköterskorna hade erfarenhet av att tydlighet och struktur kunde kommuniceras genom att göra upp en gemensam plan tillsammans, som ska leda till bättre livskvalité för patienten. Den gemensamma planen kan innehålla enkla överenskommelser men som är viktiga för patienten, där exempelvis en promenad ska tas följande dag och detta utförs. Sjuksköterskornas erfarenhet var att de försökte skapa en struktur för patienten med så konkret information som möjligt och att du som sjuksköterska är ordentligt koordinerad. Att vara tydlig med så lite ord och information som möjligt upplevdes som bra. Sjuksköterskorna berättade också att om du ger dessa patienter en tydlig struktur och ramar och någon form av uppfattning kring hur deras närmaste tid kommer att se ut, kan det bidra till trygghet. Enligt sjuksköterskornas erfarenhet är det viktigt att de löften som ges till patienten också hålls, för att förmedla tydlighet och trygghet hos patienten. Vidare berättar sjuksköterskorna att de här patienterna ofta behöver tydlig och handfast vägledning. Många i denna patientgrupp har problem med sin hygien och har svårt att sköta sin ADL(aktiviteter i det dagliga livet). Då är det viktigt att som sjuksköterska ta tag i detta och hjälpa dem att strukturera och utföra sin ADL:

”Det är kanske att motivera till ADL. De behöver duscha, man måste nästan vara handfast och samla ihop grejerna och NU går du och duschar.” (intervju nr 6)

Kroppsspråk och miljö som stöd

Det framkom också att patientens förståelse om varför den befinner sig på avdelningen upplevdes kunna öka om sjuksköterskan pratar med patienten på patientens rum. Sjuksköterskorna beskrev att patientens rum kan skapa tydlighet och ramar och är tänkt att vara en trygg plats för patienten där samtal kan ske utan att patienten blir distraherad av andra på avdelningen. Vid en del tillfällen kan patientrummet kännas som ett tryggt ställe för patienten och inge ett lugn. Sjuksköterskorna berättade att om patienten är orolig kan denne behöva vara ute på avdelningen men annars kan det vara bra att prata ostört i ett rum då de kan vara förvirrade och behöva lugn och ro. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att en del av patienterna ibland kan uppträda hotfullt, vilket de beskrev kunde bero på att de känner sig trängda eller att deras vanföreställning påverkar dem. Detta upplevdes kräva ett extra tydligt bemötande där de kunde ta hjälp av den fysiska miljön för att förbättra strukturen i bemötandet. Sjuksköterskorna berättade exempelvis att samtal med patienten i enskilt rum innebar att sjuksköterskan tänker på hur hon placerar sig i rummet i förhållande till patienten. Ett exempel på detta beskrevs som att vara placerad närmast dörren för att ha en viss

överblick och kontroll över situationen men samtidigt värna om att patienten kan uppfatta och se en tydlig och fri väg ut ur rummet. De menade också att de själva som sjuksköterskor behövde utstråla tydlighet och lugn och inte visa rädsla då detta kan leda till en sämre kontakt:

”Mycket kroppsspråk man tänker på, att man inte ska tillföra någon oro, man försöker vara lugn och så trygg som möjligt att man anstränger sig för att ha ett så icke hotfullt kroppsspråk som möjligt. Hur man placerar sig i rummet och samtidigt närvarande. Här står jag, här är ramarna, här är gränserna på ett sätt som inte tillför mer oro genom någon form av aggressivitet.” (intervju nr 5)

