



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

"PERSONALEN MÅSTE HJÄLPA MIG ATT RESA MIG UPP"

Erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete inom rättspsykiatrisk vård

ANN-KATRIN ANDERSSON

PETER SKÖLD

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Vårdvetenskap
Avancerad nivå
15 HP
Specialistsjuksköterskeprogrammet med
inriktning psykiatrisk vård
Kurskod VAE063

Handledare: Oona Lassenius
Examinator: Lena Wiklund Gustin

Datum: 2016-04-22

SAMMANFATTNING

Tidigare forskning har visat att patienter inom rättspsykiatrisk slutenvård lider av övervikt och svår fetma i högre grad än någonsin tidigare. Betydelsen av en positiv förstärkning från vårdpersonalen är viktig för att patienterna ska orka fullfölja sina livsstilförändringar. Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors och patienters erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete inom rättspsykiatrisk vård. Studien har en kvalitativ ansats där författarna har använt semistrukturerade intervjufrågor. Författarna har intervjuat fem sjuksköterskor och fem patienter. Intervjuerna har bearbetats utifrån en kvalitativ innehållsanalys. I resultatet framkommer att sjuksköterskor erfar att det är svårt med motivationsarbetet då vården styrs av regler och struktur, men att även strukturen ligger till grund för motivationsarbetet. Sjuksköterskornas erfarenheter är att det gör skillnad i det hälsofrämjande motivationsarbetet när de har en relation med patienterna. Deras erfarenhet är även att de har sig själva som verktyg vilket speglar av sig till patienterna. Patienterna erfar att vårdens struktur är byråkratisk, vilket bidrar till bristande motivation i det hälsofrämjande arbetet. Engagerad vårdpersonal och positiva förebilder bidrar till en mer inspirerande motivationskultur på vårdavdelningar men negativa erfarenheter av personalens engagemang hämmar motivationen. Slutsatsen är att det blir skillnad i det hälsofrämjande motivationsarbetet när sjuksköterskor och patienter har en relation och arbetar mot gemensamma mål.

Nyckelord: hälsofrämjande arbete, kvalitativ innehållsanalys, motivation, rättspsykiatriska patienter, sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk vård.

ABSTRACT

Previous research has shown that patients in psychiatric inpatient care suffer from overweight and severe obesity to a greater degree than ever before. The importance of a positive reinforcement of nursing staff is important for patients to be able to cope with lifestyle changes. The purpose of the study is to describe nurses and patients experience of health motivation work in forensic care. The study has a qualitative approach in which the authors have used semi-structured interview questions. The authors have interviewed five nurses and five patients. The interviews have been processed on the basis of a qualitative content analysis. The result shows that the nurses experience difficulty with motivation work when health care is governed by rules and structure but also that the structure is underlying the justification process. Nurses' experiences is that it makes a difference in motivation work when they have a relationship with the patients. Their experience is that they have of themselves as tools which reflects to the patients. Patients experiences the health care structure as bureaucratic, which contributes to the lack of motivation in health promotion. Committed nursing staff and positive role models contributes to a more inspiring motivation culture in wards and negative experiences of staff lack of dedication avenges motivation. The conclusion is that there is a difference in the health motivation work as nurses and patients have a relationship and work toward common goals.

Keywords: forensic psychiatric patients, health promotion, motivation, nurses in psychiatric care, qualitative content analysis.

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	PRESENTATION AV TIDIGARE FORSKNING	1
2.1	Hälsofrämjande arbete inom rättspsykiatrisk vård	1
2.2	Metabolt syndrom som komplikation vid psykiatriska tillstånd.....	2
2.3	Sjuksköterskornas erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete inom psykiatrisk vård	4
2.4	Patienternas erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete inom psykiatrisk vård	5
3	TEORETISK REFERENSRAM	6
4	PROBLEMFÖRMULERING.....	7
5	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	8
6	METOD OCH MATERIAL.....	9
6.1	Design	9
6.2	Urval	9
6.3	Datainsamling	10
6.4	Analys och bearbetning av data.....	10
6.5	Etiska överväganden.....	12
7	RESULTATREDOVISNING	13
7.1	Hur sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk vård erfar det hälsofrämjande motivationsarbetet	14
7.1.1	<i>Strukturen i vården påverkar möjligheten till att motivera patienterna.....</i>	<i>14</i>
7.1.2	<i>Motivation förutsätter relation</i>	<i>16</i>
7.1.3	<i>Att uppleva osäkerhet kring ansvaret</i>	<i>19</i>
7.2	Hur patienter inom rättspsykiatrisk vård erfar det hälsofrämjande motivationsarbetet	22
7.2.1	<i>Att vara beroende av personalens engagemang.....</i>	<i>22</i>
7.2.2	<i>Att vara beroende av vårdens struktur</i>	<i>26</i>

7.3	Resultatsammanknytning	29
8	DISKUSSION.....	30
8.1	Metoddiskussion	31
8.2	Etisk diskussion	33
8.3	Resultatdiskussion.....	34
9	SLUTSATSER	40
9.1	Konsekvenser för omvårdnaden	41
9.2	För vidare forskning.....	41
	REFERENSLISTA	42

BILAGA A FÖRFRÅGAN TILL VERKSAMHETSCHEF

BILAGA B MISSIVBREV

BILAGA C INTERVJUGUIDE

1 INLEDNING

Författarna har funnit i studier att patienter med psykisk ohälsa löper en stor risk att drabbas av metabola syndrom och för tidig död. Författarna har en bakgrund inom den rättspsykiatriska vården och erfar att det finns både resurser och vårdprogram för att främja hälsa. Patienterna är dömda till rättspsykiatrisk vård och vårdas enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård (SFS, 1991:1129) och Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS, 1991:1128). Inom den rättspsykiatriska vården finns flera riktlinjer framtagna för att främja hälsa men patienterna ökar i vikt enligt kvalitetsregistret RättspsyK (2015). Den rättspsykiatriska vården präglas av långa vårdtider och därmed bör det finnas goda förutsättningar till hälsofrämjande motivationsarbete och enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) ska vården arbeta för att förebygga ohälsa. Det hälsofrämjande motivationsarbetet borde även vara en självklarhet utifrån sjuksköterskans etiska koder, att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Patientens möjligheter till att själv kunna ställa krav på den vård som utförs och erbjuds stärks i Patientlagen (SFS, 2014:821).

Författarna önskar finna svar på hinder och möjligheter som präglar det hälsofrämjande motivationsarbetet. Författarna vill förstå varför patienter trots vårdprogram och möjligheter till långa relationer med vårdpersonalen fortsätter att uppvisa symtom på metabola syndrom. Studien är viktig för att få en ökad förståelse av sjuksköterskors och patienters erfarenheter av det hälsofrämjande motivationsarbetet i vårdvardagen.

2 PRESENTATION AV TIDIGARE FORSKNING

Den tidigare forskningen kommer att delas in under fyra rubriker där författarna kommer att uppmärksamma det hälsofrämjande arbetet inom den rättspsykiatriska vården. Vidare kommer författarna att presentera förekomsten och riskerna som kombinationen av att lida av psykisk ohälsa och bristande hälsofrämjande motivationsarbete medför. Författarna kommer att fokusera på sjuksköterskornas och sedan på patienternas perspektiv vad gäller hinder och prioriteringar inom den psykiatriska vården.

2.1 Hälsofrämjande arbete inom rättspsykiatrisk vård

När en person begår ett brott som har fängelse som påföljd, under en påverkan av en allvarlig psykisk störning kan personen dömas till rättspsykiatrisk vård (Rättsmedicinalverket, 2015).

Den rättspsykiatriska vården som bedrivs inom landstinget har som uppdrag att de ska förebygga återfall i brott förutom de krav på innehåll och kvalitet som den övriga hälso- och sjukvården har (Socialstyrelsen, 2016). Enligt WHO's definition är hälsofrämjande arbete ”den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. För att nå ett tillstånd av fullständig fysisk, mental och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medvetna om dem, tillfredsställa sina behov och förändra eller bemästra miljön. Hälsa skall därför ses som en resurs i vardagslivet och inte som målet i tillvaron” (Landstinget Sörmland, s. 1., 2014).

Upp till en tredjedel av patienterna som är dömda till rättspsykiatrisk vård är överviktiga och 22 procent uppfyller kriterier för metabolt syndrom (Hilton, Ham, Lang & Harris, 2015). Haw och Stubbs (2011) har i sin studie sett att fetma är vanligt bland rättspsykiatriska patienter trots viktkontroller, dietinterventioner och träningsprogram. Patienternas frihet att motionera är begränsad och användningen av antipsykotisk medicinering och bristande motivation hos patienterna är några orsaker som leder till fetma. Antipsykotiska läkemedel och dålig patientmotivation är tydliga hinder att för att nå en framgångsrik viktbalans. Vårdpersonalen ska under vårdtiden fortsätta motivera patienterna för att hjälpa dem att äta en balanserad kost och få tillräckligt med motion. Svensk sjuksköterskeförening (2013) beskriver att hälsofrämjande omvårdnad utgår från en personcentrerad inriktning där fokus ska ligga på den förändrade livssituationen, vilket den rättspsykiatriska tvångsvården medför. Det ställer höga krav på vårdpersonalen att anpassa den individuella vården till behovet oavsett om den är akut eller som inom den rättspsykiatriska vården många gånger långvarig.

2.2 Metabolt syndrom som komplikation vid psykiatriska tillstånd

Genom historien har det visat sig att sämre hälsotillstånd och för tidig död har ett samband hos personer med allvarlig psykisk sjukdom (Happell, m.fl., 2015). Personer som lider av psykiska sjukdomar såsom schizofreni, bipolär sjukdom och depressioner löper två till tre gånger så stor risk att dö i förtid i jämförelse med den övriga befolkningen och har en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar (De Hert m.fl., 2011; Happell, Scott, Platania-Phung & Nankivell, 2012; Gibson, 2011). De psykiskt sjuka dör i genomsnitt 20-30 år i förtid (Happell m.fl., 2012). Den fysiska ohälsan i samband med psykisk sjukdom beror enligt Happell m.fl. (2015) på bristande kvalitet i vården. I statistiken för den rättspsykiatriska vården framkommer det att andelen patienter som lider av övervikt och svår fetma är högre än någonsin (RättspsyK, 2015). Övervikt och svår fetma kan leda till förhöjt blodtryck, diabetes och andra hjärt- och kärlsjukdomar, vilket kan ge metabolt syndrom. Kriterier för att uppfylla kraven för metabolt syndrom är enligt WHO följande: Diabetes mellitus eller insulinresistens samt att patienten uppfyller minst två av följande kriterier: Förhöjda triglycerider, HDL-kolesterol, förhöjt blodtryck och övervikt (Internetmedicin, 2015). Förekomsten av metabola syndrom hos patienter med en psykisk sjukdom är väl känd. I en ny svensk studie jämfördes en kontrollgrupp utan påvisad psykisk sjukdom med en grupp av psykossjuka patienter och forskarna fann att det var nästan tre gånger så vanligt att patienter med en psykossjukdom led av diabetes jämfört med kontrollgruppen (Olsson m.fl. 2015). Landstinget Sörmland

(2007) skriver att ”Fysisk aktivitet har en stor potential att öka det psykiska välbefinnandet. Fysisk aktivitet påverkar livskvalitet, humör, tillit, självkänsla och kognitiva funktioner, kroppsuppfattning, upplevd kondition och muskelstyrka” (s. 25). Acil, Dogan och Dogan (2008) anser att lätt till måttlig fysisk belastning är ett effektivt sätt att minska psykiatriska symtom och för att öka livskvaliteten för patienter med schizofreni. Chen, Wu, Hwang och Li (2010) menar att det krävs kombinerade preventionsprogram för att effektivt kunna främja livsstilsförändringar.

En hälsosam livsstil är det främsta alternativet för att förebygga metabolt syndrom enligt Wärdig, Bachrach-Lindström, Hultsjö och Foldemo (2015) vilket är anledningen till att betydelsen av livsstilsförändringar har kommit i fokus bland vårdpersonalen på senare år. Resultatet från studien visade att patienter som genomgått en livsstilsintervention som innehöll teoretisk utbildning i hälsosam kost och fysisk aktivitet även behöver positiva framsteg i livsstilsförändringen samt en positiv förstärkning av vårdpersonalen för att orka fortsätta med livsstilsförändringen på lång sikt. Erfarenheter av misslyckande fick negativa effekter. Det är således av stor vikt att identifiera patientens uppfattning om sin livsstil och egna tankar kring eventuella hinder och mål för att kunna designa ett individuellt program för framtida insatser. Slutsatsen stärks på andra håll i forskningen, att fysisk aktivitet minskar risken för metabolt syndrom och även är en hälsofrämjande aktivitet ur flera aspekter. Svenska Psykiatriska Föreningen (2009) beskriver att allvarlig psykisk sjukdom kan ha en förödande inverkan på den drabbades livssituation. Dessa sjukdomstillstånd ger ofta långvarigt psykiskt lidande och en avsevärt ökad risk för social utslagning och självmord. Bidragande orsaker till detta kan vara ohälsosamma levnadsvanor, såsom brist på fysisk aktivitet eller ofördelaktig kosthållning men även patientens antipsykotiska medicinerings bidrar till metabol rubbning. Behandling och det förebyggande arbetet av dessa sjukdomstillstånd omfattar olika typer av insatser där psykiatrisjuksköterskan har en viktig roll. Sjuksköterskan är den så kallade ”spindeln i nätet” och jämförs med agenter i förändringsarbetet för att förmå patienter som är i riskzonen att förebygga metabola komplikationer (Chen m.fl., 2010). Viktuppgång och annan metabol störning under pågående antipsykotisk medicinerings kan motverkas, vilket även Thommessen, Martinsen och Arsky (2005) beskriver, att orsaken till viktökning ofta är multifaktoriell, där både läkemedelsbehandling och livsstilsfaktorer är inblandade. De anser att förebyggande behandling av oönskad viktökning hos patienter med psykiska sjukdomar är svåra, men inte omöjliga. Ett gemensamt engagemang hos vårdpersonalen är viktigt för att åtgärderna ska få önskad effekt. Ett stort hinder, trots vetskap om ökad förekomst av fetma, diabetes mellitus och hypertoni hos psykiatriska patienter, är den minskade följsamheten hos patienterna till behandlingsinsatser och förebyggande rekommendationer för riktade egenvårdsinsatser. Orsaken till minskad följsamhet kan vara många, men biverkningar av mediciner och en underskattning av riskerna kan vara några orsaker. Främjandet av ett sunt livsstilsval underlättar inte bara möjligheten till återhämtning utan är en integrerad process för att förhindra metabola förändringar (Gibson, 2011).

2.3 Sjuksköterskornas erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete inom psykiatrisk vård

I motivationsarbetet gäller det att fokusera på att patienten själv är den viktigaste drivkraften för att förmå patienten att ta till sig de aktiviteter och de åtgärdsförslag som finns. Sjuksköterskans roll är inte betydelselös utan kan frigöra potential hos patienten att orka förändra sin livsstil (Buchanan-Barker & Barker, 2008). Sjuksköterskan är en av de största yrkeskategorierna inom slutna psykiatrisk vård. I en studie av Ward och Gwinner (2015) lyfter de fram egenskaper och färdigheter som en sjuksköterska behöver ha så som fyra egenskaper; ge patienten tillåtelse att berätta sin historia, färdigheter i klinisk behandling, att vara ansvarstagande samt att arbeta säkert. Landstinget Sörmland (2007) skriver att "tilltron till den egna förmågan är en främjande faktor för att uppnå ökad fysisk aktivitetsnivå samt helt avgörande för att åstadkomma en beteendeförändring hos individen" (s. 15). "En kombination av flera metoder så som information, samtal, ordination/råd och att sätta mål för den önskade förändringen tillsammans med individen har bäst effekt" (s. 15). Då tobaksanvändning är starkt förknippat med ohälsa har en modell som är särskilt utformad och anpassad för att motivera patienter med psykiska sjukdomar tagits fram. De är lika motiverade till rökavvänjning som andra rökare och modellen gör det lättare att förstå förändringsprocessen och kunna anpassa rådgivningen utifrån patientens aktuella status då modellen mäter i vilket stadium av motivation patienten är. Tanken med modellen är att möjligheten till ett lyckosamt resultat ska öka (Psykologer mot tobak, 2015). Sjukvården idag baseras till största del på traditioner och erfarenheter framför evidens men vården utökas med nya professioner och befattningar med inriktning mot fysisk hälsa. Det fräntar inte sjuksköterskan omvårdnadsansvaret för patienten trots att Zeeman och Simons (2011) lyfter fram att bilden andra yrkesgrupper har av en sjuksköterska, är att de dränks i dokumentation och medicinering och inte hinner med något annat. Ett ömsesidigt beroende mellan yrkesgrupperna är att föredra trots att konkurrens kan förekomma dem emellan. Den rättspsykiatriska miljön präglas av ett högt säkerhetstänk vilket tenderar att distansera sjuksköterskan från patienten. Det finns en föreställning av att patientens beteende, farlighet och risker blir avgörande för om sjuksköterskan ska ha en avvaktande och passiv inställning i mötet med patienten istället för att analysera sin egen förmåga och beteende i bemötandet. Sjuksköterskans blir inbjudande men samtidigt avvaktade och passiv så patienten inte själv visar sig motiverad. Motivationsarbetet kommer att ställas i stand-by läge till dess att patienten accepterar strukturen på avdelningen (Vincze, Fredriksson & Wiklund Gustin, 2015). Att patienter ska acceptera vårdens regler lyfter sjuksköterskor fram som en viktig del i motivationsarbetet och de ska delta i de aktiviteter som erbjuds. Det sker en sorts anpassning till förväntade målen framför patientens egna mål. Personalen lyfter fram att patienten ska anpassa sig till den rådande strukturen på avdelningen. Det är prioriterat för vårdarbetet och det ges inga valmöjligheter. Det är också en orsak till den nedåtgående spiralen, att brist på självbestämmande leder till motivationsbrist (Vincze, m.fl., 2015). Sjuksköterskan spelar en viktig och avgörande roll vad gäller normer och fokus på att den fysiska och den psykiska hälsan integrerar med varandra. Även Harris och Smith (2014) anser att sjuksköterskor bör ha kunskap om det metabola syndromet för att kunna främja holistisk vård och därmed nå förbättrade behandlingsresultat.

