

Formuleringarna blev professionella

Upplevelser av omvårdnadsplanering med
stöd av ICF i psykiatrisk vård



**”Formuleringarna blev professionella”
– upplevelser av omvårdnadsplanering med stöd av ICF i
psykiatrisk vård**

Anders Kauffeldt och Sture Åström

Anders Kauffeldt, fil.mag. i omvårdnad och pedagogik.
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Högskolan Väst
461 86 Trollhättan

Tel. 0520/223978
E-post: anders.kauffeldt@hv.se

Sture Åström, professor i omvårdnad.
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Högskolan Väst
461 86 Trollhättan

även
Institutionen för omvårdnad
Umeå universitet

Tel. 0520/223985
E-post sture.astrom@hv.se

Sökord: bedömning, funktion, psykiatrisk omvårdnad, specialistsjuksköterska, verksamhetsförlagd utbildning.

SAMMANFATTNING

Människors upplevelser av sin livssituation är i hög utsträckning avhängigt psykiska, sociala och fysiska funktioner och individens samverkan med omgivningen. En stor utmaning för vård och omsorg av människor med psykisk ohälsa är därför att utveckla kunskaper och kompetens i att bedöma människors funktionstillstånd för att på så sätt kunna erbjuda ett för individen anpassat stöd. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) har utvecklats för att uppnå ett enhetligt och strukturerat sätt att beskriva hälsa och hälsorelaterade domäner och skulle därmed kunna bidra till tydlighet av identifiering, beskrivning samt analys av patientens omvårdnadsbehov. Syftet med studien var att beskriva och studera upplevelser av att använda ICF som stöd för bedömning av funktionstillstånd inom psykiatrisk vårdkontext. Som metod valdes kvalitativ innehållsanalys av 31 psykiatrisjuksköterskestudenters skriftliga beskrivningar av sitt arbete med omvårdnadsplanering under verksamhetsförlagd utbildning. Tre kategorier som tillsammans utgjorde studenternas erfarenheter av att arbeta med ICF framkom: stöd i omvårdnadsprocessen, perspektivskapande och interaktionsbefrämjande. ICF erbjöd genom sin bio-psykosociala struktur en grund för bedömningar ur ett omvårdnadsperspektiv. ICF är ett multiprofessionellt språk men hanterbarheten begränsades på grund av klassifikationens omfång. Därför är utvecklandet av kreativa förhållningssätt till ICF som ökar hanterbarheten och samtidigt behåller klassifikationens bredd och djup en stor utmaning för framtida projekt.

Sökord: bedömning, funktion, psykiatrisk omvårdnad, specialistsjuksköterska, verksamhetsförlagd utbildning.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Psykiatrisk omvårdnad	1
Patientens livsvärld	2
Psykisk hälsa och funktionstillstånd	2
Bedömning av funktionstillstånd	3
ICF i praktiken	5
Omvårdnad och ICF	6
Om lärande i verksamhetsförlagd utbildning och praktisk verksamhet	6
PROBLEMFORUMLERING OCH SYFTE	7
METOD	8
Urval och datainsamling	8
Dataanalys	9
Etiska reflektioner	9
RESULTAT	9
Stöd i omvårdnadsprocessen	10
Möjliggör olika angreppssätt	10
Underlättar bedömning och planering	11
Perspektivskapande	11
Fördjupar kunskap	11
Upptäcker hälsa och resurser	12
Interaktionsbefrämjande	13
Skapar delaktighet och relation	13
Befrämjar dialog i vårdarbetet	13
DISKUSSION	15
Metodologiska reflektioner	15
Resultatdiskussion	16
ICF som stöd i omvårdnadsprocessen	16
Perspektivskapande	17
Interaktionsbefrämjande	18
Funktionsbedömning ett led i lärprocessen till psykiatrisjuksköterska	18
KONKLUSION	20
REFERENSER	21

INLEDNING

Idag lever många människor med psykisk ohälsa ute i samhället i motsats till 1900-talets psykiatriska vårdmodell med stora institutioner. Att förhålla sig till sig själv, sitt sociala nätverk och det omgivande samhället är en komplicerad uppgift idag för denna grupp. Det är av stor betydelse att kunna göra förutsägelser om dessa gruppers hälsa och livskvalitet. Att enbart göra detta utifrån ett traditionellt medicinskt diagnostänkande är inte längre gångbart. En stor utmaning för vård och omsorg av människor med psykisk ohälsa är därför att utveckla kunskaper och kompetens i att bedöma människors funktionstillstånd för att på så sätt kunna erbjuda ett för individen anpassat stöd. World Health Organization (2001) har utarbetat ett klassifikationssystem, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) som är tänkt som ett vetenskapligt multiprofessionellt språk för att bedöma, beskriva och diskutera hälsotillstånd. Användningen av ICF i Sverige är fortfarande i sin linda. Denna rapport fokuserar ett projekt där specialistsjuksköterskestudenter med inriktning mot psykiatrisk vård använder ICF som stöd för bedömning och dokumentation av patienters funktionstillstånd. Titeln på rapporten, Formuleringarna blev professionella, är hämtad från en utsaga av en av deltagarna i projektet. Projektet initierades och genomfördes av rapportens författare universitetsadjunkt Anders Kauffeldt och universitetslektor Stina Lundgren som gick bort under projektets genomförande. Professor Sture Åström har varit vetenskaplig handledare och medförfattare. Projektet har erhållit medel från Institutionen för omvårdnad, hälsa och kulturs vid Högskolan Väst i Trollhättan.

BAKGRUND

Psykiatrisk omvårdnad

I Hummelvoll och Graneruds (2010) litteraturgenomgång av hur ideologiska och teoretiska perspektiv framkommit i den psykiatriska omvårdnaden under de senaste femtio åren beskrivs två spår som de mest framträdande. Ett som lyfter fram humanistiska grundvärderingar och ett som mer betonar en traditionell vetenskaplig ansats med starkare inslag av biomedicinsk forskning och evidensbaserad praxis. Vid sidan av dessa bägge spår har på senare tid också ett ökat intresse för samhällsvetenskapliga perspektiv framkommit. Andra influenser är vikten av samarbete och delaktighet. I sin konklusion poängterar Hummelvoll och Granerud (2010) brukarperspektiv och tvärfackligt samarbete innefattar ett behov av att utveckla modeller och teorier som tydliggör det psykiatriska omvårdnadsperspektivet både för omvårdnadspersonal och för övriga yrkesgrupper i det multiprofessionella teamet. Det har under åren ifrågasatts i vilken grad psykiatrisjuksköterskor lyckats identifiera och synliggöra psykiatrisk omvårdnad (Lützen, 1990; Lindström, 1992; Edwards & Burnard, 2003; Rungapadiachy, Madill & Gough, 2006; Elson, Happell, & Manias, 2009).

Sjuksköterskor ansvarar för omvårdnadsarbetet som ofta beskrivs i form av en process. Yura och Walsh (1988) beskriver omvårdnadsprocessen som bestående av fyra faser: bedömning, planering, genomförande och utvärdering. Omvårdnadsprocessens fundament utgörs av en bedömningsfas där patient och sjuksköterska tillsammans ska identifiera patientens problem och resurser. Sjuksköterskan dokumenterar detta som omvårdnadsanamnes/status och med utgångspunkt från detta upprättas en omvårdnadsplan där mål och åtgärder framgår. Åtgärderna genomförs, utvärderas och revideras vid behov. Ett vanligt dokumentationssystem

i Sverige är Psyk-VIPS som bygger på omvårdnadsprocessen som modell (Björkdahl, 1999) som sin tur bygger på det svenska sökordsbaserade VIPS (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000), Behovet av att kommunicera dokumentationen vidare är idag stort. I modern svensk psykiatri framhävs ofta multiprofessionellt teamarbete som en viktig framgångsfaktor (Malm, 2002). I teamet ingår i allmänhet arbetsterapeut, kurator, läkare, sjuksköterska och skötare. Samtidigt sker diskussioner om psykiatripersonalens otydliga roller (Tuvevsson, 2011) På den psykiatriska klinik där delar av föreliggande projekt genomförts visar två magisteruppsatser, Korp och Lärk (2008) och Vejedal (2011) genom journalgranskning att sjuksköterskor har svårt att tydliggöra omvårdnadsprocessen i sin dokumentation. Jansson (2010) undersökte arbetet med individuella vårdplaner inom somatisk slutenvård. Hon fann att sjuksköterskans dokumentation ofta blir en medicinsk (dubbel) dokumentation om det inte finns ett tydligt omvårdnadsperspektiv vid ankomstbedömningen. Patienter blev också mer delaktiga när omvårdnadsplanen var integrerad i omvårdnadsprocessen.

Patientens livsvärld

Dahlberg m.fl. (2003) beskriver ett vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv som betonar öppenhet och följsamhet inför patientens levda värld. Grunden i omvårdnadsarbete handlar om att förstå patientens upplevelse av sig själv och sitt möte med omvärlden och att skapa möjligheter för patienten att uttrycka detta, en strävan mot att ge möjlighet till delaktighet i vården. Nyström (2003) för in livsvärldsperspektiv i psykiatrisk vård och omsorg. Genom patientens berättelse och det öppna frågandets konst ges vårdaren möjlighet att förstå patientens perspektiv. Hon visar också med talande exempel när patienter med psykiska funktionshinder inte givits möjlighet till delaktighet och tolkningsföreträde. Även Nationell psykiatrisamordning, I SOU 2006:100 uppmärksammades att det fanns stora brister i stödet till denna grupp för att leva ett självständigt liv präglad av delaktighet och pekar på behovet av att lyfta fram klinisknära praktisk forskning kring psykosociala insatser. Nyström (2003) diskuterar värdet av att lyfta in teorier och modeller som stöd i omvårdnadsarbetet men betonar vikten av att reflektera kring hur stödteorier kan användas med livsvärldsperspektivet som grund. Risken är annars att patientens delaktighet tappas bort. I denna rapport diskuteras hur en modell för funktionsbedömning grundad på International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001) kan användas med ett livsvärldsperspektiv som grund.