Diskussion

Metoddiskussion

För att uppnå studiens syfte ansågs det bäst att genomföra en kvalitativ studie med intervjuer som underlag. Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att bemöta patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni inom psykiatrisk slutenvård. Innan intervjuerna påbörjades gjordes en bedömning att kvantitativ metod med enkäter med fasta svarsalternativ inte var att föredra. Detta bedömdes som inte aktuellt eftersom enkäter med fasta svarsalternativ oftast används för att beskriva mängd, storlek eller kvantitet i ett forskningsprojekt. Detta gör att sjuksköterskans egen upplevelse inte blir aktuellt utan mer kvantiteten på vården (Olsson & Sörensen, 2012). För att hitta relevant litteratur som belyser sjuksköterskans erfarenheter av att bemöta patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni, genomfördes sökningar i olika databaser. Trots noggrann och upprepade försök i olika databaser för att hitta relevant litteratur, upptäcktes bara ett fåtal artiklar som skulle kunna ligga till grund för att studien skulle kunnat genomföras som litteraturstudie.

Merparten av den litteratur som hittades var fokuserad på hur patienten upplever bemötandet i vården och i samhället samt medicinska behandlingar. Det var inte sjuksköterskans huvudområde som är omvårdnad och bemötande som togs upp, därför ansågs det relevant att genomföra en studie där sjuksköterskans erfarenheter togs upp. Eftersom syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att bemöta patienter som befinner sig i den akuta

fasen av schizofreni inom psykiatrisk slutenvård, valdes det att göra kvalitativa empiriska intervjuer.

Intervjuerna genomfördes med en låg grad av strukturering och en hög grad av standardisering. För att deltagarna inte skulle sväva ut i sina svar kompletterades de öppna huvudfrågorna med följdfrågor som kunde användas vid behov under intervjun för att få respondenterna till att återgå till studiens syfte. Om den öppna frågan behövdes kompletteras ställdes relevanta och i viss mån förberedda följdfrågor. Patel och Davidson (2011) anser att förberedda följdfrågor kan vara ett stöd under intervjun om inte respondenten i sina svar täcker frågans syfte (ibid).

Intervjuerna genomfördes under arbetstid och sjuksköterskorna hade avsatt tid till detta. Intervjuerna genomfördes under den tidpunkt på dagen då mest personal fanns tillgänglig på avdelningarna. Detta för att de inte skulle känna någon tidspress eller stress under intervjun. Totalt genomfördes sju intervjuer varav en intervju var en provintervju för att stärka intervjuguidens hållbarhet. Enligt Olsson och Sörensen (2012) är pilotintervju att föredra för att stärka intervjuguidens hållbarhet (ibid.). Provintervjun som genomfördes gav viktig erfarenhet vad det gäller tidsåtgången, både hur lång tid intervjuerna kunde beräknas ta och hur lång tid transkriberingen kunde ta. Resultatet av provintervjun visade att intervjuguiden kunde användas och tidsåtgången höll sig inom tidsramen som hade förutbestämts, det vill säga cirka 20 minuter. Innan intervjuerna påbörjades informerades sjuksköterskorna ytterligare en gång om studiens syfte och att det när som helst under intervjun kunde avbryta deltagandet utan att ange varför. Syftet med detta var att försöka skapa ett avslappnat förhållningssätt gentemot varandra. Efter att respondenterna hade försäkrat att de uppfattat studiens syfte och blivit informerade åter igen om att studien inte skulle beröra etiskt känsliga områden. De intervjuade sjuksköterskorna uppfattade frågorna olika, men trots svarens olikheter svarade de ändå på hur de upplevde bemötandet med patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni. Sjuksköterskorna fick utveckla sina svar genom att besvara de sju grundfrågor som ställdes. Vid något tillfälle under intervjuerna besvarades frågorna utan att de hade ställts och då ställdes frågan inte om.

Det gjordes ett antagande att sex stycken sjuksköterskor skulle vara tillräckligt för att ge underlag för studiens syfte. Den sammanlagda intervjutiden med de sex sjuksköterskorna uppgick till 110 minuter och 45 sekunder. När de sex intervjuerna var genomförda upptäcktes

det att svaren var relativt snarlika varandra därför gjordes bedömningen att intervjuerna skulle vara tillräckliga för att ge skäligen dataunderlag. Avdelningscheferna hade förklarat studiens syfte utan att påverka deltagarna vad som kunde märkas. Avdelningscheferna hade delat ut information till alla sjuksköterskor och därefter tog de sjuksköterskor som var intresserade kontakt och delgav sitt intresse direkt till författarna.

