

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2018:46

Svåra möten som berikar – sjuksköterskans upplevelse av
att vårda patienter med flyktingtrauma

Emma Gustafsson
Hanna Bengtsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Svåra möten som berikar – sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med flyktingtrauma
Författare:	Emma Gustafsson och Hanna Bengtsson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård
Handledare:	Aleksandra Jarling
Examinator:	Niklas Andersson

Sammanfattning

Bakgrund: Allt fler nyanlända och asylsökande söker vård i Sverige. Många bär på traumatiska upplevelser av att fly sitt hemland och lämna sin trygghet. Psykisk ohälsa är vanligt förekommande och flertalet kommer vara i behov av att söka sjukvård i Sverige som i sin tur har skyldighet att ge var och en den vård de behöver, på lika villkor.

Syfte: Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) relaterat till flyktingtrauma.

Metod: Studien utfördes som en intervjustudie på livsvärldsteoretisk grund och intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Temat "Svåra möten som berikar" framträdde med fyra subteman där sjuksköterskorna beskriver upplevelser av att känna sig begränsad och inte räckta till i sin vårdande roll, behovet av att bygga relationer till patienter, tyngden av att bära någon annans lidande, men också den hedrande känslan av att få ta del av någons lidande. Sjuksköterskorna beskriver vidare en känsla av att dessa patienter inte får vård på lika villkor och att det finns ett behov av mer kunskap om transkulturell psykiatri och dess roll i vårdandet av denna patientgrupp.

Diskussion/Slutsats: Trots sjuksköterskans välvilja om att vårda och göra gott krävs ytterligare kunskap kring området transkulturell psykiatri för att kunna anta de utmaningar dagens hälso-sjukvård står inför. Verksamheter bör därför prioritera tillgång till reflektion och stöd på arbetsplatsen, ombesörja att rätt profession befinner sig på rätt plats samt lägga vikt vid kompetensutveckling.

Nyckelord: Transkulturell psykiatri, psykiatri, upplevelse, sjuksköterska, vårdande, vårdlidande, vårdrelation, kompetensutveckling.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Migration och psykisk ohälsa	1
Att vara flykting i behov av vård i Sverige	2
Att vårda människor med trauma	3
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Ansats	5
Deltagare	6
Datainsamling	6
Dataanalys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
Svåra möten som berikar	9
Att arbeta med bakbundna händer	9
Relationen som förutsättning för vårdandet	10
Att bära någons lidande	11
Vård på lika villkor	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatets trovärdighet	14
Delaktighet	16
Resultatdiskussion	16
Förståelse och medkänsla som grund för vårdandet	17
Reflektion och handledning – en förutsättning	17
Vikten av kompetensutveckling	19
Hållbar utveckling	19
KLINISKA IMPLIKATIONER	20
REFERENSER	23
BILAGA 1	27

INLEDNING

Världen över lever människor under utsatta förhållanden med resultat i en enorm ökning av ofrivillig migration där människor tvingas fly sina hem för att finna en ny plats att bosätta sig på. Idag befinner sig 22,5 miljoner människor på flykt undan krig, tortyr och andra svåra livsomständigheter. Totalt 65,5 miljoner människor har tvingats lämna sina hem världen över, vilket är den högsta siffran någonsin. Bara under 2016 slog sig 189 300 flyktingar ner i andra länder och varje minut tvingas uppemot 20 personer lämna sina hem på grund av konflikt eller förföljelse. I nuläget bedöms 55 procent av världens flyktingar komma från Sydsudan, Afghanistan och Syrien. Cirka 10 miljoner människor beräknas vara statslösa och nekade mänskliga rättigheter såsom utbildning, anställning, rörelsefrihet och rätt till sjukvård. Enligt migrationsverket var antalet asylsökande år 2015 162 877 st (Migrationsverket 2018). Människor som flyr sina hem och kommer till Sverige i hopp om en tryggare framtid bär ofta på traumarelaterade upplevelser från sitt hemland men även från flykten till det nya landet. Många av dessa människor lider av eller uppvisar symtom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och fler och fler kommer att söka hjälp inom sjukvården som i sin tur har skyldighet att ge var och en den vård de behöver, på lika villkor. Författarna av denna studie är två sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Vi jobbar båda två inom den psykiatriska slutenvården och vi möter denna patientgrupp i vårt arbete. Vår upplevelse är dock att patienter med flyktingtrauma läggs in med fokus på andra orsaker än flyktingtraumat och att vi i vårt jobb inte har tillräcklig kunskap och verktyg att tillgå för att vårda denna patientgrupp som troligtvis bara kommer att öka.

BAKGRUND

Migration och psykisk ohälsa

Definitionen av begreppet flykting avses enligt utlänningslagen (SFS 2005:716) vara en person som på grund av befogad rädsla inte kan befinna sig i det födelseland han eller hon kommer från. Denna välgrundade rädsla ska baseras på antingen nationalitet, ras, kön, sexuell läggning eller annan samhällelig tillhörighet, religiös eller politisk uppfattning där enda alternativet är att fly till ett annat lands skydd. Ibland används begreppet migrant men detta syftar till en person som, till skillnad från en flykting, frivilligt har flyttat och som inte riskerar sin säkerhet genom att återvända till sitt hemland (UNHCR, 2016).

Migration sker av olika anledningar och kan påverka den psykiska hälsan. Forskning visar en högre stressbelastning hos flyktingar jämfört med den infödda befolkningen. Migrationsstress är ett uttryck som kan användas för att beskriva de tre psykologiska faser som en migrant genomgår. Premigrationsfas är den fas där beslutet att flytta fattas och förberedelser inför flytten görs. Migrationen i sig är fas nummer två och innefattar själva flytten till en ny plats och post-migrationsfasen syftar till integrationen i det nya samhället (Bärnheilm 2009, s. 850). En utbredd litteraturöversikt (Bogic, Njoku & Priebe 2015, ss. 1-41) undersökte förekomsten av psykisk ohälsa hos ca 16 000 flyktingar. Studien visar att de två största faktorerna till långvarig psykisk ohälsa med fokus på depression, ångest och PTSD hos flyktingar är post-migrationsstress och att ha

utsatts för traumatiska upplevelser före migrationen till det nya landet (Bogic, Njoku & Priebe 2015, ss. 26-30). En annan forskningsrapport visar att förekomsten av psykisk ohälsa bland nyanlända och asylsökande från Syrien, Somalia och Eritrea är vanligt där 30 procent av nyanlända från Syrien uppvisar symptom som motsvarar PTSD. Nästintill samtliga deltagare uppger att de varit med om traumatiska upplevelser i sitt hemland eller under flykten till den nya platsen. 30 procent av de nyanlända från Syrien beskriver sig ha utsatts för tortyr samtidigt som 87 procent av de asylsökande från Somalia och Eritrea någon gång upplevt tortyr. Prevalensen för psykisk ohälsa visade sig vara högre hos kvinnor, äldre samt ofrivilligt ensamstående. Personer med upplevda kommunikationssvårigheter samt medelålders kvinnor uppvisar i högre utsträckning symptom i enlighet med PTSD (Tinghög, Arwidsson, Sigvardsdotter, Malm & Saboonchi 2016, ss. 24-29).

Att vara flykting i behov av vård i Sverige

Nyanlända och asylsökande som lider av psykisk ohälsa och söker vård i Sverige får inte alltid den vård som de enligt lag har rätt till. Det finns begränsade kunskaper om migrations- och asylprocessen hos hälso- och sjukvården där asylsökande och nyanlända kan ha kontakt med primärvård och sociala myndigheter utan att deras behov av psykiatrisk vård uppmärksammas. Detta kan då öka risken för att den psykiska ohälsan inte upptäcks i tid, vilket kan leda till ett onödigt lidande och utveckling av ett än svårare tillstånd. Socialstyrelsen visar på att primärvårdspatienter med flyktingtrauma vänder sig till sjukvården i stor utsträckning och att det därför är viktigt att redan vid en första kontakt skapa förutsättningar för att systematiskt kunna upptäcka tecken på psykisk ohälsa så att dessa personer kan få den vård och omsorg som de behöver och har rätt till (Socialstyrelsen 2015, s. 7).

Hälso- och sjukvården idag regleras idag utifrån hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 2017:30). Denna lag fokuserar i huvudsak på att landsting, kommuner och övriga vårdgivare ska bedriva vård på lika villkor utifrån människovärdesprincipen för hela Sveriges befolkning. Lagen fastställer att den som är i störst behov av sjukvård ska med respekt och värdighet ges företräde med fokus på att förebygga ohälsa. I Sverige används begreppet ”Vård som inte kan anstå”. Det innebär att med grund i HSL ges hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (SFS 2013:407). År 2013 lämnade regeringen en proposition till riksdagen om förtydligande av tillämpning av begreppet och önskan om en ny lag där bestämmelser gällande papperslösa fastslogs (SFS 2012/13:109 s. 37). Vård som inte kan anstå innefattar såväl psykiatrisk som somatisk sjukvård och ska ges på lika villkor som till en individ bosatt i Sverige. Begreppet ”vård som inte kan anstå” har under tid varit svårt att tyda för hälso- och sjukvårdspersonal vilket enligt Socialstyrelsen (2014, ss. 7-8) riskerar patientsäkerheten. År 2014 utfärdades en förtydligande rapport av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen där syftet var att sammanfatta vilken vård som ska erbjudas och tillämpas till asylsökande och papperslösa. Rapporten klargör även att det endast är den behandlande läkaren eller annan ansvarig sjukvårdspersonal som bedömer behov och eventuella insatser utifrån varje enskilt fall vilket syftar till att minimera risken för att felaktiga beslut fattas.