Psykisk hälsa och funktionstillstånd

Avinstitutionaliseringen av psykiatrisk vård och omsorg har varit en tydlig internationell trend sedan flera decennier. I Sverige genomfördes Psykiatrireformen 1995. Då tog kommunerna över ansvar för boende och sysselsättning för människor med långvariga psykiska funktionshinder. Det ledde till att förmågan att leva ute i samhället hos denna grupp kom i blickpunkten på ett annat sätt än på de gamla mentalsjukhusens tid (Knutsson & Pettersson, 1995). I SOU 2006:100 framkom att begreppet psykiskt funktionshinder behövde definieras och klargöras. Definitionen av psykiskt funktionshinder kom att lyda: ” En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning” (sid 6).

Socialstyrelsen (2012) definierar funktionshinder som ”begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen”.

Att fokusera funktionstillstånd och funktionshinder i förhållande till psykisk ohälsa är idag ett vanligt tema i forskning och variationen av fokus i studierna visar vilket stort kunskapsfält detta utgör. Goldberg, Rollins och Lehman (2003) pekar på bristen av sociala nätverk och ensamhet bland människor med långvarig psykisk ohälsa. Flera studier exempelvis Buckley (2006) pekar på konsekvenserna av samsjuklighet mellan drogberoende och psykiska sjukdomar (”dubbeldiagnos”). Här lyfts dålig följsamhet till medicinering, ökad risk för somatiska sjukdomar, sänkt egenvårdsförmåga, ökad självmordsrisk och nedsatt sexualfunktion fram som exempel på hur komplexiteten ökar och med det svårigheten att erbjuda adekvat vård. Våld och kriminalitet och dess samband med psykisk ohälsa är ett annat område som fokuserats i forskning. Fazel m.fl. (2010) pekar på att det är drogberoendet snarare än psykisk sjukdom (bipolär) som ökar risken för våldsbenägenhet vid samsjuklighet.

Arvidsson (2011) fann att låg skattning av funktionsförmåga hade samband med förhöjd mortalitetsrisk i gruppen av svårt psykiskt sjuka människor. Sokal m.fl. (2004) visade att dessa grupper löper större risk att få problem med tandhälsa, utveckling av diabetes och hjärt-kärlsjukdomar tillstånd som i sig i hög grad påverkar människors funktionsförmågor. Olika former av sömnproblem är ett vanligt fenomen inom psykiatrisk vård. De Niet m.fl. (2008) poängterar vikten av att inte uppfatta sömnproblem som ”night-time problems or night nurse problems” utan också vara uppmärksam på hur störd sömn påverkar patienters sociala funktioner.

Kognitiva funktioner som perception, inläring, minne, tänkande och språk, har blivit ett allt viktigare fält att studera för att förstå hur psykisk ohälsa påverkar våra funktioner i vardagen (Semkovska m.fl., 2004; Kopelowicz m.fl., 2005 & Mintz; Mortiz & Woodward, 2007). Helldin (2009) som undersökte patienter med schizofreniform sjukdom och deras återhämtning pekar på vikten av att framtida forskning tar fasta på sambanden mellan patienters symtombild, kognitiv förmåga, och allmän funktionsnivå. Forskarna fann att en del patienter uppvisade mycket symptom men fungerade relativt bra medan andra som hade få symptom fungerade mycket dåligt i vardagen. Lundin och Olsson (2002) diskuterar att bristande kunskaper om funktioner och funktionshinder ligger bakom mycket av samhällets otillräckliga stöd för dessa grupper.

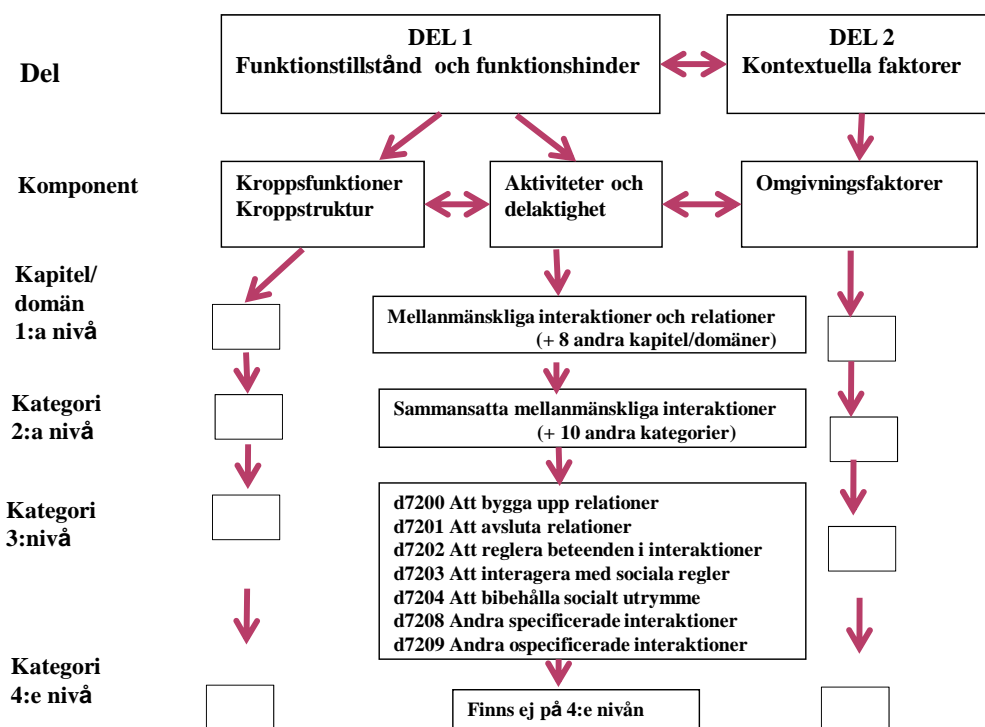
Daremo och Haglund (2008) undersökte patienters uppfattningar av möjligheten till aktivitet och delaktighet i sin vård i psykiatrisk slutenvård. Här framkom vårdplanering som en viktig faktor. Nyström (2003) visar i sina studier ur omvårdnadsperspektiv vikten av ett öppet förhållningssätt till människors resurser och funktionshinder och att inte blunda för det senare. Hon problematiserar i sammanhanget de svårigheter som kan uppstå med alltför optimistiska målformuleringar när det gäller människor med svåra psykiska funktionshinder. Det handlar om att finnas kvar även när framstegen uteblir. Nyström understryker värdet av kreativa arbetsmiljöer som bejakar kompetensutveckling och delaktighet som hörnstenar i relationsarbetet.

Bedömning av funktionstillstånd

ICF är ett av Världshälsoorganisationen WHO framtaget klassifikationssystem för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa (WHO, 2001). ICF kan ses som en

ideologisk och politisk spegling av FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och arbete mot diskriminering (Björck-Åkesson, Granlund och Simeonsson, 2011). Det är ett komplement till det medicinska diagnosystemet ICD-10 som klassificerar symtom till diagnoser men detta ger ingen information om hur vardagen påverkas av sjukdomen för den enskilde individen. Det finns flera syften med ICF. En intention är att klassifikationen ska kunna vara en vetenskaplig grund för studier av hälsotillstånd. Då systemet är såväl multiprofessionellt som multidisciplinärt är tanken att det ska kunna tjäna som ett gemensamt språk för att beskriva och diskutera hälsotillstånd. Det kan då också ge möjligheter att göra internationella och nationella jämförelser av data. ICF ska vidare tillhandahålla ett systematiskt kodschema för olika hälsoinformationssystem. ICF finns översatt till svenska i en fullständig version (Socialstyrelsen, 2003a) en kortversion (Socialstyrelsen 2003b) en checklista för klinisk användning (Socialstyrelsen, 2003c) och en barnversion (Socialstyrelsen, 2010a).

Intentionen i ICF är att beskriva hälsa ur ett helhetsperspektiv. På en övergripandenivå skiljer ICF ut en individuell del och en kontextuell del. ICF beskriver sedan funktioner ur ett bio-psykosocialt perspektiv inom tre olika komponenter: 1. kroppsfunktion och struktur, 2. aktivitet och delaktighet och 3. Omgivningsfaktorer. En fjärde komponent personfaktorer är för närvarande inte inkluderad. Man kan säga att kroppsfunktioner rör förändringar i fysiologiska system och psykologiska faktorer. Kroppsstrukturer berör förändringar i anatomiska strukturer. Med aktivitet avses alla handlingar som kan utföras och med delaktighet avses de handlingar som faktiskt utförs. Av stor vikt är att notera att det kan föreligga diskrepans mellan aktivitet och delaktighet. Även om X har kapacitet att bygga upp sociala relationer är det inte säkert att X gör det. Omgivningsfaktorer rör yttre faktorer påverkan på funktionstillstånd och funktionshinder och ses i form av hinder eller stöd (Socialstyrelsen, 2003a). Att X inte aktivt försöker bygga upp sociala relationer påverkas av såväl individuella faktorer (kroppsfunktioner och kroppstrukturer) som omgivningsfaktorer. Varje komponent delas sedan i kapitel och kategorier vilket leder till olika nivåer av detaljering av beskrivning av funktioner. De flesta kapitel beskrivs i tre nivåer några finns även beskrivna på en fjärde nivå, se figur 1. ICF innefattar också ett kodsysteem som möjliggör statistisk bearbetning. Detta kommer inte att beröras vidare i detta arbete.



Figur 1. Termer och struktur för ICF, exemplet mellanmänskliga interaktioner och relationer. Fritt efter Pless och Adolfsson (2011).

ICF i praktiken

ICF:s användningsområden är flera. Det har använts som grund för vetenskapligt arbete och statistiskt verktyg för att studera hälsa och hälsotillstånd. ICF har också använts kliniskt för behovsbedömningar, arbetsbedömningar, rehabilitering och utvärdering av effekter av genomförda åtgärder. Det har även utnyttjats som redskap för dokumentation och utbildning. På ett mer övergripande plan har ICF använts som socialpolitiskt verktyg för utveckling av social trygghet, ersättningssystem och policydokument (Socialstyrelsen, 2003a). I föreliggande arbete är det i första hand ICF:s funktion som kliniskt bedömningsinstrument som fokuseras.

