

# Psykisk ohälsa - interventioner och möjligheter för evidensbaserad omvårdnad

**FÖRFATTARE** Ilona Cannert och Sara Landström

**PROGRAM** Examensarbete för magister i omvårdnad, ht 2012

**OMFATTNING** 15 högskolepoäng

**HANDLEDARE** Elisabeth Björk Brämberg

**EXAMINATOR** Ingela Heno

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **Förord**

Stort tack till vår handledare Elisabeth Björk Brämberg för synpunkter och stöd under uppsatsskrivandet. Vi vill även rikta ett tack till våra familjer!

Titel (svensk):	Psykisk ohälsa - interventioner och möjligheter för evidensbaserad omvårdnad
Titel (engelsk):	Mental health- interventions and possibilities for evidence-based nursing
Arbetets art:	Examensarbete avancerad nivå, magisteruppsats
Program/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 högskolepoäng OM 5310, Examensarbete för magister i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	36
Författare:	Ilona Cannert och Sara Landström
Handledare:	Elisabeth Björk Brämberg
Examinator:	Ingela Henoch

---

## Sammanfattning

**Inledning:** Psykisk ohälsa är ett växande problem som ses hos både individer och i samhället i stort, det medför stora kostnader och lidande för individer och anhöriga. Många av de med psykisk ohälsa söker hjälp i primärvården men primärvården är dåligt rustade för att hjälpa dessa personer. Distriktssköterskor träffar en stor del av befolkningen och därmed många människor med psykisk ohälsa. Med anledning av detta önskar uppsatsen beskriva distriktssköterskans arbete med patienter som upplever psykisk ohälsa. **Syfte:** Syftet med denna studie är att sammanställa och analysera forskning om distriktssköterskors omvårdnad riktad till patienter som upplever psykisk ohälsa, ur ett primärvårdsperspektiv.

**Metod:** Forskningsplanen är utformad som en systematisk litteraturstudie med både kvalitativa och kvantitativa data, Mixed methods. Sökning av vetenskapliga artiklar utfördes i databaserna CINAHL och PubMed, tio artiklar valdes ut till en pilotstudie. Fyra interventionsstudier respektive sex beskrivande kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades. **Resultat:** Resultatet visade att interventioner för utbildning i själv-hjälp upplevdes som positiva och hade i varierad utsträckning effekt. Utifrån andra interventioner sågs att sjuksköterskor och distriktssköterskor hade en samordnande funktion.

Förutsättningar i omvårdnaden identifierades utifrån att distriktssköterskor och sjuksköterskor var involverade i vården av patienter med upplevd psykisk ohälsa och att ett kunskapsbehov fanns. **Diskussion:** Distriktssköterskor och sjuksköterskor är och bör vara involverade i arbetet med psykisk ohälsa. Kompetens, position och tillgänglighet möjliggör för och gör distriktssköterskor lämpliga att arbeta med psykisk ohälsa.

## **Abstract**

**Introduction:** Mental health problems are an increasing problem for the individual as well as the society, which brings great costs and suffering for both the individual as well as their relatives. Among those suffering from mental health problems many seek help in primary health care but primary health care is ill equipped to help them. District nurses meet a great deal of the public and thus many with mental health problems. For these reasons this essay wish to describe the work of district nurses directed to patients who experience mental health problems. **Aim:** The aim of this study is to summarize and analyse research about community health nurses care involving patients who experience mental health problems, from a primary care perspective. **Method:** This research plan is designed as a systematic literature review of both qualitative and quantitative data, Mixed methods. Search of research articles was performed in the databases CINAHL and PubMed and ten articles were selected for a pilot study. Four intervention studies and six descriptive qualitative and quantitative articles were included. **Results:** The results showed that interventions involving training in self-help was perceived as positive and had to some extent effect. Based on other interventions nurses and district nurses were seen to have a coordinating role. Preconditions in nursing were identified by district nurses and nurses' being involved in the care of patients who experience mental health problems, although that knowledge was needed. **Discussion:** Nurses and district nurses are and should be involved in the work of mental health. Competence, position and availability enable and make district nurses suitable for working with mental health problems. **Keywords:** community health nursing, intervention, mental health, Mixed methods, primary care health

<b>Innehållsförteckning</b>	
<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>1</b>
<i>Psykisk ohälsa- beskrivning av begreppet</i>	1
<i>Psykisk ohälsa- betraktat ur olika perspektiv</i>	2
<i>Psykisk ohälsa- förekomst och faktorer som kan inverka</i>	2
<i>Nationella riktlinjer</i>	3
<i>Primärvårdens roll, ansvar och brister</i>	5
<i>Distriktssköterskors arbete med psykisk hälsa</i>	5
<b>Teoretisk referensram - hälsofrämjande omvårdnad</b>	<b>6</b>
<b>Problemformulering</b>	<b>8</b>
<b>Syfte</b>	<b>8</b>
<b>Metod</b>	<b>8</b>
<b>Design</b>	<b>9</b>
<i>Strategi för sökning</i>	9
<i>Urval</i>	9
<i>Datainsamling och kvalitetsgranskning</i>	9
<i>Dataanalys</i>	10
<i>Sökningen</i>	10
<i>Datainsamling</i>	11
<i>Analys</i>	12
<i>Forskningsetiska övervägande</i>	13
<b>Resultat</b>	<b>13</b>
<i>Interventioner för utbildning i själv-hjälp</i>	13
<i>Effekten av interventioner för utbildning i själv-hjälp</i>	14
<i>Interventioner där sjuksköterskor har en samordnande funktion</i>	15
<i>Effekt av interventioner där sjuksköterskor har en samordnande funktion</i>	16
<i>Förutsättningar i arbetet med patienter som upplever psykisk ohälsa</i>	17
<i>Framtida förutsättningar för förbättrad vård</i>	17
<i>Distriktssköterskors/ sjuksköterskors involvering och utbildningsbehov</i>	17
<i>Attityder och samarbete</i>	19
<b>Diskussion</b>	<b>23</b>
<i>Metoddiskussion</i>	23
<i>Resultatdiskussion</i>	24
<b>Artikelöversikt</b>	<b>29</b>
<b>Referenser</b>	<b>32</b>
<b>Bilaga 1</b>	
<b>Bilaga 2</b>	

## **Inledning**

Under verksamhetsförlagda studier uppmärksammade vi psykisk ohälsa som fenomen. Det blev uppenbart att många som mår psykiskt dåligt söker hjälp i primärvården. Vi upplevde att många människor sökte för sådant som är vanligt förekommande i livet exempelvis sorgereaktioner, stress, kriser, perioder av nedstämdhet eller ångest. De som sökte och som mådde psykiskt dåligt sökte ofta för något annat, t ex fysiska åkommor som magont eller huvudvärk. Trots att det i primärvården har lagts allt mer fokus på psykisk ohälsa tycks det ändå som om primärvården har lång väg kvar för att förbättra vården och omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa. Distriktssköterskor träffar en stor del av befolkningen och många människor med psykisk ohälsa. Det är med anledning av detta som vi med hjälp av litteraturen vill sammanställa forskning inom omvårdnad av patienter som upplever psykisk ohälsa i primärvården.