Som bearbetningsmetod analyserades materialet med hjälp av Burnards (1996) modell för innehållsanalys, som upplevdes tydlig att följa och passa som analysmetod för den data som samlats in. Transkriberingen av intervjuerna delades upp lika och meningsenheter togs ut var för sig. Därefter plockades koderna ut gemensamt för att sedan delas in i kategorier. Att plocka ut meningsenheter var för sig möjliggjorde jämförelse av samstämmighet i val av meningsenheter. Stor samstämmighet rådde mellan författarna och överenskommelse kring vissa av meningsenheterna infann sig snabbt vid diskussion. Dessutom diskuterades samtliga steg i analysen tillsammans med handledare. Dessa aspekter uppfattats ha bidragit till trovärdighet av studiens resultat utifrån de intervjuer och förutsättningar som fanns för studiens genomförande. Enligt Lincoln och Guba (1985) är ett resultats trovärdighet av vikt för att kunna värdera möjligheten till överförbarhet till andra grupper, situationer och kontext. Resultatet av föreliggande studie anses kunna överföras till andra yrkesgrupper inom psykiatrisk slutenvård samt andra kontexter inom psykiatrin som exempelvis psykiatrisk öppenvård.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att en viktig del av bemötandet från sjuksköterskan är att lyssna på vad patienten har att säga och många gånger kan detta kräva tålamod hos sjuksköterskan. Enligt Eriksson och Svedlund, (2007) är det viktigt att patienterna blir bemötta på ett bra sätt eftersom patienterna då känner sig bekräftade av sjukvården. Det är också viktigt att sjuksköterskan tar dessa patienter på allvar så att de inte känner sig som en belastning för sjukvården (ibid.). Resultatet i föreliggande studie visar att sjuksköterskan behöver visa engagemang i samtalet med patienten genom att lyssna aktivt och vara koncentrerad. Målet med att lyssna är att skapa sig en helhetsbild av patienten och skapa ett förtroende. För att få en helhetsbild av patienten gäller det att ställa lämpliga följdfrågor i kommunikationen. Detta menar Berg och Hallberg, (2000) är viktigt för att kunna se hela patienten, detta innebär att se

både möjligheter och hälsoperspektiv hos patienten. Gee, Pearce och Jackson (2003) skriver i sin artikel att många patienter med schizofreni kan känna sig ensamma och isolerade. Detta tror patienterna beror på att vännerna och anhöriga inte vågar ha kontakt med patienten (ibid.).

Sjuksköterskorna i föreliggande studie berättade att det kan kräva mycket tålamod att bygga upp en allians med patienten på kort tid. Det krävs oftast en relativt lång tid för att kunna skapa en allians med patienten. Enligt Peplau, (1988) ska sjuksköterskan hjälpa patienten genom att övertyga patienten att omvårdnaden finns för att hjälpa patienten. För att patienten ska lita på sjuksköterskan är det viktigt att skapa en ömsesidig och respektfull relation. Tilliten till sjuksköterskan ökar om patientens behov tillgodoses (ibid.). Resultatet i föreliggande studie visar att för att komma överens med patienten kan en gemensam plan göras upp, detta för att uppnå en bättre livskvalité för patienten. Detta kan handla om vissa former av överenskommelser mellan patient och sjuksköterska. För att förtroendet ska vara hållbart menar sjuksköterskorna att de löften som ges också hålls. Den information som sjuksköterskan ska ge till sina patienter ska inge patienterna struktur och trygghet. Enligt Andreasson och Skärsäter (2012) krävs det av sjuksköterskan att ge information till patienten som återspeglar verkligheten eftersom det ger patienten en form av trygghet och detta skapar ett förtroende för sjuksköterskan (ibid.). Resultatet i föreliggande studie visar att det kan vara svårt att skapa en relation med en patient som lider av vanföreställningar, eftersom de kan vara helt övertygande om att deras vanföreställningar är verkliga. Sjuksköterskorna menar att hon ska försöka verklighetsförankra patienten eftersom då är det lättare att bygga en allians trots deras vanföreställningar.