Jelsma (2009) fann i en litteraturoversikt av 243 studier där ICF använts praktiskt att systemet fungerar men att det finns kategorier som kan överlappa varandra och svårigheten att skilja komponenten aktivitet och delaktighet åt (vilken kapacitet har individen och vad genomför individen?). Boldt m.fl. (2005) pekar på vikten av att föra in bedömning även av potentiella riskfaktorer då detta inte explicit görs i ICF. Flera studier problematiserar omfånget i ICF, över 1500 kategorier och diskuterar möjligheten att utveckla olika former av kortversioner (Pless & Adolfsson, 2008; Grimby m.fl., 2005).

I Sverige ökar intresset för ICF som bedömnings- och kommunikationssystem. Detta syns framförallt inom kommunal hälso- och sjukvård. På slutkonferensen, Nationellt fackspråk inom vård och omsorg, redogjordes för hur alla kommuner i Östergötlands län tagit principbeslut på att införa ICF som grund för en gemensam dokumentationsstruktur (Holgerrson, 2011). I en studie av kommunal sjukvård (somatisk) användes ICF som

analysinstrument för granskning av vad som dokumenterades (Socialstyrelsen, 2010a). Där framkom att det dominerande området för dokumentationen var kroppsfunktion. När det gäller aktivitet/delaktighet och omgivningsfaktorer var dessa mer sparsamt dokumenterade. Studien understryker att bedömning och dokumentation behöver samordnas och systematiseras så att vårdprocessen kan förstås av samtliga yrkesgrupper som är involverade. Samma slutsats förs fram i Socialstyrelsen (2007) där undersöktes bedömningsmetoder av funktionshinder och möjligheten att utveckla standardiserade bedömningsinstrument med ICF som grund diskuteras. Hallgårde (2011) beskriver ett projekt där sökord utvecklas i elektronisk patientjournal med ICF som grund. Läkare och sjuksköterskor hade svårare att ställa om till de nya sökorden medan sjukgymnaster och arbetsterapeuter hade mindre problem med att acceptera det nya systemet för sökord.

Omvårdnad och ICF

Det som gör ICF särskilt intressant ur omvårdnadsperspektiv är betoningen av hälsa och delaktighet som går i linje med många omvårdnadsmodeller. Kim (2010) beskriver en patient/klientdomän i sin omvårdnadsmodell som väl harmonierar med ICF när hon knyter samman aktivitet och delaktighet med hälsa/dysfunktion och påverkande omgivningsfaktorer. Carnevali (1993) har också fenomenen dagligt liv, funktion, aktivitet och omgivning beskrivna i sin omvårdnadsmodell. I psykiatrisk kontext har flera omvårdnadsmodeller med relation och delaktighet som grund beskrivits (Peplau, 1988 och Hummelvoll, 2004).

Man kan också se ICF i ett dialektiskt förhållande till ett livsvärldsperspektiv. Martinsen (2009) skriver i samband med att hon kritiskt diskuterar begreppet evidens: ”I evidensbevegelsens språk er ordene satt fast i begrepper, oppstillinger, klassifiseringer, rammeverk. Men det finns også ord som er veien til å nå mennesker, ord som rammer sanser, følelser og forstand. I mellomrommet mellom de to slags ord, ord som klassifiseringer og rammeverk, og ord som berører og skaper bevegelse i og mellom mennesker ligger forskjellen mellom tillukket og åpenhet, mellom det kontrollerte og det levande. Det er i dette mellomrommet det nyskapende ordformningsarbeidet skjer.” (sid 160). Martinsens ord är viktiga när man som i detta sammanhang är intresserad av hur ett klassifikationssystem kan användas i praxis. I detta blir ICF en utmaning för exempelvis psykiatrisjuksköterskor att på ett systematiskt sätt göra bedömningar av omvårdnadsbehov med utgångspunkt från patientens livsvärld och där patienten/klienten ges möjlighet till delaktighet. Ett viktigt perspektiv i all vård inte minst inom psykiatrisk vård och omsorg.

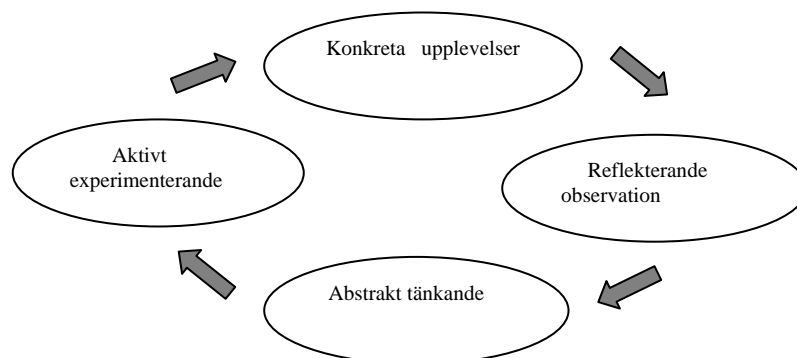
Om lärande i verksamhetsförlagd utbildning och praktisk verksamhet

Hur kan då intentionerna i ICF och dess praktiska användning integreras i ett utbildningsprogram för specialistsjuksköterskor med inriktning psykiatri? Detta var en frågeställning för ett projekt vid Högskolan Väst i Trollhättan.

Högskolan Väst har valt arbetsintegrerat lärande (AIL) som ett av de profilområden som ska utvecklas inom ramen för skolans FoU-verksamhet. Syftet är att initiera, bedriva och sprida forskning om lärande och kunskap som är relaterad till arbete. Exempel på AIL är verksamhetsförlagd utbildning (VFU) i samband med högskolestudier och olika former av forsknings- och utvecklingsprojekt i syfte att undersöka och utveckla det kompetensutvecklande lärande som sker direkt på arbetsplatsen. I den specialistutbildning för

psykiatrisjuksköterskor som var en del av detta projekt, finns möjlighet för studenterna att göra större delen av sina verksamhetsförlagda studier på sin egen arbetsplats. Dessa studenter är redan legitimerade sjuksköterskor och nästan alla arbetar redan inom olika former av psykiatrisk vård. Tidigare kursutvärderingar då VFU har varit upplagd efter ett traditionellt sätt med heltidsstudier på en arbetsplats under ett varierat antal veckor har visat att studenterna uppfattat att mycket av denna del av utbildningen har gått åt till rutinsysslor. En inte försumbar tid har för nivån ändamålsenliga uppgifter saknats. Därför har VFU i detta sammanhang förändrats i riktning mot nivåspecifika uppgifter som studenten förväntas att självständigt, men i samråd med handledare planera, genomföra och utvärdera inom ramen för kursen.

Som struktur för synen på lärande i VFU och för planering av pedagogiska interventioner i föreliggande projekt användes en tankemodell som beskriver lärprocessen som bestående av fyra faser: konkreta upplevelser, reflekterande observation, abstrakt tänkande och aktivt experimenterande (Kolb 1984). Modellen ska ses som en dynamisk process som ger vid handen att pedagogiken behöver fånga upp och problematisera lärandet i alla fyra faser (Fig. 2). Det praktiska lärandet är mindre undersökt än teoretiskt textbaserat lärande (Säljö, 2000). Ett återkommande tema är att det ofta brister i medvetenhet kring reflektionens betydelse för det praktiska lärandet (Carlsson, Pilhammar och Vann-Hansson, 2009 och Skyvell-Nilsson och Pilhammar, 2009).



Figur 2. Lärprocessens olika faser enligt Kolb (1984).

I föreliggande delprojekt ingick teoretiska studier av ICF (abstrakt tänkande), praktiska övningsuppgifter (aktivt experimenterande), möten med patienter (konkreta upplevelser) och reflektion i handledning (reflekterade observation). De aktionsinriktade interventionerna förväntades beröra hela lärcykeln för specialistsjuksköterskestudenterna. Kolbs modell användes för metarefleksion kring projektets genomförande och utfall.

PROBLEMFÖRMULERING OCH SYFTE

God hälsa innebär att en människas behov och resurser är i balans, men vid ohälsa rubbas balansen och människors vardagliga funktioner påverkas. Denna obalans kan bidra till att

människor behöver stöd för att klara det dagliga livets aktiviteter. Detta är en realitet för många människor med psykiska funktionsnedsättningar och funktionshinder och stödet till denna grupp brister ofta. ICF har utvecklats för att uppnå ett enhetligt och strukturerat sätt att beskriva hälsa och hälsorelaterade domäner och skulle därmed kunna bidra till tydlighet av identifiering, beskrivning samt analys av patientens omvårdnadsbehov. Det övergripande syftet med projektet var därför att undersöka hur ICF kan användas som struktur i psykiatriskt omvårdnadsarbete. En delstudie har genomförts inom ramen för ett specialistsjuksköterskeprogram med inriktning mot psykiatrisk vård. Syftet var att beskriva och studera upplevelser av att använda ICF som stöd för bedömning av funktionstillstånd inom psykiatrisk vårdkontext.

METOD

Denna studie avser en avgränsad del av ett pågående forskningsprojekt som genomförs i samverkan mellan Högskolan Väst och Psykiatriska kliniken NU-sjukvården. Intentionen i det projektet är att utveckla kunskap om användandet av ICF i psykiatrisk omvårdnadskontext. Projektet innefattar interventioner i form av teoretiska och praktiska studier av ICF i ett högskoleprogram (specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård) och inom psykiatrisk vårdverksamhet. Tanken är att dessa parallella spår tillsammans ska generera kunskap som kan överföras och befrukta såväl högskoleutbildningen som den psykiatriska vårdverksamheten där en del av projektet genomförs. Projektet påbörjades 2008 och pågår fortfarande. Föreliggande delstudie är en undersökning av specialistsjuksköterskestudenternas upplevelser av att under verksamhetsförlagda studier arbeta med ICF som stöd för bedömning och dokumentation av omvårdnadsprocessen. Det andra spåret i projektet, prövandet av ICF inom psykiatrisk verksamhet, dokumenteras i annat sammanhang i magisteruppsatser och artikelskrivande med specifikt fokus på denna del av projektet.