## **Bakgrund**

### **Psykisk ohälsa- beskrivning av begreppet**

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp som kan innefatta allt från psykiska sjukdomar, exempelvis djupa depressioner och grava psykoser till lättare psykiska besvär eller problem som ångest, oro och sömnproblem. I det här arbetet utgår vi från följande sammansatta definition av psykisk ohälsa. Lättare psykiska besvär med upplevelse av psykiskt lidande som inte behöver vara förenliga med kriterier för en psykiatrisk diagnos. Ett fenomen som kan betraktas som normalt förekommande i livet men som av olika orsaker tagit så stora proportioner att det dagliga livet störs och påverkas. För den drabbade individen kan psykisk ohälsa innebära en känsla av maktlöshet, hinder och svårigheter att klara det dagliga livet, men även närstående påverkas och oroas när individen mår dåligt (1, 2).

För att få ytterligare beskrivning av begreppet psykisk ohälsa förklaras det i relation till begreppet hälsa där den psykiska hälsan är inkluderad. World Health Organization (WHO) definierar hälsa som “...a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (3 sid 10). Psykisk hälsa är mer än frånvaro av psykisk ohälsa och psykisk hälsa är även direkt kopplad till fysisk hälsa och hälsobeteende. WHO gör också en beskrivning av psykisk hälsa som “...a state of well-being in which the

*individual realizes his or her own abilities, can cope with normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”* (3 sid 10). WHO beskriver att psykisk hälsa och ohälsa påverkas av flera sociala, psykologiska och biologiska faktorer. Risk för att utveckla psykisk ohälsa kan delvis styras av socioekonomiska faktorer som låg inkomst och utbildningsnivå (3).

### **Psykisk ohälsa- betraktat ur olika perspektiv**

Det finns flera olika perspektiv från vilka det går att betrakta psykisk ohälsa. Mer eller mindre psykiska problem sätts i motsats till en god psykisk hälsa och psykisk sjukdom sätts i motsats till psykiskt frisk. Psykiska besvär och psykisk hälsa respektive psykisk sjukdom och psykiskt frisk är begreppspaar som kan betraktas som två olika dimensioner, en hälso- och en sjukdomsdimension ur vilka den psykiska ohälsan kan beskrivas utifrån.

Hälsodimensionen betonar den subjektiva upplevelsen av psykiska besvär och de psykiska besvären anses till stor del hänga ihop med den omgivande miljön, eller som ett resultat av hur individen väljer att leva. Fokus ligger på livsstil och levnadsvanor och där psykiska besvär till stor del beror på hur väl individen kan balansera olika stresstillstånd. I sjukdomsdimensionen betonas biologiska faktorerens betydelse för uppkomst av psykisk störning eller sjukdom. I denna dimension finns inte samma möjligheter att själv påverka tillstånden, individen drabbas och behandlas sedan för att bli frisk. Fokus ligger på att sjukdomsalstrande förhållanden ska bekämpas och ärftlighet spelar en stor roll (1).

### **Psykisk ohälsa- förekomst och faktorer som kan inverka**

Enligt WHO är depressioner den fjärde största orsaken till sjukdomsburden på 1990-talet och förväntas bli den näst största sjukdomsburden efter ischemisk hjärtsjukdom år 2020 (3). Av Sveriges befolkning beräknas mellan 20-40 procent lida av psykisk ohälsa och av dessa uppskattas 10-15 procent ha besvär av allvarligare grad som kräver psykiatrisk behandling (1). Andelen allvarliga psykiska sjukdomar ligger konstant i Sverige medan annan psykisk ohälsa har ökat sedan 1990-talet (1, 4). Den ökade utbredningen av psykisk ohälsa gäller alla grupper utom hos kvinnor äldre än 65 år där andelen med psykisk ohälsa sedan 1980-talet har varit konstant hög (1). Det framgår av den senaste årsrapporten om folkhälsan i Sverige, som huvudsakligen refererar till Statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF-undersökningar), att besvär som ångest, oro, ångslan liksom

sömnbesvär ökar. Kvinnor upplever ett sämre allmänt hälsotillstånd och rapporterar mer psykisk ohälsa än män (5). Tidigare rapporter visar även på att det mellan arbetare och tjänstemän finns stora sociala skillnader vad gäller psykisk ohälsa (4).

WHO lyfter sambandet mellan psykisk och fysisk hälsa, att det är ett välkänt faktum att psykisk sjukdom ökar känsligheten för att drabbas av fysisk sjukdom med sämre prognos. Optimism, personlig kontroll och känsla av mening är kända faktorer som är av betydelse för att bevara såväl psykisk som fysisk hälsa (3). Det finns tre förutsättningar för hälsa; autonomi, gemenskap i ett socialt sammanhang samt meningsfulla aktiviteter och handlingar. Ökad delaktighet och medbestämmande bidrar till ökad hälsa, ökad motståndskraft och underlättande av återhämtning vid ohälsa. Stigmatisering kan beskrivas som motsatsen till gemenskap och delaktighet och påverkar människans hälsa i mycket stor grad. Stigmatisering kan skada självkänslan och utgöra ett hinder för återhämtning från psykisk ohälsa och utanförskap eller ensamhet har i sig en negativ inverkan på hälsan (2).

Psykisk ohälsa och värkbesvär är de vanligaste diagnoserna vid nybeviljad sjuk- och aktivitetsersättning (4). Bland de som drabbas av psykisk ohälsa är kvinnor som arbetar inom vård, omsorg och utbildning överrepresenterade och unga kvinnor medicinerar med både antidepressiva och lugnande läkemedel i en allt större omfattning (2). Det har gjorts olika försök från flera olika perspektiv att försöka förklara bakgrunden till detta ökade problem i samhället. Det är klarlagt att bland personer i yrkesverksam ålder är det allt fler som inte kan hantera det vardagliga livet och sina arbetsuppgifter. Detta kan leda till långtidssjukskrivning och ju längre sjukskrivning ju svårare blir det att återgå till yrkeslivet (2).

## **Nationella riktlinjer**

Socialstyrelsen har prioriterat och utarbetat riktlinjer för depressionssjukdomar och ångestsyndrom utifrån motiveringen att de *”tillhör de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar”* (6 sid 3). Enligt Socialstyrelsen kommer minst tjugofem procent av alla kvinnor och femton procent av alla män få en behandlingskrävande depression någon gång i livet. Dessa siffror framhålls dock kunna variera på grund av olika definitioner av depression. Riktlinjerna skall ge sjukvården stöd i att välja ut och erbjuda den vård som gör störst nytta för patienten till en rimlig kostnad. De innehåller



rekommendationer om psykologiska behandlingar, läkemedelsbehandlingar, andra medicinska behandlingar och omvårdnad. Socialstyrelsen betonar att det är viktigt att primärvården får verktyg för att kunna ge tidigt och effektiv behandling då det är inom primärvården som de flesta av dessa patienter finns. Primärvården bedöms således ha en viktig roll i vården av dessa patienter. Vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom lyfts psykologisk behandling, främst kognitiv beteendeterapi (KBT), fram som lämplig behandling med god effekt på kort och lång sikt. Socialstyrelsen tar upp problematiken med att det ställer krav på ett ökat utbud av psykologisk behandling med stora ekonomiska och organisatoriska investeringar som följd (6). Nedan följer ett utdrag ur Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom” där exempel på tillstånd och åtgärder valts utifrån uppsatsens ämne och distriktssköterskans arbete.