Att vårda människor med trauma

Genom den ökade migrationen med ett mångkulturellt samhälle som resultat har kulturell psykiatri blivit allt mer relevant. Ofta benämns kulturell psykiatri som transkulturell psykiatri med lika innebörd. Begreppet transkulturell psykiatri innebär förståelsen för varje individs kulturella och sociala sammanhang (Bäärnhielm, 2014, s. 13). Människor från hela världen med olika kulturell bakgrund vårdas inom svensk psykiatrisk vård vilket kräver kunskap och förståelse för kulturella olikheter för att lyckas lindra psykiskt lidande men även bidra till och skapa ett tolerant mångkulturellt samhälle. Kulturella och traditionella skillnader med olika språkliga uttryck riskerar att innebörden av vad som sägs mellan patient och vårdare missförstås vilket i dessa vårdssammanhang måste tas i beaktning. Det centrala är därför att ha förståelse för att människor uttrycker och beskriver psykisk ohälsa på olika sätt. Det är samtidigt viktigt att besitta förmågan att se och förstå individens förväntningar gällande vård och behandling (Bäärnhielm 2014, ss. 13-20).

Sjuksköterskans vårdande förstås ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Dahlberg och Segesten (2015, ss. 126-127) menar att utgångspunkten ligger i patientperspektivet och dennes livsvärld. Det vill säga fokus på patienten som unik individ och på patientens levda erfarenheter så som de upplevs av den enskilde. Livsvärlden är en högst unik erfarenhetsvärld som samtidigt blir till i mötet med andra. För att ta del av och förstå patientens upplevelser försöker den kompetente vårdaren förstå hur patienten erfar hälsa, sjukdom och lidande för att kunna stödja patienten till en ökad känsla av hälsa. Förståelse kräver en öppenhet och genuint intresse för det patienten vill dela med sig av och kräver också följsamhet gentemot berättelsen. Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014, s. 8) belyser vikten av att som specialistsjuksköterska vara lyhörd och se till patientens subjektiva upplevelse av hälsa samt att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. I mötet med patienter med flyktingtrauma och mot bakgrund av att de eventuellt bär med sig en annan syn på hälsa utifrån skilda kulturer och erfarenheter blir det särskilt viktigt med ett öppet förhållningssätt där fokus ligger på att förstå hälsa ur patientens perspektiv.

Transkulturell omvårdnad beskrivs av omvårdnadsteoretikern Madeleine Leininger där förutsättningarna för en holistisk vård är förståelse för individen och individens kulturella bakgrund. Teorin syftar till att öka sjuksköterskans förståelse för transkulturell psykiatri och förstå kulturella faktorer relaterat till människors skilda uppfattningar, uttryckssätt samt tankar och värderingar beträffande hälsa och ohälsa (Wiklund Gustin & Lindwall 2012, ss. 141-142). En annan betydelsefull omvårdnadsteori som är framtagen av Joyce Travelbee lyfter de mellanmännliga relationerna i omvårdnaden. Omvårdnadsteorin belyser främst vikten av att se människan som en unik individ och lyfter begreppen kommunikation, mening, lidande samt mänskliga relationer som centrala i vårdandet. Att genom en mellanmännlig relation lyckas tillgodose en patients omvårdnadsbehov med hjälp av god kommunikation och med fokus på att lindra lidande genom att finna mening och betydelse i livet och i de livshändelser patienten upplevt. Likt vad som förväntas av specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård betonar Travelbee förmågan att som sjuksköterska se bortom sin egen objektiva bedömning av individens ohälsa och

eventuella diagnos. Sjuksköterskan ska istället ha förmågan att se och lyssna till individens egen upplevelse av ohälsa och lidande för att lyckas uppnå ett framgångsrikt vårdande (Kirkevold 2000, ss. 130-132).

Människor som söker sig till sjukvården på grund av psykisk ohälsa relaterat till flykt och trauma kan ha oerhört komplexa vårdbehov samtidigt som språkförbristningar och kulturella skillnader kan försvåra säkerställandet av en trygg och säker vård. Sjuksköterskan ansvarar för att all vård bedrivs utifrån en personcentrerad vård vilket innebär att i varje vårdande möte se och bekräfta både patient och involverade närstående som unika personer med individuella behov. Sjuksköterskan ska genom ömsesidig öppenhet i mötet bidra till bästa möjliga vård utifrån den kunskap alla inblandade för med sig (Svensk sjuksköterskeförening 2017, s. 7). Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård ansvarar även för identifiering av komplexa vårdbehov genom att kontinuerligt utvärdera samt förnya bedömning av den vård patienten ges (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor 2014, s. 8). I Svensk sjukvård idag arbetar både allmänsjuksköterskor och specialistsjuksköterskor med att möta patienter med komplexa vårdbehov.

Enligt Kirmayer et. al. (2011, ss. 960-964) som undersökt prevalens och riskfaktorer relaterat till migration och psykisk ohälsa hos nyanlända och flyktingar visas att kommunikationssvårigheter utgör ett hinder i vården. Sjuksköterskan ställs därför inför en utmaning i vårdandet av denna patientgrupp relaterat till skillnader i språk och kultur. Strijk, van Meijel och Camel (2011, ss 49-54) belyser asylsökande och personer med flyktingtrauma och deras behov i vårdrelaterade sammanhang. Studien visar att personer med flyktingtrauma och asylsökande i stor utsträckning upplever sorg och ensamhet och många stöter ofta på praktiska problem i det nya landet vilket påverkar deras livskvalitet negativt. Studien framhäver sjuksköterskans ansvar i att förbättra patienternas välbefinnande och livskvalitet genom att fördomsfritt lyssna engagerat vilket gentemot patienten inger respekt som i sin tur även kan minimera språkförbristningar och kulturella barriärer. Patienterna kan genom en väl uppbyggd vårdrelation, där förtroende för sjuksköterskan byggs upp, dela med sig av sina besvär och behov. Mot bakgrund av ansvarsområden för specialistsjuksköterskan med inriktning psykiatrisk vård ska sjuksköterskan arbeta utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt där patientens perspektiv tas hänsyn till och dennes subjektiva upplevelse av hälsa höras (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor 2014, s. 8).

Carlsson (2014, s. 218-219) beskriver en fungerande mellanmännisklig relation mellan vårdare och patient som oumbärlig för en god vård som syftar till att lindra patientens lidande. För att uppnå en god vård ska vårdaren ha förmågan att på ett genuint sätt visa att denne vill patienten väl. I ett lyckat möte lyckas vårdaren förmedla en känsla av trygghet och självsäkerhet vilket ger patienten känslan av att vårdaren är stark nog att ta emot det som patienten vill berätta. I mötet med patienter med flyktingtrauma blir detta särskilt viktigt då vårdbehoven ofta är komplexa och kommunikationssvårigheter mer tydliga vilket kan leda till att mötet med syfte att ge god vård försvåras. För att främja hälsa och förebygga fortsatt psykiskt lidande hos dessa personer krävs en god vårdrelation. Det är rimligt att anta att många personer som upplevt trauma på grund av flykt, förföljelse och tortyr lider brist på tillit till andra människor. Sjuksköterskan har därför ett särskilt ansvar i förmedla förtroende i mötet så att patienten får ökad möjlighet

att uppleva trygghet och tillit. Hemberg och Vilander (2017, ss. 825-827) skriver om kulturell och kommunikativ kompetens i vårdrelationen med patienter från en annan kultur. Från både patienter och sjuksköterskor utgör resultatet ämnen som anses nödvändiga och som bidrar till uppfyllelsen av en god kulturellt relaterad vårdrelation. Då patient och sjuksköterska inte talar samma språk är mänsklig kärlek det som är grunden för att skapa en vårdrelation med ett ömsesidigt beaktande av integritet och respekt inför skilda kulturer samt visad hänsyn inför patientens andliga behov. Det anses som viktigt att skapa en gemenskap genom att sjuksköterskan är närvarande vilket även bidrar till att lindra patientens lidande. Sjuksköterskan försöker genom uppfinningsrika sätt så som kropps- och teckenspråk lyckas förmedla information och tillgodose en god kommunikation i vårdrelationen med förhoppning att inge trygghet och förmedla ett budskap om att hon bryr sig. Det visas också som nödvändigt med kontinuerlig information för att skapa eller upprätthålla ett förtroende från patienten sett till kulturellt relaterade vårdrelationer. Studien understryker vikten av att som sjuksköterska vårda utifrån ett omtänksamt förhållningssätt genom medmänsklig kärlek och respekt och lyfter behovet av kulturell kompetens för sjuksköterskan för att lyckas vårda patienter från andra kulturer.

PROBLEMFORMULERING

Hösten 2015 tog Sverige emot fler flyktingar än någonsin tidigare och Europa var mitt uppe i den största flyktingkrisen i modern tid. Personer som flyr sitt land på grund av krig kan bära på trauman från tortyr, förföljelser eller flyktupplevelser vilket kan leda till psykisk ohälsa som till exempel PTSD, depression eller psykosjukdom. Relaterat till att suicid till följd av psykisk ohälsa är en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige idag är det högst relevant att belysa detta område och denna patientgrupp som tydligt ökar inom svensk psykiatrisk vård. Genom att belysa sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med PTSD relaterat till flyktingtrauma kan det förhoppningsvis bidra till ökad förståelse för sjuksköterskans vårdande situation. Det kan i sin tur leda till ökad livskvalitet för de människor sjuksköterskan möter i hälso- och sjukvården.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med PTSD relaterat till flyktingtrauma.