Sjuksköterskorna i denna studie upplevde att det är viktigt att bemöta patienter på ett respektfullt sätt utan att kränka. Neumann, Bensing, Mercer, Ernstmann, Ommena och Pfaff (2009) menar också att det är viktigt att sjuksköterskan ska kunna visa empati i bemötandet av patienter. Att kunna visa empati i sin yrkesroll som sjuksköterska bidrar till att behandlingen blir bättre (ibid.). Sjuksköterskorna i studien berättade att de ska arbeta personcentrerat för att kunna tillfredsställa patientens behov. Manley, Hills och Marriot (2011) förklarar också att det är viktigt att arbeta utifrån ett personcentrerat perspektiv men att det kräver mer av vårdlaget (ibid.). I resultat framkom det att sjuksköterskan måste kunna känna av situationen för att kunna bedöma om patienten vill ha någon form av kroppskontakt eller inte. Det är vanligt bland patienter med schizofreni att de inte vill ha någon beröring

men enligt Berg och Hallberg (2000) kan en del patienter bli lugna om sjuksköterskan har en lätt kroppskontakt. Detta kan innebära att sjuksköterskan håller handen eller ger en kram.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie hade erfarenhet av att en stor del av sjuksköterskans arbete innebär att motivera patienter till att ta sina mediciner. Peplau, (1988) menar att sjuksköterskan ska ha kunskapen att informera patienten om sjukdomen för att öka följsamheten med medicineringen (ibid.). Resultatet i denna studie tyder på att detta många gånger kan innebära både byteshandel och ”dealande” med patienter. Detta menar McCann (2002) att sjuksköterskan ska möta patienten halvvägs för att få patienten att känna sig delaktig i behandlingen. Patienten måste själv vara motiverad för att förbättra sitt mående, det är inget som kan tvingas fram. Däremot kan sjuksköterskan uppmuntra patienten till att bli motiverad (ibid.).

Resultatet i föreliggande studie visar att patienter med schizofreni i den akuta fasen upplevs behöva en lugn miljö med så lite stimuli som möjligt. De här patienterna beskrevs som extra känsliga för stress och sköra som individer. Det kan därför vara viktigt att strategiskt välja ett rum som är bra placerat på avdelningen. För att patienterna ska kunna uppleva en stressfri miljö krävs det enligt SOU, (2006:100) att personalen är rätt utbildad och tillräckligt stor personalstyrka för att minska stressen bland sjuksköterskorna. Det ställs höga krav på sjuksköterskans personliga egenskaper i den psykiatriska verksamheten (ibid.). Detta bekräftar även sjuksköterskorna i intervjuerna att de ska uppträda lugn på avdelningen för att förebygga stress och oro hos patienterna.

Studiens resultat visar att sjuksköterskan anpassar vården efter patientens behov vilket kan innebära att synonympreparat kan användas för att tillmötesgå patienten. Ibland uppfattar patienten medicinen som skrämmande eller farlig i färg och utseende. Ett taktiskt sätt för sjuksköterskan är att bemöta patienten på ett välkomnande sätt. Det är vitalt för vården av patienten, att den vårdas på Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) på grund av ambivalensen som kan förekomma hos patienter med schizofreni. Enligt Hamann, Cohen, Leucht, Busch och Kissling, (2005) är patienter som vårdas på LPT mer intresserade av att delta i den egna vården än vad patienter som vårdas enligt frivillig vård. Det är lättare att skapa goda förutsättningar för vården av en patient som vårdas på LPT än för en patient som

vårdas på frivillig bas. Detta för att denna patientgrupp kan vara väldigt ambivalenta och helt plötsligt få för sig att lämna avdelningen.