**Tabell 1.** *Sammanställning ur Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom” av tillstånd och åtgärd (6).*

Tillstånd	Åtgärd	Rek.
Vuxna med depressiva symtom (subsyndromal depression)	Aktiv expectans (snar förnyad kontakt)	1
Vuxna med depressiva symtom (subsyndromal depression)	Råd om egenvård i form av fysisk aktivitet	3
Vuxna med lindrigt ångestsyndrom	Råd om egenvård i form av fysiskt aktivitet Råd om egenvård i form av självhjälpplitteratur Textbaserad behandling med behandlarstöd	3
Vuxna med långvarig depressionssjukdom	Långtidsuppföljning och behandlingsstöd	3
Vuxna med symtom som kan tyda på ångestsyndrom	Aktiv expectans (snar förnyad kontakt)	1
Vårdsökande vuxna och äldre utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom	Screening för depressionssjukdom inom primärvården	Icke-göra
Vårdsökande vuxna och äldre utan kända riskfaktorer för psykisk sjukdom	Screening för ångestsyndrom inom primärvården	Icke-göra

Rekommendationerna (Rek.) anges i skala 1 – 10 där 1 har högst evidensstyrka och 10 lägst (6).

## **Primärvårdens roll, ansvar och brister**

Allt fler människor som mår psykiskt dåligt söker, i större utsträckning än förr, hjälp från primärvården, och psykisk ohälsa utgör ett allt viktigare område inom primärvården. År 2006 presenterade Socialstyrelsen en lägesrapport som visade att primärvårdens möjligheter att erbjuda vård för personer med psykisk ohälsa som är evidensbaserad och ändamålsenlig är otillräcklig. Tillgång till samtalsbehandling, vilken har en vetenskapligt väldokumenterad effekt vid en rad psykiska besvär, är ett exempel som lyfts fram där primärvårdens arbete med psykisk ohälsa är undermålig. Socialstyrelsens studier tyder även på att diagnosättning och uppföljning av behandling brister i primärvården, trots att många ordinerar antidepressiva läkemedel (7).

## **Distriktssköterskors arbete med psykisk hälsa**

WHO ger sjuksköterskor en nyckelroll i vården av psykisk hälsa och menar att de bör vara involverade i utveckling och planering av tjänster inom vård riktad mot psykisk hälsa. Hälsopromotion av psykisk hälsa klassas som en av de mest förekommande aktiviteterna som sjuksköterskor är involverade i (8). Distriktssköterskors arbete regleras utifrån omvårdnads- och hälsofrämjande perspektiv där omvårdnadens huvudsakliga målsättning är hälsa ur den enskildes perspektiv – alltså upplevd hälsa. Hälsofrämjande arbete bygger på processer som leder till hälsa med avsikt att förbättra människans egenupplevda hälsa, vilket förutsätter delaktighet av den enskilda individen. Sjuksköterskor beskrivs som vägledare vilka tillsammans med patienten skall stärka dennes potential för hälsa. Sjuksköterskor har också en viktig roll i att öka anhörigas delaktighet i omvårdnaden (9).

Distriktssköterskors kompetens inbegriper ett hälsofrämjande arbetssätt för att möta, stödja, hjälpa, förebygga, råda, vårda samt behandla individen och dennes familj i livets alla faser utifrån fysisk, psykisk, social, kulturell och existentiell hälsa och sjukdom.

Distriktssköterskors arbete skall enligt kompetensbeskrivningen bygga på ett etiskt, holistiskt och hälsofrämjande förhållningssätt. Det holistiska perspektivet beskrivs omfatta individ, närmiljö och samhälle inklusive ekonomiska och politiska faktorer. För att kunna arbeta hälsofrämjande lyfter kompetensbeskrivningen fram ett patientcentrerat arbete för att kunna stödja och stärka individen, familjen och gruppen. I distriktssköterskors kompetens innefattas också kunskaper om folkhälsa, dess bestämningsfaktorer och vad som påverkar

människors hälsa. Distriktssköterskor förväntas utifrån folkhälsovetenskapen ha fördjupade kunskaper och vara förtrogna med tillvägagångssätt för att bedriva ett hälsofrämjande arbete inte bara på individnivå utan även på grupp- och samhällsnivå för människor i alla åldrar (10).

I en litteraturöversikt från 1997 ville artikelförfattarna undersöka sjuksköterskors roll i primärvården. Specifikt ville de undersöka rollen vid vård av patienter med emotionella problem och hur patienterna upplevde sjuksköterskornas involvering på området (11). Resultatet visade att sjuksköterskornas kontinuerliga kontakt med patienter ställde dem i en bra position för att identifiera förändringar i patientens psykiska hälsa och följa upp deras eventuella behandling. En identifierad brist inom kunskapsområdet var att flera studier refererar till sjuksköterskans rådgivande arbete trots att begreppet rådgivning inte definierades och sjuksköterskors uppfattning om begreppet redovisades brett skilda. Mead m fl. sammanställning påtalar att det 1997 fanns väldigt få studier som utvärderade effekten av omvårdnadsinterventioner. Trots att utvärderingar av klienternas uppfattningar varit positiva fanns få randomiserade kontrollerade studier (RCT) av dess effekt tillgängliga. Mead m fl. identifierar också brister i sjuksköterskors kompetens i förhållande till psykisk ohälsa. Författarna tar upp hur svårt det är att utvärdera vilken typ av utbildning som sjuksköterskor i primärvården bör ha när det inte råder någon konsensus kring vilken roll eller vilka interventioner sjuksköterskorna skall uppfylla (11). Ovanstående exempel på kunskapsbrister kring evidensbaserad omvårdnad och sjuksköterskans roll i primärvården stärks i Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapport 1999 inom serien ”publikationer i ämnet evidensbaserad omvårdnad”. Temat på rapporten var “Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar”. I SBU:s rapport sammanfattades att det tillgängliga vetenskapliga underlaget för omvårdnad vid depressionssjukdomar var ytterst begränsat (12).

## **Teoretisk referensram - hälsofrämjande omvårdnad**

I WHO:s Ottawa Charter for Health Promotion definieras hälsofrämjande som en process som möjliggör för människor att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa. Centralt i Ottawa Charters definition av hälsofrämjande är ordet ”enabling”, alltså möjliggörande. Möjliggörande för att ge individen makt och öka inflytandet över frågor som rör individens

hälsa (13). Samarbete, jämlikhet, delaktighet i samhället, ömsesidigt hjälpande och delat ansvar, empowerment och självbestämmande är enligt WHO grunderna för hälsofrämjande arbete. Att arbeta hälsofrämjande innebär att hjälpa människor att tro på och utveckla sin egen kapacitet och resurser. Arbetet innebär även att så långt det är möjligt, stödja och stärka människor som av olika anledningar inte har förmåga att uppnå detta själv (9). WHO definierar hälsofrämjande arbete som följer: *"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment"* (13).