METOD

Ansats

Studien genomfördes som en intervjustudie på en livsvärldsteoretisk grund. Denna ansats valdes för att på ett så öppet sätt som möjligt beskriva sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med PTSD relaterat till flyktingtrauma. Valet av ett livsvärldsteoretiskt perspektiv kräver en hållning som baserar sig på öppenhet,

följsamhet och tyglad förförståelse. Just de begreppen bör genomsyra varje del av studien. Det handlar om att vara medveten om sin egen förförståelse inför det fenomen som studeras och ha en strävan efter öppenhet och följsamhet till de likheter och olikheter som författarna möter då de försöker förstå någon annans livsvärld (Dahlberg 2014, ss. 67-68, 81, 111-112). Livsvärldsintervjuer innebär att intervjuaren förutsättningslöst lyssnar till deltagarens berättelse samtidigt som intervjuaren stärker deltagarens berättelse genom att försöka öka deltagarens egen förståelse för sina upplevelser av det fenomen som beskrivs (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2011, ss. 184-185). Insamlad data analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Lundman och Graneheim (2012, s. 187). Kvalitativ innehållsanalys används framförallt inom humanvetenskap, beteendevetenskap och vårdvetenskap för att tolka och förstå texter. Inom vårdvetenskap används kvalitativ innehållsanalys för att analysera och tolka till exempel utskrifter av intervjuer, patientjournaler eller videoinspelningar (Lundman & Graneheim 2012, s. 187).

Deltagare

Samtycke till att genomföra intervjuer har inhämtats från psykiatriska mottagningar och slutenvårdsavdelningar i västra Sverige. I enlighet med syftet har enbart sjuksköterskor med erfarenhet av att vårda patienter med flyktingtrauma intervjuats. Ingen distinktion har gjorts utifrån vilken status flyktingarna haft, alltså om de varit papperslösa, asylsökande eller haft uppehållstillstånd. Det har inte heller gjorts någon avgränsning gällande vilka åldersgrupper patienterna tillhört som sjuksköterskorna vårdat. Studiens inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor och yrkesverksamma inom det valda området där vård av patienter med flyktingtrauma är centralt, alternativt ha vårdat dessa patienter inom ramen av en tvåårsperiod. Deltagare med mindre än två års yrkeslivserfarenhet som sjuksköterska exkluderades ur studien. Sammanlagt intervjuades sex sjuksköterskor, 2 män och 4 kvinnor, i åldrarna 37-61 år där samtliga sjuksköterskor hade över två års yrkeslivserfarenhet. Deltagarna arbetade inom såväl slutenvård som öppenvård och både inom den somatiska och psykiatriska vården. Då det visade sig svårt att hitta psykiatrisjuksköterskor inom de olika verksamheterna var samtliga deltagare allmänsjuksköterskor.

Datainsamling

Inledningsvis kontaktades vårdenhetschefer skriftligt på utvalda mottagningar och avdelningar för godkännande om att genomföra studien och underlag för studien bifogades (Bilaga 1). Studien presenterades sedan av vårdenhetscheferna för sjuksköterskorna på respektive enhet där vidare kontakt hölls direkt med sjuksköterskorna. De sjuksköterskor som var intresserade fick vidare information om studien mailat till sig. Därefter bokades intervjuer in. Intervjuerna utfördes utifrån varje deltagares tillgänglighet och på av deltagaren vald plats. Materialet spelades in som ljudfil och transkriberades därefter ordagrant till text av den som utförde intervjun. Intervjuerna inleddes med en öppen inledande fråga där deltagaren ombads berätta om sin erfarenhet av att vårda patienter med PTSD relaterat till flyktingtrauma. Deltagaren fick sedan, utifrån denna fråga, fritt berätta om sina upplevelser. Följdfrågor ställdes med syfte att tydliggöra, eller att leda tillbaka berättelsen till det ursprungliga syftet.

Exempel på följdfråga kunde vara ”hur kändes det att...?”. Det var viktigt för författarna att stäva efter öppenhet och följsamhet genom hela intervjuprocessen. Detta gjordes genom att försöka att endast ställa öppna frågor som syftade till att få deltagaren att förtydliga och fördjupa sin egen berättelse. Författarna pratade inte heller med informanterna om fenomenet innan intervjuerna för att undvika att informanterna blev påverkade eller styrda av författarnas egen förståelse. Första intervjun utfördes gemensamt med syfte att hitta en gemensam utgångspunkt och fokus i datainsamlingen. Därefter intervjuades deltagarna individuellt av de båda författarna. Intervjuerna transkriberades och första intervjun skickades till handledaren för feedback och förbättringsförslag. Materialet har under studiens gång förvarats oåtkomligt för alla utom de som varit inblandade i studien och inga personliga förhållanden har angetts.

Dataanalys

Materialet analyserades utifrån Graneheims och Lundmans modell för kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen kan ha antingen en deduktiv eller en induktiv ansats. Den deduktiva ansatsen utgår från en förutbestämd mall, baserad på en teori medan den induktiva ansatsen syftar till att förutsättningslöst tolka texter som beskriver människors upplevelser (Lundman & Graneheim 2012, ss. 187-188). Denna studie har utgått från en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. En kvalitativ innehållsanalys syftar till att i texterna identifiera skillnader och likheter och urskilja bärande meningsenheter i enlighet med syftet. Med meningsenhet menas en meningsbärande del av en text och utgör stommen för analysen (Lundman & Graneheim 2012, ss. 189-190).

Intervjuerna transkriberades av författarna var för sig varefter de sedan lästes igenom ett flertal gånger för att få en samlad helhetsbild. Därefter identifierades meningsenheter som sedan sammanställdes genom att författarna delade in meningsenheter av liknande karaktär i grupper. Enligt Lundman och Graneheim (2012, s. 189) innehåller alla texter så kallade manifesta och latent budskap. Det manifesta budskap som finns i text syftar till det tydliga, uppenbara innehållet och det är det manifesta innehållet som utgör kategorierna i den kvalitativa innehållsanalysen. Det latent budskapet i en text är inte något som uttrycks i klarspråk utan det som författaren läser mellan raderna och tolkar. Det övergripande latent budskapet utgör sedan temat i analysen. Efter att meningsenheter urskilts i texterna kortades dessa ner till mindre och mer lätthanterliga enheter genom så kallad kondensering. Kondensering syftar till att, utan att innebörden av texten går förlorad, korta ner meningsenheterna och på så sätt göra dem mer lätthanterliga (Lundman & Graneheim 2012, s. 190). Nästa steg i analysprocessen var att koda varje kondenserad meningsenhet. Detta gjordes genom att abstrahera meningsenheterna och på så sätt lyfta de till en högre logisk nivå. Detta gjordes genom att författarna gemensamt gick igenom varje kondenserad meningsenhet och försökte abstrahera innebörden av enheten. Abstraheringen blir en form av kod som sedan sorteras för att kunna skapa subteman och teman (Lundman & Graneheim 2012, ss. 189-190). De subteman som identifierades i denna studie utgjorde sedan grunden för det tema som presenteras. Ett tema inom den kvalitativa innehållsanalysen beskrivs som ”den röda tråden av mening” och syftar till att beskriva det latent, tolkade innehållet i temats subteman till skillnad från kategorisering som beskriver innehållet på en

manifest nivå (Lundman & Graneheim 2012, s. 191). Genom tematisering läggs fokus alltså mer på att försöka tolka det underliggande budskapet eller det som kan läsas "mellan raderna". Det tema som framkom i denna studie är *Svåra möten som berikar*. Fyra subteman beskriver temat vidare. Dessa är *Att arbeta med bakbundna händer*, *Relationen som en förutsättning för trygghet*, *Att bära någons lidande* och *Vård på lika villkor*.

Tabell 1. Exempel från analysen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subtema	Tema
<i>"Men jag tänker att det är nog, alltså den här otillräckligheten som sliter mest och det behöver man ha strategier för att hantera."</i>	Sjuksköterskan upplever otillräckligheten som slitande	Känslan av otillräcklighet	Att arbeta med bakbundna händer	Svåra möten som berikar
<i>"Det är så viktigt det vi gör. Eh, mm och så, så det är ju inte bara liksom vanmakt och frustration utan det är också, jag lär mig otroligt mycket av, av att möta alla dom här människorna och få ta, jag känner mig privilegierad att få ta del av dom här livshistorierna. Och privilegierad att få lov att hjälpa vidare liksom."</i>	Sjuksköterskan upplever det som privilegierande att få ta del av livshistorierna	Privilegium	Relationen som förutsättning för vårdandet	

Etiska överväganden

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen (WMA 2018) samt följer de forskningsetiska principer som återfinns i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Deltagarna informerades, skriftligt och muntligt, att intervjudeltagande vilar på frivillig grund och att de när som helst kunde avbryta sitt

deltagande utan vidare förklaring. Deltagarna fick information gällande hantering av intervjumaterialet som genomgående hanterats konfidentiellt. Relaterat till att intervjuerna spelades in och kunde innehålla känsligt material var det av yttersta vikt att garantera deltagarna att ingen obehörig får åtkomst till materialet. Tillgång till materialet har enbart funnits till hands för författarna bortsett från första transkriberade intervjun som skickades till handledare för godkännande. För att säkerställa skyddande av deltagarnas integritet har aidentifiering av personuppgifter och arbetsplats genomförts. Vidare beskriver Helsingforsdeklarationen (WMA, 2018) att övervägning av risker ska tas hänsyn till i forskning som avser människor. Här har författarna efter varje intervju försäkrat sig om intervjudeltagarnas mående då intervjuernas fokus, utifrån studiens syfte, eventuellt kunde frambringa mycket känslor. Detta gjordes genom att författarna från start fokuserade på att ha en öppen och följsam hållning gentemot varje enskild deltagare där tecken på eventuellt illabefinnande kunnat identifieras. Författarna avvarade även en stund efter varje intervju åt att samtala kring upplevelsen av intervjun och vilka känslor som uppstod. Av samtliga intervjuer var det ingen av deltagarna som uttryckte något behov av uppföljning. Skulle behovet visat sig under eller efter intervjuförloppet var chefer på respektive arbetsplats informerade om sjuksköterskornas deltagande i studien. På så vis fanns det tillgång till efterföljande åtgärder i form av samtal och uppföljning.