Slutsats

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att bemöta patienter som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni. Bemötandet av patienter i den akuta fasen av schizofreni behöver präglas av tydlighet och struktur för att hjälpa patienten känna trygghet på avdelningen. Sjuksköterskan behöver ha ett gott tålamod och låta patienten få berätta sin historia även om det kan ta tid. Sjuksköterskan ska visa ett lugnt kroppsspråk i bemötandet med patienten. Bemötandet innebär också att ett förtroende behöver skapas mellan sjuksköterskan och patienten. Sjuksköterskan måste arbeta på ett sätt som inte kränker patientens integritet och patienterna ska även känna sig motiverade av sjuksköterskan till att delta i sin behandling. En viktig del för sjuksköterskan är att se hela patienten för att få en förståelse för patientens känslor och personen bakom sjukdomen. Sjuksköterskan ska se till patientens enskilda upplevelse, som innebär att miljön har stor betydelse för patientens tillfrisknande. Här måste sjuksköterskan tänka på hur miljön kring patienten är utformad. Sjuksköterskan kan behöva använda sig av olika former av taktik för att få nå patienten.

Föreliggande studie kan bidra med förståelse för sjuksköterskans bemötande av patienter i akut fas av schizofreni. Studiens resultat skulle kunna användas som ett underlag för att utveckla stöd och vägledning för sjuksköterskan i bemötandet av patienter i den akuta fasen av schizofreni. Studiens resultat är inte endast användbart inom psykiatrisk slutenvård utan kan även vara till nytta för sjuksköterskor inom andra vårdmiljöer där patienter i den akuta fasen kan komma att befinnas sig. Bemötandet av patienter i akut fas av schizofreni är ett viktigt område där forskning om sjuksköterskans erfarenheter till stor del saknas. Framtida forskning bör därför inriktas på detta område och fördjupa förståelsen för sjuksköterskans upplevelse.

Självständighet

Genomförandet av detta examensarbete har till mycket stor del utförts tillsammans av författarna. Båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer, där huvudansvaret för att leda intervjuerna och transkriberingsarbetet delades upp lika mellan författarna. Intervjumaterialet

lästes igenom var för sig där var och en plockade ut meningenheter. Därefter sammanfördes materialet och kategorier plockades ut gemensamt. Resterande av arbetet har gjorts gemensamt där båda författarna har haft lika mycket ansvar och inflytande över alla delar.

Referenser

American Psychiatric Association. (2013). *MiniD-5 Diagnostiskakriterier enligt DSM-5*. Halmstad: Pilgrim Press.

Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19 (1), 15-22.

Berg, A., & Hallberg, I.R. (2000). Psychiatric nurses' lived experiences of working with inpatient care on a general team psychiatric ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7 (4), 323-333.

Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22 (2), 170-177.

Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16 (4), 278-281.

Chan, S. (2011). Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 25 (5), 339-349.

WMA- Declaration of Helsinki. (2013). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/2016-05-01>.

Emsley, R., Alptekin, K., Azorin, J-M., Canas, F., Dubois, V., Gorwood, P., Haddad, P., Naber, D., Olivares Manuel, J., Papageorgiou, G., Roca, Miguel., Thomas, P., Hargarter, L., & Schreiner, A. (2015). Nurses perceptions of medication adherence in schizophrenia: results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 5 (6), 339-350.

Hsiao, C-Y., Huei-Lan, L., & Tsai, Y-F. (2015). Factors influencing mental health nurses attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24 (3), 272-280.

Eriksson, U., & Svedlund, M. (2007). Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (3), 438-446.

Gee, L., Pearce, E., & Jackson, M. (2003). Quality of life in schizophrenia: a grounded theory approach. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 1-11.

Gilliam, T., & Williams, R. (2008). Understanding Schizophrenia: a guide for newly qualified community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 13 (2), 84-88.

Haddad, P., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*, 5, 43-62.

Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114 (4), 265-273.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) Svensk författningssamling. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/. 2016-03-03

Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Läkemedelsverket. (2013). *Läkemedelsbehandling vid schizofreni-behandlingsrekommendation*. Läkemedelsverket. Hämtad från <https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer> 2016-04-13

Manley, K., Hills, V., & Marriot, S. (2011). Personcentred care: principle of nursing practice D. *Nursing Standard*, 25, 35-37.

Mattsson, M. (2014). Psykoser. I: F. I. Skärsäter. (RED.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (sid 129-161). Lund: Studentlitteratur.

McCann, T.V (2002). Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing*, 20, 81-99.

Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommena, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the nature“ and specific effectiveness“ of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74 (3), 339–346.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen- Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Patel, R., & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder – att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Peplau, H. (1988). *Interpersonal relations in nursing*. The Macmillan Press Ltd: London.

Perry, Y., Henry, J., Sethi, N., & Grisham, J. (2011). The pain persists: How social exclusion affects individuals with schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 50 (4), 339-349.

Pringle, R. (2013). Psychosis and schizophrenia: a mental health nurse's perspective. *Nurse Prescribing*, 11 (10), 505-509.

Sandström, B., Willman, A., Svensson, B., & Borglin, G. (2014). How do we know if this is the best? Mental health-care professional's views on national guidelines for psychosocial interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23 (3), 221-231.

Schulze, B., & Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56 (2), 299-312.

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd- Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18217/2011-1-3.pdf> 2016-04-14

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2012). *Schizofreni läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation - En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/schizofreni-lakemedelsbehandling-patientens-delaktighet-och-vardens-organisation/> 2016-04-13

Statens Offentliga Utredningar (SOU 2006:100) *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Hämtad från: <http://data.riksdagen.se/fil/4E6ECF72-5DBA-4F77-8840-A7E1EC7BF82C> 2016-03-03

Socialtjänstlagen (2001:453) Svensk författningssamling. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument/Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/. 2016-03-03

Sutton, J., Family, H., Scott, J., Gage, H., & Taylor, D. (2016). The influence of organizational climate on care of patients with schizophrenia: a qualitative analysis of health care professionals views. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38 (2), 344-352.

White, J., & Hardy, S. (2010). Managing medications in schizophrenia. *Practice Nursing*, 21, 393-396.

World Health Organization. (1998) Schizophrenia and and public health. A. Barbato. (red.), *Nations For Mental Health*. Hämtad från: http://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf?ua=1 2016- 03- 03



Bilaga 1. Ansökan om tillstånd

Till Dig som är verksamhetschef inom Psykiatri

Förfrågan om tillstånd att genomföra intervjustudie

Schizofreni är en av de allvarligaste psykiska sjukdomarna och blir ofta kroniska. Vilket ibland kan medföra ganska svåra funktionssvårigheter. Risken att insjukna i ett schizofrent sjukdomstillstånd är cirka 0,5- 1 % världen över. I Sverige är det cirka 30 000- 40 000 personer som behöver vård och behandling för sin schizofreni i dagens samhälle (Lindström, 2014). I vårt kommande yrke som sjuksköterska kommer vi att någon gång träffa individer med diagnosen schizofreni. Vårt syfte med studien är därför att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att bemöta personer som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni inom psykiatrisk slutenvård.

För att ta reda på detta vill vi genomföra en intervjustudie med cirka 6 sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrin på avdelning X och X. Intervjuerna är tänkta att ta cirka 20 minuter och kommer att spelas in. Intervjuerna kan ske på arbetsplatsen eller annan plats som de medverkande väljer och planeras att genomföras under vecka 9- 10. Vi önskar härmed Ditt medgivande till att genomföra studien i er verksamhet. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Endast vi som studenter, vår handledare och examinatorn kommer att ha tillgång till materialet. Data kommer att förvaras så att inga obehöriga kan ta del av det enligt principer för förvaring av data på BTH.