Whitehead menar att, trots att internationellt intresse och erkännande finns gällande psykisk ohälsa, är det fortfarande ett växande problem. En möjlig förklaring på detta menar Whitehead, är en brist på teori och generella förhållningssätt inom hälsofrämjande omvårdnad. Detta till trots att sjuksköterskor har identifierats som de mest lämpliga professionella att implementera hälsofrämjande vård (14). Whitehead kritiserar att begreppet hälsofrämjande omvårdnad används på ett felaktigt sätt. Det innebär bland annat att begreppet hälsofrämjande förväxlas med hälsoutbildning (15). Hälsofrämjande omvårdnad är ett vidare begrepp än hälsoutbildning på så sätt att fokus läggs på självbestämmande samt att skapa förutsättningar för delaktighet i samhället (9). Med utgångspunkt från Svensk sjuksköterskeförening är beskrivning av hälsofrämjande omvårdnad *"...att människor är kapabla till hälsa och välbefinnande oavsett sjukdom och ohälsotillstånd. Den hälsofrämjande omvårdnaden bygger på en humanistisk syn på människan och inriktar sig på att förstå personens livsvärld i relation till hälsa, sjukdom och lidande istället för att fokusera på problem och diagnoser. Den hälsofrämjande omvårdnadens insatser förutsätts utgå från ett förhållningssätt som genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med personen"*(9 sid 12). Det är ett tydligt uppdrag för distriktssköterskor att bedriva och vara delaktiga i hälsofrämjande arbete och WHO ger sjuksköterskor en framträdande roll i arbetet med psykisk ohälsa (10, 3). Det är med anledning av detta intressant att diskutera resultatet utifrån ett hälsofrämjande perspektiv.

## **Problemformulering**

Psykisk ohälsa är ett växande problem som ses hos både individer och i samhället i stort, det medför stora kostnader och lidande för individer och anhöriga. Då det gjorts stora nedskärningar inom öppenvårdspsykiatri och problem med psykisk ohälsa utgör ett allt viktigare område i primärvården är det angeläget med strategier för att förbättra vården kring psykisk ohälsa. Många av de med psykisk ohälsa söker hjälp i primärvården men primärvården är dåligt rustade för att hjälpa dessa personer (7). Det finns belägg för att primärvårdens möjlighet att erbjuda evidensbaserad och ändamålsenlig vård är otillräcklig. Ett exempel på där primärvården brister är att trots evidens för att samtalsbehandling har effekt vid psykisk ohälsa saknas det tillgång till denna typ av behandling i primärvården (7). Då distriktssköterskor träffar en stor del av befolkningen och därmed många människor med psykisk ohälsa önskar vi sammanställa vad som kan möjliggöra och vilka åtgärder det finns evidens för i omvårdnad av patienter som upplever psykisk ohälsa.

## **Syfte**

Syftet med denna studie är att sammanställa och analysera forskning om distriktssköterskors omvårdnad riktad till patienter som upplever psykisk ohälsa, ur ett primärvårdsperspektiv.

### Frågeställningar

- Vad för interventioner har prövats?
- Vad kan möjliggöra en evidensbaserad omvårdnad för patienter med psykisk ohälsa?

## **Metod**

För att besvara syftet och frågeställningarna har en systematisk litteraturstudie utförts där kvantitativa och kvalitativa studier inkluderats vilket benämns Mixed methods (16).

Metoden Mixed methods är användbar för att förbättra och vidga evidensen framförallt inom områden där det saknas kvantitativ data med hög kvalitet (16, 17). Fördelarna med Mixed methods är dels att data från kvalitativa och kvantitativa studier kompletterar varandra, och dels att data täcker in olika aspekter inom ett problemområde (16, 18). Att syntetisera resultatet från både kvalitativa och kvantitativa data är komplext och optimala

metoder är fortfarande i utvecklingsstadiet (15).

## **Design**

### **Strategi för sökning**

Utifrån vårdvetenskap som ämne är framförallt databaser som PubMed, MEDLINE, PsycINFO och CINAHL lämpliga att söka artiklar i. Ett komplement för att hitta lämplig litteratur är att gå igenom referenslistor i nyligen publicerade studier eller litteraturstudier (16). Sökorden skulle kunna vara Community health nursing, mental health, patient, primary health care, intervention, depression, anxiety.

### **Urval**

Ett viktigt steg i alla typer av studier är att bestämma syfte och frågeställningar. Val av kriterier för inklusion och exklusion utgår sedan från studiens syfte samt de frågeställningar som har formulerats. När dessa kriterier är fastställda kan sökandet efter lämpliga artiklar påbörjas (17). Aktuella artiklar ska vara originalartiklar och motsvara såväl syftet som frågeställningarna. De kvalitativa och kvantitativa artiklarna ska belysa vad som kan möjliggöra en evidensbaserad omvårdnad för patienter med psykisk ohälsa. Vidare ska de belysa interventioner som har prövats och som distriktssköterskor kan vara delaktiga i. Följande kriterier för inklusion och exklusion har formulerats. Artiklarna skall vara empiriska studier, publicerade i peer-reviewed tidskrifter och författade på engelska för att säkerställa internationellt spridd vetenskaplig kunskap. Artiklarna skall vara publicerade från 1990 och framåt. Det var på 1990-talet som problemet med psykisk ohälsa konstaterades och tilltog varför det är av intresse att kartlägga vad som har hänt sedan dess. Artiklarna rör vuxna och bör vara riktade mot primärvård. Artiklar som handlar om graviditet och förlossningsdepressioner, diagnostiserade psykiska sjukdomar som psykos, personlighetsstörning, schizofreni, posttraumatiskt stressyndrom och delirium exkluderas.

### **Datainsamling och kvalitetsgranskning**

Enligt Polit & Beck kan första steget i processen för datainsamling vara att fråga sig om studien finns tillgänglig, för det andra om studien är relevant för syftet och för det tredje vad artikeln har för kvalitet (16). Samtliga artiklar som redovisas i resultatet skall kvalitetsgranskas. Lämpligt protokoll för kvantitativa respektive kvalitativa studier finns i

boken ”Evidensbaserad omvårdnad - bro mellan forskning och klinisk verksamhet” (19).

## **Dataanalys**

För att analysera data läses artiklar igenom, granskas och sammanfattas var för sig. Därefter utvecklas matriser, dels för att lyfta ut skillnader och likheter mellan studier och dels för att förenkla summering av varje enskild studie och resultatet. Vid analys av data i valda artiklar är utgångspunkten uppsatsens syfte och frågeställningar. Beslut tas om hur mycket eller hur lite data som ska extraheras ur varje artikel och principen för analys är att varje artikel analyseras separat för att sedan föras ihop med resterande material. Vid analys av extraherad data är det lämpligt att arbeta enskilt för att få fram teman, därefter kommer man tillsammans fram till ett gemensamt resultat (17).