RESULTAT

Svåra möten som berikar

Studien resulterade i ett tema med fyra underliggande subteman. Sammanfattningsvis framkommer temat *Svåra möten som berikar* vilket beskriver betydelsen av att vårda denna patientgrupp. Sjuksköterskan ställs, relaterat till dagens mångkulturella samhälle, inför utmaningar i vårdandet av personer med utsatta bakgrunder och skilda kulturer. Genom att vårda patienter med komplexa vårdbehov och dessutom med hinder så som språkbarriärer, kulturella skillnader, uppfattningar och uttryckssätt uppstår komplexa känslor hos sjuksköterskan som beskrivs vara svåra att hantera. Trots denna svårighet kan dessa möten även vara oerhört berikande. Det upplevs som tillfredställande de gånger sjuksköterskan når fram till en patient trots alla hinder och en hedrande känsla uppstår då patienten vågar dela med sig av det allra mörkaste i dennes tillvaro.

Att arbeta med bakbundna händer

Upplevelsen av att arbeta med bakbundna händer beskriver sjuksköterskans upplevelser av att känna sig begränsad och att inte räkna till i sin vårdande roll. Detta skapar negativa känslor som frustration och uppgivenhet och lämnar sjuksköterskan med en önskan om att kunna göra mer för att ge den trygghet patienten behöver.

Att arbeta med känslan av att ständigt känna sig begränsad i vad som kan göras inom ramen för yrkesrollen skapas en känsla av uppgivenhet. Dessa känslor inverkar också på den egna personligheten genom att inte ha förmågan att lämna dessa känslor då sjuksköterskan lämnar arbetet för dagen. Det handlar om en känsla som beskrivs som tärande och som är slitsam. För att kunna klara av att hantera dessa känslor finns ett behov av stöd och strategier för att lyckas bära den professionella yrkesrollen.

”Men jag tänker att det är nog, det är nog det, alltså den här otillräckligheten som sliter mest och det behöver man ha strategier för att hantera.”

Den frustration sjuksköterskan upplever kan även stundtals leda till känslan av vanmakt. Vanmakten relateras till en känsla av att inte kunna ge det som patienten har behov av då lagar och resurser skapar begränsningar. Sjuksköterskan vill och önskar kunna göra mer men känner en stor frustration av att inte känna sig tillräcklig. Det är svårt att skapa en trygg situation för de utsatta människorna sjuksköterskan möter när resurserna är knappa och möjligheterna små. Sjuksköterskan beskriver detta som en efterfrågan av en trygghet som hon inte är förmögen att ge.

”..stundtals är det vanmäktigt. För stundtals så, alltså, i den bästa av världar så hade jag sagt att: Men nu är du i Sverige. Här är allt tryggt.”

Att arbeta med människor med traumatisk bakgrund och en oviss framtid skapar en känsla av att arbeta i motvind då det finns yttre faktorer som påverkar patientens psykiska mående. Detta innebär att sjuksköterskan behöver vara flexibel och att kunna gå utanför yrkesrollens givna ansvarsområden. Det framkommer en känsla av maktlöshet i att sjuksköterskan inte kan påverka patientens livssituation i den grad som önskas och sjuksköterskan verkar vilja gå utanför sin yrkesroll. Det ter sig som att sjuksköterskan uttrycker en begränsning i sin yrkesroll när det egentligen handlar om en begränsning utifrån en medmänsklig roll.

“Jo, frustrationen var ju väldigt mycket över att jag var så begränsad. Jag kan inte göra så mycket, jag skulle vilja göra mycket mer för dom här ungdomarna.”

Relationen som förutsättning för vårdandet

Relationen som förutsättning för vårdandet handlar om förmågan och sjuksköterskans behov av att bygga relationer till de patienter hon möter. Det handlar även om att i den vårdande relationen skapas tillit och förtroende som en förutsättning för patientens upplevda trygghet. Sjuksköterskan beskriver ett arbete med att bygga relationer till de patienter hon möter då det ter sig vara en viktig del i att få patienten att öppna upp och dela med sig av sina traumatiska upplevelser. Genom att i det vårdande mötet fokusera på att skapa en allians med patienten i syfte att patienten till slut ska våga dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter beskrivs som tillfredsställande för sjuksköterskan. Målet med den vårdande relationen är att kunna lindra patientens lidande i dessa möten vilket ter sig vara möjligt först då patienten känner tillräckligt förtroende för att ta emot den hjälp som erbjuds.

”Alltid försök till att bygga relation..//..och där är det ju svårare alltså men jag, men jag informerar ju alltid om att, om vår sekretess, om att jag inte pratar med migrationsverk och polis, alltså jag säger det uttryckligen för att, för att liksom öppna upp och förstå att här kan du prata liksom.”

Trots den vanmakt och frustration sjuksköterskan upplever av att vara begränsad uttrycks ändå en känsla av att vara privilegierad i sitt yrke. Att få lov att ta del utav patientens livsvärld och erfarenheter beskrivs som hedrande. Genom ett medmänskligt förhållningssätt gentemot patienten ges möjligheter att skapa en delaktighet där patienten kan känna sig trygg. Att ta del av patientens berättelser ger också en känsla av personlig lärdom. Sjuksköterskan beskriver denna upplevelse som betydelsefull och viktig i sitt dagliga arbete genom att lyckas nå patienter med bröstet förtroende till omvärlden ges möjligheten att bidra till ett ökat välbefinnande för patienten.

“Det är så viktigt det vi gör. Eh, mm och så, så det är ju inte bara liksom vanmakt och frustration utan det är också, jag lär mig otroligt mycket av, av att möta alla dom här människorna och få ta, jag känner mig privilegierad att få ta del av dom här livshistorierna. Och privilegierad att få lov att hjälpa vidare liksom.”

Det är just de ögonblick då sjuksköterskan lyckas skapa den relationen där patienten vågar riva sina murar och ge av sig själv som tycks ge sjuksköterskan känslan av tillfredsställelse och meningsfullhet i det mellanmänskliga mötet. Genom att synliggöra det som smärtar ges patienten möjlighet till bearbetning och sjuksköterskan bidrar förhoppningsvis till ett minskat lidande.

”Och jag tänker att det är lika viktigt att dela med sig för till och från så kan man ju få en solskenshistoria också liksom. Och dom är också väldigt viktiga att få ta del av liksom.”

Att bära någons lidande

Att bära någons lidande handlar om sjuksköterskans mod att kunna använda sig själv som redskap för att inge hopp och styrka samt lindra patientens lidande. Det visar sig att tron på att om sjuksköterskan får bära patientens lidande för en stund lättar patientens börda. Detta kan dock skapa känslor för sjuksköterskan som kan vara svåra att hantera. Vidare skildras de förmågor som sjuksköterskan behöver för att kunna hantera vad som väcks i mötet med patienten med flyktingtrauma. Sjuksköterskan beskriver vikten av att ha styrkan att låta sig beröras i mötet med personer som varit på flykt. Känslan av att kunna förhålla sig till dessa patienter och att ha modet att våga ställa de svåra frågorna och inte vara rädd för de känslor som svaret kan väcka, upplevs viktiga för sjuksköterskan.

“..man får vara jädrigt varsam med dom här patienterna, det är väldigt sköra personer och ehh, jag är inte rädd för att fråga, människor vill ofta berätta om sina erfarenheter och dom vill ofta berätta om det som dom varit med om. Så jag är inte rädd för att ställa frågor, jag är inte rädd för svaren.”

Samtidigt som det anses viktigt att våga låta sig beröras och vara mottaglig för patientens berättelse och de känslor som följer beskrivs det som nödvändigt att kunna

reflektera över sina egna känslor och se sina egna behov. Det handlar om möjligheten att göra av med känslor som tagits emot i mötet med en patient med flyktingtrauma vilket beskrivs nödvändigt för att hindra sig själv att gå hem och bära på uppdämda, negativa känslor.

”Att kunna släppa. Att kunna känna att jag är närvarande i rummet med patienten, jag upplever att jag är närvarande i rummet, jag orkar liksom lyssna och härbärgera och förhoppningsvis lindra, ehh. Men efter att mötet är slut behöver jag ju ta hand om det som har hänt i mig också på något vis.”

Förmågan att ta in patientens lidande för att kunna lindra och trösta ses som en förutsättning i vårdandet. Den känslomässiga påverkan hos sjuksköterskan varierar men gemensamt är önskan om att i första hand lindra patientens lidande genom medmänsklighet.

“Alltså att jag tar in min medmänniskas lidande men jag skickar också i samma andetag skickar jag ut, sänder jag tillbaka tröst och en önskan om att den här personens lidande ska försvinna då.”

Sjuksköterskan beskriver komplexiteten i att både kunna ta emot negativa känslor och samtidigt lyckas förmedla positiva känslor till patienten. I yrkesrollen och i mötet med patienten finns en önskan om att förmedla hopp för att kunna bidra till patientens välmående. I mötet med patienten med flyktingtrauma beskrivs en tendens att relatera till vad som framträder i samtalet. Då sjuksköterskan bär på egna olika erfarenheter varierar förståelsen för och vad som går att relatera till i patientens berättelser om sitt förflutna. En önskan om att inge styrka hos patienter som förlorat både hopp och livsglädje är något som relateras till upplevelsen av att ge en god vård.

”..jag har en väldig, jag förstår mycket deras situation så jag försöker ge lite grann hopp och även lite värme och att, men dessutom att de ska kämpa.”

Det framkommer ett stort behov av möjligheten till reflektion på sin arbetsplats, dels genom handledning men även tillsammans med kollegor. Att kunna arbeta med denna patientgrupp kräver utrymme och möjlighet att få dela med sig av de känslor som väckts hos sjuksköterskan.