2.4 Patienternas erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete inom psykiatrisk vård

När personalen beaktar självständighet, främjar och stödjer ett positivt hälsomönster leder det till att patienten känner en större delaktighet och engagemang i vårdprocessen. Det har visat sig att en sund livsstil och att livsstilsförändringar såsom rökavvänjning, förbättrad kosthållning och inflytande på val av mediciner hos psykiatriska patienter har en positiv inverkan på patientens upplevelse av vården (Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008). Det finns hos vårdpersonalen en bild av att patientens krav på vården är högre än så, men faktum är att patienterna i första hand önskar att bli behandlade med en helhetssyn och att en relation är viktigare än själva åtgärden (Gunasekara, Pentland, Rodgers & Patterson, 2014). Inom den rättspsykiatriska vården är tillit en viktig källa för att utveckla relationer och förståelse för behandlingsinsatser samtidigt som patienten är frihetsberövad. Gilbert, Rose och Slade (2008) betonar vikten av den terapeutiska relationen för behandling av personer med psykiatriska problem. En studie av Elbeck och Fecteau (1990) lyfter upp att många undersökningar av patientens tillfredsställelse av den psykiatriska vården är snarare utifrån vårdens synvinkel och intresse framför patientens. De menar att sjuksköterskan bör arbeta för att uppnå god vård utifrån patientens perspektiv. Landstinget Sörmland (2015a) har tagit fasta på detta genom ett pilotprojekt med inriktning på en mer personcentrerad arbetsmetod i sjukvården. Patientens självbestämmande ska öka genom att deras delaktighet uppmärksammas i vårdprocessen (Landstinget Sörmland, 2015b). Det har visat sig att patienterna inte kräver en massa åtgärder utan efterfrågar värdigt bemötande och en mänsklig prägel framför åtgärder och åtgärdsprogram (Zeeman & Simons, 2011) till skillnad mot Hilton m.fl. (2015) som menar att sjuksköterskan behöver vara undervisande och förse patienten med kunskap till livsstilsförändringar. Det har också visat sig att inaktivitet eller låg omfattning av fysisk aktivitet är skäl till att psykiskt sjuka åldras och dör tidigare än genomsnittet av befolkningen vilket gör sjukdomen dubbelbottnad (Lassenius, Arman, Söderlund & Wiklund Gustin, 2014). Vilka skäl och en förståelse kring varför motivationsförlust uppstår hos patienter kräver en djupare analys då patienternas egna mål och krav sällan efterfrågas och att personalens intentioner inte alltid sammanfaller med patientens mål och idé vilket kan vara en orsak till att patienten tappar motivationen till hälsofrämjande arbete (Lassenius m.fl., 2014). Det finns en uppfattning om att patienter med psykiatriska besvär inte vill ha hjälp för somatiska besvär, men det har visat sig att patienterna är måna om att vårda sina somatiska åkommor. Att vården misstror patienternas vilja beror på deras svårigheter att hålla tider och följa de rekommenderade behandlingsplanerna vilket inte innebär att de ignorerar problemen. Patienter med psykiatriska besvär är medvetna om de olika hälso- och sjukvårdstjänster som finns i samhället, och de uppsöker olika typer av vård för sina besvär. Det som även framkom var att patienterna uttryckte rädsla för att delta i läkarbesök ensamma på grund av svårigheter att förmedla sina hälsoproblem (McCabe & Leas, 2008). Lassenius (2014) understryker att den fysiska aktivitetens potential för återhämtning är viktig för personer med psykisk ohälsa. Vidare beskrivs att den fysiska aktivitetens potential kan förbättra möjligheten för återhämtning och vårdandet av hela människan i den psykiatriska vården. Personalen behöver vara en inspirationskälla för patienten och trots motgångar förmå sig att orka motivera patienten till att överträffa eller uppnå sina egna mål. Det är viktigt att inte tappa

tron på patienten och den dynamiska integrationen mellan personal och patient gör att motivationen på sätt och vis skapas tillsammans genom att dela exempelvis erfarenheter. Motivationen tenderar därför att bli mer än bara för stunden utan livslång. Både personal och patient utmanas i förändringsarbetet och det finns ett slags ömsesidigt beroende av varandra som är nödvändig för förändring, exempelvis i motivationsarbetet (Lassenius m.fl., 2014).

3 TEORETISK REFERENSRAM

Författarna har valt att använda Dorothea Orems egenvårdsmodell som teoretisk referensram eftersom Orem ser människan som en aktiv varelse med hög grad av frihet. Människan har under normala omständigheter både vilja och förmåga att ta hand om sig själv och hon utför handlingar som bidrar till att bevara livet, hälsan och välbefinnandet (Berbiglia & Banfield, 2010). Enligt Orem (1995) är egenvårdskapaciteten styrd av att människan har förmåga att se egenvårdsbehov, hennes motivation och förmåga att fatta beslut, lära sig nya färdigheter och kunna genomföra dem. Egenvårdskapaciteten följer människan genom livet och människans egenvårdsbehov är individuella utifrån hennes hälsoprocesser. Orem (1995) beskriver hälsa som en känsla av att allt har ett sammanhang på fysiskt, psykologiskt och socialt plan för att nå välbefinnande. Orem (1995) definierar hälsa som integritet och hälsan förändras under livets gång. Enligt Orem (1995) är egenomsorg nödvändigt för att preventivt undvika ohälsa och sjukdom. Att uppleva att ha hälsa är att ha egenvårdsbalans. Orem (1995) menar att patienten ska stöttas i sin egenvårdskapacitet för att klara de egenvårdskrav som ställs för att nå egenvårdsbalans. Sjuksköterskan behöver kunna bedöma patientens egenvårdskrav för att inte ta över patientens förmågor och resurser utan istället stötta patienten där egenvården brister. Orem använder begreppet kompensation som ett viktigt begrepp. Det handlar om att kompensera brist eller bristfällig kapacitet att vårda sig själv – egenvård. Vårdinsatsen ska således stämma överens med patientens krav och egna mål för att kompensationsen skall vara ett faktum och den behöver anpassas till patienten så att kompensationen inte blir för stor eller för liten (Berbiglia & Banfield, 2010).

Orem menar att vårdrelationen är viktig och är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna ta del av patientens omvårdnadshistoria. Genom vårdrelationen kan patienten bli delaktig och patientens omvårdnadshistoria ska utforskas under hela vårdrelationen (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Patientens omvårdnadshistoria är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna göra en bedömning och utforma ett omvårdnadssystem för att möta egenvårdskraven så att patienten kan nå egenvårdsbalans. I omvårdnadssystem bestäms vilka egenvårdsaktiviteter som behövs och vem som ska genomföra dessa. De omvårdnadssystem som Orem (1995) beskriver är det fullständigt kompenserande där patienterna är oförmögna att utföra egenvårdsåtgärder. I det delvis kompenserande systemet kan patienten till viss del själv utföra egenvårdshandlingar men behöver delvis stöd. Det tredje systemet är det stödjande/undervisande omvårdnadssystemet och det handlar om att utbilda patienten att själv utföra egenvård. En förutsättning för ett optimalt omvårdnadssystem är god klinisk förmåga i både det praktiska och det teoretiska och blir

synlig i vårdprocessens olika steg. Orem (1995) benämner det som kognitiva operationer och är en värderingsfas. Sjuksköterskan kliniska blick bygger på kritiskt granskande av såväl sina egna erfarenheter som evidens. Den optimala nyttan för patienten står i centrum och ska vara nyanserad och inte bygga på egna övertygelser. Den första operationen som Orem (1995) beskriver är den diagnostiska operationen. Det är en utforskande och kartläggande identifiering av de observationer som sjuksköterskan har gjort. Här aktualiseras nuvarande och framtida insatser för patientens egenvårdskrav och vilka egenvårdsbrister som kan tänkas finnas. Patientens omvårdnadshistoria är central i den första fasen där sjuksköterskan utforskar patientens krav men också vilka möjligheter patienten själv har att tillgodose dessa. Omständigheter som påverkar är här avgörande att identifiera och fokus ligger alltid på aktuell situation. Det andra steget är den föreskrivande operationen där Orem med bakgrund av patientens behov designar omvårdnadssystemet med hjälp av planering och mål med handlingarna. Här framgår vilka aktiviteter som krävs för att tillgodose egenvårdskraven men också vem som ska göra det. Vilka riktade stödinsatser krävs och vad klarar patienten att utföra själv ska finnas med i planeringen. Det tredje steget är den reglerande operationen som tillämpas när planeringen sätts genom patientens egen omvårdnadsplan. Under den reglerande operationen sker kontinuerliga bedömningar i linje med vårdprocessens olika faser och bygger på evidens. Fokus är aktuell status eftersom målsättningen kan vara föränderlig beroende på patientens status, behov och färdigheter. Genom detta blir det enklare att identifiera insatser som sjuksköterskan behöver tillstå patienten men även att uppmärksamma vad patienten klarar att utföra på egen hand. Kunskapsbrist kan här tillgodoses. Den fjärde fasen, den kontrollerande operationen är det uppföljande steget, att följa upp patientens omvårdnadsplan. Behöver målen revideras? Har patientens egenvårdskrav och egenvårdsförmåga förändras under vårdtiden så behöver det ses över. Fokus behöver inte vara att bli frisk utan förbättringar är det centrala. Det innebär att små steg till förbättring kan vara tillräcklig för att uppnå egenvårdbalans som är målsättningen snarare än att bli frisk (Orem, 1995).

Att använda sig av Orems teori anser författarna vara lämpligt utifrån syftet, ett hälsofrämjande motivationsarbete. Orem anser att sjuksköterskor ska stötta och stärka patientens egenvårdskapacitet och sjuksköterskan ska under hela relationen utforska patientens omvårdnadshistoria, vilket lämpar sig väl som teoretisk referensram inom den rättspsykiatriska vården som präglas av långa vårdtider. I den rättspsykiatriska vården får sjuksköterskan förutsättningar till en mer långvarig vårdrelation där patienten är delaktig och engagerad och motivationsarbetet kan fortgå utifrån den unika patientens egenvårdskapacitet.

4 PROBLEMFORMULERING

Många studier pekar på förekomst av metabola syndrom och för tidig död hos patienter med psykisk ohälsa. Idag sker regelbundna hälsokontroller av rättspsykiatriska patienter och vården har blivit mer individualiserad med unika vårdplaner skapade för varje enskild

patient, nationella riktlinjer för uppföljning av exempelvis blodprover, vikt och fysisk funktion. Trots detta fortsätter patienterna på de rättspsykiatriska klinikerna runt om i Sverige att öka i vikt och förekomsten av inaktivitet bedöms vara hög trots en medvetenhet om riskerna med detta (RättspsyK, 2015). Tidigare forskning har visat att om sjuksköterskan beaktar självständighet, främjar och stärker ett positivt hälsomönster så leder det till att patienten känner ett större engagemang och upplever sig mer delaktig i vårdprocessen. Författarna upplever ett etiskt dilemma ur både sjuksköterske- och patientperspektiv då läkaren ordinerar läkemedel som ökar risken för metabolt syndrom men ger lindring för den psykiska sjukdomen. Sett utifrån Patientlagen (SFS, 2014:821) kan ett etiskt dilemma uppstå då patientens ställning ska stärkas och synliggöras samtidigt som sjuksköterskan ska beakta patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patienter inom den rättspsykiatriska vården kan känna sig tvingade att acceptera läkemedel som de är medvetna om ger konsekvenser för den fysiska hälsan. Det kan leda till att de upplever sig kränkta och inte lyssnade till. Det kan uppfattas som motsägelsefullt och det kan bli en kollision mellan det hälsofrämjande arbetet och den mer kliniska läkemedelsadministrationen där sjuksköterska och patient kan få svårt att mötas.

Författarna finner Orems teori beträffande egenvård som relevant utifrån att anpassa vården till patientens kapacitet och initiativ till hälsofrämjande motivationsarbete och betydelsen av den miljö som detta sker i. Författarna önskar finna svar på betydelsen av att vårdas på en rättspsykiatrisk klinik och vilka möjligheter och hinder som kan tänkas uppstå. Sjuksköterskans ansvar styrs av brister i patientens egenvårdskapacitet och är skyldig att göra bedömningar där egenvårdskapaciteten brister. Utifrån sjuksköterskans bedömning ska patienternas brister kompenseras, helt eller delvis där sjuksköterskan behöver motivera eller undervisa i hälsofrämjande livsstilsval. Omvårdnadssystemets design behöver anpassas till den miljön där patienten befinner sig, och den rättspsykiatriska vården har sin specifika struktur. Det påverkar både sjuksköterskor och patienter som kräver att hänsyn tas till detta i det hälsofrämjande motivationsarbetet. Författarna anser att denna studie är angelägen för att sjuksköterskan ska kunna möta patienten på dennes nivå och kunna motivera till ett eget ansvar för egenvård. Genom studien vill vi identifiera de unika situationerna som visar vad som hindrar och främjar patientens motivation till att genomföra en livsstilsförändring för att nå hälsa. Författarnas förhoppning är att med hjälp av Orems teori tydliggöra frågor kring ansvar och egenvårdskapacitet i denna vårdkontext.

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors och patienters erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete inom rättspsykiatrisk vård.

Författarna vill finna svar på följande frågeställningar:

Vilka erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete beskriver sjuksköterskor som arbetar inom rättspsykiatrisk vård?

Vilka erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete beskriver patienter inom rättspsykiatrisk vård?

6 METOD OCH MATERIAL

Under rubriken metod och material kommer författarna att beskriva studiens design och presentera vilka urvalskriterier som varit underlag i studien. För att analysera intervjuerna har författarna använt sig av Lundman och Hällgren Graneheims (2012) innehållsanalys. Författarna kommer avslutningsvis att lyfta fram etiska överväganden som varit föremål för studiens genomförande.

6.1 Design

Studien har genomförts med en kvalitativ ansats för att få en så genomgående bild av patienter och sjuksköterskors erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete inom den rättspsykiatriska vården. Den kvalitativa metoden sätter fokus på hur vi förstår, tolkar och sätter ord på erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete (Polit & Beck, 2012). Genom att välja en semistrukturerad intervjustudie kan nyanser av vad som hindrar och främjar sjuksköterskan att bedriva hälsofrämjande motivationsarbete tydligare komma fram. Detsamma gäller patienterna och vad som hindrar dem och vad som främjar deras hälsofrämjande motivation. Genom att delstudierna samtidigt belyser både sjuksköterskors och patienters erfarenheter blir studiens resultat tydligare. Författarna har valt en intervjustudie framför en enkätstudie för att kunna ta del av sjuksköterskors och patienters berättelser om den unika situationen i det hälsofrämjande motivationsarbetet (Danielson, 2012).

6.2 Urval

Författarna har genomfört studien på två rättspsykiatriska kliniker i Sverige. Författarna sände förfrågan (bilaga A) om genomförande av studien till verksamhetschefer vid fem rättspsykiatriska kliniker varav två verksamhetschefer godkände att studien genomfördes. Verksamhetscheferna har sedan gett författarna kontaktpersoner på klinikerna som har hjälpt till att förmedla information (bilaga B) om studien samt att ta fram forskningspersoner. Genom kontaktpersonerna bestämdes datum och tid för intervjuerna. Både sjuksköterskor och patienter fick informationen skriftligt och muntligt återigen innan intervjun startade.

Inklusionskriterier för sjuksköterskorna var att de arbetade på den rättspsykiatriska kliniken men de behövde inte vara specialistsjuksköterskor. Vid den ena kliniken tillfrågades fyra sjuksköterskor om medverkan i studien. Två sjuksköterskor valde att medverka och intervjuades samt två tackade nej till att medverka i studien. Vid den andra kliniken tillfrågades fyra sjuksköterskor om medverkan i studien varav tre sjuksköterskor intervjuades och en sjuksköterska valde att inte medverka i studien. Det genomfördes totalt fem intervjuer på klinikerna, tre sjuksköterskor valde att inte medverka i studien innan intervjuerna startade. Tre kvinnliga och två manliga sjuksköterskor med varierande yrkeserfarenhet av rättspsykiatrisk vård intervjuades. Inklusionskriterier för patienterna var att de vårdades på den rättspsykiatriska kliniken och att de kan och förstår det svenska språket samt att de hade förmåga att medverka under en intervju. Det genomfördes fem intervjuer och det var endast manliga patienter som intervjuades. En kvinnlig patient valde att lämna ett sent återbud till att medverka i studien. Författarna har inte själva inkluderat eller exkluderat sjuksköterskor eller patienter utan intervjuat de som kontaktpersonerna sagt varit villiga till att delta i studien.

6.3 Datainsamling

Datainsamling genomfördes vid två rättspsykiatriska kliniker. Författarna fördelade intervjuerna så att en av författarna intervjuade sjuksköterskor och den andre författaren intervjuade patienter inom den rättspsykiatriska vården. Intervjuerna av både sjuksköterskor och patienter genomfördes i rum utanför vårdavdelningen på respektive rättspsykiatrisk klinik. Författarna genomförde semistrukturerade intervjuer och innan intervjuguiden utformades klart provintervjuade författarna varandra för att se om frågorna var relevanta till syftet (bilaga C). Frågorna till sjuksköterskorna och patienterna var utformade på liknande sätt och för att svaren skulle bli så tydliga som möjligt var funktionen med följdfrågorna tänkta att uppmuntra till att utveckla och precisera sina tankar. Författarna spelade in intervjuerna och transkriberade dem ordagrant var för sig. Författarnas intervjuer varade mellan 15-51 minuter.

6.4 Analys och bearbetning av data

Två delstudier har genomförts, en riktad till sjuksköterskor och den andra riktad mot patienter. Dessa delstudier har skett genom separata intervjuer, transkriberingar och analyser för att sedan jämföras med varandra. Författarna har utgått från Lundman och Hällgren Graneheim (2012) och använt en kvalitativ innehållsanalys för att analysera intervjuerna. Författarna avidentifierade intervjuerna så att det inte går att härleda till vem som blivit intervjuad. Författarna läste sina transkriberade intervjuer ett flertal gånger för att få en bild av innehållet. Ur de analyserade intervjuerna tog författarna fram meningsenheter och dessa kondenserades utan att kärnan försvann. Författarna har fortsatt att skala av de kondenserade meningsenheterna och tog fram koder. Av koderna bildades underkategorier och kategorier vilka symboliserar kärnan i meningsenheterna. Intervjuer, transkriberingar

och analysprocess har genomförts av författarna var för sig. Författarna har sedan sammanfört resultatet av de båda delstudierna i en resultatsammanknytning. Författarna har analyserat resultatet ytterligare och funnit en röd tråd som enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kan tolkas till teman.