## **Pilotstudie**

För att pröva genomförbarhet i forskningsplanen genomfördes en pilotstudie. För att strukturera arbetet inför sökningen av artiklar gjordes en PICO som står för Patient, Intervention, Comparison och Outcome. PICO är ett schema som kan användas för att formulera forskningsfrågor (16). I arbetet blev PICO följande:

P - Vuxna patienter med upplevd psykisk ohälsa

I – Interventioner där distriktssköterskor kan vara delaktiga

C - Ospecificerat

O – Möjliggörandet av evidensbaserad omvårdnad och omvårdnadsinterventioners effekt

## **Sökningen**

Sökorden arbetades fram genom sökningar på tänkbara och relevanta termer i Svensk MeSH (20) och CINAHL headings (21). Bibliotekarie på Biomedicinska Universitetsbiblioteket i Göteborg involverades vid flera tillfällen för att ringa in relevanta sökord. Detta resulterade i att begreppen community health nursing, mental health och primary care health ringades in som huvudsakliga sökord. Dessa ansågs då inkludera omvårdnad i primärvården, mental hälsa och psykisk ohälsa vilka sedan kompletterades med sökorden depression och anxiety för att komma åt fler artiklar kring psykisk ohälsa. Enligt bibliotekarie var rekommendationen att inte ha några begränsningar i sökningen, vilket kan innebära att relevanta artiklar faller bort. Istället användes kriterierna för exklusion när rubriker och abstract lästes igenom. Under processen prövades flera andra

sökord och infallsvinklar för att belysa distriktsköterskans arbete med patienter med upplevd psykisk ohälsa. Exempel på sökord som också testats: mental disorder, morbidity, patient perspective, patient participation, qualitative studies and patient, promotion, och prevention.

Databaserna begränsades till CINAHL och PubMed utifrån att de ansågs relevanta och funktionella utifrån arbetets omfattning (16). Sökorden prövades i båda databaser men gav olika utfall varvid vi valde att fullfölja och granska de två sökningar som gav ett hanterbart antal träffar och flest relevanta artiklar. Detta resulterade i en sökning i PubMed och en i CINAHL se tabell 2. I PubMed användes sökorden Community health nursing, ”mental health”, patient\*, primary health care. I CINAHL användes sökorden Community health nursing, depression, anxiety or mental health, primary health care, intervention.

### **Datainsamling**

Samtliga rubriker och vid behov abstract (tabell 2) som motsvarar kriterier för inklusion bedömdes samtidigt som artiklar exkluderades utifrån kriterier för exklusion. Kvarvarande artiklar bedömdes utifrån relevans i studien och utmynnade i åtta av de tio artiklar som efter kvalitetsgranskning redovisas i arbetets resultat. De artiklar inom området som motsvarade kriterier för inklusion och exklusion var färre än förväntat. Därefter gjordes en manuell sökning genom att gå igenom samtliga referenslistor för att finna ytterligare relevanta vetenskapliga studier. I detta skede byts två av de ursprungliga artiklarna från databassökningen ut mot ref nr 30 och 31 som hittades genom referenslistan i artikel ref nr 33. Bytet utfördes då artiklarna passade syfte i högre utsträckning än de ursprungliga artiklarna. En artikel publicerad 2005, från sökning i databasen CINAHL, antydde att det fanns ytterligare forskning på gång. Genom manuell sökning hittades en RCT-studie från 2010 av samma författare vilken var en uppföljning av ursprungsartikeln och därmed mer aktuell och av högre kvalitet. Artikeln från 2010 ref nr 25 byttes då ut mot den ursprungliga artikeln.



**Tabell 2.** Översikt av artikelsökning för pilotstudien

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar ref.nr.
PubMed 120829	Community health nursing, ”mental health”, patient*, primary health care Limiters - Peer Reviewed; English Language; Age Groups: All Adult	188	45	5	26, 27, 32
CINAHL 120903	Community health nursing, depression, anxiety OR mental health, primary health care, intervention Limiters - Peer Reviewed; Research Article; English Language; Age Groups: All Adult	99	11	5	24, 28, 29, 33
Manuell sökning	Utifrån referenslista i artikel ref nr 28 Uppföljning/ senare publikation av samma författare			3	30, 31  25

Samtliga artiklar redovisade i arbetets resultat kvalitetsgranskades utifrån Willmans protokoll (19). Sammanfattande bedömning av kvalitet för respektive artikel redovisas i artikelöversikten. Där redovisas också vilka styrkor och svagheter bedömningen baseras på samt om artikeln innehåller kvantitativ och/eller kvalitativ data. Två av de genomförda granskningsprotokollen får agera exempel och bifogas i bilaga 1 och 2.

## Analys

Efter att artiklar hade valts ut skapades matriser för att ge stöd i att systematiskt extrahera ut relevant data. Interventionerna presenterades i en egen matris och beskrivande kvalitativa och kvantitativa artiklar för sig. Eftersom interventionernas syfte och design skiljer sig åt föll valet på att göra en beskrivande summering av interventionerna och utvärderad effekt. För presentation och analys av resultat hämtades inspiration från Hafsteinsdóttir m fl. (22) samt Hensch och Danielson som delar in resultat under teman för att svara på syftet och frågeställningar (23).

## Forskningsetiska övervägande

Åtta av tio artiklar har ansökt och fått godkännande av etisk kommitté. Artikeln ”Managing stress and anxiety: education for adults in primary care” för ett etiskt resonemang och alla deltagarna har lämnat in skriftligt medgivande men det finns inget dokumenterat om godkännande från etisk kommitté (24). Utifrån att interventionen inte tar plats inom vården och deltagarna själva har anmält intresse är det möjligt att ett etiskt godkännande inte har ansetts nödvändigt. I ytterligare en artikel “Peoples understanding of a primary care-based mental health self-help clinic” redovisas inte något etiskt godkännande (26). En orsak till detta kan vara att det parallellt genomfördes en kvantitativ studie och eventuellt erhöles ett etiskt godkännande i den studien.

## Resultat

I matris 1 presenteras sex olika interventionsstudier under två rubriker. I tre av interventionerna (se matris 1 under 24, 25, 26) är gemensam nämnare att erbjuda patienter utbildning i själv-hjälp. Utbildningen och materialet är i alla interventionerna i någon utsträckning baserade på kognitiv beteendeterapi. Två av interventionerna (24, 25) baserar på färdiga metoder som prövats i tidigare studier men i en annan form, på andra patienter eller i mindre storlek. I en tredje studie skapas en själv-hjälps klinik vars syfte är att undersöka hur patienterna uppfattade själv-hjälp och en klinik för ändamålet (26). I resterande interventionsstudier presenteras att sjuksköterskor i primärvården har en samordnande funktion (se matris 1 under 27, 28, 29).

## Interventioner för utbildning i själv-hjälp

Klinik för *själv-hjälp* upprättades på en allmän läkarpraktik. Patienter med depression och ångest uppmanades söka och fick då ett initialt samtal samt uppföljande sessioner av en erfaren sjuksköterska och beteendeterapeut. Kliniken tillhandahöll också själv-hjälps manualer, broschyrer med mera tillsammans med livsstilsrådgivning, till stor del baserade på *kognitiv beteende terapi* (26). Assisted bibliotherapy<sup>1</sup> som i interventionen representeras

---

<sup>1</sup> Assisted bibliotherapy är en standardiserad behandling vid mild till moderat stress och ångest. Behandlingen kombinerar utbildning med praktiska färdigheter, genom flera KBT-strategier. Den inkluderar sex moduler av häften som brukas en gång i veckan under sju stycken sessioner, 30 minuter åt gången och efter varje session får klienten hemläxa. Kliniker/Coach arbetar genom häftena tillsammans med klienten för att individualisera materialet till klientens specifika svårigheter och för att upprätthålla motivationsnivån (25).

av ett "själv-hjälps paket" med integrerad utbildning och utveckling av praktiska färdigheter använder sig av flera väletablerade *kognitiva beteendeterapier* (25). I ett försök att genom *kognitiv beteende terapi* nå en större grupp människor skapades interventionen "The Stress Control intervention" där vuxna erbjöds *utbildning om ångest och ångesthantering*. Utbildningen hölls under två timmar vid sex tillfällen med syfte att ge kunskap om ångest, ge färdigheter för *egen bedömning* och tekniker för att *själv kontrollera* tecken på ångest (24).