”..dels har vi handledning här. Vilket är otroligt. Eller det är ju helt nödvändigt. Men sen har vi, det handlar ju också om att jobba med kulturen på arbetsplatsen, alltså hur vill vi vara mot varandra, vill vi vara inkluderande gentemot varandra..”

Sjuksköterskan talar om vikten av att ha ett arbetsklimat där kollegialt stöd prioriteras. Att arbeta under omständigheter där berättelser som patienterna delar med sig av och som i många fall innebär katastrofalt humanitära missförhållanden är behovet av stöd i någon form nödvändig. Det beskrivs som viktigt att få utöva sitt yrke på en arbetsplats där rädslan för att fråga om hjälp inte finns och där möjlighet att få synliggöra sin

sårbarhet stöds. Det handlar om att själv bära ett lidande och vikten av att då ha de relationer på en arbetsplats där kollegor kan ta den bärande rollen för en stund och lindra sjuksköterskans eget lidande då det kan bli för mycket att bära på.

”..det kollegiala stödet är jätte jätteviktigt. Och där känner jag, alltså, vi har alla öppna dörrar. Det är enkelt att prata med en kollega.”

Vård på lika villkor

Vård på lika villkor handlar om svårigheter i att vårda denna patientgrupp. Dels ur ett kulturellt perspektiv då två kulturer ibland krockar vilket kan bero på okunskap hos vårdpersonal men också som språkförbristningar som beskrivs som ett hinder. Frågan om ifall denna patientgrupp får vård på lika villkor väcks hos sjuksköterskan. Upplevelsen ter sig vara att denna patientgrupp inte får vård i den utsträckning som skulle behövas och detta väcker känslor av orättvisa i den vård som bedrivs idag. Sjuksköterskan upplever att det finns ett behov av kunskap kring transkulturell psykiatri och dess roll i vårdandet av denna patientgrupp. Det upplevs finnas en bristande förståelse och kunskap hos vårdpersonal. Genom ökad förståelse för kulturella skillnader och komplexiteten hos denna patientgrupp ökar möjligheten till jämlik vård.

Mångkultur inom personalgrupper ses som en tillgång i vården då möten med patienter från olika delar av världen idag sker på daglig basis. Upplevelsen att vårdpersonal inte alltid förmår sig förstå en individ utifrån olika synsätt som kan relateras till kultur beskriver sjuksköterskan som en känsla av uppgivenhet. Det finns en tydlig önskan om ökad förståelse hos vårdpersonal där kunskapen om transkulturell psykiatri har en betydande roll för att uppnå god vård på lika villkor.

”Och det som gör mig mer ledsen är att ibland, viss personal, de förstår inte att de har en annan kultur, ett annat sätt att se på saker och ting. Så ibland, jag är mer ledsen, inte för deras berättelse eller nånting jag är mer ledsen för det finns personal som inte förstår.”

Sjuksköterskan beskriver att det är en fördel att ha en personalgrupp med olika kulturella bakgrunder där personal kan utbyta kunskap och lära av varandra. I sjuksköterskans berättelser framkommer upplevelsen av ett ökat välbefinnande hos patienterna genom att de möter vårdpersonal med liknande bakgrund som de själva. Detta beskrivs öka möjligheten till en ökad känsla av samhörighet och förståelse för individens livsvärld. Situationer där sjuksköterskan i relation till sin egen bakgrund med förståelse och kunskap kan ge en god och trygg vård ger en känsla av tillfredsställelse och glädje.

”Därför är det viktigt att det finns blandad personal så det inte bara är svenskar så det finns andra personer som kommer från andra länder som kan ha en annan, man känner till deras kultur och då kan de känna sig lite lugnare på nåt sätt, att där är en person som jag kanske litar på..”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Att arbeta med kvalitativ innehållsanalys på en livsvärldsteoretisk grund upplevdes stundtals som svårt. Att genom hela processen arbeta med sin öppenhet, följsamhet och förförståelse har varit en utmaning då det kräver en självmedvetenhet i varje steg. Den största utmaningen upplevdes vara just den tyglade förförståelsen då båda författarna har erfarenhet av att vårda patienter med flyktingtrauma. Det ställde därför krav på författarna att kunna reflektera, framför allt i analysprocessen där vi har fått arbeta med frågeställningar som ”färgas denna tolkning av min egen förförståelse?” och ”skulle man kunna tolka det på ett annat sätt?” Vi upplever dock, såhär i efterhand, att denna metod har varit bäst lämpad för att kunna beskriva dessa sjuksköterskors livsvärld på ett så bra sätt som möjligt.

Lundman och Graneheim (2012, ss. 188-199) beskriver kvalitativ innehållsanalys som en metod med utgångspunkt i att sanningen finns i betraktarens ögon, snarare än i den kvantitativa metoden där det finns en strävan om att komma den objektiva sanningen så nära som möjligt. Lundman och Graneheim beskriver vidare att tolkning av texter förutsätter att forskaren har kunskap om, bland annat, deltagarna kön, ålder, utbildning samt andra förhållanden som eventuellt kan ha betydelse för studiens syfte. I denna studie har författarna kunskap om deltagarnas kön, ålder, utbildning och att de har erfarenhet av att vårda patienter med PTSD relaterat till flyktingtrauma vilket skulle kunna ses som bidragande till en ökad förståelse av upplevelserna som beskrivs.

Resultatets trovärdighet

Inom kvalitativ forskning används begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet för att bedöma resultatets trovärdighet (Lundman & Graneheim 2012, s. 197). Hur pålitliga resultaten är beror på giltighet. Ett resultat anses giltigt då det lyfter fram de karakteristika som är typiskt eller representativt för vad som är avsett att beskrivas. Ett sätt att bedöma giltigheten på är att låta flera personer bedöma om studiens resultat är representativt för deras känsla av vad som berättats i intervjuerna (Lundman & Graneheim 2012, s. 197-198). I denna studie har intervjuerna utförts separat av två personer vilka sedan har läst igenom samtliga transkriberingar för att säkerställa att det tema och subteman som presenteras i resultatet stämmer överens med det som deltagarna i studien har berättat. Även handledaren av denna studie har haft möjlighet att läsa transkriberingar och citat för att sedan kunna jämföra det med de teman som lyfts fram i resultatet. Genom att ha en oberoende granskare torde det rimligt att resultatets trovärdighet stärkts ytterligare.

Lundman och Graneheim (2012, s. 198) lyfter fram att valet av deltagare har betydelse för resultatets giltighet och menar att då kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer är det viktigt att inkludera både män och kvinnor från olika åldersgrupper för att kunna belysa fenomenet utifrån olika erfarenhet och därigenom öka resultatets giltighet. Denna studie inkluderar både män och kvinnor och deltagarna har också haft olika lång arbetslivserfarenhet vilket kan ses som en styrka för att nå variationer av upplevelser. Vidare skriver Lundman och Graneheim (2012, s. 198) att antalet deltagare i en studie skulle kunna påverka dess giltighet och lyfter fram aspekten att en studie som

har så många som 30 deltagare kan ge större möjlighet av variationer i upplevelsen av det studerade fenomenet. Dock menar Graneheim et. al (2017, s. 33) att en innehållsanalys företrädesvis behöver innehålla tillräckligt med data för att variationer ska kunna upptäckas men att det inte går att fastslå ett specifikt antal deltagare för att uppnå detta. Den optimala datamängden beror snarare på syftet med studien och hur innehållsrik data som har samlats in vilket talar emot att på förhand bestämma antalet deltagare. Shek McAlearney, Walker, DeNardis Moss och Bickell (2016) påpekar dock att den tidsåtgång som analysprocessen genererar talar emot att använda sig av kvalitativ innehållsanalys vid studier med ett stort antal deltagare.

Tillförlitligheten till en studie kan bedömas ur flera olika aspekter. En av dessa är enligt Graneheim et. al (2017, s. 33) är urvalet av deltagare. För att studien ska vara trovärdig krävs det att deltagarna har erfarenheter av fenomenet som studeras. Inklusionskriterierna efterfrågade minst två års yrkeserfarenhet och ha erfarenhet av att vårda patienter med PTSD relaterat till flyktingtrauma. En noggrann beskrivning av analysarbetet är nödvändigt för att stärka resultatets tillförlitlighet. De egna ställningstagandena behöver verifieras under hela forskningsprocessen (Lundman och Graneheim 2012, s. 198). För att säkerställa tillförlitligheten i en studie är det också viktigt att klargöra vems "röst" det är som presenteras i de olika delarna av studien, vilket betyder att det behöver vara tydligt vad som är deltagarnas "röst" och vad som är författarnas tolkningar (Graneheim et al. 2017, s. 33) En utmaning i forskningsprocessen är därför att fundera över hur den egna förförståelsen kan påverka såväl insamling av data som resultatet då förförståelsen kan påverka både vilka följdfrågor som ställs i intervjuerna men också hur dessa intervjuer sedan tolkas i analysprocessen (Graneheim et al. 2017, s. 33). Det har därför varit viktigt att medvetandegöra den egna förförståelsen under hela forskningsprocessen. Genom att vara två stycken som utfört intervjuer, läst transkriberingar och sedan tillsammans diskuterat olika tolkningsalternativ har författarna kunnat medvetandegöra sin förförståelse. Diskussionerna har till exempel handlat om att reflektera över våra egna erfarenheter av att vårda patienter med denna problematik, klargöra vilken förförståelse vi själva har och ställa oss frågor om ifall vår tolkning av innebörden färgas av vår förförståelse. Vi har genomfört delar av analysen gemensamt och varit noggranna med att reflektera och diskutera olika möjligheter att förstå data för att resultatet ska vara tillförlitligt. För att visa hur analysprocessen har gått till har även exempel på citat från deltagarna inkluderats varefter tolkningsprocessen av dessa citat tydligt presenterats i resultatet. I denna studie har intervjuerna utförts av två olika personer vilket skulle kunna medföra att deltagarna fått olika följdfrågor. Lundman och Graneheim (2012, s. 198) belyser dock att ett sådant förfarande skulle kunna bidra till större möjligheter att identifiera variationer i upplevelsen av fenomenet snarare än att bidra till en begränsning.