Vi heter Marie Jonasson och Joel Tullgren. Vi läser till sjuksköterskor på Blekinge Tekniska Högskola. Under våren kommer vi att göra vårt examensarbete vilket är anledningen till att vi vill göra denna intervjustudie. Därför söker vi detta godkännande av Dig, för att få tillgång till tid för intervjuer med sjuksköterskor i din verksamhet.

Återkom med svar till E-post: majb15@student.bth.se
Återkom gärna med frågor!

Med Vänliga Hälsningar

Student: Marie Jonasson
Joel Tullgren

Handledare: Universitetslektor, Hanna Tuvevsson



Bilaga 2. Informationsbrev

Till Dig som är sjuksköterska inom Psykiatri

Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie

Schizofreni är en av de allvarligaste psykiska sjukdomarna och blir ofta kroniska. Vilket ibland kan medföra ganska svåra funktionssvårigheter. Risken att insjukna i ett schizofrent sjukdomstillstånd är cirka 0,5- 1 % världen över. I Sverige är det cirka 30 000- 40 000 personer som behöver vård och behandling för sin schizofreni i dagens samhälle (Lindström, 2014). I vårt kommande yrke som sjuksköterska kommer vi att någon gång träffa individer med diagnosen schizofreni. Vårt syfte med studien är därför att beskriva sjuksköterskors upplevelse av beötandet med personer som befinner sig i den akuta fasen av schizofreni.

För att ta reda på detta vill vi göra en intervjustudie med sjuksköterskor som arbetar inom psykiatri. Alla sjuksköterskor som jobbar på Avdelning X och Avdelning X kommer att tillfrågas om att delta i studien. Intervjuerna är tänkta att ta cirka 20 minuter. De kommer att spelas in och kan ske på arbetsplatsen eller annan plats som du väljer. Syftet med intervjun är INTE att leta efter något rätt eller fel. Att delta är helt frivilligt och du som medverkande kan själv välja att avbryta när du vill utan att ange orsak. Om du har erfarenhet att bemöta personer med schizofreni i den akuta fasen önskar vi ditt deltagande under intervjuerna. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Endast vi som studenter, vår handledare och examinator kommer att ha tillgång till materialet.

Materialet kommer att förvaras så att inga obehöriga kan ta del av det enligt föreskrifter för förvaring av data vid BTH. Inga enskilda personer kommer att kunna identifieras i det resultat som kommer att presenteras. Vid eventuellt stort deltagarantal kommer ett slumpmässigt urval att ske genom lottnings.

Vi heter Marie Jonasson och Joel Tullgren. Vi läser till sjuksköterskor på Blekinge Tekniska Högskola. Under våren kommer vi att genomföra vårt examensarbete vilket är anledningen till att vi söker ditt intervjudeltagnade. Om du är intresserad av att delta i studien ber vi dig att återkomma med svar till mail:

Du är välkommen att höra av dig om du har några frågor.

Med Vänliga Hälsningar

Studenter: Marie Jonasson och Joel Tullgren

Handledare: Universitetslektor, Hanna Tuvevsson

Bilaga 3. Intervjuguide

Intervjuguide

Innan vi startar intervjun vill vi åter igen informera dig om att intervjun kommer spelas in. Du kan när som helst under intervjun avbryta utan att behöva ange någon orsak till varför du avbryter. Känner du dig helt informerad och klar över detta?

Bakgrundsfrågor:

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat inom psykiatri?

Öppna frågor:

Kan du beskriva din upplevelse av att bemöta personer med schizofreni i den akuta fasen?

- Kan du ge ett exempel på hur ett bemötande kan gå till (med en person som har schizofreni i den akuta fasen)?
- Vilka eventuella svårigheter har du upplevt i mötet (med personer med schizofreni i den akuta fasen)?
- Vilka eventuella möjligheter har du upplevt i mötet (med personer med schizofreni i den akuta fasen)?
- Hur agerar du för att patienten (som har schizofreni i akut fas) ska känna tillit till dig som sjuksköterska?
- Vilket kroppsspråk använder du i bemötandet av dessa patienter?
- Hur kommunicerar du vid bemötandet av dessa patienter?
- Kan du förklara hur ett första möte går till när de kommer till avdelningen? (Patientfall)

Följdfrågor vid behov:

Vad tänkte du då?