Urval och datainsamling

Studenter i två specialistsjuksköterskeprogram med inriktning mot psykiatrisk vård hade under verksamhetsförlagd utbildning i uppgift att göra bedömningar av patienters hälsotillstånd med stöd av ICF (Socialstyrelsen, 2003a). De hade studerat ICF såväl teoretiskt som praktiskt i en tidigare delkurs i programmet. 35 studenter, två män och 33 kvinnor mellan 27 och 57 år tillfrågades om deltagande studien och samtliga svarade ja. Alla studenter utom en var anställda som sjuksköterskor inom psykiatrisk vård och omsorg.

Uppgiften var att studenten självständigt, i samråd med en handledare, skulle bedöma och dokumentera ett omvårdnadsstatus med stöd av ICF. Uppgiften genomfördes i samverkan med en patient som informerats om och givit samtycke till uppgiften. Uppgiften dokumenterades som omvårdnadsstatus i en omvårdnadsplan. 30 av 35 studenter genomförde uppgiften på den arbetsplats där de var anställda som sjuksköterskor. Fem studenter genomförde uppgiften inom en vårdverksamhet som de fått tillgång till genom högskolans försorg. Studenterna lämnade in uppgiften som utgjorde del av kursens examination skriftligt. Instruktionen för uppgiften var att beskriva hur de gått tillväga för att genomföra övningsuppgiften, vad de dokumenterade i ett avidentifierat omvårdnadsstatus och deras

reflektioner kring utfallet av att använda ICF i detta sammanhang. Två studenter fick komplettera uppgiften med förtydliganden om hur ICF använts innan godkännande. Fyra studenter fullföljde inte kursen.

Dataanalys

Datamaterialet utgjordes av studenters nedskrivna beskrivningar (n=31) av hur de arbetat med ICF i studieuppgiften och deras erfarenheter av möjligheter och hinder i samband med detta. Metoden hade en induktiv kvalitativ ansats. I en induktiv kvalitativ ansats betonas intresset att fånga innehållet i informanternas utsagor utan på förhand bestämda teorier, modeller eller begrepp som utgångspunkt. Kvale (1997) menar att den kvalitativa analysen syftar till att beskriva informanternas livsvärldar som de kommer i uttryck i form av tankar och upplevelser. Hummelvoll och da Silva (1996) skriver att den professionella livsvärlden är den yrkesmässiga sidan av vår totala livsvärld som är den erfarenhets- och upplevelsevärld som människor lever sitt dagliga liv i. De skriver vidare att det beskrivande perspektivet i kvalitativ analys innebär att så förutsättningslöst som möjligt utläsa en heltäckande bild av materialet och därefter finna mönster som beskriver fenomenet.

Analysförfarandet var inspirerat av Lundman och Hällgren-Granehiems (2008) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Studenternas texter som nummerats från 1 till 31 genomlästes och meningsbärande enheter identifierades och markerades. Dessa kondenserades och kodades för att göra texterna mer översiktliga och hanterbara. Koder som hade gemensamma beröringspunkter fördes samman och mönster i form av subkategorier och kategorier växte fram ur textmaterialet. Tre kategorier beskrev tillsammans innehållet i de 31 texterna. Kategorierna benämns: stöd i omvårdnadsprocessen, perspektivskapande och interaktionsbefrämjande. Dessa åskådliggörs med hjälp av citat från texterna i resultatdelen.

Etiska reflektioner

Eftersom patienter indirekt involverades i projektet genom att deltagarna använde ICF vid upprättade omvårdnadsstatus i sitt praktiska arbete prövades och godkändes projektet av etisk kommitté. Då deltagarna beskrev sitt arbete med skriftliga brottstycken från omvårdnadsjournaler var de strikt avidentifierade så att ingen enskild person kunde kännas igen. För studenterna i specialistprogrammet var deltagandet i projektet frivilligt däremot var genomförandet av uppgifter kopplade till ICF delar av den obligatoriska examinationen av den aktuella delkursen inom programmet.

RESULTAT

När studenterna dokumenterade omvårdnadsstatus kunde man explicit utläsa ICFs övergripande komponenter kroppsfunktion/struktur och aktivitet och delaktighet tydligt i samtliga omvårdnadsstatus. Den tredje komponenten omgivningsfaktorer var i mindre utsträckning fokuserad. Samtliga studenter berörde komponenten men hälften enbart implicit i sin text utan tydlig koppling till ICF. Denna komponent var också i textomfång minst representerat i datamaterialet. I analysen av studenternas upplevelser av att arbeta med

omvårdnsplanering med stöd av ICF framkom som nämnts tre kategorier: stöd i omvårdnadsprocessen, perspektivskapande och interaktionsbefrämjande. Kategorierna åskådliggörs i resultatdelen med hjälp av underkategorier, (tabell 1). Sammantaget utgör detta en helhet som täckte in de olika variationer av upplevelser av att arbeta med ICF som studenterna beskrev i sina texter.

Tabell 1. Översikt av kategorier och underkategorier som beskriver studenternas upplevelser av att använda ICF i samband med omvårdnadsplanering

<p>Kategori:</p> <p>Stöd i omvårdnadsprocessen</p> <p>Underkategorier:</p> <p>Möjliggör olika angreppssätt</p> <p>Underlättar bedömning och planering</p>	<p>Kategori:</p> <p>Perspektivskapande</p> <p>Underkategorier:</p> <p>Fördjupar kunskap</p> <p>Upptäcker hälsa och resurser</p>	<p>Kategori:</p> <p>Interaktionsbefrämjande</p> <p>Underkategorier:</p> <p>Skapar delaktighet och relation</p> <p>Befrämjar dialog i vårdarbetet</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Stöd i omvårdnadsprocessen

Studenterna hade i uppgift att under de verksamhetsförlagda studierna bedöma en patients omvårdnadsstatus och med det som grund skriva en omvårdnadsplan. I denna kategori beskrivs hur studenterna gick tillväga när de använde ICF som grund för detta och hur de uppfattade ICF:s funktion i analysen av patientens situation. Kategorin innefattar två underkategorier: möjliggör olika angreppssätt och underlättar bedömning och planering.

Möjliggör olika angreppssätt

Studenterna använde ICF på olika sätt i uppgiften. Två olika vägar att gripa sig an uppgiften kunde urskiljas. Flera studenter genomförde först en patientintervju som grund för ett omvårdnadsstatus eller reviderat omvårdnadsstatus och därefter använde de ICF som analysverktyg när de sedan upprättade omvårdnadsstatus. De valde genom detta en induktiv väg när de genomförde uppgiften.

”Utifrån omvårdnadsanamnes, status och ICF checklista har jag försökt fånga de livsområden där det finns problem. Därefter har jag gått in på detaljerad nivå (ICF) och läst specifikt om det rört sig om en funktionsnedsättning. Det jag har funnit har dokumenterats med sökord i VIPS som verkat lämpligast.” (19)

Andra studenter beskrev en mer deduktiv väg genom att utgå från ICF under patientintervjun med hjälp av en kortversion av ICF:s komponent aktivitet och delaktighet. Denna hade utvecklats av kursledaren/projektledaren som ett pedagogiskt hjälpmedel som kunde användas av både student och patient. Några studenter använde en kortversion av ICF som fanns utlagd

på Socialstyrelsens hemsida som stöd. En student valde en speciellt framtagen kortversion ”core set” för depressionstillstånd som fanns utlagd på internet.

”ICF-checklistan har använts som ett praktiskt instrument för att samla information om min patients funktionstillstånd och funktionshinder. Detta kan sedan användas som hjälpmedel och information i dokumenteringen i klinisk verksamhet.” (29)

Underlättar bedömning och planering

Studenterna beskrev ofta hur de med hjälp av ICF blev mer specifika i sin bedömning av patientens funktionstillstånd. Många berörde sina tidigare erfarenheter av vaga formuleringar i omvårdnadsjournaler och att ICF erbjöd ökade möjligheter att genomföra professionella bedömningar. Några studenter identifierade också problemområden som missbruk, ångest och påverkade tankefunktioner där man efterlyste tydligare information i klassifikationen.

”Det område där ICF:s formuleringar än så länge bidragit mest till förbättring av mina bedömningar är sömnfunktionerna. Vi ser dagligen ordet ”sömnsvårigheter” i våra journaler, något som inte alls beskriver vari problemet ligger... Det jag däremot saknar i ICF är motsvarande formuleringar för missbruk och ångest.” (12)

I uppgiften låg också att göra en omvårdnadsplan där specifika omvårdnadsåtgärder skulle tydliggöras. ICF innehåller inte explicit kopplingar till olika vårdåtgärder men kopplingen mellan ICF och olika åtgärder finns genom att en heltäckande bedömning är grunden för att planera adekvata åtgärder. Flera studenter betonade också att arbetet med ICF förtydligade problemens natur och att det innebar att de fick en bra grund för att diskutera relevanta omvårdnadsåtgärder.

”Det framkom också att hon hade en svag kognitiv förmåga att planera och följa instruktioner, vilket i sin tur har betydelse för hur omvårdnaden skall utformas.” (27)

Perspektivskapande

Alla studenter hade övat att göra bedömningar med stöd av ICF i tidigare uppgifter inom ramen för sin specialistsjuksköterskeutbildning men ingen hade tidigare arbetat med klassifikationen i praktisk verksamhet. Erfarenheterna visade att studenterna upptäckte delvis nya perspektiv av kunskap och hälsa med hjälp av ICF. Men även svårigheter att se hälsa och resurser i samband med omvårdnadsplanering beskrevs. Kategorin åskådliggörs i form av två underkategorier: Fördjupad kunskap och Att upptäcka hälsa och resurser.