Tabell 1: Exempel på analysprocess.

Sjuksköterskor				
Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategorier	Kategorier
vissa fungerar det jättebra och ”nu kommer jag in till dig och jag har rena kläder här och jag lägger dom här” men men alla patienter är det inte så och vi är olika vi som jobbar här. Vi behöver fyrkantighet och struktur (visar med händerna rakt fram) naturligtvis men men jag kan säga jag skulle önska att flera mötte patienterna på ett lite mer respektfullt sätt	Vi behöver fyrkantighet och struktur men möta patienterna på ett respektfullt sätt.	Fyrkantighet och struktur på ett respektfullt sätt.	Att ha fyrkantighet och struktur som grund	Strukturen i vården påverkar möjligheten till motivering
man behöver ju inte vara så fyrkantig så man ändå inte kan gå patienten till mötes, hitta andra lösningar på att få fram kanske inte helbra men ett någorlunda bra lösning på att gemensamt tillsammans med patienten komma fram till nånting. Att en patient behöver bli lyssnad på eeh det behöver vi göra först innan vi kan börja med nån form av motivationsarbete över huvudtaget i alla kategorier som mat ehh det	Gå patienten till mötes och hitta andra lösningar gemensamt med patienten. Lyssna på patienten först innan motivationsarbetet kan börja.	Lyssna på patienten och gemensamt hitta lösningar	Att nå patienten	Motivation förutsätter relation

finns så många olika sätt asså man tar reda på vad patienten vill				
Patienter				
Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategorier	Kategorier
Ja. Det känns bra. De har varit kärleksfulla när de sagt åt mig vad jag ska göra, och varit skämtsamma och sådär	De har varit kärleksfulla när de sagt åt mig vad jag ska göra, och varit skämtsamma.	Kärleksfulla när de sagt åt mig vad jag ska göra	Att personal visar kärlek och omsorg ger kraft att orka	Att vara beroende av personalens engagemang
Personalen är positiv till att jag ska få träna mer men det är chefen som säger ifrån. Personalen säger att dom pratat med chefen om mer personal men det funkar inte. Jag får göra det själv istället om det ska bli nån ordning på det här stället. Om nåt på avd går sönder och man vill att nån ska fixa det så försvinner det istället för att bli lagat. Som bestraffning. Det gör mig sne du vet. Kollektiv bestraffning. Som med dom fria vikterna. Nån kan inte hantera det, då tar vi bort dom. Man tappar sugen liksom.	Personalen är positiv till att jag ska få träna mer men det är chefen som säger ifrån. Jag får göra det själv nästa gång. Om nåt på avdelningen går sönder och man vill att nån ska fixa det så försvinner det istället. Kollektiv bestraffning. Man blir sne. Man tappar sugen.	Man blir sne och tappar sugen	Vården upplevs hierarkisk och bestraffande	Att vara beroende av vårdens struktur

6.5 Etiska överväganden

Då författarna har arbetat inom rättspsykiatrisk vård har vi som Dahlberg (2013) beskriver erfarenhet och gemensamma referenspunkter från den specifika vård som bedrivs vilket kan underlätta under intervjuerna. Med anledning av detta har författarna medvetet valt att genomföra studien vid andra rättspsykiatriska kliniker än där de själva arbetat. Genom att välja andra kliniker minskar risken för att sjuksköterskorna och patienterna ska uppleva att

de är i beroendeställning till oss som intervjuare då författarna inte är bekanta med klinikens specifika arbetssätt, personal och patienter samt att deras förförståelse om författarna minskar. Författarna har inför studiens genomförande tagit i beaktande att patienterna är dömda till vård och i beroendeställning. Författarna är även medvetna om att patienterna kan vara sköra, ha ett kognitivt funktionshinder och vara i psykisk obalans. Med anledning av detta har författarna nogsamt informerat patienterna om studien och varit tydliga i informationen att deras svar inte kommer att innebära några konsekvenser i den pågående vården. Intervjufrågorna som författarna konstruerat är utformade med syftet att de inte ska kunna tolkas som ledande. Frågorna är också utformade med syfte att vara så lite värderande som möjligt. Både sjuksköterskor och patienter fick skriftlig (bilaga B) och muntlig information om studien samt att det är frivilligt att medverka och att forskningspersonerna när som helst fick dra sig ur studien. Ingen av forskningspersonerna som valt att medverka i studien har kontaktat författarna för att dra tillbaka sin medverkan. Författarna informerade om att forskningspersonerna är anonyma och att materialet kommer att förstöras när studien är genomförd och godkänd. Under bearbetningen av intervjuerna hålls materialet inlåst. Konfidentialitetskravet är uppfyllt i och med detta (Codex, 2016).

Sjuksköterskorna och patienterna har fått tagit del av och skrivit under handling gällande informerat samtycke (bilaga B). Sjuksköterskor och patienter som deltar i studien har i god tid fått tagit del av skriftlig information om studien samt vid intervjutillfället åter fått skriftlig och muntlig information om studien och de har både skriftligt och muntligt lämnat sitt medgivande. Författarna anser att processen rörande informerat samtycke har uppfyllts (Patel & Davidson, 2011). Författarna anser att informationskravet och samtyckeskravet är uppfyllt då forskningspersonerna har tagit del av både skriftlig och muntlig information om studien och deras roll i studien. Forskningspersonernas enskilda personuppgifter har författarna inte dokumenterat vilket gör att nyttjandekravet beaktats (Codex, 2016).

7 RESULTATREDOVISNING

Utifrån syftet hur sjuksköterskor och patienter erfar det hälsofrämjande motivationsarbetet inom rättspsykiatrisk vård så väljer författarna att presentera sjuksköterskornas erfarenheter först följt av patienternas erfarenheter. I slutet av resultatredovisningen så kommer resultatet i de båda delstudierna att jämföras i en resultatsammanknnytning och utifrån Orems egenvårdsteori finna samband att identifiera.

7.1 Hur sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk vård erfar det hälsofrämjande motivationsarbetet

Materialet från intervjuerna och de fynd som framkommer presenteras i tre kategorier med tillhörande underkategorier enligt tabell 2. Citaten som presenteras är utvalda för att beskriva och illustrera de resultat som framkommit i studien.

Tabell 2: Kategorier och tillhörande underkategorier – sjuksköterskornas erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete

Kategorier	Underkategorier
Strukturen i vården påverkar möjligheten till att motivera patienterna	Att känna sig bakbunden
	Att ha fyrkantighet och struktur som grund
	Piska och morot - konsekvenstänkande
	Att medicinera går först
Motivation förutsätter relation	Att nå patienten
	Att ha sig själv som verktyg
	Att så frö
	Att förlora sin egen ork att motivera
Att ha osäkerhet kring sitt ansvar	Att tvivla på sina egna kunskaper
	Att överlämna ansvaret till patienten

7.1.1 Strukturen i vården påverkar möjligheten till att motivera patienterna

Patienterna är dömda till rättspsykiatrisk vård och vården styrs av lagar, riktlinjer och rutiner. Patienterna är inlåsta och patienternas aktiviteter ska planeras och beviljas. Med anledning av det känner sig sjuksköterskorna bakbundna i sitt hälsofrämjande motivationsarbete men samtidigt är deras erfarenhet att det är just denna struktur som ligger till grund för att de ska kunna arbeta hälsofrämjande. Det första steget i motivationsarbetet är att patienterna får en medicinering och att de sedan får ett konsekvenstänkande.

Att känna sig bakbunden

Möjligheten att arbeta med att motivera patienterna till hälsosammare val belyser sjuksköterskorna som små. För att exempelvis få ta promenader utanför avdelningen krävs både ett beslut och personal för att patienten ska få komma ut. Sjuksköterskan tycker att det är ett hått att motivera patienten till motion på avdelningen och på promenadgården då avdelningar är trånga och promenadgården är liten samt att det finns få möjligheter till olika fysiska aktiviteter. De träningsmöjligheter som patienterna har tillgång till anser sjuksköterskorna vara tråkiga. Patienterna kan exempelvis inte välja att träna med fria vikter som patienterna själva önskar.

jag tycker ju inte att vi gör det vi egentligen borde kanske göra för patienternas hälsa å mående men men så är vi ju lite bakbundna då.

Att fungera som inspirationskälla till patienterna är svårt trots att sjuksköterskorna vet att de borde. Det finns en paradox där vårdens struktur gör det tacksamt att på ett enigt och

beprövat arbetssätt följa strukturen utan att behöva reflektera samtidigt som det begränsar möjligheterna till spontanitet och oplanerade aktiviteter. Det finns en trygghet i att vara bakbunden där det viktigaste är enighet och struktur trots en uppenbar kunskap om vilka riktade insatser som skulle behöva erbjudas. Spontana idéer och förslag dränks i majoritetsbeslut och rädsla för att göra annorlunda mot vad andra tycker. Detta sammantaget leder till att sjuksköterskorna känner sig bakbundna.

Att ha fyrkantighet och struktur som grund

Den rättspsykiatriska vården omgärdas av regler och rutiner vilket ger patienterna en struktur. Grunden för motivationsarbetet med patienterna är den strukturen och genom att ge patienterna enkla tydliga besked. Obligatoriska aktiviteter på schema motiverar patienterna och visar deras förmåga till anpassning och samarbetsförmåga för att de ska komma vidare och det ska bygga på respekt för patienternas integritet.

Vi behöver fyrkantighet och struktur naturligtvis men jag kan säga jag skulle önska att flera mötte patienterna på ett lite mer respektfullt sätt

Fyrkantighet styr sjuksköterskornas arbete då de erfar att patienterna endast kan motiveras till en förändring i taget. Att stötta patienterna att sluta röka är inte prioriterat då sjuksköterskorna anser att andra livsstilsförändringar är viktigare att genomföra först.

det är ju vi dåliga på att motivera å sluta för att vi tycker att om dom slutar med nåt annat så är går det först behöver inte sluta med allt, på nåt sätt för när dom kommer till oss så är dom oftast .. vi har många missbrukare av tyngre saker än cigaretter liksom å då tycker vi att du är utan amfetamin så kan dom väl röka då

Det som ligger till grund för det hälsofrämjande motivationsarbetet är vårdens struktur och fyrkantighet. De regler och rutiner som finns förväntas patienterna följa samt att de genomför de prioriterade livsstilsförändringarna. Patienternas behov värderas utifrån vilken drog som är farligast. Rökning anses inte vara lika farlig om patienterna tidigare missbrukat tyngre droger. Oavsett patientens inställning till att sluta röka så sker motivationsarbetet utifrån det mer allvarliga missbruket.

Piska och morot - konsekvenstänkande

Det finns en ambition för både sjuksköterskor och patienter om att patienterna slutligen ska skrivas ut från den rättspsykiatriska vården men det är svårt att hitta delmål som stärker motivationen. Sjuksköterskorna erfar att det är svårt att få patienter att genomföra livsstilsförändringar trots att viljan finns. Det måste gå att bevisa en vinst eller en positiv konsekvens med aktiviteten för att patienterna ska känna sig motiverade i det hälsofrämjande förändringsarbetet. Insatserna är annars ogjorda och det hämmar sjuksköterskornas motivation. Det är svårt att övertyga patienterna om deras faktiska resurser och att de kommer må bättre om de tar promenader eller tränar i gymmet. Effekten uteblir om sjuksköterskorna inte kan ge exempel på vad som kommer bli bättre av en

promenad eller förbättrad kosthållning. Det enda sättet att få igenom en livsstilsförändring är genom negativa konsekvenser om planeringen inte följs.

Ja liksom det va ju det att han ville ha en snabb lösning på det, han ville operera magen till slut och då liksom va är du dum i huvet helt enkelt? Det är ju bara du behöver ju bara röra på dig så går det ju liksom bort. Rör på dig mer än vad du äter och tänk på vad du äter så så löser det sig självt. Behövs inget ingrepp i kroppen och det höll han ju med om. Det är piska och morot.

Det hälsofrämjande motivationsarbetet sker genom att sjuksköterskorna informerar, ger konkreta exempel samt att patienterna får konsekvenser av sitt handlande. Sjuksköterskorna beskriver dessa erfarenheter som att patienterna behöver både piska och morot. En sorts handling och konsekvens. Det finns en brist på kreativitet genom att sjuksköterskorna inte har ork eller fantasi att se andra alternativ för att motivera patienten till förändring.

Att medicinera går först

Lösningen på all form av allians och följsamhet till struktur och sin egen planering är medicinering. Det är en förutsättning för att någon form av framsteg ska ske. Medicineringen gör patienterna mottagliga och de går att nå för att skapa en relation. Då kan det hälsofrämjande motivationsarbetet starta. Sjuksköterskornas individuella resurser och andra terapeutiska hjälpmedel anses vara överflödiga så länge patienterna inte är i balans rent medicinskt. Då är det hälsofrämjande motivationsarbete också överflödigt.

först ska vi se till att den här personen inte är psykotisk än att den ska äta bra och motionera

Patienterna behöver påbörja medicineringen som ett första led i vårdprocessen. Medicinering tillsammans med rutiner och struktur ger en helhet som leder till att patienterna blir mottagliga för ett hälsofrämjande motivationsarbete. Utifrån denna helhet erfar sjuksköterskorna att de kan skapa en relation med patienterna och patienterna får förmågan att ta emot information. Sjuksköterskorna lägger en avgörande vikt vid tabletter och injektioner och underskattar betydelsen av sig själva i det hälsofrämjande motivationsarbetet. Hinder så som patientens psykiska diagnos och de funktionsnedsättningar som det medför tenderar att stoppa övriga interventioner till dess att patienten är i balans. Patienternas förmåga att anpassa sig till strukturen förbättras avsevärt och det hälsofrämjande motivationsarbetet kan starta men först när patienten är medicinerad.

7.1.2 Motivation förutsätter relation

För att kunna arbeta med hälsofrämjande motivationsarbete behöver sjuksköterskorna ha en relation till patienterna. Genom att sjuksköterskorna gör saker tillsammans med patienterna så skapas en relation dem emellan lättare. När sjuksköterskan har samtal med patienten pratar de indirekt om hälsofrämjande förändringar. Det väcker en idé hos patienten som patienten senare återkopplar till sjuksköterskan och motivationsarbetet kan fortsätta. Sjuksköterskorna upplever att de själva är det verktyg de har för att arbeta med patienterna

vilket även kan leda till att sjuksköterskorna själva förlorar sin egen motivation om de upplever att patienterna inte fullföljer en uppjord planering. När sjuksköterskorna når patienten gör det skillnad i motivationsarbetet.

Att nå patienten

För att nå patienterna behöver sjuksköterskorna vara tillsammans med patienterna och göra saker tillsammans. Relationen skapas utanför avdelningen på en promenad eller en stadsresa. Det är lättare att bygga på relationen under en promenad där samtalet blir mer förutsättningslöst och ofarligt trots att sjuksköterskans ambition kan vara väl förankrad. Promenader bygger både tillit och är hälsofrämjande vilket gör den effektiv i dubbel bemärkelse. Genom att ta sig tid och uppmärksamma förändringarna i patienternas mående så visar sjuksköterskorna att de är engagerade i patienterna.

att patienter som inte vill gå ut å göra saker själva typ promenad men om man säger själv men om jag inte byter om när jag kommer tillbaka efter lunchen så går vi ut tillsammans så kan man ju få med sig patienten där och sen om man gör det tillsammans först å sen gör patienten det själv till slut å inser att jag mår ju bättre av det så kan man liksom förstärka det positiva dom positiva upplevelserna som patienten har då

Förutsättningen för det hälsofrämjande motivationsarbetet är att det finns en relation. Sjuksköterskan är medveten om att engagemang smittar och bidrar till en positiv inställning till den hälsofrämjande livsstilsförändringen. Utmaningen blir att kunna möta patienten exakt där de befinner sig och en fingertoppsförmåga att känna av vilka delar i det hälsofrämjande arbetet som går att arbeta med. Det är en färdighet att ha förmågan eftersom risken finns att patienten kränks eller att det inte överensstämmer med patientens egna mål. Fyrkantigheten måste kunna få stå åt sidan för att möta patientens egna behov. En gemensam lösning med patienten i centrum är målsättningen där patienten ska göra jobbet och sjuksköterskan ska stödja.

hur det motiverar mig å ju just det här när man når fram att man ser resultat och eftersom jag är ny sjuksköterska så tycker jag, jag fick resultat å det är viktigt och visar att det faktiskt gör skillnad. Det var väldigt berörande och det med motivation är ju att jag vill ju att de ska komma härifrån och att dom inte ska lida om man ska ta det på ett högre plan, humöret är ju upp och ner men så att de kan må bättre på sikt

Sjuksköterskorna erfar att patienterna vill bli bekräftade och lyssnade till för att det hälsofrämjande motivationsarbetet ska ta form. När sjuksköterskorna når patienterna och får en relation till dem gör det skillnad och ger resultat i det hälsofrämjande motivationsarbetet.

Att ha sig själv som verktyg

Att använda sig själv som verktyg präglar det patientnära vårdarbetet. Personliga egenskaper och färdigheter tillsammans med värderingar och erfarenheter påverkar yrkesrollen. En avgörande betydelse av det hälsofrämjande motivationsarbetet färgas av hur sjuksköterskorna själva mår. Har sjuksköterskorna det besvärligt privat så präglar det engagemanget på arbetet lika mycket som när det är bra. Motivationsarbetets kvalitet präglas

av sjuksköterskans personliga välbefinnande snarare än patienternas kapacitet. Sjuksköterskorna anser att det är viktigt att vara ärlig mot patienterna, är sjuksköterskan själv inte motiverad att arbeta blir det falskt gentemot patienten.

så tror jag det är för alla man är ingen maskin utan man jobbar med sig själv liksom

Att vara en förebild för patienterna smittar av sig. Relationen är beroende av sjuksköterskans förmåga att använda sig själv som verktyg och förmågan att analysera sina insatser. En ärlig och engagerad sjuksköterska når patienten i det hälsofrämjande motivationsarbetet.