Trovärdigheten av en studies resultat baseras också på hur användbart resultatet är och i hur stor utsträckning det kan appliceras i andra kontexter. Överförbarheten bedöms av läsaren men författarna kan skapa möjligheter till en ökad överförbarhet genom att vara noggrann i presentationen av urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som utgör kontexten för studien (Lundman & Graneheim 2012, s. 198-199). Shek McAlearney, Walker, DeNardis Moss och Bickell (2016) menar dock att det finns väldigt få riktlinjer för att kalibrera den data som samlas in och att detta skulle

kunna bidra till att resultat varierar. Författarna av studien vill tro att den har presenterats på ett tydligt sätt och att resultatet är applicerbart i en annan kontext. Sjuksköterskor inom de flesta vårdverksamheter bör någon gång möta patienter som lider av PTSD relaterat till flyktingtrauma då de är en del av samhället idag. Således borde resultatet som presenteras kunna bidra till en ökad kunskap om upplevelsen av att vårda dessa människor.

Delaktighet

Forskarens delaktighet i samspelet under intervjuer kan betraktas som att forskaren är medskapare av texten. I kvantitativa studier påpekas vikten av att forskaren distanserar sig själv från det som studeras för att inte påverka datainsamlingen i någon riktning. I kvalitativa studier är delaktighet en del av processen (Lundman & Graneheim 2012, s. 199). Vi anser att vår roll inte har varit att styra samtalet i intervjuerna i någon riktning men att vi genom en öppen och följsam hållning har försökt att lotsa deltagarna vidare i sina egna tankegångar och på så sätt bidra till en fördjupad beskrivning av deltagarnas upplevelser. Detta genom att vara nyfikna, ställa öppna följdfrågor och be deltagarna att förklara samt utveckla vad de menar. Med högre grad av abstraktion och tolkning ökar sedan utmaningen i att presentera trovärdigheten av resultatet. Det viktiga är då att kunna visa logiken i tolkningar och att de teman som utkristalliserats svarar på syftet med studien, men det är forskarens tolkning av den mest troliga meningen som presenteras (Graneheim et al. 2017, s. 33). Författarna har i denna studie försökt att vara så transparenta som möjligt i presentationen av hela forskningsprocessen och att hela tiden försöka svara an mot syftet med studien. Det är i slutändan läsaren som bedömer trovärdigheten av en studie och det författarens ansvar att presentera studien på ett sådant sätt att läsaren blir övertygad om dess trovärdighet. Detta uppnår författaren genom att på ett tydligt sätt redogöra för hela forskningsprocessen och ge läsaren en förståelse av hur författaren har kommit fram till resultatet som presenteras (Graneheim et al. 2017, s. 33). Dock är det en utmaning att skriva på ett sådant sätt att alla läsare förstår det så som vi vill att det ska förstås. Det har därför varit en tillgång för oss att låta flera utomstående personer läsa vårt arbete. Det har varit personer som jobbar inom vården men också personer som inte har någon erfarenhet av vårdarbetet. På det sättet har vi fått feedback och kunnat förtydliga sådant som upplevts oklart.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter med PTSD relaterat till flyktingtrauma. Studien beskriver de upplevelser och erfarenheter sjuksköterskan bär med sig från möten med den flyktingtraumatiserade patienten. Resultatet bygger på temat *svåra möten som berikar* och fyra subteman *arbeta med bakbundna händer*, *relationen som förutsättning för vårdandet*, *att bära någons lidande* samt *vård på lika villkor*.

Förståelse och medkänsla som grund för vårdandet

Vikten av ett vårdande möte och en vårdande relation i rollen som sjuksköterska beskrivs som en förutsättning. Det framgår tydligt att ett medmänskligt förhållningssätt ökar möjligheten till att skapa en trygg och tillitsfull vårdrelation. Den egna bakgrunden och erfarenheter beskrivs som en tillgång i det vårdande mötet då sjuksköterskan har större möjlighet att relatera och sätta sig in i patientens livssituation. Med sin egen bakgrund kan sjuksköterskan bekräfta patienten på ett annat vis än någon som inte bär på liknande erfarenheter. Det visar sig också att sjuksköterskan ser positivt på mångkultur inom vården där förståelse och bekräftelse kan möjliggöras i de situationer som kräver det. Unhjelm, Vatne och Hem (2017 ss. 802-806) skriver att relationen mellan sjuksköterska och patient ofta förbättras då även sjuksköterskan delar med sig av personlig information i viss utsträckning i det vårdande mötet. I nämnd studie beskrevs detta som naturligt och tillfredsställande i den vård sjuksköterskan önskar ge. Det rörde sig främst om att dela med sig av livsupplevelser, dagliga aktiviteter och existentiella funderingar vilket ökade möjligheten att skapa ett förtroende och ett band mellan patient och sjuksköterska där patienten känner sig trygg i att dela med sig av sin historia och sin bakgrund. I föreliggande studie bekräftas den positiva upplevelsen där förmågan att som sjuksköterska kunna ge av sig själv i mötet med den flyktingtraumatiserade patienten vilket genererar ömsesidiga relationer där förtroende och trygghet i att kunna öppna upp sig infinner sig.

Zamanzadeh, Valisadeh, Rahmani, van der Cingel och Chafourifard (2018, ss. 94-96) beskriver vikten av att som sjuksköterska ha förmåga att ge en vård utifrån ett medmänskligt förhållningssätt där medlidande och omtanke står i fokus. Studiens resultat visar att förmågan att känna medlidande gynnas av egna levda erfarenheter av vården utifrån ett patientperspektiv där sjuksköterskan har bättre förutsättningar att kunna relatera till patienten. Dock menar författarna att förmågan att känna medlidande och omtanke är något som kan läras in och utvecklas genom kompetensutveckling, vilket till fördel genomförs genom organisationsstöd. Sett till föreliggande studie styrks detta från deltagarna som påpekar vikten av reflektion och återhämtning genom god handledning och kollegialt stöd inom verksamheten för att upprätthålla sin förmåga att bedriva en fullgod medmänsklig vård. Det upplevs som att sjuksköterskan med en liknande kulturell bakgrund och erfarenheter kan bedriva en vård på ett för patienten bekant sätt gynnar möjligheten till att skapa en trygg och tillitsfull vårdrelation. Dock visar sig kulturell gemenskap inte vara nödvändigt för att kunna förmedla en betryggande vård och ömsesidiga relationer. Däremot påvisas vikten av att kunna vårda utifrån ett medmänskligt förhållningssätt, vilket alla människor har individuell förmåga av att ge. Förhoppningen kan därför ses vara att sjuksköterskan tillgodoser kompetensutveckling inom transkulturell psykiatri där förmågan att möta denna patientgrupp underlättas och sjuksköterskan kan med utvecklad kunskap och förmåga känna in patientens behov och ge den vård och omsorg som efterfrågas.

Reflektion och handledning – en förutsättning

Det framkommer att sjuksköterskan upplever motstridiga känslor kring att lindra någons lidande i det vårdande mötet. Att möta människor i kris med ett traumatiskt förflutet kräver också att sjuksköterskan har tillgång till avlastning och återhämtning. Denna

avlastning handlar om reflektion och stöd för att fortsätta uppnå en god vård med förmågan att leda patienten mot ett ökat välbefinnande. Det föreligger en motstridighet hos sjuksköterskan att lyckas ta emot det patienten berättar och lyckas bära upp det för en stund samtidigt som det finns en tydlig svårighet att hantera det som delgivits sjuksköterskan i efterförloppet. Enligt Zamanzadeh et al. (2018, ss. 94-96) är det kollegiala stödet en av grunderna i att lyckas bedriva en vård som involverar medkänsla och omtanke. Studien beskriver att var och ens individuella förmåga till att känna medkänsla ter sig olika men beskrivs vara en av de högsta prioriteringarna för sjuksköterskan. Studien lyfter möjligheten att utveckla förmågan att bedriva en medmänsklig vård genom att få stöd och hitta en förebild i en kollega på sin arbetsplats att inspireras och läras utav.

Utöver det konstateras vikten av att införa och upprätthålla ett klimat och en kultur på sin arbetsplats som omfattas av medkänsla i vårdandet. Utifrån svårigheten i att möta patienter med komplexa vårdbehov så som denna patientgrupp anses behovet av och möjligheten till att ha en form av mentor i sitt yrkesutövande som stort. Trots att handledning inom psykiatrisk vård idag är relativt vanligt avser detta främst studenter och reflektionsgrupper i samband med studentperioder. Möjlighet och tillgång till en specifik person på sin arbetsplats för att kunna rådfråga, ventilera och återhämta sig hos anses bristfälligt i dagens vård vilket därför bör prioriteras. Tillgång till reflektionsstunder och en individuell mentor bör vara regel för nyutexaminerade sjuksköterskor men också en möjlighet för de med mer erfarenhet av yrket. Inte minst för att som specialistsjuksköterska också på ett bättre sätt kunna stödja mindre erfarna kollegor. Kontinuerlig handledning och stöd från någon med erfarenhet av yrket kan förhoppningsvis bidra till en ökad självsäkerhet hos sjuksköterskan där strategier och verktyg för att vårda denna patientgrupp inhämtas. Det leder i sin tur till en mer betryggande vård med fokus på att kvalitetssäkra omhändertagandet av flyktingar med behov av psykiatrisk vård.