Fördjupar kunskap

Genom att använda ICF som verktyg i omvårdnadsarbetet breddades och fördjupades analysen av patientens funktionsnivå. Studenterna var i princip samstämmiga i detta. ICF innebar möjlighet att fånga perspektiv av patientens vardag som inte självklart blivit föremål för analys i informanternas tidigare erfarenhet av omvårdnadsplanering. Genom att dessa

områden fanns i ICF var det lättare att ställa frågor kring dem. Det blev inte så personligt utpekande. En student beskrev detta:

”en tydlig skillnad från tidigare omvårdnadsstatus som jag gjort tillsammans med patienter är att med stöd av ICF föll sig samtal kring relationer och omgivningens attityder mer naturligt. Detta trots att en närmare kontakt patient och personal emellan inte har hunnits byggas upp eftersom omvårdnadsstatus gjordes i samband intagning” (24)

ICF innefattar många aspekter av människors hälsa (1500 kategorier). Det innebar ett mödosamt arbete att ”hitta i ICF”. Merparten av studenterna beskrev sina vedermödor i att skaffa sig överblick av ICF och sedan bearbeta all den information de fått in i dokumentationen av omvårdnadsstatus och/eller omvårdnadsplanen.

”ICF är ett instrument som tar tid att lära sig och använda praktiskt. Det gäller att man vet hur man ska hantera all den information man får fram, då det till en början mest blir massa olika koder man hittar”. (20)

Upptäcker hälsa och resurser

ICF innebar möjligheter att se patienters resurser genom att klassifikationssystemet beskriver funktioner i ett hälsoperspektiv. Flera studenter pekade på vikten av att kunna se bortom hinder och problem och att ICF gav möjligheter till detta. De blev varse konkreta fenomen som var viktiga att bekräfta för patienten och som kunde användas i vårdplaneringen.

”Min patient har ett mentalt funktionshinder, ensamhetsproblematik och humörsvängningar men hon är framförallt en människa, mamma, dotter, god konversatör, duktig på att handarbete med mera.” (19)

Många studenter mötte patienter med både långvarig och svår psykisk ohälsa. Några studenter beskrev att även om intentionen i ICF är att lyfta fram hälsoperspektivet var patientens problem i vardagen så uppenbara att dessa ändå kom att stå i förgrunden. Både studenter och patienter kunde då ha svårt att lyfta fram resurser.

”Min förhoppning var att bedömningen skulle bli mer inriktad på patientens styrkor och resurser. Tyvärr blev jag lite besviken på det slutliga resultatet eftersom jag tyckte svagheter övervägde, trots mitt engagemang att medvetet få patienten att lyfta fram sina positiva egenskaper.” (27)

ICF innebar också ett annat sätt att förhålla sig till hälsa i förhållande till ett traditionellt medicinskt symtominriktat synsätt. Terminologin i ICF bygger på att alla funktioner beskrivs som resurser. Många studenter lyfte fram det som en viktig aspekt av ICF. Eftersom ICF konsekvent beskriver alla funktioner ur ett hälsoperspektiv innebar det att studenterna fick formulera om ICF:s beskrivningar av funktionen i de fall där de identifierat att patienten hade problem. På de flesta arbetsplatser där den praktiska uppgiften utfördes användes dokumentationssystem baserade på VIPS-systemets sökord. Studenterna fick då genom uppgiftens utformning använda terminologin eller innebörden i ICF som stöd för dokumentation i VIPS-systemet. Det visade sig fullt genomförbart även om synkroniseringen av de båda systemen beskrevs av några studenter som mödosam.

”ICF ingår inte än i min kunskapsbank, men har tagit sig en bit på vägen och definitivt bidragit till att tankarna går mer mot funktion än symtom och mot en strävan att försöka beskriva detta mer nyanserat än tidigare.” (12)

”I utvärderingen av arbetet ser jag en del svårigheter med det praktiska användandet av ICF. Det som komplicerar är att texten som förklarar koderna är påståenden och inte färdigformulerade meningar om patientens tillgångar, problem och behov. Detta leder till att jag får omformulera och vända på texten och försöka sammanfoga två arbetsverktyg ICF och VIPS till ett.” (24)

Interaktionsbefrämjande

Den tredje kategorin fokuserar hur relations- och interaktionsaspekter kom i dagen när studenterna arbetade med sina uppgifter. Här framkom två underkategorier: skapar delaktighet och relation och befrämjar dialog i vårdarbetet.

Skapar delaktighet och relation

Att genomföra studieuppgifterna krävde att studenterna samarbetade med patienter. Att skaffa underlag för omvårdnadsstatus och omvårdnadsplanering var beroende av trygga relationer till patienterna. Studenterna i studien genomförde i allmänhet uppgiften på sin egen arbetsplats. Flera studenter beskrev att de uppfattade detta som att uppgiften blev lättare att genomföra. De hade redan byggt upp relationen till patienten och på så sätt blev övningsituationen tryggare och patienten gavs utrymme till delaktighet på ett positivt sätt.

”Jag ställde frågor och patienten samtalande fritt ... I slutet på samtalet sammanfattade jag kortfattat ihop med patienten vad jag uppfattat som hennes nuvarande problem och resurser... Frågor ställdes också om hon själv hade några tankar eller funderingar kring hur hon skulle komma tillrätta med sin ätproblematik... då jag tidigare träffat kvinnan vid flera vårdtillfällen hade jag skapat en relation till henne, vilket gjorde att samtalet blev avspänt för såväl patienten som mig själv.” (30)

Studenterna hade möjlighet att använda ett i pilotstudien framtaget självskattningsformulär där patienten själv eller tillsammans med studenten gick igenom ett frågeformulär baserat på ICF komponenten Aktivitet och delaktighet. De allra flesta studenter använde denna möjlighet i övningen och flera kommenterade sina erfarenheter i samband med detta. Patienterna kunde genom detta bjudas in till delaktighet vilket också uppskattades. Även de studenter som inte gjorde uppgiften på sin egen arbetsplats kunde genom att de hade samma praktikplats under hela utbildningen genomföra denna typ av uppgift.

”Patienten uppskattade momentet då vi fyllde i formulären för funktionsbedömning och därefter jämförde och diskuterade resultaten. Jag kunde se hur möjligheterna ökade för patienten när det tydliggjordes hur omgivningsfaktorerna interagerar med de andra komponenterna samt dess hindrande eller underlättande verkan.” (10)

”Patienten var på något sätt glad och lite stolt för att få vara med i mitt arbete men ändå ängslig då han fick fatta ett eget beslut. Vi fick ändå till en allians under tiden jag var där.” (9)

Befrämjar dialog i vårdarbetet

Ett av syftena med ICF är att erbjuda ett gemensamt språkbruk i kommunikation kring hälsa och ohälsa. Flera studenter berörde detta och lyfte fram möjligheten att hitta en adekvat terminologi genom att använda ICF som grund för dokumentationen. Användandet av ICF och dess terminologi minskar risken att bedömning och dokumentation genomsyras av subjektiv tolkning.

”Framför allt upplevde jag att status blev mer fördjupat och att formuleringarna blev professionella. Något jag tycker är mycket viktigt i en patientjournal”. (18)

De flesta studenter berörde möjligheten att ICF på sikt kan bli ett värdefullt verktyg i utvecklandet av tydligare och enhetligare underlag för bedömning och dokumentation i psykiatriskt vårdarbete.

”det finns möjlighet att bli mer saklig och inte så mycket utrymme för subjektiva tolkningar... . det känns som om omvårdnadsdokumentationen har en chans att bli proffsigare.” (9)

Det var inte alltid som den information som studenten fått sig till del vid rapporten på arbetsplatsen stämde överens med patientens och studentens uppfattning när de sedan genomförde omvårdnadsplaneringen.”När jag tog emot rapport om patienten så uppgavs att hon och sambon hade relationsproblem, vilket inte patienten nämner (vid ankomstsamtalet). Hon uppger att förhållandet är bra när jag frågar. Detta är ett problem då personalen tolkar att sambon inte orkar med patienten, men att det i själva verket inte är så. Patienten upplever inte det problemet. ICF: Personliga attityder hos yrkesutövare inom hälso- och sjukvård (informanten refererar till en kategori under omgivningsfaktorer i ICF).” (17)

Flera studenter berörde etiska problem i samband med dokumentation. En student reflekterade kring ett etiskt perspektiv i förhållande till ICF:s intention att vara ett tvärprofessionellt språk. Hon uttryckte osäkerhet inför patienters upplevelse av att information de delgivit någon också kunde läsas av andra. Hur påverkade detta relationen till patienten?

”Man kan tycka att alla ska arbeta utifrån att kunna hjälpa patienten men frågan är om patienterna känner det så. När vi vet hur viktigt det är att skapa en arbetsallians med patienten genom förtroende och respekt och patienten inte vet säkert var uppgifterna landar.” (22)

ICF uppfattades som mycket omfattande och att överskådligheten kunde utvecklas mer. Ibland kunde man varsebli att samma ett och samma fenomen kunde identifieras under flera komponenter i ICF exempelvis psykiska funktioner och aktivitet och delaktighet. Detta skapade då osäkerhet. Det fanns också förslag på hur man kunde tänka sig förhålla sig till detta. Flera av förslagen handlade om att på olika sätt korta ned ICF för att öka användbarheten. Några studenter som valt att arbeta med en av Socialstyrelsen framtagen ICF checklista beskrev problem med denna då den utelämnat funktioner som upplevdes som centrala för psykisk hälsa.

”Eftersom ICF är stort och enligt min mening svårhanterligt anser jag att varje avdelning kan ha sin egen lathund, där de områden som passar bäst plockas ut. Problemet som kan ses då är att jag som personal redan från start gjort ett subjektivt urval av de olika funktionerna hos patienten”. (27)

”Ett gemensamt språk för dokumentationen av patientens funktion är en stor hjälp. Men jag saknade vissa definitioner under psykiska funktioner, som till exempel tankefunktioner som är en vanlig funktionsnedsättning inom psykiatri.” (28)

Flera studenter diskuterade omfattningen av innehåll i ICF och den utmaning de såg i att implementera klassifikationen i verksamheten. Studenterna konstaterade att det initialt tog lång tid att genomföra bedömningar med ICF som stöd.