### **Effekten av interventioner för utbildning i själv-hjälp**

Patienternas upplevelse av själv-hjälps kliniken presenterades utifrån kvalitativ data och patienterna ställde sig positiva till kliniken. De beskrev att de fick hjälp att hantera sina problem, återfick kontroll samt i högre grad kunde undvika medicinering. Patienters förkunskaper om själv-hjälp var låg och deras inställning till själv-hjälp tycktes i hög grad vara präglad av tidigare erfarenheter eller den information de fick inför deltagandet i studien. Slutligen var deras attityder till själv-hjälps materialet initialt mindre övertygande vilket beskrevs som en barriär patienterna var tvungna att ta sig över för att tillgodogöra sig materialet (26). Kvantitativ data för utvärdering av patienternas tillfredsställelse och effekten av "Assisted Bibliotherapy" visade att alla fyrtyotre deltagarna ansåg interventionen vara ganska till mycket användbar och samtliga använde fortfarande teknikerna i viss grad vid uppföljningen. Kvantitativ data av interventionens effekt visade bland annat statistisk signifikant förbättring av välbefinnande, funktion och andra problem i jämförelse med en kontrollgrupp (25). Genom utvärderande mätskalor som besvarades via enkät erhöles kvantitativ data om "The Stress Control intervention". Mätskalor användes för att utvärdera interventionens effekt gällande deltagarnas ångest och depression och patientens tillfredsställelse. Av hundraåtta deltagare redovisade femtiofyra personer förbättring när det gällde ångest och depression, data var statistiskt signifikant och alla av svarsdeltagarna angav att utbildningen hjälpt dem till stor del. Skriftliga kommentarer från knappt hälften av svarsdeltagarna formulerades av artikelförfattarna i breda kategorier, och där ett presenterades som "confidence, sens of control and coping strategies" med citat: "*I still get anxious, but knowing I have the skills to control it helps enormously and I will never let it get as bad as it was*" (24 sid 37). Samtliga tre interventioner beskrev utifrån kvalitativ och kvantitativ data att patienterna var tillfredsställda i någon grad, att de hade

fått stöd och hjälp som i någon utsträckning hade varit användbar. I två av resultaten (24, 26) konkretiserades stödet då det framkom att patienterna fått hjälp att hantera sina problem och återfick kontroll.

## **Interventioner där sjuksköterskor har en samordnande funktion**

I en av interventionerna var syftet att underlätta tillgång till vård för deprimerade patienter i primärvården. Interventionen inledde med att patienterna erbjöds *kontakt med sjuksköterska*. *Sjuksköterskan bedömde* eventuell depression och *ordnade kontakt* med läkare. Patienterna fick förutom ordinarie kontakt med läkare systematisk *uppföljning* via telefon med sjuksköterska efter två och åtta veckor (27). I studien där kvinnor sökte för fysiska besvär, och där besvären överensstämde med utarbetade riskprofiler för depression, var det *sjuksköterskor som identifierade och remitterade* trettio tre kvinnor vidare till intervention med en specialistutbildad psykiatrisjuksköterska (28). Liknande upplägg fanns i studien där patienter från minoritets-grupper randomiserades till en ”Collaborative Care”<sup>2</sup> grupp fick de *träffa en specialist på depressioner i primärvården, oftast en sjuksköterska eller en psykolog*. *Sjuksköterskan (eller psykologen) samlade in psykosocial information om patienten, diskuterade olika informationsmaterial och behandlingsalternativ vid depressioner*. Beroende på patienternas val *stöttades patienterna* i att antingen behandla med antidepressiva eller få ”Problem-Solving Treatment of Primary Care”(PST-PC), en form av psykoterapi. I uppföljningen av patienterna användes specifika riktlinjer för behandling av depressioner i primärvård, de innebar att patienterna *följdes upp av sjuksköterska* (eller psykolog) varannan vecka i den akuta fasen av behandlingen och därefter följdes patienterna upp en gång/månad under ett års tid eller tills depressionen hade stabiliserats (29).

---

<sup>2</sup> Enligt CC-modeller nås tillgång till kvalitativ vård vid depression genom en kombination av personalutbildning, aktivering av patienter, systemisk monitorering och uppföljning av behandling, mobilisering av samhälleliga resurser, samt enkel tillgång till tjänster vid psykisk ohälsa som faller inom primärvårdens ramar. (Flera olika studier har redan undersökt CC-modellen som verktyg och funnit att samordning av tjänster för psykisk ohälsa genom primärvården resulterar i en bättre tillgång till och bättre användning av tjänsterna bland både äldre och yngre i minoritets-grupper jämfört med vård vid depression som bedrivs på ordinarie sätt (29).

### **Effekt av interventioner där sjuksköterskor har en samordnande funktion**

Patienternas upplevelser av tjänsten för att underlätta tillgången till vård presenterades i kvalitativ data (27). Majoriteten av de patienter som intervjuades uttryckte att tillgänglighet per telefon med en sjuksköterska som var tränad i att lyssna var tilltalande. De uttryckte även att en speciellt utbildad sjuksköterska med kompetens inom depression var det som var mest tilltalande med interventionen. Majoriteten menade att interventionen erbjöd dem en förhoppning om ett nytt sätt för dem att söka hjälp för depression. Knappt hälften av patienter angav att de hellre skulle vilja ha ett personligt möte än telefonuppföljning men när de fick välja mellan uppföljning av allmänläkaren eller uppföljning med sjuksköterska per telefon röstade majoriteten på det senare alternativet. Vid förfrågan om vad personalen på kliniken ansåg om interventionen svarade alla utom en att intervention var bra för patienterna (27). I Beebers och Charlies studie remitterades trettiofyra kvinnor till en specialistutbildad psykiatrisjuksköterska (28). Psykiatrisjuksköterskan och kvinnorna träffades vid åtta tillfällen under i genomsnitt elva veckor och arbetet riktades mot kvinnornas upplevda problem. Effekten av interventionen presenterades i kvantitativ data och visade på en minskning av depressiva symtom och ökning av självkänsla efter interventionen, däremot sågs liten skillnad gällande social självkänsla och tillfredsställelse med interpersonella relationer. Det saknades belägg för att förändringarna i kvinnornas depressiva symtom berodde på interventionen eftersom urvalet var för litet och för att det inte gjordes någon randomisering eller kontrollstudie (28). Effekten av interventionen där patienter randomiserades till en "Collaborative care" grupp redovisades i kvantitativ data. Data visade på signifikant förbättrade värden och resultat bland äldre minoriteter och bland äldre icke-minoriteter med depression jämfört med patienter som fick sedvanlig vård av behandlande läkare eller "annan specialist inom mental hälsa". Resultatet visar på förbättring oavsett etnicitet. Efter tolv månader hade patienterna i minoritetsgrupperna som ingick i interventionen signifikant lägre svårighetsgrad av depressionen, mer följsamma till antidepressiv medicinering och psykoterapi som i studien var rekommenderad behandling vid depression. Interventionen resulterade även i mindre hälsorelaterad funktionell försämring jämfört med de patienter som fick ordinarie vård. Patienter som deltog i interventionen var mer nöjda med vården jämfört med de som fick sedvanlig vård (29).