Hur kände du då?

Kan du utveckla detta?

Vill du tillägga något?

Bilaga 4. Exempel på analysförfarandet

Tabell 1. *Exempel på analysprocessen*

Meningsenheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Man får ju inte vara för konfrontativ liksom å säga att ä det är helt orimligt det du säger utan man får försöka följa dom lite in i det här men ändå markera att det är din verklighet och det är så du känner nu å det du tror å så men jag ser det på ett lite annat vis men jag försöker förstå dig och jag hör det du säger och då brukar det vara lättare att dem vill prata lite grann om sina hallucinationer eller röster.	Man får inte vara för konfrontativ och säga att det är orimligt det du säger utan man får försöka följa dem lite. Men ändå markera att det är din verklighet, det är så du känner och tror men jag ser det på ett annat vis men jag försöker förstå dig och jag hör det du säger. Då brukar det vara lättare att de vill prata om sina hallucinationer eller röster.	Följa och förstå	Att lyssna och förstå	Bygga förtroendefull allians
Svårigheten är ju ofta när dem är	Svårigheten är när dem är	Motivationsarbete	Personanpassade strategier	

<p>omedicinerade de har kanske slutat ta sina mediciner och dem vill absolut inte ta sina mediciner då är det ju väldigt långt motivationsarbete innan man får dem till det.</p>	<p>omedicinerade, de har slutat ta sina mediciner och vill absolut inte ta sina mediciner, då är det ett långt motivationsarbete innan man får dem till det.</p>			
<p>Jag försöker vara väldigt informativ och så att när vi har haft rond så försöker jag gå ut till mina patienter och berätta vad vi har sagt och hur dagen kommer att se ut och du ska ha läkarsamtal då och det blev inget idag men det blir i morgon och den och den personalen kommer att vara med dig och så att det blir så mycket struktur</p>	<p>Jag försöker vara informativ, när vi har haft rond går jag ut till mina patienter och berättar vad vi sagt och hur dagen kommer se ut, du ska ha läkarsamtal då och det blev inget idag men det blir i morgon och den personalen kommer att vara med dig, så det blir så mycket struktur och trygghet som möjligt.</p>	<p>Informativ struktur</p>	<p>Att kommunicera och informera</p>	<p>Tydlighet och struktur skapar trygghet</p>

och trygghet som möjligt				
Dom får gå undan på sitt rum om dom så dom inte känner sig trängda eller inte träffar för mycket folk å kanske inte sitta med vid tv:n eller liksom lugn och ro som möjligt.	De får gå undan på sitt rum om de känner sig trängda eller inte träffar för mycket folk och inte sitta med vid tv:n, så lugn och ro som möjligt.	Lugn miljö	Kroppsspråk och miljö som stöd	

Bilaga 5. Etikkommitténs yttrande



Projektansvariga

Marie Jonasson

Joel Tullgren

Sjuksköterskeprogrammet

Blekinge Tekniska Högskola

Handledare Hanna Tuveesson

Institutionen för hälsa

Blekinge Tekniska Högskola

Rådgivande yttrande över projektet "Sjuksköterskans upplevelse av att bemöta personer med schizofreni i den akuta fasen" (dnr. EPK 333-2016)

Etikommittén Sydost har tagit del av den planerade studien vid Blekinge Tekniska Högskola. Kommittén ser inga etiska hinder för att genomföra studien och ansökan bedöms väl skriven.

I informationsbrevet bör dock den privata mailadressen bytas mot studentmail.

Lycka till med studien.

Karlskrona 2016-02-29

Etikommittén Sydost