”Med sikte på att ICF ska in i verksamheten går tankarna till hur vi ska få medarbetarna att ”köpa” detta. Vi har senaste tiden haft mycket förändringar inom verksamheten och nyheter ska helst presenteras som underlättande hjälpmedel.”(12)

Sammanfattningsvis framkom styrkor och möjligheter med ICF som en professionell terminologi som gav nya perspektiv i form av ökad förståelse för patientens livsvärld när man fokuserar funktionsförmåga. Det fanns en potential att arbeta med delaktighet och helhet på ett integrerat sätt med stöd av ICF i samband med bedömning och dokumentation. Svårigheter och hinder handlade om att ICF var svåröverskådligt på grund av sitt omfång. Några funktioner uppfattades som otydligt beskrivna medan andra överlappande varandra och skapade osäkerhet just därför. Många påtalade vikten av utvecklandet av någon form av manual som stöd för arbetet med ICF.

DISKUSSION

Metodologiska reflektioner

Studiens syfte var att beskriva studenters upplevelser av användningen av ICF som verktyg för bedömning av funktionstillstånd inom psykiatrisk vårdkontext. Eftersom erfarenheter av att arbeta med ICF i praktiskt psykiatriskt vårdarbete inte är särskilt omfattande idag valdes en deskriptiv kvalitativ ansats i studien. Det bedömdes som viktigt att beskriva studenternas upplevelser i form av de möjligheter och hinder de mötte i arbetet med ICF. Starrin (1994) menar att målet med den kvalitativa ansatsen är att identifiera ännu icke kända eller otillfredsställande kända företeelser, egenskaper och innebörder med avseende på variationer, strukturer och processer. Med utgångspunkt från detta valdes induktiv kvalitativ innehållsanalys som analysmetod då det bedömdes att detta skulle ge en bild av olika variationer av erfarenheter som studenterna gjorde när de genomförde uppgifterna under de verksamhetsförlagda studierna. Hsieh och Shannon (2005) beskriver den induktiva ansatsen i innehållsanalys som viktig när forskare som här saknar teori och forskningsresultat som grund för skapande av presumtiva analysverktyg i form av begrepp eller kategorier. Textmaterialet som utgjorde empiri i undersökningen var 31 studenters skriftliga examinationsuppgifter inom ramen för ett specialistsjuksköterskeprogram med inriktning mot psykiatri. Projektledarna var verksamma på Högskolan Väst och en var kursledare för den delkurs som var aktuell. Studenterna befann sig i en speciell situation där de både skulle examineras och samtidigt

bidra med empiri för studien. Studien genomgick därför etisk bedömning och projektledarna informerade studenterna om och betonade att kritisk granskning i form av beskrivningar av svårigheter ingick som del av uppgiften. Detta för att minska risken att studenterna valde bort att beskriva svårigheter för att vara lärarna/projektledarna ”till lags”. Men självfallet kan inte helt bortses från detta problem. Då båda projektledarna deltog i planeringen av projektet och en av dem aktivt i undervisning och handledning av studenterna hade projektet inslag som lånade drag av aktionsforskning. Wadsworth (1998) menar att det i aktionsforskningens natur ligger att vara medveten och uppmärksam på praktiska och etiska frågor som aktualiseras genom att forskningsprocessen innefattar aktiva handlingar från både forskare och deltagare och vars effekt inte alltid kan förutses. Projektledarna strävade därför efter en kontinuerlig reflekterande dialog såväl inbördes som tillsammans med studenter för att fånga upp denna typ av frågor.

Parallellt med föreliggande studie genomfördes i anslutning till ICF-projektet flera andra delstudier som dokumenterades i form av magisteruppsatser i ämnet omvårdnad (Kinnander & Lundström, 2010; Jarske & Öhman, 2010; Haugen-Ohlsson & Siwerstam, 2011). Dessa studier som handledes av ICF- projektledarna bidrog med värdefulla erfarenheter och kunskaper om ICF. Studenternas erfarenheter av arbeta med ICF i föreliggande studie kunde genom detta jämföras med de erfarenheter vårdpersonal gjorde i samband med studiecirkel kring ICF som genomfördes under samma tidsperiod.

Båda projektledarna läste och analyserade texterna och kunde på så sätt jämföra sina analyser och diskutera hur mönstret kunde beskrivas i olika kategorier och underkategorier. Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) beskriver detta konsensusförfarande som ett sätt att förhålla sig till tillförlitlighet vid kvalitativa studier. Avslutningsvis ska i detta metodologiska resonemang poängteras att denna studie genomfördes i en psykiatrisk vårdkontext med tonvikt på psykiatrisk slutenvård och landstingsdriven öppenvård. Kommunala verksamheter som idag har ansvar för stora delar av psykiatrisk vård och omsorg var bas för enbart ett fåtal studenter under denna kurs då datamaterialet samlades in. Då ICF fortfarande är relativt oprövat i praktisk verksamhet finns det idag mycket lite jämförelsematerial. Det är därför viktigt att beakta att den kontext, psykiatrisk öppen och slutenvård, där studien genomfördes kan påverka studiens överförbarhet till andra områden inom vård och omsorg.

Resultatdiskussion

Studenterna som deltog i studien beskrev sina erfarenheter av ICF som ett analysverktyg som gav nya, bredare och djupare perspektiv av funktionsbedömning och hälsa. De beskrev också att ICF gav möjligheter men också utmaningar för professionell interaktion såväl i relationer till patienter som till personal. Studien baserades på studenters praktiska erfarenheter under verksamhetsförlagda studier. Dessa studier hade planerats av projektledarna med en modell för lärande som utgångspunkt (Kolb, 1984). Då lärprocessen med koppling till AIL var central för genomförandet av studien diskuteras studiens resultat avslutningsvis med denna modell som struktur.

ICF som stöd i omvårdnadsprocessen

Psykiatrijuksköterskestudenterna i studien valde att använda ICF på olika sätt när de genomförde den praktiska studieuppgiften. I grova drag utkristalliserades två sätt att arbeta med ICF: ett induktivt där ICF användes som verktyg för att analysera ett genomfört

bedömningssamtal och ett med deduktiv ansats där själva bedömningssamtalet var upplagt efter ICF:s struktur. Båda sätten rimmar väl med intentionen att ICF ska kunna användas som ett kliniskt verktyg för bedömningar av behov och som grund för att sedan kunna föreslå adekvata åtgärder WHO (2001).

I studien fick även patienter möjlighet att göra självbedömningar av sin funktionsförmåga. Patienterna besvarade ett frågeformulär som fokuserade de nio kapitlen i ICF-komponenten Aktivitet och delaktighet. Både i denna studie och i andra interventioner i anslutning till projektet visade det sig att det finns potential att göra patienter mer delaktiga i bedömningssamtalet genom detta. Även här kan man se olika sätt att förhålla sig. Ett var att patienterna på egen hand fyllde i formuläret och sedan jämfördes och diskuterades detta med studentens/vårdarens bedömning. Ett annat sätt att arbeta var att studenten och patienten tillsammans gick igenom och fyllde i formuläret under bedömningssamtalet. Det visar att ICF inte behöver bli en statisk struktur utan kan användas på ett flexibelt sätt där den enskilda situationen avgör hur man förhåller sig. Hummelvoll och Granerud (2010) poängterar behovet av brukar- och multiprofessionella perspektiv i psykiatriskt omvårdnadsarbete. Genom att välja ut Aktivitet och delaktighet ur ICF-strukturen som grund för egenbedömningar kan man utveckla stöd i ett svårt och ibland eftersatt arbete med att stödja möjligheten till delaktighet för människor psykisk ohälsa.

Med utgångspunkt från de initiala erfarenheterna av introduktionen av ICF i specialistsjuksköterskeprogrammet planerades och genomfördes som nämnts även interventioner i form av multiprofessionella studiecirkel i ICF ute i psykiatrisk vårdverksamhet. I studiecirkelna studerades ICF teoretiskt och praktiskt genom övningar i funktionsbedömning i klinisk verksamhet. Studiecirkeldeltagarnas erfarenheter av att arbeta med ICF har beskrivits inom ramen för en magisteruppsats (Kinnander & Lundström, 2010). Utfallet av dessa utvärderingar liknade det som framkom i studien av specialiststudenternas arbete med ICF: värdefull struktur, belysningen av olika perspektiv av hälsa, ett gemensamt språk men svåröverskådligt. Jämför man detta finns likheter med resultat från andra studier av ICF (Grimby m.fl. 2005; Jelsma, 2009; Pless och Adolfsson, 2008; Socialstyrelsen 2007, 2010a).

Det parallella arbetet med ICF i högskoleutbildning och studiecirkelna i klinisk verksamhet har befruktat varandra genom utveckling av pedagogiskt upplägg och undervisningsmaterial som kunnat föras över i respektive verksamhet. Ett sådant undervisningsmaterial (bedömning av ICF-komponenten Aktivitet och delaktighet) har utvecklats till ett frågeinstrument genom en magisteruppsats (Haugen-Ohlsson och Siwerstam, 2011). En doktorandtjänst har tillkommit i kölvattnet till ICF-projektet. I detta ska nämnda frågeinstrument vidareutvecklas och valideras. En särskild utmaning i detta är att ge patienter möjlighet till delaktighet genom självskattning av funktionsförmåga. Att det är möjligt har användandet av ICF i specialistsjuksköterskeprogrammet och studiecirkelna i ICF med också visat.