Att så frö

Ett sätt att motivera patienten är att indirekt prata om hälsofrämjande livsstilsförändringar. Att "så frön" som patienten sedan kan ta med sig och fundera vidare på. Patienten får en samlad bild av intrycken i samtalet och det blir lättare att vid nästa samtal starta där man slutade. Patienterna känner att de har valet att själva bestämma vad som ska ske samtidigt som sjuksköterskan känner att ett frö växer och frodas helt enligt intentionerna.

men ofta tycker jag att man kan så frön å så kan man gå tillbaka till det där å så ser man att patienten har tänkt på det dära å då tänker jag att man har inte aktivt kanske jobbat med motivationen men man har ändå gjort det eh man har en baktanke med att man säger vissa saker å då blir ju det motivationsarbete fast att det kanske inte är nu ska vi ha ett motiverande samtal här

Genom att "så frö" skapas en relation mellan sjuksköterska och patient. Patienten känner sig bekräftad och det fria valet över sin egen kropp är betydelsefullt samtidigt som patienterna märker att personalen vill dem väl. Här startar nästa fas av sjuksköterskans hälsofrämjande motivationsarbete eftersom relationen och förtroendet etablerats.

Att förlora sin egen ork att motivera

En känsla av förlorad ork infinner sig när patienterna inte fullföljer aktiviteterna i det hälsofrämjande motivationsarbetet som designats. Orken att motivera patienterna försvinner om resultatet av förändringen uteblir eller förringas. Fördomen om den rättspsykiatriska patienten uppfylls genom att de återgår till gamla vanor och mönster och är omöjliga att återanpassa, eller avsaknad av vilja till en sundare livsstil. Sjuksköterskorna erfar att deras ord och förtroende missbrukas eftersom de känner sig skuldbelagda för patientens egna misslyckanden och att patienterna inte ser sin egen del i det uteblivna resultatet. Det medför att det hälsofrämjande motivationsarbetet uteblir.

vi hade en patient som eh... .. hade permission, hade varit här ett tag när jag började, han ville han ville få mer permissioner. Jag snackade mycket med honom, han gick 12-stepsprogrammet, stöttade honom och snackade med honom gång på gång under en längre period å så kom han alltid tillbaka onykter efter permission och kom tillbaka å ... eh ... det är tråkigt och det är ja man tappar musten efter ett tag. Han är kvar i samma spår

Förlorat engagemang och frustration infinner sig när patienterna inte fullföljer det hälsofrämjande motivationsarbetet. Risken är att det drabbar andra patienter som sjuksköterskorna vårdar. Relationen som är en förutsättning för motivation påverkas negativt av att inte kunna använda sig själv som verktyg på ett tillfredsställande sätt samtidigt som orken minskar. Den bristande motivationen hos sjuksköterskorna innebär att inga frön bli sådda.

7.1.3 Att uppleva osäkerhet kring ansvaret

Det råder en osäkerhet kring sin egen kunskapsförmåga av hälsofrämjande motivationsarbetet och vilka åtgärder som kan vara aktuella. Motivationen av patienterna uteblir eftersom det saknas rimliga argument till varför en förändring måste ske. Det finns också tvivel på vilken roll och hur konsekventa och insisterande sjuksköterskorna får vara om patienten misstycker. Genom att använda sig av framtagna vårdprogram erfar sjuksköterskorna att strukturen och att samtalen med patienterna om en hälsosammare livsstil är lättare och mindre kravfyllt. Traditionens makt är stor vilket innebär att det kan råda delade meningar inom personalgruppen vilka hälsofrämjande insatser som är mest lämpliga och det påverkar valet av intervention.

Att tvivla på sina egna kunskaper

Tvivel på sin egen kunskap leder till bristande självförtroende. En rädsla smyger sig fram att inte våga ta egna beslut i det hälsofrämjande motivationsarbetet. Det bristande självförtroendet leder till att sjuksköterskorna inte vågar argumentera för patientens bästa på ronder och vårdkonferenser med läkaren eftersom det finns ett tvivel över sina kunskaper. Det kan röra mediciner som ger mindre viktuppgång, krypningar och stelhet till följd av neuroleptikabehandling eller värk som i sin tur leder till minskad förmåga till hälsofrämjande aktiviteter för patienten. Personalgruppen är splittrad och det förs ständiga diskussioner gällande vad som anses vara mest hälsosamt för patienten. Traditionens makt är stor. Vårdprogram och formulär underlättar arbetet och ger en nyanserad och korrekt beskrivning av status och vilka insatser som kan behövas utifrån patientens svar. Det blir en tydlig struktur på samtalet och mindre kravfyllt. Det efterföljande mötet med patienten och kontaktperson bidrar till att patienten känner sig delaktig och mottaglig för det hälsofrämjande motivationsarbetet som sjuksköterskorna föreslår. Följsamheten blir bättre när kontaktpersonen är med, vilket avlastar sjuksköterskan i ansvarsfrågan, och tvivlet på sina egna kunskaper kan vila mot formulär och vårdprogram och de får hjälp i motivationsarbetet istället för att ensamma bära det. Tvivel suddas ut av den handledning som sjuksköterskorna får. Där stärks deras förmåga att bemöta patienterna på ett sätt som främjar det hälsofrämjande motivationsarbetet.

....man har ganska dåligt självförtroende man tror inte att man vet så mycket som man faktiskt vet å då vågar man inte heller prata om det

Sjuksköterskorna har kunskaper om vad en hälsosam livsstil innebär men de har också ett dåligt självförtroende vilket gör att de inte har modet att arbeta med hälsofrämjande motivationsarbete.

Personalen tycker synd om patienterna som är inlåsta under helgerna på avdelningen och därför ger personalen dem fler portioner och ohälsosam mat. Patienterna får bra kost under vardagarna då de inte serveras efterrätter och kaffebröd. Sjuksköterskorna försöker minska patienternas sockerintag under vardagar men de kan inte neka patienterna att köpa godis. Patienternas mediciner gör dem hungriga och det leder till viktuppgång i och med att de får i sig energi men inte kan göra av med den då de är inlåsta på avdelningen.

man försöker ju att dom ska äta hälsosamt det är ju landstingets mat om man säger frukost lunch och middag ehh men däremellan att man inte försöker inte servera fikabröd varje dag utan att det blir koncentrerat på helgen å så där så att vardagsintaget blir ganska som normalt eftersom de är här så länge

på helgen då man jobbar man jobbar varannan helg då tycker man synd om patienterna som inte har nånstans å åka på permission utan dom är kvar på avdelningen över helgen då måste dom ju få nåt å då med få nåt så menar man att dom ska få chips eller popcorn eller chokladpudding.

Patienterna inom den rättspsykiatriska vården får hälsosam mat under vardagarna men intentionerna med samtal kring att välja hälsosammare kost raseras under helgerna då patienter tillåts välja ohälsosamma maträtter samt att personalen ger dem större portioner. Det är svårt att genomföra ett hälsofrämjande motivationsarbete då patienterna själva ser på sin hälsa på ett annat sätt och agerar utifrån det. Patienterna motiveras till att bekanta sig med olika grönsaker och frukter men när de själva får önska maträtter under helgerna så väljer de onyttig mat som hamburgare. Motivationsarbetet med patienterna för att välja hälsosammare mat raseras i och med att den onyttiga maten serveras på helgerna. Sjuksköterskan förstår att patienterna gör dessa val, att de hellre vill ha hamburgare, då sjuksköterskan själv uppfattar vårdens vardagsmat som tråkig. Patienterna själva kan tycka att de mår bra trots att de har en kraftig viktuppgång. Sjuksköterskorna tycker det är bra att patienterna rör på sig men de erfar att patienterna är mer intresserade av att spela kubb och pingis för att vinna och ha kul och inte för motionens skull. Lika motsägelsefullt upplevs det när patienterna får stadspromenader beviljade. Denna aktivitet anses vara bra utifrån att patienterna rör på sig men samtidigt fikar de med onyttigt fikabröd vilket bedöms av sjuksköterskorna som att den beviljade stadspromenaden i sin helhet ger patienterna ett välbefinnande. En liknande bedömning görs av sjuksköterskorna om att patienterna upplever rökningen och maten som det som stimulerar dem och ger dem välbefinnande. Det finns både olika åsikter inom personalgruppen om vad hälsa är samt att patienterna själva har sin syn på vad hälsa är. Det gör det hälsofrämjande motivationsarbetet motsägelsefullt.

men alla patienter mer eller mindre röker, där är det supersvårt att motivera å sluta det finns folk som kommer hit och kanske å inte rökt på länge men hamnar i den här miljön och ja där det är rökning och mat å sånt som stimulerar dom som ger dom nån form av glädje eller tillfredsställelse

Det hälsofrämjande motivationsarbetet är svårt utifrån diskussionen vad är hälsa och vem som bedömer att det är hälsa. I det hälsofrämjande motivationsarbetet ryms det mycket olika delar, som begrepp, vad hälsa innebär, rörelse, kost och välbefinnande samt att både personalen sinsemellan och att personalen upplever att patienterna själva har sina åsikter och kunskaper om vad hälsa är. Det intervjuerna visar är att sjuksköterskorna lämnar sitt ansvar att kompensera patienten.

Att överlämna ansvaret till patienten

Patienterna har inte den uthållighet som krävs för att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar. Patienterna ger upp innan det visat sig om förändringen haft någon effekt. Det saknas uthållighet och därför uteblir engagemanget och motivationen från sjuksköterskorna. Ansvaret lämnas över till patienterna trots vetskap om att de saknar förmåga att se samband mellan olika symtom i sin hälsa och på egen hand tänka hälsofrämjande.

efter det så började patienterna ju faktiskt dricka mer lightprodukter och tycka att det var helt okey för att då hade de lite svart på vitt att det faktiskt inte var så mycket skillnad i smak ja det funka och likadant med iste nån gång med socker och sen sötningsmedel å det var det faktiskt nu höll det inte det så där skit länge men många som efteråt hade suketter i kaffet istället för socker men det höll väl typ två veckor

Patienterna har inte förmåga att ens fortsätta med en liten förändring under en längre period. Sjuksköterskorna lämnar patienten ensam med ansvaret att fortsätta med förändringen. Det blir ett uppdrag som inte kommer att slutföras och det vet sjuksköterskorna om. Men motivationen saknas att stödja och det blir enklare att lämna över ansvaret till patienterna och sedan observera misslyckandet istället för att vara en del av det hälsofrämjande motivationsarbetets väg mot förbättring. Det hälsofrämjande motivationsarbetet är svårt när patienterna inte har uthållighet och motivation under tillräckligt lång period för att förändringen ska göra skillnad i deras hälsa så att det blir märkbart för patienten.

som det här med rökavvänjningen, ja jag vill sluta röka och kan jag få nikotinplåster och han håller upp i två dagar men han är fortfarande trött när han går uppför trappan. Det är ingen ide nå, för det händer inge ändå ... men det tar ju ett år det hinner han aldrig uppleva liksom

Det bristande hälsofrämjande motivationsarbetet från sjuksköterskorna leder till att patienterna förlorar sin lust att fortsätta förändringsarbetet. Det föds en tillfredsställelse och stolthet när de ser patienter som löptränar men tycker inte att de varit delaktiga i motivationsarbetet för att nå dit. Sjuksköterskorna erfar att det enda sättet för patienterna att komma vidare i vården och känna tillfredsställelse är genom självläkning. Det hälsofrämjande motivationsarbetet är således inte avgörande. Det saknas en bedömning över vilken nivå på förändringsstegen som patienterna befinner sig på. Patienternas motivationsnivå är okänd och trots det så överlämnar personalen ansvaret till patienterna.

Att överlämna ansvaret till patienterna samtidigt som sjuksköterskorna känner en osäkerhet kring ansvaret bidrar till att det hälsofrämjande motivationsarbetet misslyckas.

7.2 Hur patienter inom rättspsykiatrisk vård erfar det hälsofrämjande motivationsarbetet

Materialet från intervjuerna och de fynd som framkommer presenteras i två kategorier med tillhörande underkategorier enligt tabell 3. Citaten som presenteras är utvalda för att beskriva och illustrera de resultat som framkommit i studien.

Tabell 3: Kategorier och tillhörande underkategorier – patienternas erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete

Kategorier	Underkategorier
Att vara beroende av personalens engagemang	Att personal är tydlig och sätter gränser ger riktning framåt
	Att inte bli behandlad med värdighet och respekt dödar viljan
	Att personal visar kärlek och omsorg ger kraft att orka
	Att känna tillit till personalens stöd och uppmuntran
	Att vara medveten om vilka riktade stödinsatser som borde erbjudas
Att vara beroende av vårdens struktur	Vården upplevs hierarkisk och bestraffande
	Att se förbättringsmöjligheter på avdelningen som inte uppmärksammas
	Betydelsen av att få känna sig fri

7.2.1 Att vara beroende av personalens engagemang

Patienterna beskriver de positiva och negativa erfarenheterna av personalens insatser som avgörande för att känna sig motiverade till hälsofrämjande aktiviteter eller som hinder och skäl till motivationsförlust. Patienterna erfar att relationen och personalens bemötande är viktig och ser sig själva som hjälpsökande. Patienterna berättar att det inte är så lätt att själva ta kontakt med en personal och patienterna beskriver sig också som tyst hjälpsökande vilket ställer höga krav på personalen att uppmärksamma detta, trots att hjälp inte efterfrågas. Negativa erfarenheter av personalens förhållningssätt kan till och med göra att patienten ger upp.

Att personal är tydlig och sätter gränser ger riktning framåt

Patienterna erfar att regler och tydlighet som synliggörs genom personalens förhållningssätt på avdelningarna bidrar till motivation, kraft och framgång i det hälsofrämjande motivationsarbetet. Att känna sig trygg på avdelningen är en viktig faktor och det föranleds av vad patienten måste förhålla sig till för regelverk. Det framkommer att extraordinära insatser i rätt läge och av rätt person motiverar till hälsofrämjande insatser och följsamhet

för patienten. Det finns en uppskattning och en efterfrågan av gränssättning och tydlighet vilket är framgångsrikt. Det finns ett behov att mötas av tydlighet och av någon som tar tag i taktpinnen i vårdarbetet och säger ifrån när patienten gör fel utan att vara orättvis.

Att dom behandlar mig strukturerat, omhändertagande. De är noga med vad jag gör. Ser till mig, så då blir jag normal varje gång. Jag känner mig normal då. De säger till mig att 'så där får man inte göra, så där säger vi inte.' Istället för att bara gå därifrån och säga du är sjuk eller nåt. Utan de säger till. Om jag säger så här då: 'Fy fan vad sjuk i huvudet du är'. Så säger dom, 'så där får man inte säga. Om du håller på så där får du gå in på ditt rum.' Så gör dom.

När allt är som mörkast och patienterna upplever en känsla av att befinna sig på botten krävs det ibland att personal förmår sig att våga ta för sig och inte väntar på att patienterna ska fråga om hjälp eller förväntas visa sig ledsen och sårbar för att få gehör och uppmärksamhet. Patienterna berättar att de inte alltid vet vilka åtgärder som de är i behov av.

Inspiration. Kärlek. Tydlighet. Sätta gränser. Jag bodde på XX och mådde väldigt dåligt när jag kom in. Då var jag helt slut och ville sova bort dagarna. Då kom det in en man, lite äldre, han är väl i alla fall 60plus. Sen stövlade han in på mitt rum en morgon, drog upp persiennerna och skrek, det här är inte bra! Allvarlig känsla. Jag tänkte, vafan gör gubben? Jag hade ju inte lärt känna honom än. Men idag kan jag se att det var jätligt bra gjort av honom... Lite stake, Hans vrede var ju kärlek. En gränssättning, du kan inte hålla på så här liksom, och ligga så här. Du måste upp, annars kommer du att fastna i sängen. Äkta kärlek ställer ju krav. Men måste också finnas uppmuntran och empati. Man måste möta patienter där den är. Nu kommer det mycket, jag vet. Ögonöppnare! Personalen måste motivera mig. Personalen måste hjälpa mig att resa mig upp.... Exakt! Tack! För han är en väldigt kärleksfull man. Tydlig och stark.

Att personal tar första steget och visar vägen uppfattar patienterna som motiverande i det hälsofrämjande arbetet. Det finns en önskan och en längtan efter en sund livsstil där motion och strukturerade aktiviteter har en positiv inverkan på patienterna som annars riskerar att "sitta och vänta på att vården ska komma till dem". Patienterna erfar att vården ska erbjudas och inte självuppfyllas.

Ja, det gjorde min kontaktperson, en kvinna. Vi hade ett möte i fredags. Hon tog fram mitt schema och sen var det bara blankt. Hon sa, nu XX måste du sätta igång med nåt, det kan inte se ut så här. Men det har ju ju i och för sig redan bestämt mig för att göra redan innan.

Patienterna uppmanar inte personal till insatser men har en önskan om att erbjudas hälsofrämjande förslag på aktiviteter och att en inaktiv position inte är samma sak som att inte vilja erbjudas hälsofrämjande insatser. Motivationen behöver inte alltid vara död utan kan vara vilande. Detta erfar patienterna att personal kan väcka genom sitt sätt att verka tydligt i mötet med patienten. En sorts barmhärtighet där patienten kan vila ut i personalens trygga famn då avsaknad av gränssättning och tydlighet saknats i patienternas förflutna. De hälsofrämjande motivationsinsatserna som patienterna märker att personal utför ger en vilja och ork att våga se in i framtiden med tillförsikt och sträva efter att kunna leva ett liv bortom sjukhuset men en medvetenhet om att lagar och regler är en del av samhället att förhålla sig

till. Det ger en föraning om vad patienterna behöver anpassa sig till redan nu vilket patienterna uppskattar.

Att inte bli behandlad med värdighet och respekt dödar viljan

Det finns en sårbarhet hos patienterna som hämmar det fortsatta behandlingsarbetet och som kan vara svårt att reparera. Vården präglas av relationer och alliansbygge mellan patient och personal och utan det så riskerar drivkraften och viljan till ett hälsofrämjande motivationsarbete att utebli.

Man känner sig lortig och smutsig...Så när XX som jobbade där...han borde inte få jobba på rättspsykiatri tycker jag. Han var hemsk. Sa taskiga saker till mig jämt. Vilken slusk du är, vilken ful tatuering du har, så där skulle aldrig jag göra, du kan inte tatuera in Bamse eller Pinocchio. Det sårade mig jättemycket när han sa sådana där elaka saker jämt. Det var inget roligt. Jag tappade motivationen. Jag orkade nästan inte andas eller leva.