Sjuksköterskan upplever sig begränsad i sin yrkesroll och uttrycker en önskan om att vilja göra mer för att lindra och hjälpa patienten de möter. Det ter sig dock snarare vara en känsla av att vilja göra mer än vad som åligger inom det egna ansvarsområdet. Utifrån de mångfacetterade vårdbehov som finns i samhället krävs en god interprofessionell kunskap vilket kräver utbildning där olika professioners samverkansförmåga stärks. Granheim, Shaw, och Mansah (2018, ss. 120-125) skriver om vikten av interprofessionell utbildning redan på grundnivå inom sjuksköterskeyrket. Resultatet visar en positiv utveckling av sjuksköterskans samverkansförmåga då utbildning ges genom kurser och simuleringar tillsammans med andra relevanta yrkesprofessioner. Med stöd i föreliggande studiers resultat och sjuksköterskans upplevelse av att vara begränsad och otillräcklig i sin yrkesroll kan ökad kunskap kring interprofessionell samverkan minska denna upplevelse och förhoppningsvis öka förmågan att möta patienternas komplexa verklighet och behov. Lika viktigt är det att sjuksköterskan är medveten om inom vilka ramar hon kan verka vilket bör klargöras och möjliggöras via sin arbetsplats. Enligt Bégat och Severinsson (2006, ss. 612-615) är upplevelsen av att ha kontroll i sitt yrkesutförande en nödvändighet. Tillgång till reflektion och handledning beskrivs minska upplevelser som arbetsrelaterad stress och ångest där sjuksköterskan istället får bättre förutsättningar att lyckas skapa relationer med patienter i syfte att lindra deras lidande.

Vikten av kompetensutveckling

Sjuksköterskan upplevde att patienter med språkförbristningar och kulturella skillnader riskerar att inte få lika bra vård som övriga patienter. Forskning visar dock att det går att komma runt detta och att språket inte alltid är det viktigaste i en vårdande relation. Enligt Jirwe, Gerrish och Emami (2010, ss. 438-441) anser sjuksköterskor som lyckats kommunicera med både verbala och icke verbala metoder så som kroppsspråk sig nöjda med den bedrivna vården med en patient från en annan kultur. Till skillnad från de möten med patienter där kommunikationen inte fungerat ger sjuksköterskorna en känsla av otillfredsställande vård men också en känsla av rädsla att göra fel relaterat till missförstånd och bristande förmåga att delge information. Jirwe, Gerrish, Keeney och Emami (2009, s. 2626) lyfter egenskaper och färdigheter sjuksköterskan bör besitta för att lyckas ge en god och kompetent vård ur ett kulturellt perspektiv. De grundläggande egenskaperna är medkänsla, empati, respekt, flexibilitet och öppet förhållningssätt gentemot kulturella skillnader hos människor. I enlighet med vad som framkommer i det aktuella resultatet visas ett tydligt missnöje där upplevelsen är att vård på lika villkor inte uppnås i den utsträckning som önskas. Kulturell kompetens efterfrågas och resultatet påvisar en tydlig önskan om ökad kunskap för att säkerställa vården i dagens mångkulturella samhälle. Återigen bör vikten av kompetensutveckling inom transkulturell vård betonas.

Vår uppfattning är att Svensk sjukvård idag har en problematiskt hög arbetsbelastning relaterat till sjuksköterskebrist och det råder även stor brist på specialistutbildade sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Detta bidrar till att gränserna mellan yrkesprofessioner suddas ut och idag bedrivs specialiserad vård av grundutbildade sjuksköterskor. Dessa förväntas ta sig an komplexa vårdsituationer vilket i sin tur genererar en lägre kvalitet av dagens bedrivna vård och kanske till och med riskerar patientsäkerheten. I föreliggande studie var förhoppningen initialt att deltagarna skulle vara specialistutbildade sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Dock problematiserades detta genom svårigheten i att få tag i denna yrkesprofession vilket framhäver bristen på yrkesverksamma specialistutbildade sjuksköterskor inom de verksamheterna med störst behov av tillräcklig kompetens för att vårda personer med flyktingtrauma. Då problemet tycks vara att tillgodose arbetsplatser med specialistutbildade sjuksköterskor bör kompetensutveckling prioriteras via arbetsplatsen där vidareutbildning inom specifik vård främjas och ges möjlighet till. Med syfte att säkra patientsäkerheten bör prioritering även ligga i att tydliggöra och konkretisera vårdande riktlinjer. Det anses befogat att problematisera faktumet att hälso- och sjukvårdspersonal under tid haft svårt att tyda begreppet ”vård som inte kan anstå” (Socialstyrelsen 2014 s. 7), vilket sannolikt påverkat vårdkvaliteten negativt. Patientsäkerheten riskerar att äventyras ytterligare mot bakgrund av att vårdande riktlinjer blir otydliga.

Hållbar utveckling

De globala målen är en världslig gemensam målsättning för en framtida hållbar utveckling för alla människor och involverar hållbarhet utifrån ekonomisk, ekologisk och social hållbarhet. I mål tre av de globala målen finns beskrivet att en grundläggande förutsättning för en hållbar utveckling utifrån ett samhällsperspektiv är uppfyllelse av god hälsa och välbefinnande (UNDP 2018). Relaterat till denna studies inriktning med

fokus på personer med flyktingtrauma vill vi belysa hållbarhetsperspektivet inom psykiatrisk omvårdnad där alla människor har rätt till en god och jämlik vård. Specialistsjuksköterskan inom psykiatrisk vård förväntas att genom sin kunskap, förmågor och färdigheter möta patienter med psykisk ohälsa och bidra till en hållbarhet inom psykiatrisk vård där god hälsa möjliggörs (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, ss. 8-10). Dock visar gällande resultat tydliga brister där sjuksköterskor själva upplever att de inte bär på tillräcklig kunskap i mötet med personer med komplexa vårdbehov, vilket aktualiserar vikten av att området bör lyftas och belysas. För en långsiktig hållbarhet inom psykiatrisk vård med fokus på transkulturella möten är det därför nödvändigt med kunskapsutveckling, reflektion och handledning i arbetet för att uppnå målet att främja hälsa och välbefinnande.

Patienter med flyktingtrauma och PTSD ingår i den grupp människor som riskerar kronisk psykisk ohälsa som kan leda till att de blir storkonsumenter av sjukvård (Socialstyrelsen 2015, s. 7 & 10). Det är rimligt att anta att om det finns en ökad kunskap och förståelse för att vårda dessa individer så skulle detta kunna bidra till minskad psykisk ohälsa och därmed också kunna leda till att patienterna blir välmående medlemmar av det svenska samhället. Med en sådan utveckling gynnas inte bara personer på individnivå utan det blir en positiv utveckling även för samhället i stort. Detta kan ses som en positiv effekt både ur ett ekonomiskt och socialt perspektiv sett till minskade sjukvårdskostnader och arbetsföra individer som tillsammans deltar i arbetslivet vilket ökar möjligheten till utvecklingen av ett jämlikt, inkluderande och delaktigt samhälle.

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014, s. 8) förtydligar specialistsjuksköterskans ansvar i att bevara och främja god hälsa på individnivå likaväl som på grupp- och samhällsnivå. Anåker och Elf (2014, ss. 383-387) belyser ämnet hållbarhet inom omvårdnaden. Resultatet beskriver hållbar omvårdnad utifrån sex kategorier, globalism, holism, framtid, miljö, ekologi samt underhåll. För att lyckas nå en hållbarhet utifrån dessa definitioner krävs, både nationell och internationell medvetenhet och utbildning inom vård- och omsorg och behöver finnas som en del av akademiska program. Vidare problematiserade författarna faktumet att det inte funnits en tydlig definition av begreppet hållbarhet i omvårdnaden. En definition av begreppet föreslogs med det huvudsakliga målet, utifrån aspekterna miljö, holism och globalism att samhället måste bevara en miljö som möjliggör god hälsa för framtidens generationer (Anåker & Elf 2016, s 387). Utifrån denna kunskap bör utbildning på alla nivåer men också arbetsplatser aktivt arbeta med att upprätthålla en medvetenhet kring hållbar utveckling i omvårdnaden så att det centrala målet att kunna ge en god vård till vår framtida generation kan uppfyllas. Detta åligger även specialistsjuksköterskan som ansvarar för kunskapsutveckling genom bevakning, spridning och implementering av nytillkommen forskning (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor 2014, s. 11).

KLINISKA IMPLIKATIONER

- Tillgång till reflektion och stöd
- Rätt profession på rätt plats

- Kompetensutveckling

Att möta människor som kommer från utsatta förhållanden med tidigare livsomständigheter så som krig, tortyr och förföljelse är oerhört komplext och ställer Svensk sjukvård inför en stor utmaning. Mot bakgrund av den ökade migrationen med resultat i ett mångkulturellt samhälle ställs det krav på sjukvården att kunna bemöta människor med vitt skilda kulturella bakgrunder och komplexa vårdbehov vilket kräver kulturell kunskap. Sjuksköterskan förväntas möta dessa människor i syfte att lindra lidande och främja hälsa mot ett ökat välbefinnande. Studien framhäver behovet av regelbunden reflektion och tillgång till stöd och återhämtning i det dagliga arbetet för sjuksköterskan som en del i att lyckas bedriva den vård som förväntas. Det anses nödvändigt att detta tillgodoses från samtliga verksamheter där psykiatrisk vård bedrivs för att långsiktigt behålla befintlig personal men även för att lyckas rekrytera ny personal. Vidare anses denna studie bidra till att uppmärksamma behovet av ökad förståelse och kunskap gällande transkulturell psykiatri och betydelsen av kompetensutveckling inom området och psykiatrisk vård i stort.