Perspektivskapande

Genom ICF:s olika kapitel: Kroppsfunktion och struktur, Aktivitet och delaktighet och Omgivningsfaktorer belystes patientens situation på ett heltäckande sätt. ICF:s intention att vara en bio-psykosocial modell fångades upp i studenternas funktionsbedömningar. När ICF har införts i kommunal verksamhet i Sverige har man i allmänhet övergått till att använda terminologin i ICF som sökord i sina databaserade dokumentationssystem (Socialstyrelsen, 2010b). Man vill då utnyttja de möjligheter som ICF erbjuder i form av ett gemensamt språk

som grund för dokumentation. De flesta studenter i föreliggande studie fick "översätta" ICF till dokumentationssystemet VIPS (Björkdahl, 1999). De fick föra in terminologin i ICF under de olika sökord som finns angivna i VIPS i samband med att upprätta omvårdnadsstatus och omvårdnadsplan. Det visade sig att ICF väl kunde användas tillsammans med VIPS-systemet. En psykiatrisjuksköterska som deltog i en annan del av projektet uttryckte detta som "genom ICF hittar jag orden för VIPS". I sammanhanget ska uppmärksammas att ingen av de arbetsplatser där studenterna utförde uppgifterna arbetade med ICF som grund. Studenternas arbeten visar att man som enskild sjuksköterska kan använda ICF som stöd för att göra professionella bedömningar av omvårdnadsstatus utan att en hel verksamhet anammat ICF. Men en intressant tanke är naturligtvis ett multiprofessionellt kommunikations- och dokumentationssystem med ICF som grund. Men här kan också ses en utmaning för ICF som tankesystem: ICF är ett bio-psykosocialt sätt att förstå hälsa och funktionstillstånd som kompletterar och utmanar ett traditionellt symtomtänkande. Det handlar därför inte enbart ett byte av sökord i ett dokumentationssystem.

I ett utvecklingsarbete studerade magisterstudenter (Jarske och Öhman, 2010) vad som innehållsmässigt fokuseras i omvårdnadsepikriser skrivna inom en psykiatrisk klinik. De använde ICF som analysverktyg och fann precis som Socialstyrelsen (2010b) att komponenterna aktivitet och delaktighet och omgivningsfaktorer var i allmänhet sparsamt dokumenterade i epikriserna. I föreliggande studie av omvårdnadsstatus fanns en tendens att omgivningsfaktorer var mindre tydliggjorda än komponenterna kroppsfunction och aktivitet och delaktighet. Det visar att ICF också utmanar ett strikt individfokuserat perspektiv i vården genom att betoning av delaktighet och omgivningsfaktorer. Människan i sitt sammanhang kommer i dagen.

Interaktionsbefrämjande

Som redan diskuterats innebar arbetet med ICF gav patienter möjlighet till delaktighet i bedömningssamtalen. En viktig grund för god vård. Flera omvårdnadsteoretiker (Kim, 2010; Carnevali & Durand Thomas, 1993; Hummelvoll, 2004) diskuterar hälsa och delaktighet i linje med intentionerna i ICF. Som nämnts i bakgrunden finns behov av att tydliggöra både den psykiatriska omvårdnadens kärna och olika personalgruppers funktion (Lützen 1990; Lindström 1992; Edwards och Burnard 2003; Rungapadiachy, Madill & Gough 2006; Elsom, Hapell & Manias 2009). I psykiatrisk vård finns en lång tradition av två kategorier omvårdnadspersonal dels skötare (inom kommunal psykiatri kallas denna grupp ibland boendestödare eller behandlingsassistent) dels sjuksköterskor. Båda dessa grupper fungerar som kontaktpersoner till patienten. Det råder ofta oklara direktiv hur dessa gruppers kompetens ska utnyttjas i det praktiska arbetet. Frågor som vem ska genomföra bedömningar och dokumentation av omvårdnadsbehov har diskuterats. Ett intressant perspektiv av ICF är att komponenten aktivitet och delaktighet som explicit handlar om hur en patient förhåller sig till sin vardag, kan och ska bedömas av både patient (självbedömning) och vårdare. Denna del av ICF kräver inte någon formell utbildning för att kunna genomföra bedömningen eller självbedömningen. Däremot kan inte personer utan kompetens i funktionsbedömning och ICF göra bedömningar som faller inom komponenterna kroppsfunction/struktur och omgivningsfaktorer. Kanske kan här anas en möjlig struktur för en del av arbetsbeskrivningen av skötarens/boendestödarens respektive psykiatrisjuksköterskans funktion i dessa sammanhang. Planer finns att fortsätta detta projekt med fokus på dessa frågor.

Funktionsbedömning ett led i lärprocessen till psykiatrisjuksköterska

Kolb (1984) beskriver en fas i lärprocessen där konkreta upplevelser är centrala. I föreliggande studie handlade detta både om studenternas praktiska arbete med funktionsbedömning under sina verksamhetsförlagda studier och från studenternas tidigare erfarenheter av liknande arbetsuppgifter. Det framkom att studenterna i huvudsak var positiva till att använda ICF som analysverktyg för bedömning av patienters funktionsnivå. De beskrev framförallt möjligheten till struktur för bedömningen men också att ICF öppnade upp för perspektiv som annars lätt förbigås. Intressant var också att patientens konkreta upplevelser – livsvärld framkom genom patienternas egenbedömningar av aktivitets- och delaktighetsaspekter. Studenterna mötte patienternas livsvärldar (Dahlberg et al., 2003, Nyström, 2003) när de genomförde bedömningar av patienters funktionsförmåga, ett centralt tema i många omvårdnadsmodeller (Kim, 2010; Carnevali & Durand Thomas, 1993; Hummelvoll, 2004)

De konkreta upplevelserna av bedömning med stöd i ICF blev en erfarenhetsbas som fanns beskriven i studenternas skriftliga examinationer. Dessa erfarenheter utgjorde sedan grund för vidare reflektion, jämför Kolb (1984). Studenterna gavs möjligheter att reflektera kring funktion och funktionsbedömning i de skriftliga examinationsuppgifterna i kursen. Studenterna beskrev där möjligheter och svårigheter i att arbeta med ICF. De genomförde också konstruktiva och lärande samtal med patienterna när de tillsammans gjorde dessa bedömningar. Att analysera och värdera dessa erfarenheter var en väg till att öka förståelsen och att integrera kunskap, att upptäcka nya perspektiv. Till reflektionsfasen hörde i detta sammanhang också de schemalagda handledningstillfällena där studenten fick möjlighet att reflektera tillsammans med kursledare och studiekamrater med utgångspunkt i de uppgifter som de genomförde under den verksamhetsförlagda utbildningen. De reflektiva inslagen i studien var baserade på Schöns (1983) tankar om den reflekterande praktikern och Lauvås och Handals (2001) metodologiska utgångspunkter för reflektion och handledning.

I föreliggande studie var fokus att förhålla sig till ICF som teoretisk modell och den begreppsapparat som den innefattar. Det kan liknas vid det Kolb (1984) benämner abstraktion och abstrakt tänkande. Här framkom i resultatet att studenterna ansåg att ICF är en användbar modell som grund för bedömning av funktion men att klassifikationen är mycket omfattande. Detta medförde svårigheter att se ICF som en sammanhållen helhet och studenterna efterlyste också någon typ av hanterbar översikt eller manual som stöd för sitt lärande.

I denna studie fick studenter studieuppgifter att genomföra som var baserade på ICF för att på så sätt öva sig att använda klassifikationen men också att identifiera olika möjligheter och svårigheter i användandet. Detta beskriver Kolb (1984) som den aktivt experimenterande fasen. Här framkom med tydlighet svårigheten att förhålla sig till omfånget av ICF. Det aktiva experimenterande tillsammans strukturerad reflektion gav möjlighet till förståelse för hur kunskap kan användas i en specifik kontext, i detta fall psykiatriskt omvårdnadsarbete.

Man kan alltså läsa in studiens tre huvudkategorier: ICF som analysverktyg, perspektivskapande och interaktionsbefrämjande i de fyra faserna i Kolbs modell för lärande. Det indikerar att kategorierna var centrala i lärprocessen som helhet. Planeringen av de verksamhetsförlagda studierna efter Kolbs modell gav dessa en struktur som låg i linje med AIL och högskoleutbildning på avancerad nivå, där kritisk granskning, självständighet och komplexa uppgifter är kännetecknen. Då lärande är påtagligt påverkat av ett individuellt perspektiv kan antas att denna process gestaltade sig olika för varje student (Kolb, 1984).

Kolbs modell är intressant därför att den ger struktur för hur högskoleundervisning kan planeras utifrån såväl praktiska som teoretiska perspektiv vilket utgör grunden för AIL. En svårighet är att modellen är kontextlös. Kolb tydliggör inte problemet hur verksamheten i vilket någon förväntas lära sig påverkar läroprocessen. Under verksamhetsförlagda studier möter studenter en kultur att förhålla sig till i förhållande till en akademisk kultur på högskolan. Särskilt intressant blir detta perspektiv då de flesta av studenterna genomförde de verksamhetsförlagda studierna på sin egen arbetsplats. Här skulle en analys med hjälp av modellen för förbättringskunskap (Batalden och Stoltz, 1993) kunna vara ett viktigt komplement. I denna antas både individuella och organisatoriska faktorer påverka utvecklingsarbetet i en verksamhet. I en planerad fortsättning av detta ICF-projekt kommer modellen att användas för att analysera möjligheter och hinder i samband med att man inför ICF som grund för bedömning och kommunikation i en verksamhet.

KONKLUSION

Denna studie beskriver en grupp blivande psykiatrisjuksköterskors erfarenheter när de använde ICF som grund för funktionsbedömning och dokumentation. ICF kunde användas som ett analysverktyg för bedömning av funktionsförmåga på olika sätt. Ett sätt var att bedöma komponenten Aktivitet och delaktighet med hjälp av ett instrument där patienten gavs möjlighet till delaktighet. ICF erbjöd genom sin bio-psykosociala struktur en grund för bedömningar ur ett omvårdnadsperspektiv och upplevdes som perspektivskapande och interaktionsbefrämjande. Arbetet med ICF i praktisk verksamhet behöver belysas ytterligare. I psykiatrisk kontext blir frågor som: varför är ICF viktigt?, vad ska bedömas?, hur, när och av vem ska bedömningen göras? intressanta att utveckla och förtydliga. Slutligen erbjöd ICF ett multiprofessionellt språk men där hanterbarheten begränsas på grund av klassifikationens omfång. Därför är utvecklandet av kreativa förhållningssätt till ICF som ökar hanterbarheten och samtidigt behåller klassifikationens bredd och djup en stor utmaning för framtida projekt.