Negativa erfarenheter av personalens förhållningssätt på avdelningen vittnar om oprofessionella attityder och skrämmande människosyn som inger förtvivlan och rädsla. Patienterna känner sig viljelösa vilket leder till hälsofrämjande motivationsförlust. Patienterna vill göra personal medvetna om den beroendeställning som präglar den rättspsykiatriska vården och att patienterna många gånger känner sig sårbara och initiativlösa. Enskild personals negativa insatser påverkar således patienterna lika mycket som de goda insatserna. Patienterna erfar att personalen måste vara medvetna om vilken kraft och påverkan de har på patienterna och att deras insatser många gånger blir avgörande för att orka tänka på hälsofrämjande motivationsarbete eller inte.

Att personal visar kärlek och omsorg ger kraft att orka

Det finns en efterfrågan och ett behov av goda förbilder i personalen. Detta får patienterna att orka med tillvaron och behålla motivationen trots yttre och inre omständigheter. Många gånger är personalen den enda fasta punkten som patienten erfarit i sitt liv. Personalens värme och omtanke ger tilltro och hopp. Patienterna märker tydligt vem eller vilka som de kan anförtro sig till och vilka som visar på egenskaper som gör att patienten känner förtroende och trygghet att öppna sig för och släppa ut sina innersta känslor. Att dela sina känslor med någon uppfattar patienten som en privat angelägenhet och behöver känna förtroende för den man delar det med. Bilden är att personalen visar omtanke och bryr sig om patienterna men att det finns undantag.

Vården blir inte bättre än personalens inställning, deras psyke. Vad dom har för kärlek och medkänsla. Personalens mentalitet smittar ju av sig på patienterna vilket gör det svårt när dom är så olika. Man kan inte prata med allihopa. Det gäller att ha rätt kontaktperson. Man kommer ingenvart, ingen förnyelse. Det blir rondell. Jag skulle kunna bli en bra vårdare.

Patientens definition av kärlek som vårdarna visar handlar om en vårdande attityd där det finns en respekt och förståelse för patienten och en vilja att göra gott. Den varierande graden som patienten erfar av vårdarnas kärlek till jobb och patienter förtäcks av de goda förebilderna som trots allt överväger och präglar patientens bild av den genomsnittlige

personalen. Det tänds ett hopp om en tillvaro bortom sjukhusets staket trots att det kan vara mödosamt för stunden. Kärlek och omsorgsfull personal kännetecknar engagerad personal erfar patienterna. Personal som verkligen brinner för sitt arbete och verkligen vill arbeta med patienterna på riktigt efterfrågas.

Att känna tillit till personalens stöd och uppmuntran

Patienterna vittnar om en vård där man som patient måste uppmärksamma personalen på hälsofrämjande insatser för att få hjälp eller stöd istället för tvärtom. Det finns en osynlig struktur där patienten känner sig tvingad att ta initiativ till personalens uppmärksamhet. Patienten vill ha kontakt med personalen men väljer att söka upp den som känns mest förtroendeingivande och tillitsfull genom kroppsspråk och andra signaler.

När man kommer till såna här avdelningar, då går ju scannern på liksom...Man bara liksom, vilka känns det spontant som att man kan få bäst kontakt med. Det är viktigt. Nu fick jag ju 2-3 kontaktpersoner. Dom fick jag ingen bra kontakt med. Däremot två kvinnor i 40 års ålder fick jag det med, som jobbar här, speciellt en. Jag kände direkt, att dig är jag beredd att öppna mig för. Jag såg det på hennes blick, hennes ögon. Dig litar jag på.

Att få hjälp utan att behöva be om den är ett fynd som framträder klart. Det handlar om personal som gör skillnad och vågar göra det lilla extra för ett hälsofrämjande motivationsarbete ska äga rum utan att patienten behöver be om hjälp alla gånger. Patienterna uppfattar det som varierande grad av kapacitet på vårdpersonalen. Engagemang är inte alltid tillräckligt utan själva intentionen och övertygelsen om att personalen verkligen vill väl skapar förtroende och tillit som inte är självklar.

Du märker väl ganska snabbt på en människa om han eller hon lyssnar på dig? Eller hör snarare. Personkemi liksom. Erfarenheter av livet. Man måste ju få öppna sig och släppa ut det man har inom sig till någon. Sina känslor.

Tillit gör att patienten vågar öppna sig och känna förtroende för personalen och ryms inte i några böcker eller regler erfar patienterna. Många patienter har levt hela sitt liv genom andras bedömningar och tolkat ansiktsuttryck och intentioner genom andras sätt att vara. Ord behöver sällan sägas eller uttryckas för att en åsikt eller känsla ska förmedlas. Många patienter har således en uppfattning om personalens inställning långt innan personalen själva har det genom sitt sätt att förhålla sig och sitt sätt att vara.

Att vara medveten om vilka riktade stödinsatser som borde erbjudas

Patienterna har förmågan och kunskapen kring betydelsen av motion, goda kostvanor och avhållsamhet från tobak, droger och alkohol ger. Det finns också en önskan om att få mer hjälp att exempelvis sluta röka eller motionera mer för en sundare och mer hälsofrämjande livsstil.

Ja, och nikotinplåster och tuggummin och sånt *klappar sig på armen*. Hjälpt oss att trappa ner lite grann. Vi kanske kan snusa istället? Jag tycker fler ska få hjälp med att sluta röka, det tycker jag. Och hur ofta behöver man röka egentligen?

Promenad och övriga motionsaktiviteter efterfrågas i hög grad och det finns en medvetenhet om vilka positiva effekter som motion frambringar, inte bara på den fysiska hälsan och utan också i hög grad på den psykiska hälsan. Patienterna har en önskan om att få träna mer med tanke på dess effekter som de tydligt märker av.

Jo, jag har börjat att köra i ett viktrum här på sjukhuset kom jag på! ... Finns såna där bollar, gummiband och sånt. Men vikter gillar jag inte, det är jag för gammal för.... Stretchar och tänjer ut lite. Men inga vikter...Smidigare. Känns befriande. Nästa fråga! (Tystnad) *Rycker på axlarna*. Varmare känner jag mig. Behaglig känsla i kroppen. Nerverna får frid av träning.

Just en medvetenhet om motionens betydelse för en hälsosam livsstil framkommer tydligt och patienterna efterfrågar mer motivationsarbete av personal för att förverkliga en strävan efter att röra på sig och att få stöd till att faktiskt få det att äga rum. Många patienter har kunskap men saknar tålamod och motivation att orka genomföra en aktiv process för att exempelvis sluta röka eller träna mer.

mmm... Jag måste ju sluta. Men det har jag gjort många gånger. Till slut slutar man inte. Var det den här frågan? Man behöver en spark i arslet. I alla fall jag.

Det finns en medvetenhet om sina egna begränsningar vad gäller tålamod och engagemang. Att tidigare ha misslyckats med att sluta röka eller att alltid ha rört på sig i begränsad form innebär inte patienterna vill förbli inaktiva eller inte försöka att sluta röka igen. Patienterna har en vilja men behöver engagerad personal som stöttar aktivt och som vågar föreslå riktade insatser som de själva kommer att hjälpa patienterna till att genomföra. Patienterna sträcker ut en hand som vårdarna inte fattar tag i. Patienterna menar att det är en resa att försöka bryta en ohälsosam livsstil men de behöver hjälp att ta sig dit. Det krävs hälsofrämjande motivationsarbete från engagerad personal. Patienterna erfar att vägen skulle vara mödan värd om någon tog deras hand och förde dem framåt genom de stödinsatser som patienterna indirekt efterfrågar.

7.2.2 Att vara beroende av vårdens struktur

Att vara dömd till rättspsykiatrisk vård försätter patienten i en beroendeställning. Patienten hålls ansvarfri för brottet de är dömda för, men med tvångsvård erfar patienter en maktlöshet över att leva i en behandling som är tidlös, oviss och reglerad. Detta till den grad att patienten erfar att det är svårt att få sin röst hörd eller alls kunna påverka en fyrkantig, åldersstigen och strukturerad vårdkultur där frustrationen växer och leder till negativa konsekvenser om patienten visar det. Patienterna erfar att viljan till mer hälsofrämjande motivationsarbete finns, men att den dränks i byråkrati och att hela tiden bli hänvisad till ett beslut fattat av någon som inte är närvarande och kan motivera beslutet. Det upplever patienten som bidragande till motivationsförlust och en känsla av att behöva stänga sig blodig för att få sin röst hörd eller sin vilja igenom.

Vården upplevs hierarkisk och bestraffande

Det vittnas om en tyst ilska som växer i takt med den ovissa vårdtiden på avdelningarna. Personalens regler och gamla strukturer används som ursäkter för att slippa förklara och stå för beslut och konsekvenser som inte alltid upplevs vedertagna eller genomtänkta. Att bita ihop och genomlida dagar där patienterna plågas leder till bristande motivation till hälsofrämjande aktiviteter trots ett visst begränsat utbud.

nej, men man vill inte tjafsas liksom. Det syns inte på utsidan. Men inombords kokar man för att man är frustrerad, hajar du? Men man vill inte slå nån. Då får man inte göra något alls. Men det är det som man behöver liksom. Men det är försent då.

En känsla av att inte bli tagen på allvar eller hela tiden bli hänvisad till någon väcker ilska men också uppgivenhet att strida mot rättvisa och förbättrade möjligheter att utveckla och få möjlighet att röra på sig mer eller få tillgång till motionsredskap, utökade träningsmöjligheter på schema och lokaler som är mer ändamålsenliga.

Personalen är positiv till att jag ska få träna mer men det är chefen som säger ifrån. Personalen säger att dom pratat med chefen om mer personal men det funkar inte. Jag får göra det själv istället om det ska bli nån ordning på det här stället. Om nåt på avd går sönder och man vill att nån ska fixa det så försvinner det istället för att bli lagat. Som bestraffning. Det gör mig sne du vet. Kollektiv bestraffning. Som med dom fria vikterna. Nån kan inte hantera det, då tar vi bort dom. Man tappar sugen liksom.

Patienterna upplever en orättvisa där personalens erfarenheter av om något varit framgångsrikt eller farligt präglar vårdkulturen till oändlighet utan att utvärderas eller ifrågasättas. Om patienterna ifrågasätter möts de av motstånd och de anses vara krävande eller inte underkasta sig vården som erbjuds. Risken finns att patienterna faller tillbaka och de anses samarbetsvilliga först när de förlikat sig med den struktur och det regelverk som finns i vårdvardagen.

Att se förbättringsmöjligheter på avdelningen som inte uppmärksammas

Den psykiatriska vårdtiden för en patient varierar men den genomsnittliga vårdtiden är många år. Det innebär att patienterna tillbringar stor del av tiden på vårdavdelningarna och får en god insyn i det faktiska vårdarbetet, vad som fungerar och inte fungerar. Att veta sin kapacitet och vad som skulle kunna göra vården bättre kan många gånger vara väl underbyggt och är erfarenheter som leder till motivationsförlust.

Men jag kan se brister, det kan jag...Personalen sitter och bygger pussel i tre timmar och löser korsord i tvsoffan...Jag menar, det är signaler för mig. Det borde kunna ske något annat.

Patienterna erfar att det är den enkla vägen att ställa in patientens aktiviteter eftersom det anses vara minst prioriterat. Patienterna erfar att det är just dessa åtgärder som leder till motivationsförlust och i längden mindre lust till hälsofrämjande aktiviteter och att en prioritering av dessa aktiviteter snarare skulle gynna det hälsofrämjande motivationsarbetet

då patienterna ser att det är viktigt och betydelsefullt att de blir av. Patienterna erfar att personalens mål och behandlingsinsatser skulle nå bättre resultat genom detta och att frågan borde vara prioriterad i deras vårdvardag och inte bara i patientens. Att vara beroende av de strukturella linjerna i vården erfar patienterna vara fängslande i lika stor utsträckning som stängslet runt sjukhuset.

Betydelsen av att få känna sig fri

Den rättspsykiatriska vården präglas av stigmatisering och patienterna erfar en fängseliknande tillvaro där fokus snarare handlar om att överleva framför att tillgodose sig vårdinsatser och behandlingsalternativ. Frisk luft och möjligheten att få lämna sjukhusets lokaler om så bara för en kort stund väcker lust och en vilja att komma ut och det ger också en känsla av frihet att få andas utanför murar och gallerklädda fönster på avdelningarna bland andra patienter som också är inlåsta.

Jo, det händer. Men inte så i ofta. Men ja vill inte gå ut själv, men jag har gått ut ibland. Men det är inte samma sak. Man blir mer motiverad om man får större frihet. I alla fall för min del. Annars ger det motsatt effekt.

Frihetskänslan är påtaglig vid promenader på sjukhusområdet och vid permissioner istället för att enbart vara på vårdavdelningen. Det har en stor inverkan på patientens motivation. Patienterna efterfrågar en större förståelse från personalen, att våga byta perspektiv till deras och hur det känns att inte få ta del av den frihet som personalen ser som självklar. Att också förstå att en kort promenad tillsammans genererar i styrka att hantera tillvaron ytterligare en tid och att en paus från avdelningen stärker och ger näring att fortsätta orka ta till sig ett hälsofrämjande perspektiv. Det ger kraft och ork att fortsätta kämpa.

...Syresätter hjärnan och kommer ut i det här fältet. tittar ut på det öppna fältet utanför sjukhuset+. Men när jag kommer in på avdelningen igen, då känner jag hur kreativitetsenergin bara...*Visslar och visar med handen hur den faller mot marken*. Jag ska vara ärlig, jag är kreativ fortfarande, men jag får kämpa hårdare...Det finns en energi på avdelningen som saknar energi, det händer ingenting. Och jag ser det på alla patienter också. Jag går och röker, jag går och hämtar en kopp kaffe. Kroppsspråket liksom.

Frihetskänslan är också ett sätt att sträva efter att komma ut från vårdavdelningen på permanent basis och inte fastna innanför väggarna. För långa vårdtider tenderar att forma patienten till en förlikande och uppgiven patientroll. Behovet finns av förebilder bland personalen som hela tiden arbetar för att patienten ska komma ur den rättspsykiatriska vården eller åtminstone vårdas i friare och en mer hemlik miljö. Saknas en önskan om frihet så försvinner lusten och drivkraften till ett annat liv. Patienterna känner en rädsla över att bli "hospitaliserad" och vill att personalen ska sträva efter en inställning att förhindra det.

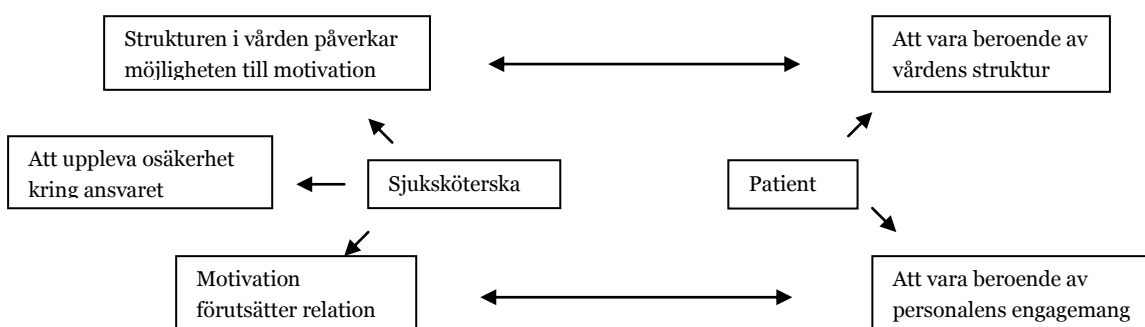
Role-models, det är a och o. För att höja självkänslan. Men här är man ju på ett sjukhus under en väldigt lång tid så att. Så det är så enkelt att man går in i den identiteten.

Patienterna är medvetna om att de är dömda till tvångsvård men ställer sig tveksamma till att personalen vill se dem i frihet. Att inte få längta efter frihet gör att hoppet dör. Om hoppet om en framtid utanför rättspsykiatrins väggar försvinner så känner patienterna att det inte är någon idé att kämpa. Att bli fri är inte längre motiverande och en känsla av uppgivenhet infinner sig. Patienterna känner sig kidnappade av osynliga regler och strukturella hinder som präglar vårdvardagen så att frihet inte längre blir en längtan utan snarare en hägring.

7.3 Resultatsammanknytning

Resultatet av författarnas delstudier redovisas i figur 1 och Orems teori om omvårdnadssystem samt temat redovisas i figur 2. När de båda delstudierna har jämförts har det lett fram till ett tema ”Personalen måste hjälpa att resa mig upp”.

Figur 1: Gemensamma kategorier

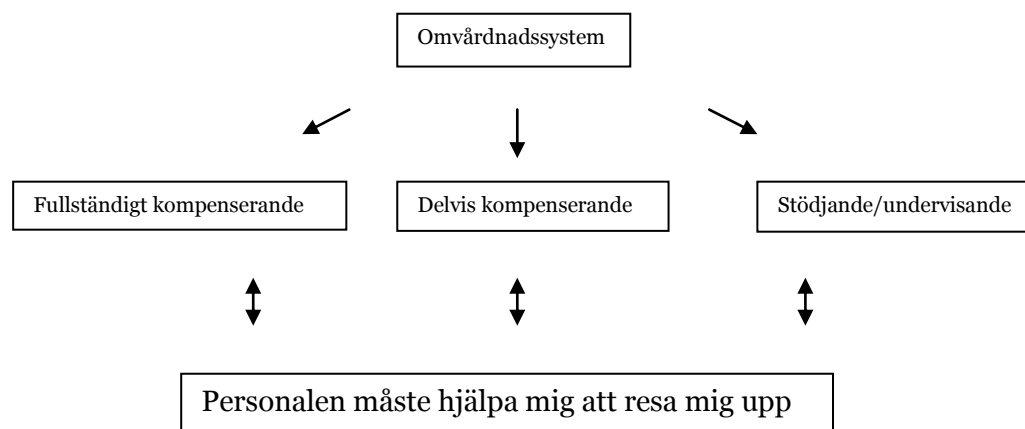


Studien visar att vårdens struktur påverkar både sjuksköterskor och patienter, då de erfar att strukturen ger dem en grund att förhålla sig till och arbeta hälsofrämjande utifrån de ramar som är inom den rättspsykiatriska vården. Strukturen påverkar dem negativt då de erfar att möjligheterna till att påverka det hälsofrämjande motivationsarbetet är få på grund av de regler och riktlinjer som är fastslagna parallellt med den individuella vården. Det framkommer i studien att sjuksköterskor och patienter är beroende av att det finns en fungerande relation dem emellan för att det hälsofrämjande motivationsarbetet ska fungera. Sjuksköterskor och patienter belyser att när motivationsarbetet fungerar bra är både sjuksköterskor och patienter engagerade och motiverade att arbeta hälsofrämjande.