## **Förutsättningar i arbetet med patienter som upplever psykisk ohälsa**

I matris 2 presenteras Lauder m fl. samt Russel och Potters beskrivande kvalitativa artiklar där man intervjuat och använt fokusgrupper för att beskriva distriktssköterskors arbete med patienter med psykiska hälsoproblem respektive för att i den kliniska praktiken identifiera psykiska hälsoproblem och utbildningsbehov (30, 31). Delphistudie bedöms som en kombinerad kvalitativ och beskrivande kvantitativ studie vars syfte är att identifiera lämpliga riktmärken för vården av vuxna med depression inom primärvården (32). Haddads beskrivande kvantitativa artikel belyser upplevelser och attityder i arbetet med psykiska hälsoproblem inom primärvården (33). Tillsammans presenterar artiklarna förutsättningar för primärvården i arbetet med patienter som upplever psykisk ohälsa.

### **Framtida förutsättningar för förbättrad vård**

I McIlrath m fl. Delphistudie samlades en expertpanel ihop som bestod av fem olika yrkesgrupper med anknytning till primärvården (32). Syftet med studien var att identifiera och samla konsensus kring lämpliga riktmärken för effektiva primärvårdsbaserade tjänster för vuxna med depression. Riktmärkena som genererades speglade vad de olika yrkesgrupperna ansåg är framtida möjligheter och förutsättningar för att förbättra vården. Av resultatet framgick att sjuksköterskor i primärvården borde se att det ingår i deras roll att arbeta med patienter med depression. De borde ha kompetens om och kunna använda olika screeningsverktyg samt kunna göra en grundläggande bedömning för att påvisa depression. Sjuksköterskorna borde bidra till en ökad tidig identifiering och hantering av denna patientgrupp genom att använda relevanta verktyg för screening. Det framgick även att sjuksköterskor borde använda sig av riktlinjer för identifiering, behandling, hantering och remittering av patienterna samt tillhandahålla information och utbildningsmaterial om depression. Studien identifierade kunskapsbehov hos sjuksköterskor i primärvården, att de behövde minst en dags utbildning inom depression och att de skulle ha kunskap om orsak, symtom och samsjuklighet. Studien beskrev även att den grundläggande kompetensen borde vara identifierbar och uppdateras genom kontinuerlig fortbildning (32).

### **Distriktssköterskors/ sjuksköterskors involvering och utbildningsbehov**

Haddads m fl. studie beskriver distriktssköterskors och sjuksköterskors medverkan och attityder till psykiska hälsoproblem (33). Studien beskriver att det var många som fick frågor kring depression och hantering av depression och resultatet indikerade att

sjuksköterskorna uppgav självförtroende i den rollen. Kvantitativ data visade att de också, i varierad utsträckning, var involverade och utförde interventioner i form av rådgivning, problemlösning och sorg- och ångesthantering. Data i Haddads m fl. studie påvisade dock behovet av kunskap kring psykisk hälsa inom primärvården. Av de hundrafyrtioåtta sjuksköterskorna i studien uppgav sjuttiofyra procent att de inte hade deltagit i någon utbildning kring psykisk hälsa de senaste fem åren. Om utbildning fanns tillgänglig skulle hälften av dem definitivt delta medan fyrtyotvå procent angav att de eventuellt skulle delta. Områden som enligt sjuksköterskorna prioriterades högst för ytterligare utbildning var identifiering av tecken och symtom på psykiska problem samt ångesthantering (33). Även i Lauders m fl. studie beskrevs att distriktssköterskorna i hög grad var i kontakt med och medverkade i vården av patienter med psykisk ohälsa (30). De beskrev möjligheten att utifrån sin kompetens och position identifiera problem som eventuellt behövde remitteras vidare till allmänläkare alternativt hanteras av dem själva. Detta sågs som en informell bedömning av patientens problem och omfattning. De verkade kunna använda sin kunskap och erfarenhet tillsammans med tilliten som byggts upp med patienterna för att få insikt i deras vårdbehov. När de träffade dessa patienter utformades vården ofta i form av tillsyn och bevakning för att patientens tillstånd snabbt kunde förändras. ”*We always keep an eye on the older ones anyway, supervisory visits, watching for changes or needs that could occur*” (30 sid 342). Distriktssköterskorna identifierade att deras stöd gavs i form av råd, praktisk hjälp och krishantering, men ett hinder var att deras kunskap om behandling var begränsad och de kände i vissa situationer att genomförda interventioner var ”slöseri med tid” och försatte dem ibland på ”djupt vatten” (30). Även i Russels och Potters studie uttryckte sjuksköterskor oro och brist på tilltro till den egna förmågan i arbetet med psykisk ohälsa. Några kände tilltro till den egna förmåga, men uttryckte samtidigt även att den vård som erbjöds var begränsad (31). Enligt Lauder m fl. ansåg distriktssköterskorna själva att de i samhällen på landsbygden kunde betraktas som en vän. Distriktssköterskan såg sig som någon att lätt närma sig för att diskutera problem med eftersom de upplevdes mindre skrämmande jämfört med andra professioner i hälso- och sjukvården. Konsekvenser av detta var att flera distriktssköterskor upplevde att deras roll och arbete sträckte sig utanför deras ansvarsområde, gjorde dem inblandade i komplexa sociala- och familjeproblem och gav dem en roll som samhällets egendom (30).

I Russel och Potters studie identifierades att man bland vårdpersonal inom primärvården upplevde svårigheter att diagnostisera och identifiera depression. Speciellt när depression förekom parallellt med fysisk sjukdom eller sorg. Man framhöll också att identifiering av depression var särskilt svårt hos tonåringar, äldre och de med inlärningssvårigheter. Identifierade behov och önskemål från personal var tillgång till specialistbehandlingar så som kognitiv beteende terapi, mer kunskap om farmakologisk behandling, träning i hantering av oroliga anhöriga och hur ilska och aggression som utvecklats ut ångest och stress hanteras (31).

### **Attityder och samarbete**

Enligt Haddad m fl. indikerade resultatet att personal i primärvården ansåg det vara lämpligt och tillfredsställande att arbeta med deprimerade patienter samt att de generellt hade en positiv attityd till att distriktssköterskor skall arbeta med dessa hälsoproblem (33). Ett exempel på hur personalen dock kände sig begränsade i arbetet med deprimerade patienter lyfts i Russel och Potters studie. I studien såg personalen hälsofrämjande som potentiellt användbart i arbetet med patienterna. Samtidigt vare de även överens om att det inte var något som värderades tillräckligt högt hos deras chefer. En av deltagarna uttryckte att *"The NHS wants super-care, but does not provide the time or resources to deliver it"* (31 sid 121). McIlrath m fl. lyfter vikten av en kultur på arbetsplatsen som ser att depression är värt att ta sig an (32). Vidare lyfte studien fram behov av att skapa en årlig rapport med uppsatta mål för patienter med depression inom primärvården. Denna skulle då ge en överblick och möjlighet att utvärdera om det gjorts framsteg. I studien framgår att det skall finnas en struktur som säkerhetsställer samarbete mellan primärvården, slutenvården och andra relevanta aktörer i vården av depression. Genom ett sådant samarbete bör vid behov specialister finnas tillgängliga för sjuksköterskor i primärvården. I Lauders m.fl. studie konkretiserar distriktssköterskor behovet av ett sådant samarbete. De beskrev hur avsaknaden av samarbetet medförde att de inte kände till några av de insatser som utförts av andra aktörer inom vården. De fick då förlita sig på den information patienterna gav av sina medicinska diagnoser och behandlingar vilket fick dem att känna sig exkluderade och utan stöd (30). Även i Russel och Potters identifierades organisatoriska hinder i form av generell brist på information om hjälp och remittering för personer med depression. Specialistbaserad vård så som kognitiv terapi med mera var svårt att få tillgång till vilket



ledde till en oönskad övertro på medicinsk behandling. Ytterligare hinder uttrycktes i form av brist på tid som utgjorde en barriär för arbetet med psykisk hälsa (31).