REFERENSER

- Arvidsson, H. (2011). Recovered or dead? A Swedish study of 321 persons surveyed as severely ill in 1995/96 but not so ten years later. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20 (01): 55-63.
- Batalden P.B. & Stoltz, P.K. (1993). A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19(10): 424-452.
- Björck-Åkesson, E., Granlund, M. & Simeonsson, R. (2011). I Pless, M. & Granlund, M. (Red). *Handbok i att använda ICF och ICF-CY*. Lund: Studentlitteratur.
- Björkdahl, A. (1999). *Psyk-VIPS : att dokumentera psykiatrisk omvårdnad enligt VIPS-modellen*. Lund: Studentlitteratur.
- Boldt, C., Brach, M., Grill, E., Berthou, A., Meister, K., Scheuringer, M. & Stuck, G. (2005). The ICF categories identified in nursing interventions administered to neurological patients with post-acute rehabilitation needs. *Disability and Rehabilitation*, 27, 431-436.
- Buckley, P. F. (2006). Prevalence and Consequences of the Dual Diagnosis of Substance Abuse and Severe Mental Illness. *Journal of Clinic Psychiatry*, 67(7): 5–9.
- Carlsson, E., Pilhammar, E. & Vann-Hansson, C. (2009). Time top precept: supportive and limiting conditions for precepting. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2): 432-441.
- Carnevali, D. & Durand Thomas, M. (1993). *Diagnostic reasoning and treatment – decision making in nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Dahlberg, K., Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K. & Suserud, B-O. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Daremo, Å. & Haglund, L. (2008). Activity and participation in psychiatric institutional care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15 (3): 131-142.
- De Niet, G.J., Tiemens, B.G., Lendemeijer, H.H.G.M. & Hutschemaekers, G.J.M. (2008). Perceived sleep quality of psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 465–470
- Edwards, D. & Burnard, P. (2003). A Systematic Review of Stress and Stress Management Interventions for Mental Health Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2): 169-200.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken*. FOU-rapport 48 (3:e upplagan). Stockholm: Vårdförbundet.
- Elsom, S.J, Happell, B. & Manias, E. (2009). Informal Role Expansion in Australian Mental Health Nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45 (1): 45-53.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G.M. & Långström, N. (2010) Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 67 (9): 931-938.
- Goldberg, R.W., Rollins, A.L., & Lehman, A.F. (2003). Social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26 (4), 393-402.

- Grimby, G., Harms-Ringdahl, K., Morgell, R., Nordenskiöld, U. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2005). ICF – klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd. *Läkartidningen*, 37, (102), 2556-2559.
- Hallgårde, U. (2011). I Pless, M. & Granlund, M. (Red). *Handbok i att använda ICF och ICF-CY*. Lund: Studentlitteratur.
- Haugen-Ohlsson, M. & Siwerstam, L. (2011). *Utveckling av ett frågeformulär för delaktighet En pilotstudie*. Magisteruppsats. Högskolan Väst. Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur.
- Helldin, L. (2009). *The Importance of Remission in the Treatment of Patients with Schizophrenia Spectrum Syndromes. Clinical Long-term Investigation of Psychosis in Sweden*. Akademisk avhandling, Karlstad Universitet. Karlstad University Studies 2009:17.
- Holgerson, P. (2011). *Länsöverskridande projekt. Socialcheferna i Östergötland har tagit beslut om gemensam dokumentationsstruktur*. Presenterat på Nationellt fackspråk för vård och omsorg – slutkonferens, Stockholm 11.03.31.
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/konferenser/Documents/Lansovergripande%20projekt%20Stockholm%2020110331.pdf>
- Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15:9, 1277-1288.
- Hummelvoll, J.K. & da Silva, A.B. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers livsverden i kommunehelsetjensten. *Vård i Norden*; 2:25-32.
- Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J.K. & Granerud, A. (2010). Theoretical and Ideological Impacts on the Development of Psychiatric Nursing after 1960 – A Literature Review. *Vård I Norden*. 98(30): 37-42.
- Jansson, I. (2010). *Planerad processororienterad omvårdnad – nytta och implementering*. Akademisk avhandling. Högskolan i Halmstad. Sektionen för hälsa och samhälle.
- Jarske, S. & Öhman, A. (2010). *Funktion utifrån aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer i omvårdnadsepikriser*. Magisteruppsats, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur. Högskolan Väst.
- Jelsma, J. (2009). Use of the International Classification of Functioning, Disability and health: a Literature Survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 1-12.
- Kim, H.S. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer Pub. Co.
- Kinnander, M. & Lundström, S. (2010). *Vårdpersonals erfarenheter av att använda ICF inom psykiatrisk vård*. Magisteruppsats. Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur. Högskolan Väst.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P., Ventura, J., Zarate R, & Mintz, J. (2005). Neurocognitive Correlates of Recovery from Schizophrenia. *Psychological Medicine*, 35(8): 1165-73.

- Knutsson, G. & Pettersson, S. (1995). *Psykiskt stördas villkor, psykiatrireformen I sammandrag*. Stockholm: Författarna och Fritzes förlag.
- Kolb, D. (1984). *Experimental Learning*. Englewood, Cliff, N.J. Prentice-Hall.
- Korp, L & Lärk A-S. (2008). *Omvårdnadsdokumentation – en journalgranskning*. Magisteruppsats, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur. Högskolan Väst.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lauvås, P. & Handal, G. (2001). *Handledning och praktisk yrkesteori*, Studentlitteratur, Lund.
- Lindström, U. (1992). *De psykiatriska specialsjuksköterskornas yrkesparadigm*. Akademisk avhandling. Åbo: Åbo akademis förlag.
- Lundin, L & Olsson, O. (2002) *Psykiska funktionshinder – stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar*. Stockholm: Cura Bokförlag.
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Lützen, K. (1990). Den psykiatriska sjuksköterskans upplevelse av sin ”vardag”. *Psyche - psykiatrisk tidskrift*, 2: 26-29.
- Malm, U. (red). (2002). *Case management – Evidensbaserad integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Martinsen, K. (2009). I Martinsen, K. & Eriksson, K. (Red.), *Å se og å inse, om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe AS.
- Mortiz, S. & Woodward, T.S. (2007). Metacognitive Training for Schizophrenia Patients.: A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy. *German Journal of Psychiatry*, <http://www.gjpsy.uni-goettingen.de> ISSN 1433-1055.
- Nyström, M. (2003). *Ett liv på egna villkor*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. London: Macmillan.
- Pless, M. & Adolfsson, M. (2008). Hälsoklassifikationen ICF – varför, när och hur. *Fysioterapi*, 1, 38-46.
- Pless, M. & Adolfsson, M. (2011). I Pless, M. & Adolfsson, M. (Red.), *Handbok I att använda ICF och ICF-Y*. Lund: Studentlitteratur.
- Rungapadiachy, D.M., Madill, A & Gough, B. (2006). How Newly Qualified Mental Nurses Perceive Their Role. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13:5, 533-542.
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Semkovska M, Bedard M-A, Godbout L, Limoge F, Stip E. (2004). Assessment of executive dysfunction during activities of daily living in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69(2-3): 289-300.

Socialstyrelsen (2003a). ICF - Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003b). Kortversion. ICF - Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2003c). ICF-Checklista – Version 2.1a, för klinisk användning av Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. www.sos.se (Hämtdatum: 2011.07.07).

Socialstyrelsen (2007). Bedömningsmetoder – funktionshinder. Inventering av standardiserade bedömningsinstrument inom psykiatri och habiliteringsverksamhet. www.socialstyrelsen.se Artikelnummer 2007-112-2.

Socialstyrelsen (2010a). Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomsversion (ICF-CY). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010b). Vem dokumenterar vad i den kommunala hälso- och sjukvården? resultat av en undersökning i sex kommuner. Hämtad på: www.socialstyrelsen.se, Artikelnummer 2010-12-7.

Socialstyrelsen (2012). Funktionsnedsättning och funktionshinder, användning av begreppen. Hämtad på:
<http://www.socialstyrelsen.se/Sidor/SimpleSearchPage.aspx?q=definition+funktionshinder&defqe=hidden%3a-meta%3asiteseecker.archived%3aarchived&resid=283052099&defbn=1&uaid=0931826EC10EEEFB413253FA0CAC7EE1%3a3139322E3133372E3136332E313332%3a5246143102810700038>

Sokal, J., Erick, M., Dickerson, F.B., Kreyenbuhl, J., Brown, C.H., Goldberg, R. & Dixon, L. (2004). Comorbidity of Medical Illnesses Among Adults With Serious Mental Illness Who are Receiving Community Psychiatric Services. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192 (6): 421-427.

SOU 2006:100. Ambitioner och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Stockholm: Fritzes.

Skyvell-Nilsson, M. and Pilhammar, E. (2009). Professional approaches in clinical judgments among senior and junior doctors: implications for medical education. *BMC Medical Education*, 9:25.

Starrin, B. (1994). I Starrin, B. & Svensson, P-G. (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: studentlitteratur.

Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma.

Turesson, H. (2011). *Psychiatric Nursing Staff and the Working place: perceptions of the Ward Atmosphere, Psychosocial Work Environment and Stress*. Akademisk avhandling. Malmö högskola, fakulteten för hälsa och samhälle.

Vejedal, Å. (2011). *Omvårdnadsdokumentation – granskning av omvårdnadsjournaler inom psykiatrisk slutenvård*. Magisteruppsats. Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur. Högskolan Väst.

Wadsworth, Y. (1998). What is Participatory Action Research? Paper 2. *Action Research International*. Hämtad på: <http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/ari/p-ywadsworth98.html> (20090922).

World Health Organization WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.

Yura, H., & Walsh, M. B. (1988). *The nursing process: Assessing, planning, implementing, evaluating*. [5:e upplagan]. New York: Appleton & Lange.