Sjuksköterskorna är osäkra på sina kunskaper att arbeta med hälsofrämjande åtgärder och studien visar att de inte fullföljer sitt ansvar vilket gör att när patienten förlorar sin motivation så lämnas patienten ensam att ta sitt ansvar för sin hälsa. Patienterna uttrycker att de behöver personalens stöd för att återfå förmågan att resa sig upp.

Figur 2: Orems omvårdnadssystem och tema

Figuren visar hur temat knyter an till Orems teori om omvårdnadssystem där patientens förmåga till egenvård är begränsad och vilken nivå av kompensation som sjuksköterskan behöver tillstå.



Den röda tråden i studien är att patienterna vill ha stöd och hjälp av personalen men att personalen delvis missförstår patienternas önskan. Temat som träder fram är "Personalen måste hjälpa mig att resa mig upp". Sjuksköterskorna tar inte det ansvar som patienten önskar för det hälsofrämjande motivationsarbetet. Sjuksköterskan brister i att identifiera patientens egenvårdskapacitet och kan därför inte designa ett omvårdnadssystem utifrån patientens behov. Författarna har funnit att det delvis kompenserande systemet som identifieras under den föreskrivande operationen är det mest aktuella men att det stödjande/undervisande systemet många gånger är tillräckligt.

8 DISKUSSION

Diskussionsavsnittet kommer att inledas med metoddiskussion. I metoddiskussionen kommer syftet och studiens genomförande diskuteras i förhållande till vald metod. Efter det följer etiddiskussion där diskussion kring eventuella dilemman som uppstått eller som har övervägts av författarna inför och under studiens genomförande. I resultatdiskussionen kommer resultatet från studien att ställas mot Orems vårdprocess och tidigare forskning.

8.1 Metoddiskussion

Författarna var inledningsvis nyfikna på varför patienter inom rättspsykiatrisk vård i så hög grad lider av metabolt syndrom men har under den inledande delen av studien ändrat syftet till att belysa det hälsofrämjande motivationsarbetet. Författarna valde att göra en kvalitativ studie för att svara upp mot syftet och i den kvalitativa innehållsanalysen kan skillnader och likheter i forskningspersonernas erfarenheter identifieras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Genom semistrukturerade intervjuer var målet att få fram erfarenheter av motivationsarbete. Under senhösten 2015 gick författarna ut med en muntlig förfrågan till två rättspsykiatriska kliniker och fick då muntligt godkännande att få genomföra studien. Författarna valde att skicka förfrågan och missivbrev till en av klinikerna. I slutet av december fick författarna svar att studien inte kunde genomföras på den kliniken med hänvisning till att kliniken redan varit föremål för flera studier. Då sände författarna förfrågan till nästa klinik. Författarna fick ett skriftligt godkännande från verksamhetschef att genomföra studien. I anslutning till att studien skulle genomföras uppstod problem då kliniken hade infört ett förbud mot inspelning varpå författarna avböjde att göra studien på den kliniken. Ytterligare en klinik valde att avböja medverkan i studien efter några dagars övervägande. Författarna fick sedan kontakt med två andra kliniker där verksamhetscheferna godkände att studien kunde genomföras på deras klinik. På valda kliniker utsåg verksamhetscheferna kontaktpersoner som fick till uppgift att finna sjuksköterskor och patienter som ville delta i studien. Förutom en kvinnlig patient som avböjde så valde patienterna som blev tillfrågade att tacka ja till att delta och att genomföra studien. Författarna kan se det som en svaghet i studien att inga kvinnliga patienter deltog trots förhoppning om och tillfrågan. Det kan ha påverkat resultatet. Författarna hade gärna haft möjlighet att intervjua kvinnliga patienter för att få en eventuell antydning om erfarenheterna mellan män och kvinnor hade skilt sig åt. Kontaktpersonerna hade svårt att finna sjuksköterskor som var intresserade av att delta trots alternativa intervjutillfällen samt att när författarna var på plats på kliniken så avböjde tre sjuksköterskor till att medverka. Sjuksköterskorna, både männen och kvinnorna, som deltog i studien hade varierande grad av yrkesverksamma år inom den psykiatriska vården. Både sjuksköterskor och patienter är åldersmässigt väl representerade. Syftet har under studiens gång preciserats genom att författarna valt att rikta sig mot hälsofrämjande motivationsarbete istället för motivationsarbete för att främja hälsa för att göra syftet mer konkret då hälsofrämjande innefattar det som kom fram i intervjuerna. Författarna anser inte att svaren från intervjuerna har förvanskats. Författarna har använt en intervjuguide (bilaga C). Intervjuguiden har bestått av semistrukturerade frågor som har varit liknande för både sjuksköterskor och patienter. De har varit anpassade så att följdfrågor enkelt har kunnat ställas beroende på de svar som getts. För att tydligt få svar på erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete fick samtliga deltagare frågan om vad motivation och hälsa är, för att förtydliga vilken innebörd orden har för deltagarna. Det anser författarna ha givit tyngd och stärker svarens betydelse. Författarna har utgått från Lundman och Hällgren Granehims (2012) innehållsanalys vid bearbetning av intervjuerna. Författarna har enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) identifierat meningsenheter som svarade på studiens syfte och dessa meningsenheter kondenserades för sedan bli till koder vilka sammanfördes i underkategorier och kategorier. Författarna upplevde det relativt enkelt att

finna meningsenheter och koder som svarade på syftet, att finna underkategorier och kategorier var däremot mer tidskrävande då författarna ville att de skulle innehålla kärnan från intervjuerna. Resultatet analyserades ytterligare ett steg till ett gemensamt tema. Författarna har funnit intressanta erfarenheter som inte har svarat mot syftet vilket författarna har upplevt svårt att bortse från och välja bort. Författarna anser att de fått fram rikligt med material från sina intervjuer. Författarna anser att en kvantitativ metod hade begränsat studiens resultat då inga följdfrågor kan ställas utifrån de flexibla svar som ges. Genom att ställa följdfrågor fångas på ett tydligare sätt de erfarenheter som deltagarna har. En kvalitativ studie ställer höga krav på författarnas förmåga att förbise och kunna reflektera över sin egen förförståelse (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Siffror och statistik förmedlar inte känslor av erfarenhet. Ett frågeformulär till sjuksköterskor och patienter kan ge en större samstämmighet i sina svar men det kan vara svårare att fånga upp nyanser av erfarenheterna. Risk för förförståelse är lägre i en kvantitativ metod då följdfrågorna redan är formulerade. Vid en kvalitativ metod blir inte studiens kvalitet bättre än författarnas kapacitet att kunna ställa rätt följdfrågor och exkludera sin förförståelse. Det är lättare att kunna överväga och reflektera över sin förförståelse i en kvantitativ studie. Författarna upplever att man har lyckats att hantera sin förförståelse gällande rättspsykiatrisk vård och inte påverkat deltagarna i studien genom detta. Fördelen med den valda metoden är att de unika erfarenheterna framträder då sjuksköterskor och patienter har kunnat klä sina erfarenheter i ord. Om författarna hade mött forskningspersoner som inte haft förmåga att klä sina erfarenheter i ord eller varit så ostrukturerade att den röda tråden i intervjun försvunnit hade metoden varit en nackdel. Ytterligare en nackdel med metoden är tidsaspekten då det tagit tid att få tag i forskningspersoner samt att intervjuer och transkriberingar tar tid i jämförelse med en kvantitativ enkätstudie där man når många forskningspersoner inom kort tid. En kvantitativ studie är sannolikt mera kostnadseffektiv. Ett alternativ hade varit att göra en enkätstudie som besvaras med självskattningar i form av frågor om exempelvis hälsofrämjande motivationsarbete. Genom att följa upp denna kvalitativa studie med en kvantitativ enkät med frågor utifrån de funna kategorierna skulle studiens resultat kunna stärkas. Författarna har utgått från Lundman och Hällgren Graneheim (2012) giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet är ett sätt att beskriva trovärdigheten för ett kvalitativt resultat. Tillförlitligheten i studien är god då fem sjuksköterskor och fem patienter intervjuats vid två olika rättspsykiatriska kliniker. Styrkan i studien är att intervjuerna genomförts med fem sjuksköterskor och fem patienter vid två rättspsykiatriska kliniker. Det ger en bredd i de unika berättelserna men samtidigt kan det vara en svaghet i studien då det är just dessa sjuksköterskors och patienters unika erfarenheter av det hälsofrämjande motivationsarbetet. Resultatet har kunnat bli ett annat om författarna intervjuat andra forskningspersoner. Utifrån de forskningspersoner som blivit intervjuade så beror det på deras språk och om dessa sjuksköterskor har brister i att relatera till omvårdnadsteorier. Språket kan vara avgörande för hur författarna analyserar de erfarenheter som förmedlas och forskningspersonernas förmåga att sätta ord på sina erfarenheter och det de gör. Det hade kunnat vara en skillnad om författarna fått intervjuat andra forskningspersoner. Styrkan och svagheten med studien är att intervjuerna visar forskningspersonernas unika erfarenheter. Författarna vill i studien fånga röda trådar genom att det är flera forskningspersoner som generar liknande svar i jämförelse med exempelvis en

studie med en fenomenologisk ansats där författarna snarast vill finna fenomen istället. Författarna har genomfört semistrukturerade intervjuer vilket gör att författarna varit delaktiga och i samspel med forskningspersonerna. Utifrån det har författarna diskuterat sin förförståelse med varandra för att på sätt göra sig medvetna om vilken förförståelse som finns och hantera den i intervjusituationen samt under analysprocessen. I och med att författarna har hanterat sin förförståelse samt att analysen har legat nära de erfarenheter som forskningspersonerna berättat om och att studien genomförts utifrån gällande regler anser författarna att studien är trovärdig (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna anser att studien är överförbar i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Studiens genomförande är tydligt beskrivet och resultatet är stärkt av citat från forskningspersonerna från den rättspsykiatriska vården som tillsammans med analysen av intervjuerna underlättar överförbarheten.

8.2 Etisk diskussion

Författarna anser att studien är etiskt försvarbar att genomföra för att uppmärksamma vilka effekter den rättspsykiatriska vården har på det hälsofrämjande motivationsarbetet med hänsyn till att vårdformen är mot patientens vilja. Författarna upplever det som en styrka i studien att vi har valt att genomföra studien på rättspsykiatriska kliniker där författarna själva inte har arbetat. Båda författarna har arbetat inom rättspsykiatrisk vård vilket ger risk för att förförståelsen kan påverka studien. Författarna hade kunnat genomföra studien på en mer geografisk nära klinik där författarna tidigare arbetat, men valde att med tanke på relationella band och den potentiella förförståelsen att genomföra studien på andra kliniker. Trots att ett antal kliniker tackade nej till att medverka i studien så valde ändå författarna att inte genomföra studien på den mer geografiskt nära kliniken. Genom att beakta detta upplever författarna att ett etiskt ställningstagande har gjorts. Författarna har inte någon relation eller kunskap om vare sig sjuksköterskor eller patienter på de båda aktuella klinikerna vilket författarna upplever har givit sjuksköterskor och patienter möjlighet att lättare svara på författarnas frågor. Patienterna som intervjuades är dömda till rättspsykiatrisk vård vilket kan göra att de känner sig i underläge och tvingade att medverka i studien. Författarna har varit medvetna om detta och informerat tydligt om att det inte finns några krav på att de ska medverka samt att de har rätt att avbryta när helst de så önskar. Författarna upplever att patienterna som deltagit i studien har varit medvetna om vad deltagandet i studien innebär. Författarna vill understryka att om patienterna inte haft förmåga att medverka i studien på grund av psykisk obalans har författarna avbrutit intervjun. Författarna har i anslutning till intervjuerna försökt förmedla en rättvis bild till patienterna i vilken mån denna studie kunnat påverka vården. Detta för att författarna har upplevt att patienterna eventuellt haft förhoppning att deras medverkan i studien snabbt ska kunna påverka vården.

Författarna anser att sjuksköterskorna balanserar med etiska ställningstaganden i det hälsofrämjande motivationsarbetet med patienter dömda till tvångsvård. Författarna har transkriberat intervjuerna ordagrant och författarna har valt att i citat ta med även svordomar för att ge uttryck för vad som verkligen har sagts, författarna vill inte censurera

det sagda. I studien har patienterna haft stor förmåga att klä sina erfarenheter i ord. Sjuksköterskorna har ofta valt att använda svordomar när de beskriver sina erfarenheter. Författarna är osäkra på om det är resultatet av bristande omvårdnads kunskap, bristande språkkunskap eller ett vedertaget språk inom den rättspsykiatriska vårdkulturen.

Eventuella negativa konsekvenser med studien är svåra att förutse. Det finns en risk att forskningspersonerna som deltagit i studien känner sig missförstådda eller felciterade och att författarna misstolkat sjuksköterskornas och patienternas erfarenheter. Författarna har hela tiden utgått från de etiska riktlinjer som presenteras av Vetenskapsrådet (Codex, 2016), informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet. Författarnas ställningstagande till genomförandet av studien är att nyttan överväger riskerna med studien vilket Vetenskapsrådet (Codex, 2016) förtydligar genom den avvägning som alltid sker inför genomförandet av en studie. Skyddandet av forskningspersonerna (individ skyddskraven) har ställts mot forskningskraven.

8.3 Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen har delats in under fyra rubriker utifrån vårdprocessen i Orems teori. Resultatdiskussionen presenteras utifrån de kognitiva operationer som utifrån Orems teori. Diagnostiska operationer, föreskrivande operationer, reglerande operationer och kontrollerade operationer.

Diagnostiska operationer

Det är strukturen och fyrkantigheten som ger grunden för det hälsofrämjande motivationsarbetet. Patienterna förväntas följa denna struktur för att komma vidare i vården. Patienterna har ingen uthållighet att genomföra livsstilsförändringar vilket leder till att de inte hinner få någon positiv effekt av förändringarna de genomför. Patienterna efterfrågar personalens engagemang och omsorg för att orka fortsätta med sina livsstilsförändringar samtidigt som sjuksköterskorna lämnar över ansvaret till patienterna för det hälsofrämjande motivationsarbetet då de själva förlorat sin ork till att motivera patienterna. Vårdpersonalens positiva förstärkning är avgörande för genomförandet av en livsstilsförändring vilket understryks av Wärdig m.fl. (2015). Vårdpersonalen får inte ge upp hoppet om patienten utan måste fortsätta inspirera (Lassenius, 2014). Landstinget Sörmland (2007) arbetar för att vårdpersonalen ska göra patienten delaktig och tillsammans sätta mål för önskad förändring för bäst effekt på det fysiska och psykiska välbefinnandet. Orem (1995) menar att sjuksköterskan i den diagnostiska fasen ska tillgodose patientens universella behov som att främja normalitet. Att få patienten till att känna att livet har en mening och att tillvaron är betydelsefull ligger i sjuksköterskans åtaganden men patienterna i studien känner sig inte betydelsefulla. Sjuksköterskan misslyckas med att tillmötesgå patienter som är motiverade till hälsofrämjande livsstilsförändringar trots att de har en viktig roll att behandla och förebygga metabola syndrom (Svenska Psykiatri Föreningen, 2009). Haw och Stubbs (2011) påpekar att vårdpersonalen ska fortsätta sina ansträngningar för att hjälpa patienterna att äta bra och aktivera sig trots bristande förutsättningar. Den hälsofrämjande motivationsnivån måste i denna fas utforskas ytterligare för att sjuksköterskan ska kunna

finna patientens stadium av motivation så att insatserna kan bli så balanserade som möjligt. Patienternas upplevelse av vården förbättras avsevärt om de får vara med, påverka den och få sin röst hörd, det visar Ryan m.fl. (2008) vilket även författarna har sett i studien. Att orka förändra sin livsstil leder till större möjligheter att själv kunna bedriva ett hälsosamt motivationsarbete precis som Buchanan-Barker och Barker (2008) också konstaterar. Den goda vården utifrån patientens perspektiv bör prägla vårdpersonalens ambitioner till den grad det är möjligt, något som Elbeck (1990) för länge sedan också fann. Det är inga stora krav som patienterna har och det upplever författarna överensstämmer med erfarenheterna i studien. Det kan handla om att kunna påverka tider i träningslokalen eller synpunkter på förbättringsåtgärder på avdelningen. En av de färdigheter en sjuksköterska bör ha enligt Ward och Gwinner (2015) är att lyssna på och låta patienten få framföra sina synpunkter och det är en färdighet låta patienten tala och argumentera för sin egen sak utan att kränka. Patienterna har ständiga misslyckanden att relatera till vilket i denna fas måste lyftas och beaktas genom att sjuksköterskan måste kunna förmå patienten till att orka och våga testa ett sundare livsstilsval trots dåliga erfarenheter, något som Orem (1995) tar fasta på i den diagnostiska operations fasen. Personal gör skillnad genom att engagera sig i patienterna, uppmärksamma dem, är tydlig och sätter gränser vilket bidrar till lust och ökad motivation att leva en mer hälsosam livsstil. Patienterna erfar att den relationella alliansen är avgörande för det fortsatta motivationsarbetet precis som Gilbert m.fl. (2008) också betonar vikten av. Att som patient bli uppmärksammad och få sina behov tillfredsställda ger bättre förutsättningar till att minska riskerna för metabola syndrom och kärleksjukdomar (De Hert m.fl., 2011; Happell m.fl., 2012; Gibson, 2011). Happell m.fl. (2015) har precis som författarna till studien identifierat att brister i det hälsofrämjande motivationsarbetet ökar risker för uppkomst av metabola syndrom men det finns trots vetskapen ett motstånd hos personalen till att se motion och aktiviteter som slukar mer personalresurser som mindre viktiga när man tvingas välja mellan dessa och de som anses vara mer prioriterade vid exempelvis låg personaltäthet. Landstinget Sörmland (2015a, 2015b) arbetar med att patientens delaktighet ska beaktas i vårdprocessen för att patientens självbestämmande ska tillgodoses. Den diagnostiska fasen kräver en gemensam identifiering av patientens egenvårdsbehov där patienter och sjuksköterskor sida vid sida ska arbeta för patientens bästa vilket också författarna har funnit att det finns en vilja till, en strävan att förbättra förutsättningar för patienternas hälsa men där ändå resultatet blir ofullständigt (Orem, 1995). Om patienterna får känna sig delaktiga och får en möjlighet att påverka insatserna och de tider de kan träna på gym kommer patienterna att bli mer motiverade till en sundare livsstil visar studien. Inflytandet är viktigt och kommer att påverka den positiva upplevelsen av vården i större utsträckning precis som Ryan m.fl. (2008) också identifierat. Det är viktigt att sjuksköterskan visar respekt för den förmåga och vilja till förändring som patienten har för det hälsofrämjande motivationsarbetet. Kartläggning av patientens omvårdnadshistoria är viktigt för att finna balansen mellan egenvårdskrav och egenvårdskapacitet. Sjuksköterskorna i studien utgår från sina personliga erfarenheter och minnen där negativa erfarenheter och myten om att patienter inom den rättspsykiatriska vården vare sig vill eller kan välja en hälsosammare livsstil. De bygger inte på datainsamling från den unika patienten vilket leder till obalans och följer inte den diagnostiska operationens riktlinjer. Författarna finner det anmärkningsvärt att sjuksköterskorna inte förmår eller vill identifiera patienternas

motivationsnivå till att sluta röka eller motionera vilket ska ske i den diagnostiska fasen (Orem, 1995).