Prioritering av vidareutbildningar inom hälso- och sjukvården ifrågasätts då det förefaller vara lägre prioriterat att kompetensutveckla och tillgodose verksamheter med kompetent personal inom psykiatrisk vård i jämförelse med andra inriktningar. Det anses svåråtkomligt att tänka att det inom områden som anesthesi- och intensivvård skulle tummas på tillräcklig kompetens för den specifika vård som ges. Inom dessa inriktningar ställs alltid stora krav på kompetensutveckling, specialistutbildad personal med rätt profession på rätt plats då det anses vara av yttersta vikt på grund av risk för allvarlig skada eller död vid minsta misstag eller felbehandling.

En av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige idag är suicid till följd av psykisk ohälsa vilket bidrar till ifrågasättandet av oförståndet kring behovet av noggrannhet och spetskompetens inom psykiatrisk vård. Det är nödvändigt med kunskapsutveckling där skillnad på allvarlighetsgrad inte ryms utifrån psykiatrisk och somatisk ohälsa. Sjukvården i stort är i behov av ökad kunskap och förståelse för denna patientgrupp och det krävs åtgärder att på sikt lyckas öka attraktionen för området inom hälso- och sjukvården. Det bör vara av högsta prioritet att psykiatrisk vård får en uppgradering inom ett flertal områden. Idag bedriver allmänsjuksköterskor vård utifrån specialistsjuksköterskans kompetensområde men även tvärtom. Tydlighet och ökad möjlighet till kompetensutveckling kan förhoppningsvis leda till att verksamheter kan anställa rätt person på rätt plats vilket innebär att patienten erhåller den vård som förväntas från personal med tillräcklig kompetens. Detta i sin tur ger bättre förutsättningar att minska vårdlidande, öka välbefinnande och säkra patientkvaliten på den vård som förväntas bedrivas.

I slutändan hamnar det på en politisk nivå där pengar måste satsas inom området. Signaler måste skickas om att det ska löna sig med vidareutbildning. Uppfattningen i dagsläget är att detta inte är lönsamt, då den främsta ”belöningen” tycks vara mer ansvar och belastning. Sannolikt är det gamla normer som finns kvar, att yrken inom vård fortfarande ses på som en form av frivilligarbete. Vår uppfattning är att det inte finns en brist på vilja att utbilda sig vidare hos sjuksköterskor, istället tycks problemet ligga i att det inte anses vara tillräckligt lönsamt. En del i det långsiktiga arbetet för förbättrad

vård inom det psykiatriska området tror vi därför slutligen är en ekonomisk satsning på befintlig personal men även en informativ satsning till allmänheten för att öka kunskapen och synen på psykisk ohälsa och därmed också på psykiatrisk vård, vilket skulle kunna leda till ökad nyfikenhet och attraktion för området och på så vis locka framtidens medarbetare.

REFERENSER

- Anåker, A. & Elf, M. (2014) Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 28(2) ss. 381-389.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12121>
- Bégat, I. & Severinsson, E. (2006) Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*. 14(8). ss. 610-616.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2934.2006.00718.x>
- Bogic, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015) Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *International health and human rights*. 15(29) ss.1-49.
<https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12914-015-0064-9?site=bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com>
- Bärnheilm, S. (2009). Transkulturell psykiatri. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh L-G., Lundin, A., Mårtensson, M. & Åsberg, M. (red.) *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur, ss. 847-858.
- Carlsson, G. (2014). Gestaltande av ett vårdande där patientens existens bekräftas. I Wiklund Gustin, L. (red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur, ss. 305-340
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur
- Dahlberg, K. Dahlberg, H. Nyström, M. (2011). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2015). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Fredriksson, L. (2014) Vårdande kommunikation- samtal om hälsa, lidande och vårdande. I Wiklund Gustin, L. (red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur, ss. 417-439.
- Graneheim, U., Lindgren, B. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today* 56 ss. 29–34.
<http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Granheim, B., Shaw, J. & Mansah, M. (2018) The use of interprofessional learning and simulation in undergraduate nursing programs to address interprofessional communication and collaboration: An integrative review of the literature. *Nurse Education Today*. 62. ss. 118-127 https://ac-els-cdn-com.lib.costello.pub.hb.se/S0260691717303192/1-s2.0-S0260691717303192-main.pdf?_tid=55fb8b0a-6225-4be3-8b3f-93be926cdf13&acdnat=1534172817_3307362ada07841764a491f6ded2e297

Hemberg, J. & Viveka, S. (2017) Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31(4), ss. 822-829. <https://onlinelibrary-wiley-com.lib.costello.pub.hb.se/doi/epdf/10.1111/scs.12403>

Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 24(3) ss. 436-444. <https://onlinelibrary-wiley-com.lib.costello.pub.hb.se/doi/epdf/10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x>

Jirwe, M., Gerrish, K., Keeny, S. & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*. 18(18) ss. 2622-2634 <https://onlinelibrary-wiley-com.lib.costello.pub.hb.se/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x>

Kirkevold, M. (2010) *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kirmayer, L., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), ss. 959-967. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168672/pdf/183e959.pdf>

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012) I Granskär, M. Höglund-Nielsen B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 187-201.

Migrationsverket. (2018) *Statistik*. <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>

Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning psykiatrisk vård*. ss. 1-16. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf> [2018-05-22]

Sheck McAlearney, A. Walker, D. DeNardis Moss, A. Bickell, N. (2016) Using Qualitative Comparative Analysis (QCA) of Key Informant Interviews in Health Services Research: Enhancing a Study of Adjuvant Therapy Use in Breast Cancer Care. *Medical Care*, 54(4), ss. 400-405. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792771/>

SFS 2005:716. Utlänningslagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/utlanningslag-2005716_sfs-2005-716 Stockholm_ Socialdepartementet. [2018-02-07]

SFS 2013:407.Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2013407-om-halso--och-sjukvard-till-vissa_sfs-2013-407 Stockholm: Socialdepartementet [2018-02-06]

Strijk, P. van Meijel, B & Camel, C (2011) Health and Social Needs of traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. *Perspective in Psychiatric Care*. (47)1, ss. 48-55. <https://onlinelibrary-wiley-com.lib.costello.pub.hb.se/doi/epdf/10.1111/j.1744-6163.2010.00270.x>

Socialstyrelsen (2015). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården*. ss. 1-26. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf> [2018-02-06]

Socialstyrelsen (2014). *Vård för papperslösa - Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd*. ss. 1-49. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19381/2014-2-28.pdf> [2018-02-06]

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm ss. 1-16. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf> [2018-05-22]

UNDP. (2018). *Mål 3 – Hälsa och välbefinnande*. <http://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-sakerstalla-god-halsa/> [2018-09-27]

UNHCR. (2016) *Flykting eller migrant enligt UNHCR*. <https://sverigeforunhcr.se/blogg/flykting-eller-migrant-enligt-unhcr> [2018-08-17]

Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A. Saboonchi, F. (2016) Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. *Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1*. ss. 1-58. <https://www.rkh.se/PageFiles/5889/Studie%20-%20Nyanl%C3%A4nda%20och%20asyls%C3%B6kande%20i%20Sverige.pdf>

Unhjem, J., Vatne, S. & Hem, M. (2017) Transforming nurse-patient relationships – A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*. 27(5-6) ss. 798-807. <https://onlinelibrary-wiley-com.lib.costello.pub.hb.se/doi/epdf/10.1111/jocn.14191>

Wiklund, G & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier I klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur

Zamanzadeh, V., Valisadeh, L., Rahmani, A., van der Cingel, M. & Chafourifard, M. (2018) Factors facilitating nurses to deliver compassionate care: a qualitative study.

Scandinavian Journal of Caring Science. 32(1) ss. 92-97.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12434>

BILAGA 1



HÖGSKOLAN I BORÅS

Till dig som fått frågan om att delta i studien Sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med posttraumatiskt stressyndrom relaterat till flyktingtrauma.

Vi är två sjuksköterskor som läser till specialistsjuksköterskor med inriktning mot psykiatrisk vård. Det är nu dags för oss att skriva vårt examensarbete där syftet med studien är att belysa sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med posttraumatiskt stressyndrom relaterat till flyktingtrauma.

Hösten 2015 hade Sverige tagit emot fler flyktingar än någonsin tidigare och Europa var mitt uppe i den största flyktingkrisen i modern tid. Enligt migrationsverket var antalet asylsökande år 2015 162 877 st. De som flyr sitt land på grund av krig kan bära på trauman från tortyr, förföljelser eller flyktupplevelser vilket kan leda till psykisk ohälsa. Genom att belysa sjuksköterskans upplevelse av att vårda personer med flyktingtrauma kan det bidra till ökad förståelse och kunskap om transkulturell psykiatri. Det kan i sin tur leda till ökad livskvalitet för de människor sjuksköterskan möter i hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av att denna typ av vård förekommer på just din arbetsplats önskar vi ta del av dina erfarenheter och upplevelser av att vårda denna målgrupp. Du har blivit tillfrågad att delta efter att vi haft kontakt med din vårdenhetschef. Genom att delta i studien bidrar du till att öka kunskapen och förståelsen av att vårda patienter som utifrån ett transkulturellt perspektiv upplevt trauma.

Studien kommer att genomföras i form av en intervju där du ombeds berätta om dina upplevelser och erfarenheter. Intervjun genomförs på en av dig vald plats och kommer spelas in på en ljudbandspelare för att senare transkriberas till text. Materialet kommer enbart vara tillgängligt för de som är inblandade i studien och du kommer inte kunna spåras till person då inga personliga förhållanden kommer att anges. Materialet förvaras oåtkomligt för andra.

För ytterligare information om studien, eller frågor som uppstår med anledning av din medverkan, kontakta gärna någon av oss som leder studien.

Ansvariga

Hannah Bengtsson

S162665@student.hb.se

Emma Gustafsson

S163667@student.hb.se

Handledare

Aleksandra Jarling

aleksandra.jarling@hb.se