Föreskrivande operationer

Sjuksköterskorna och patienterna har en gemensam målsättning och den är att patienterna ska bli utskrivna från den rättspsykiatriska vården. De har däremot svårt att hitta delmål för att kunna nå det målet. En förutsättning för det hälsofrämjande motivationsarbetet är att sjuksköterskan och patienten har en allians, en relation. Relationen skapas genom att patienten som ett första led får medicin så att patienten går att nå. När sedan sjuksköterskorna och patienterna gör saker tillsammans skapas ett förtroende och en tillit som är en grund för relationen. När de tar promenader tillsammans erfar sjuksköterskorna att de når fram till patienterna och att i de samtalen som sker då kan bedöma vilka behov och vilka resurser patienterna har. En förutsättning men ett stort hinder är att det måste finnas tillräckligt med personalresurser för aktiviteterna ska fungera. Enligt Orem (1995) är vårdrelationen viktig för att göra patienten delaktig och engagerad. Sjuksköterskan kan bedöma vilken egenvårdsbrist som finns samt bedöma vilken motivation patienten har för att stärka patientens egenvårdskapacitet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Lassenius m.fl. (2014) menar att en gemensam relation i gemensamma aktiviteter stärker förtroendet och motivationen. Det blir enklare att samtala och med det tar tid att etablera en relation. Det ställer stora krav på sjuksköterskorna att vara aktiva och försöka få patienten att förstå att det finns en anledning till att de bygger pussel med andra patienter och att lösa korsord kan vara ett sätt att visa sig tillgänglig för patienten snarare än upptagen utifrån patienternas erfarenheter i studien. Genom att sjuksköterskorna tar sig tid och är tillsammans med patienten så observerar de förändringar som kan påverka resultatet av de riktade insatserna. Orem (1995) menar att sjuksköterskan ska undersöka patientens omvårdnadshistoria under vårdprocessen för att kunna göra nya bedömningar över vilka behov av stöd som finns. En utmaning är att nå patienten och skapa en relation och att inte förlora sin ork att fortsätta motivera när de upplever att patienterna inte har någon uthållighet kvar. Främjandet av ett sunt livsstilsval ligger på personalens ansvar utifrån Orem's omvårdnadssystem, som Gibson (2011) också funnit och det är vårdpersonalen som tålmodigt bör fortsätta med ansträngningar för att hjälpa patienter att äta en balanserad kost och få tillräckligt med motion. Det är också vårdpersonalens ansvar att tillsammans med patienten identifiera hinder som bidrar till minskad följsamhet, något som författarna känner att det inte genomförs. Att designa ett fungerande omvårdnadssystem innebär en aktiv och stödjande roll från sjuksköterskornas sida. Den plan som Orem (1995) lyfter fram rörande tänkbara aktiviteter för det hälsofrämjande motivationsarbetet designas sällan utifrån planering av interventioner och aktiviteter som är nödvändiga utan snarare utifrån vilka som är genomförbara utifrån vårdens struktur. Den bristande designen begränsar möjligheterna till hälsofrämjande motivationsarbete så att varje aktivitet snarare blir en utmaning att genomföra utifrån sjuksköterskornas erfarenheter. Samtidigt erfar patienterna att de planerade aktiviteterna sällan är genomförbara eller att de inte tilltalar dem. Patienternas möjlighet till en aktiv roll i beslutsfattandet och möjlighet att kunna påverka beslut rörande deras individuella vårdplan begränsas således redan i den här fasen genom att designen anpassas till den fyrkantiga strukturen på avdelningen.

Reglerande operationer

Sjuksköterskorna har sig själva som verktyg när de motiverar patienterna och deras eget mående speglar av sig i deras motivationsarbete med patienterna. Det visar sig när patienternas förändring inte består under någon längre period och då förlorar sjuksköterskorna orken att motivera patienterna. Författarna anser det förvånande att sjuksköterskorna i studien inte prioriterar bra kost och fysisk aktivitet eftersom det minskar risken för metabola syndrom. Detta när till exempel diabetes är mycket vanligt hos patienter inom den psykiatriska vården som Olsson m.fl. (2015) och Hilton m.fl. (2015) lyfter fram. Studien visar att det inte är helt självklart att sjuksköterskan utbildar patienterna där kunskapen brister trots vetskapen att patienterna riskerar ett avsevärt kortare liv än genomsnittet till följd av metabola komplikationer. I Orem (1995) reglerande operation förväntas sjuksköterskan agera i patientens tjänst men denna operation utförs inte trots vetskap om att hälsofrämjande motivationsarbete har en statistisk positiv effekt på patienterna inom den rättspsykiatriska vården (Chen m.fl., 2010; RättspsyK, 2015). När sjuksköterskorna använder sig av framtagna vårdprogram erfar de att motivationsarbetet med patienterna blir strukturerat (Chen m.fl., 2010). Författarna har funnit att det hos patienterna sällan efterfrågas vilka behov de har, vilket Orem (1995) menar behövs för att kunna stödja patienten till att återfå sin egenvårdande förmåga. Motivationen kan vara till synes borta men patienterna kan behöva stöttning och uppmuntran för att den ska aktiveras på nytt (Berbiglia & Banfield, 2010). Sjuksköterskan måste identifiera patientens egenvårdskrav. Sjuksköterskorna i studien menar att genom att nå patienten så kan de också stödja patienten i det hälsofrämjande motivationsarbetet genom att indirekt prata om hälsofrämjande alternativ genom att de "sår frön" hos patienten. Tydlighet och gränssättande personal efterfrågas många gånger av patienterna men syns inte alltid i vårdrelationerna. Vårdrelationen kräver sällan en massa åtgärder precis som Gunasekara m.fl. (2014) identifierat utan i första hand en känsla av att personalen bryr sig och visar kärlek och omsorg. Patienterna erfar att om den tysta ilskan ersattes av klagomål och mer påtaglig, synbar irritation och frustration så skulle det försämra deras chanser att kunna få påverka vården. Precis som Vincze m.fl. (2015) lyfter fram så är det sannolikt att det hälsofrämjande motivationsarbetet skulle ställas på stand-by till dess att patienterna anpassat sig till regler och avdelningens struktur framför att anpassa det hälsofrämjande motivationsarbetet till patienternas önskemål om mer valmöjligheter och att utnyttja de träningsresurser som sjukhuset tillhandahåller. Patienterna behöver få konsekvenser av sitt handlande för att bli motiverade att göra förändringar för att må bättre. Sjuksköterskorna menar att patienterna ska följa vårdens regler och att det är en förutsättning för motivationsarbetet, precis som Vincze m.fl. (2015) lyfter fram. Det framkommer i studien att sjuksköterskorna är osäkra på sina egna kunskaper när det gäller hälsofrämjande motivationsarbete. Deras erfarenheter är att diskussioner förs inom arbetsgruppen vilka hälsofrämjande alternativ som de ska arbeta utifrån men att personalen tycker synd om patienterna som är inlåsta och ger dem ohälsosam mat. Det blir motsägelsefullt då motivationsarbete och samtal kring hälsosammare val ersätts med onyttig mat och flera portioner. Personalen kan inte ge en vägledande struktur och tydlig information till patienterna när personalen inte är eniga om det hälsofrämjande motivationsarbetet. Orem (1995) menar att personalen ska stötta patienterna och ge dem information. Ett gemensamt engagemang hos vårdpersonalen är viktigt för att åtgärderna ska

få önskad effekt vilket blir svårt erfar sjuksköterskorna. Osäkerhet på sin kunskap leder till att de inte vågar argumentera för patientens hälsa och föreslå för läkaren alternativa läkemedel för att motverka viktuppgång, där Thommessen m.fl. (2005) anser att både läkemedelsbehandling och livsstilsfaktorer påverkar viktuppgången. Studien visar att sjuksköterskorna lämnar över ansvaret till patienterna för det hälsofrämjande motivationsarbetet istället för att kompensera och vägleda till fortsatt motivationsarbete när patienten förlorar sin motivation. Det paradoxala och den stora utmaningen är det faktum som studien konstaterar att patienterna känner sig trygga i en strukturerad vårdmiljö med tydliga regler samtidigt som de känner sig fångade i den. Sjuksköterskorna erfar att vårdens struktur är grunden men den gör dem bakbundna i vårdandet och hindrar dem att möta patienternas behov fullt ut. Vårdkulturen inom den rättspsykiatriska vården behöver förbättras genom ett genuint engagemang och aktivt lyssnande för att kunna så frön av motivation så att patienterna orkar resa sig upp.

Kontrollerande operationer

Att motivera patienterna till hälsofrämjande livsstilsförändringar verkar vara motsägelsefullt då patienterna ser på sin hälsa på ett annat sätt än hur sjuksköterskorna bedömer deras hälsa. Sjuksköterskorna uppfattar det som att patienterna får välbefinnande av rökning och ohälsosam mat samt att de inte aktiverar sig för motionens skull. Patienterna önskar däremot stöd av personalen för att sluta röka och gå ner i vikt. På grund av detta kan inte sjuksköterskorna uppfylla patienternas önskan om att de ska ha en tydlig och undervisande roll, vilket även Harris och Smith (2014) understryker. Följsamhet till att orka och förmå sig att orka tänka hälsofrämjande och motivera sig till förbättrade livsstilsförändringar erfar patienterna är svårt på egen hand. Patienterna efterfrågar att personal ska hjälpa dem att resa sig upp och vara vägvisare till egenvårdsbalans. Det är personalens förhållningssätt som gör skillnad. Sjuksköterskans ansvar utifrån omvårdnadssystemet som Orem (1995) lyfter fram gör att ett alldeles för stort ansvar läggs på patienterna till följsamhet till behandlingsinsatser framför att hitta orsaker till varför de inte följs. Patienterna erfar snarare utifrån Orem (1995) kontrollerande operationen att egenvårdsbristerna ökar genom att personalen inte hjälper patienten med de riktade insatser som önskas i form av hjälp med att sluta röka och utökade träningsmöjligheter. Egenvårdskapaciteten minskar istället för tvärtom som är målsättningen med den kontrollerande operationen. Det blir patienterna som anses vara passiva och är inte mottagliga förrän de anpassat sig till det som sjuksköterskan och sjukvården kan ge, som också Vincze m.fl. (2015) belyser. Att sjuksköterskan ska anpassa motivationsarbetet till den nivå som patienten befinner sig på förefaller vara bristande då samtliga patienter som deltagit i studien har en önskan och en längtan att dra ner eller sluta röka och röra på sig i större omfattning än idag. Psykiskt sjuka är minst lika motiverade till rökavvänjning som andra rökare är (Psykologer mot tobak, 2015) men sjuksköterskorna bedömer att patienterna behöver sluta med andra droger först samt att de tror sig se att patienterna får ett välbefinnande av rökning och mat. Patientens behov förringas eller missas. Att inte uppfylla dessa önskemål kan bero på en rad olika orsaker där stress och medicinutdelningstid prioriteras och som också uppfyller den karikatyrbild av sjuksköterskor som Zeeman och Simons (2011) presenterar, att andra yrkeskategorier ser sjuksköterskan som en profession som dränks i dokumentation och inte hinner med något annat. Orem (1995) egenvårdsteori blir svår att applicera så länge yttre omständigheter och ursäkter är

hinder för framkomligheten till patienten som är kärnan (Berbigliga & Banfield, 2010). Det hälsofrämjande motivationsarbetet har inte önskad effekt eller erbjuds inte och med bakgrund av RättpsyK (2015) där det framgår att rättspsykiatriska patienter påvisar konstaterad övervikt, vilket också Haw och Stubbs (2011) intygar i sin studie så är ämnet uppenbarligen inte prioriterat. Patienterna är således mer bekymrade över sin stigande viktuppgång som redovisas i RättpsyK (2015) än vad personalen verkar vara utifrån vad författarna kommit fram till. Sjuksköterskorna beskriver svårigheter med det hälsofrämjande motivationsarbetet utifrån att de själva kan förstå patienternas val av onyttig mat och inaktivitet, då de själva tycker att den mat och aktivitet som vården erbjuder är tråkig. Sjuksköterskorna har dåligt självförtroende och känner osäkerhet kring det hälsofrämjande motivationsarbetet och det blir det svårt att göra de bedömningar som Orem (1995) förespråkar gällande vilka egenvårdskrav som finns hos patienten för att de ska kunna uppnå egenvårdsbalans. Patienterna har förmågan och kunskapen kring betydelsen av motion, goda kostvanor och avhållsamhet från tobak, droger och alkohol. Det framgår tydligt i studien. Precis som McCabe och Leas (2008) konstaterar så finns det en medvetenhet hos patienterna att ta hand om hela kroppen inklusive somatiska besvär, vilket även överensstämmer med patienter som vårdas för psykiatriska besvär. Vårdpersonalen misslyckas med att kompensera patientens egenvårdsbrist till den grad att de bortser från skyldigheterna att göra det (Berbigliga & Banfield, 2010). Patienterna efterfrågar mer hjälp och stöd än vad som erbjuds. Vårdpersonalen blir inte den inspirationskälla som patienterna efterfrågar och som Lassenius m.fl. (2014) menar är nyckeln för att uppnå mål och undanröja de hinder som kan uppstå. En god egenvårdskapacitet har hos många patienter framkommit i studien och skulle öka om egenvårdsbristerna minskade. Detta borde i större utsträckning identifieras av vårdpersonalen över vilken stödjande funktion som patienterna behöver. Patienterna vill motionera mer och vara mer hälsomedvetna vilket framgår i studien. Den fysiska aktivitetens potential borde kunna användas till att förbättra också den psykiska återhämtningen som Lassenius (2014) funnit i sin avhandling. Patienterna erfar att motion och fysisk aktivitet främjar det hälsofrämjande motivationsarbetet och det har en positiv effekt också på psykiatriska symtom visar studien, precis som Acil m.fl. (2008) konstaterat. Enligt WHO's definition av hälsofrämjande arbete som Landstinget Sörmland (2014) hänvisar till, så ska patienterna få möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den i större grad. Patienternas erfarenheter i studien är att de inte har den möjligheten men om vårdpersonalen efterlevde det skulle också egenvårdskraven tillgodoses (Berbigliga & Banfield, 2010). Författarna har funnit i studien att patienternas krav och behov är i obalans med vårdpersonalens tro på vad som är patienternas krav och behov. Utvärderingen av patientens individuella vårdplan blir precis som med Orem's (1995) kontrollerande operation svår att följa upp eftersom det saknas tydliga kriterier för målsättningen med insatserna. Den struktur som präglar vården genom personalens förhållningssätt till det byråkratiska regelverket ger minskad fokus på patienternas egenvårdsbehov. Författarna har funnit att patienterna inte upplever vården som individuellt anpassad utifrån deras behov, vilket således tar udden av Orem's (1995) teori om egenvårdsbehov som central i vården. Patienterna önskar stöd av personalen för att förmå sig att välja en hälsosam livsstil. Personalen tolkar att patienten har ett välbefinnande i det de gör vilket innebär att sjuksköterskorna inte tycker sig behöva möta patienterna i detta. Patienterna ber om stöd från personalen att resa sig upp och som Orem (1995) menar att målet är att

egenvårdskraven och egenvårdsförmågan ska vara i balans, vilket gör att patienterna inte behöver nå total hälsa. Sjuksköterskorna följer inte den enskilde patientens behov och gör inte de uppföljningar som krävs för att bedöma vilken fas patienten befinner sig i motivationsstadiet.

9 SLUTSATSER

Författarna bedömer att studien har svarat på studiens syfte. Studien visar att sjuksköterskor erfar att fyrkantighet och struktur är grunden till det hälsofrämjande motivationsarbetet men de känner sig bakbundna av byråkrati, regler och begränsade möjligheter till aktiviteter. Studien visar att patienterna inte erfar regler och struktur som stötande eller hämmande utan det har snarare en positiv effekt i motivationsarbetet att ibland bli tillrättavisad och mötas av tydlig och gränssättande vårdpersonal. Patienterna erfar samtidigt att det hälsofrämjande motivationsarbetet dränks i vårdens byråkrati och struktur. Studien visar också att patienterna känner sig dränerade av att hela tiden bli hänvisade till någon som inte är närvarande och kan motivera beslutet. Studien visar att både sjuksköterskor och patienter erfar relationen som viktig.

Samtliga patienter som deltagit i studien har en önskan om att sluta eller minska på rökningen. Patienterna har en önskan att minska rökningen vilket sjuksköterskorna inte uppmärksammar. Det finns en bild hos personalen av att patienter får ett välbefinnande genom rökningen och sjuksköterskorna prioriterar att patienterna behöver göra andra livsstilsförändringar först. Patienterna har en förväntan på sjukvården som inte tillgodoses samtidigt som vårdpersonalen inte upplever att patienterna har ett behov, vilket således leder till att en obalans uppstår. Orems egenvårdsteori är applicerbar men används inte inom den rättspsykiatriska vården, trots att teorin är anpassad för att stödja patienten när dennes livssituation förändras, vilket tvångsvård innebär.

Studien visar att patienterna är bekymrade över sin hälsa men sjuksköterskorna uppmärksammar inte det. Kunskapen kring metabola syndrom behöver uppmärksammas eftersom patienter inom den rättspsykiatriska vården är en utsatt grupp. Det nationella kvalitetsregistret RättspsyK behöver uppmärksammas så att patientens somatiska status inte enbart blir en stapel i ett register.

Författarna känner en oro över den rådande utvecklingen i landet när det gäller sjuksköterskebristen. Konsekvensen blir att fler bemanningssjuksköterskor med korta uppdrag förväntas acklimatisera sig och utföra en professionell och god vård på landets rättspsykiatriska vårdavdelningar. Det förefaller vara utmanande eller omöjligt att på den korta tiden lyckas identifiera patientens omvårdnadshistoria och finna balansen mellan patientens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav utan en relation utifrån Orems omvårdnadsprocess.

9.1 Konsekvenser för omvårdnaden

Studien visar att sjuksköterskor och patienter inte alltid lyckas nå fram till varandra och det leder till att patienterna inte känner sig hörda och sjuksköterskorna upplever sig frustrerade. Författarna har en förhoppning om att studiens resultat ska leda till förbättring på det området. Sjuksköterskorna vill hjälpa och stödja patienterna men lyckas inte identifiera egenvårdsbehoven och vilken motivationsnivå som patienten befinner sig på eftersom sjuksköterskan inte förmår att ta det ansvar som motivationsarbete kräver. Sjuksköterskorna måste bli bättre på att hitta lösningar till hälsofrämjande motivationsarbete inom de rättspsykiatriska ramarna istället för att skylla på dem vilket studien kan hjälpa till med.

Om vårdpersonalen inom den rättspsykiatriska vården tar hjälp av Orems tankar om omvårdnadssystem skulle omvårdnadsprocessen automatiskt uppfyllas. Patienterna har en individuellt anpassad vårdplan redan idag men studien kan påvisa betydelsen av att det måste vara patientens egna mål som styr den och inte vårdpersonalens förväntningar. Slutsatsen är att det blir skillnad i det hälsofrämjande motivationsarbetet när sjuksköterskor och patienter värnar om att ta vara på vårdrelationen och arbetar tillsammans mot gemensamma mål och inte var och en för sig.

9.2 För vidare forskning

De erfarenheter som kommit fram i studien har också tidigare forskning identifierat. Författarna finner det anmärkningsvärt och till viss del som ett resursslöseri att utöka sjukvården med mer hälsofrämjande resurser som nya vårdprogram och kontroller, detta istället för att utvärdera det som finns idag. För vidare forskning bör en pilotstudie genomföras på en rättspsykiatrisk klinik. I studien ska sjuksköterskorna använda de framtagna formulär, vårdprogram och riktlinjer som redan finns för att sedan utvärdera om det blivit någon skillnad i resultaten.

Ytterligare förslag på kvalitativ studie är att genomföra den med urvalskriterier som innefattar kvinnliga patienter och specialistsjuksköterskor för att få deras erfarenheter av hälsofrämjande motivationsarbete.

REFERENSLISTA

- Acil, A. A., Dogan S. & Dogan. O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (15), 808–815.
- Berbiglia, A. V., & Banfield, B. (2010). Dorothea E. Orem – Self-Care Deficit Theory of Nursing. I M. R. Alligood (Red.), *Nursing theorists and their work*, 7:e uppl., (s. 265-285). St Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Buchanan-Barker, P. & Barker, P. J. (2008). The tidal commitments: extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, (15), 93-100.
- Chen, Y. C., Wu, H.P., Hwang, S.J. & Li, I.C. (2010). Exploring the components of metabolic syndrome with respect to gender difference and its relationship to health-promoting lifestylebehaviour: a study in Taiwanese urban communities. *Journal of Clinical Nursing*, (19), 3031–3041.
- Codex. (2016). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtat den 28 mars 2016 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Dahlberg, K. (2013). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, J., Möller, H.J., Ndeti, D. M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R. & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, (10), 52-77.
- Elbeck, M. & Fecteau, G. (1990). Improving the Validity of Measures of Patient Satisfaction With Psychiatric Care and Treatment. *American Psychiatric Association*, 41(9), 998-1001.
- Gibson, M. (2011). Treatment of Co-Morbid Mental Illness in Primary Care: How to Minimize Weight Gain, Diabetes, and Metabolic Syndrome. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(2), 127-142.
- Gilburt, H. M., Rose, D. & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*. Hämtad den 11 december 2015 från <http://eds.b.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=d4d44447-df54-4818-a276-a8361447240f%40sessionmgr113&vid=0&hid=111&preview=false>

- Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers, T., & Patterson, S. (2014). What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 101–109.
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012). Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, (21), 202-210.
- Happell, B., Bennetts, W., Harris, S., Platania-Phung, C., Tohotoa, J., Byrne, L., & Wynaden, D. (2015). Lived experience in teaching mental health nursing: Issues of fear and power. *International Journal of Mental Health Nursing*, (24), 19-27.
- Harris, H. & Smith, C. J. (2014). Caring for patients with metabolic syndrome. *American Nurse Today*, 9(4).
- Haw, C. & Stubbs, J. (2011). What are we doing about weight management in forensic psychiatry? A survey of forensic psychiatrists. *The British Journal of Forensic Practice*, 13(3), 183-190.
- Hilton, N. Z., Ham, E., Lang, C., & Harris, G. T. (2015). Weight Gain and Its Correlates Among Forensic Inpatients. *Canadian Journal Of Psychiatry*, 60(5), 232-238.
- Hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763). Hämtad den 17 mars 2016 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- Internetmedicin. (2015). *Metabola syndromet*. Hämtad den 1 december 2015 från <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=293>
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård* (1991:1128). Hämtad den 17 mars 2016 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/
- Lagen om rättspsykiatrisk vård* (1991:1129). Hämtad den 17 mars 2016 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911129-om-rattpsykia_sfs-1991-1129/
- Landstinget Sörmland. (2007). *Från ord till handling... Att främja den egenupplevda hälsan. Struktur och metoder för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom Landstinget.* (s. 15, s. 25). Hämtad den 25 november 2015 från <http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/1369/Huvudrapport%20Ord%2otill%20handling%202008-02-18.pdf>

- Landstinget Sörmland (2014). *Hälsofrämjande arbete*. Hämtad den 14 mars 2016 från <http://landstingetsormland.se/Paverka-sjalv/Folkhalsa/Definitioner-och-begrepp/#Halsoframjandearb>
- Landstinget Sörmland. (2015a). *Personcentrerad vård*. Hämtad den 11 december 2015 från www.landstingetsormland.se/Sa-styrs-landstinget/Sveriges-friskaste-land-2025/Utvecklingsomrade-2-Personcentrerad-varld
- Landstinget Sörmland. (2015b). *Bakgrund och förutsättningar*. Hämtad den 11 december 2015 från <http://www.landstingetsormland.se/Sa-styrs-landstinget/Sveriges-friskaste-land-2025/Bakgrund-och-forutsattningar/>
- Lassenius, O. (2014). *Being physically active – A bodily anchorage on the journey for recovery in mental ill-health*. Stockholm: E-PRINT AB, Karolinska institutet.
- Lassenius, O., Arman, M., Söderlund, A., Wiklund Gustin, L. (2014). Motivation Does not Come with an Ending—It's the Beginning of Something New: Experiences of Motivating Persons with Psychiatric Disabilities to Physical Activity. *Issues in Mental Health Nursing*, (35) .713–720.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, 2:a uppl., (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- McCabe, M.P., & Leas, L. (2008). A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. *Psychology, Health & Medicine*. Hämtad den 3 mars 2016 från <http://www.tandfonline.com.ep.bib.mdh.se/doi/pdf/10.1080/13548500701473952>
- Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK. (2015). Årsrapport 2014. Hisings Kärra.
- Olsson, F. E., Westman, J., Sudic Hukic, D., Eriksson, S.V., Edman, G., Bodén, R., Jedenius, E., Reutfors, J., Berntsson, A., Hilding, A., Schalling, M., Östenson, C.G., Ösby, U. (2015). Diabetes and glucose disturbances in patients with psychosis in Sweden. *Open Diabetes Research and Care*. Hämtad den 30 november 2015 från <http://drc.bmj.com.ep.bib.mdh.se/content/3/1/e000120.full.pdf+html>
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts and Practice* (5th ed.). St Louis, Missouri: Mosby.
- Patientlagen*. (2014:821). Hämtad den 17 mars 2016 från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/
- Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder; att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Psykologer mot tobak. (2015). *Rådgivning och tobaksavvänjning i psykiatri, beroendevård och socialtjänst*, 3:e uppl. Hämtad den 2 december 2015 från http://www.tobaccoorhealthsweden.org/wp-content/uploads/2013/09/Tobaksav_psykiatrin-2015.pdf
- Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, H. & Williams, G. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(3).
- Rättsmedicinalverket. (2015). hämtad den 17 mars 2016 från <http://www.rmv.se/?id=29>
- Socialstyrelsen. (2016). hämtad den 17 mars 2016 från [https://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/rattpsykiatriskvard\(lrv\)](https://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard/rattpsykiatriskvard(lrv))
- Svenska Psykiatriska Föreningen. (2009). *Kliniska riktlinjer - Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom*. Hämtad den 25 november 2015 från <http://www.svenskpsykiatri.se/documents/2010/metabolrisk.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening (2013). *Hälsofrämjande omvårdnad*. Hämtad den 14 mars 2016 från <http://www.swenurse.se/Vi-arbetar-med/Halsoframjande-arbete/>
- Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad den 17 mars 2016 från http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Thommessen, M. H., Martinsen, E, W., & Arsky, G H. (2005). Kosthold og fysisk aktivitet ved psykiatriske institusjoner. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 125(23), 3297-3299.
- Vincze, M., Fredriksson, L. & Wiklund Gustin, L. (2015). To do good might hurt bad: Exploring nurses' understanding and approach to suffering in forensic psychiatric settings. *International Journal of Mental Health Nursing*. (24), 149–157.
- Ward, L. & Gwinner, K. (2015). Have you got what it takes? Nursing in a Psychiatric Intensive Care Unit. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(2), 101-116.
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wärdig, R., Bachrach-Lindström, M., Hultsjö, S. & Foldemo, A. (2015). Persons with psychosis perceptions of participating in a lifestyle intervention. *Journal of Clinical Nursing*, (24), 1815-1824.
- Zeeman, L., & Simons, L. (2011). An analysis of discourses shaping mental health practitioners. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (18), 712-720.

BILAGA A

Förfrågan till verksamhetschef

Till vederbörande Verksamhetschef

Förfrågan om tillåtelse att genomföra studie

Vi heter Ann-Katrin Andersson och Peter Sköld och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Eskilstuna. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är att beskriva sjuksköterskor och patienters inom rättspsykiatrisk vård erfarenheter av motivationsarbete som främjar hälsa.

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet. Rent konkret skulle det innebära att vi kommer att intervjua fem sjuksköterskor och fem patienter på kliniken. Vi behöver tillgång till två rum där intervjuerna kan ske. Intervjuerna beräknas ta ca en timme per person. Vi kommer att spela in intervjuerna för att sedan transkribera dem. Det skrivna analyseras för att kunna upptäcka mönster mellan intervjuerna. Analyserna kommer vi att sammanställa i en uppsats som redovisas under våren 2016 på Mälardalens högskola samt att den publiceras på DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet).

Deltagande i projektet är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring.

Hantering av data och sekretess

All insamlad data kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt aidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

Eventuell risk/nytta

Eventuella nackdelar genom medverkan i studien är att det tar av verksamhetens tid samt att studiens genomförande kan väcka ytterligare frågor och tankar hos de medverkande. Fördelar som medverkan kan bidra med är att frågor om förändringsarbete kring arbetsmetoder påbörjas samt att studien kan identifiera de erfarenheter som varit framgångsrika för motivationsarbetet.

Nytta i ett vidare perspektiv

Vi hoppas få kunskap om vilka hinder och vad som främjar arbete med hälsofrämjande åtgärder. Det forskning visat är att patienter med psykisk ohälsa också riskerar att dö i förtid pga bla inaktivitet, övervikt och biverkan av läkemedelsbehandling. Inom den rättspsykiatriska vården är behandlingstiden långvarig och därför borde möjligheter till hälsofrämjande åtgärder vara mer framgångsrikt än vad det är idag. Av det rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK, framgår att patienterna i Sverige är mer överviktiga idag trots riktade vårdprogram, riktlinjer och de individuella arbetsmetoder som är framtagna. Trots

att mätningarna visar på att majoriteten av patienterna befinner sig i riskzonen för utveckling av metabola syndrom så skattar de sin livskvalitet som ganska god enligt samma underlag. Vi hoppas att med studiens hjälp kunna finna hur ett lyckosamt motivationsarbete kan genomföras så att patienterna kan uppnå hälsa.

Information om studiens resultat

Resultaten kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid Mälardalens högskola. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

Ytterligare information lämnas av

Ann-Katrin Andersson

Peter Sköld

E-post: aan15015@student.mdh.se

E-post: psd15003@student.mdh.se

Oona Lassenius, Universitetslektor

E-post: oonalassenius@mdh.se

Samtycke till genomförande av projektet, "Sjuksköterskor och patienters erfarenheter av motivationsarbete inom rättspsykiatrisk vård".

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen och att ställa frågor.

Jag ger därför min tillåtelse att studien genomförs på min enhet,

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA B

MISSIVBREV TILL SJUKSKÖTERS KOR OCH PATIENTER

Tillfrågan om deltagande i studien ”Sjuksköterskor och patienters erfarenheter av motivationsarbete inom rättspsykiatrisk vård”.

Vi heter Ann-Katrin Andersson och Peter Sköld och vi är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Eskilstuna. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är att undersöka hur sjuksköterskor och patienter inom rättspsykiatrisk vård beskriver sina erfarenheter av motivationsarbete för att främja hälsa.

Vår fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.

Att delta i projektet skulle för din del innebära att du intervjuas enskilt av en av oss och intervjun beräknas ta ca en timme. Intervjun spelas in på band. Efter intervjun kommer vi att skriva ut den för att kunna analysera. Det skrivna analyseras för att kunna upptäcka mönster mellan intervjuerna. Analyserna kommer vi att sammanställa i en uppsats som redovisas under våren 2016 på Mälardalens högskola samt att den publiceras på DiVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet).

Genom att delta i studien kommer du bidra till ökad förståelse för hur erfarenheten av motivation kan upplevas av patienter och sjuksköterskor. Vi hoppas att studien kommer att förbättra möjligheten till förståelse som kan användas i den praktiska vardagen. För dig som patient kommer din vård inte att påverkas av ditt deltagande, din vård kommer inte heller att påverkas om du väljer att inte fortsätta deltagandet i studien.

Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak. Data behandlas med beaktande av sekretess vilket innebär att alla uppgifter kodas och förvaras inlåst så att ingen utomstående kan ta del av dem. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till enskilda personer eller enheter.

Om du ger ditt muntliga samtycke till att medverka i studien kommer vi att via telefon ta kontakt med dig via avdelningens telefon för att ge ytterligare information om studiens syfte och genomförande.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare, Oona Lassenius, se nedan.

Med vänliga hälsningar

Ann-Katrin Andersson

Peter Sköld

E-post: aan15015@student.mdh.se

E-post: psd15003@student.mdh.se

Oona Lassenius, Universitetslektor

E-post: oona.lassenius@mdh.se

Samtycke till genomförande av projektet, "Sjuksköterskor och patienters erfarenheter av motivationsarbete inom rättspsykiatrisk vård".

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen och att ställa frågor.

Jag ger därför min tillåtelse att studien genomförs på min enhet,

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA C

INTERVJUGUIDE

Frågor till sjuksköterskor;

- Vad är en hälsosam livsstil, för dig?
- Vad tänker du är en hälsosam livsstil för patienterna du möter i ditt arbete?
- Vad lägger du i begreppet motivation?
- Vad är motiveringsarbete för dig när det gäller att motivera till en hälsosammare livsstil?
- Kan du berätta om något tillfälle eller en situation när du känt dig särskilt nöjd med ditt motiveringsarbete?
- Vad fick dig att göra så som du gjorde?
- Kan du berätta om något tillfälle eller någon situation där du varit mindre nöjd med ditt motiveringsarbete?
- Vad finns det för särskilda utmaningar i motivationsarbetet?
- På vilket vis påverkar det dig?
- Finns det några etiska aspekter/ ser du några etiska aspekter på motivationsarbetet?
- Har du några tankar kring vad ni som vårdpersonal ytterligare kan göra för att stödja patienten att hålla igång motivationen?
- Om du fick önska fritt, hur skulle du då vilja arbeta med det här?

Frågor till patienter;

- Vad är det att leva hälsosamt, enligt dig?
- Varför tänker du att det är bra att leva så?
- Hur har du tänkt kring det tidigare?
- Har dina tankar kring detta ändrats under åren? I så fall, varför?

Om patienten inte alls nämner de givna sakerna så som motion, bättre kost, sluta röka/snusa m.m. får ni gå vidare med att fråga: Vad tänker du om det som anses vara bra faktorer för en bättre hälsa, motion etc.?

- Vad innebär det för dig att känna dig motiverad till något?
- Vad får dig att bli motiverad till att välja en hälsosammare livsstil, (som exempelvis motion, äta hälsosammare, sluta röka/snusa)?
- Kan du berätta om något tillfälle eller en situation när du känt dig särskilt motiverad?
- Vad fick dig att bli motiverad?
- Kan du berätta om något tillfälle eller någon situation som fått dig att tappa motivationen?
- Varför tror du att du tappade motivationen då?
- Har du några tankar kring vad vårdpersonalen kan göra för att hjälpa dig att hålla igång motivationen?
- Om du fick önska fritt, är det något annat du skulle behöva för att kunna hålla igång motivationen



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**