## Matris 1. Interventionsstudier

Ref nr	Titel/Författare	Land/År	Urval	Metod	Interventioner för utbildning i själv-hjälp
24	Managing stress and anxiety: education for adults in primary care Wood m fl.	Storbritannien 2006	108 deltagare Kvinnor och män Ålder: 22-83 år Status: stress och/eller ångest	Kvantitativ - enkätstudie	"The Stress Control intervention" där vuxna erbjöds utbildning om ångest och ångesthantering. Två timmar vid sex tillfällen.
25	A controlled study of assisted bibliotherapy: an assisted self-help treatment for mild to moderate stress and anxiety. Reeves	Storbritannien 2010	80 deltagare Ålder: från 18 år Status: stress och/eller mild till moderat ångest.	Kvantitativ – RCT-studie	Assisted bibliotherapy, ett "själv-hjälps paket" med integrerad utbildning och praktiska färdigheter mha KBT. Materialet studerades under sju veckor a' trettio minuter med en coach.
26	Peoples' understandings of a primary care-based mental health self-help clinic. Rogers m fl.	Storbritannien 2003	110 deltagare Kvinnor och män Ålder: 26-58 år Status: depression och/eller ångest	Kvalitativ studie, semi-strukturerade intervjuer.	Kliniken för själv-hjälp. Patienter med depression och ångest fick samtal, själv-hjälps manualer och livsstilsrådgivning baserade på KBT.
					<b>Interventioner där distriktssköterskor/sjuksköterskor har en samordnande funktion</b>
27	Improving access to depression care: descriptive report of a multidisciplinary primary care pilot service. Symons m fl.	Storbritannien 2004	54 deltagare Kvinnor och män Ålder: 25-44 år Status: depression	Kvalitativ/kvantitativ studie, Intervjuer med patienter. Enkät och intervjuer med personal.	Patienterna erbjöds kontakt med sjuksköterska som bedömde eventuell depression. Patienterna fick ordinarie kontakt med läkare uppföljning via telefon med sjuksköterska.
28	Depressive symptom reversal for women in a primary care setting: a pilot study. Beeber m fl.	USA 1998	33 deltagare Kvinnor Ålder: 18-35 år Status: depression	Kvantitativ pilotstudie	Kvinnor med depression identifierades av personal i primärvården. Därefter implementering av teoretiskt driven intervention utförd av specialist-utbildad psykiatri-sjuksköterska.
29	Improving depression care for older, minority patient in primary care Areàn m fl.	USA 2005	1801 deltagare Ålder: 60 år och äldre Status: depression	Kvantitativ - multisite RCT- studie	Randomiserades till CC-grupp med utbildningsmaterial om depression. Sjuksköterska/ psykolog med kompetens inom depression följde upp patienterna under behandlingen.

**Matris 2.** Möjliggörandet av evidensbaserad omvårdnad för patienter med psykisk ohälsa.

Ref nr	Titel/Författare	Land/År	Urval	Metod	Möjliggörandet av evidensbaserad omvårdnad för patienter med psykisk ohälsa
30	The role of district nurses in caring for people with mental health problems who live in rural settings Lauder m fl.	Storbritannien, 2001	15 personal	Kvalitativ studie, djupintervjuer	Dsk är involverad i vården. Deras kompetens och position möjliggör identifiering av problem, tillsyn och bevakning. Finns ett kunskapsbehov.
31	Mental health issues in primary healthcare Russell och Potter	Storbritannien, 2002	37 personal	Kvalitativa fokusgrupper och semi-strukturerade intervjuer.	Ssk uttrycker tilltro och brist på tilltro av förmågan. Svårt med identifiering. Finns ett kunskapsbehov.
32	Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study McIlrath m fl.	Storbritannien, 2009	58 personal Vuxna kvinnor och män	Kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder med utgångspunkt från ett semi-strukturerat frågeformulär.	I ssk roll ingår att arbeta med depression, de bör ha kompetens för identifiering och bedömning, ska använda riktlinjer, kunskapsbehov finns.
33	District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: a three-area cross-sectional study Haddad m fl.	Storbritannien, 2005	331 personal Kvinnor (98 %) och män Ålder: 24-64 år	Kvantitativ metod, enkätstudie	Dsk/ssk är involverad i vården, utför interventioner, har självförtroende i rollen, kunskapsbehov finns.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Sedan början på 1990-talet beskrivs en stor och växande grupp patienter med psykisk ohälsa och att dessa i hög grad söker vård i primärvården. Utifrån detta beslutades att utföra en litteraturstudie med förväntningarna att det skulle finnas många evidensbaserade studier kring ämnet. Litteraturstudie ansågs vara en lämplig metod för det som syftet avsåg och inte minst för att söka kunskap internationellt. Tanken var att återfinna interventioner lämpliga för primärvård och omvårdnad för att ge verktyg att arbeta med patienter med psykisk ohälsa. Utifrån sökningen som gjorts i pilotstudien anses det inte möjligt att genomföra en fullskalig litteraturstudie då få artiklar utöver de inkluderade hittades i sökningarna. Vi bedömer att det finns behov av fortsatt kunskapsutveckling, med fokus på empiriska studier som utvecklar och utvärderar interventioner riktat till den här gruppen patienter i primärvården. Det vore intressant med forskning av distriktssköterskans roll och betydelse vid behandling av patienter med upplevd psykisk ohälsa. Detta skulle kunna ske genom kvalitativ intervju studie som sedan skulle kunna agera underlag för interventioner med utvärdering av omvårdnadens effekt.

Det möjligt att syftet var för brett för avsatt tid för arbetet och det är möjligt att om frågeställningarna hade formulerats utifrån att specifikt kvantitativ eller kvalitativa studier skulle besvara dem skulle detta underlättat. Den ursprungliga tanken var att beskriva distriktssköterskans arbete utifrån ett helhetsperspektiv men sökningen genererade få artiklar knutna till distriktssköterskeprofessionen. En anledning till detta kan vara att distriktssköterskor i Sverige inte har samma motsvarighet eller benämns annorlunda internationellt. På samma sätt återfanns yrkeskategorier i artiklar från Storbritannien och USA som inte finns i Sverige som till exempel "Community mental health nurse" och "Practice nurse". Med anledning av detta inkluderades artiklar som berör primärvården och där sjuksköterskan är en delaktig aktör. Under processen har begreppet "Primary care nursing" dykt upp och det är möjligt att detta begrepp skulle ersatt eller kompletterat "Community health nursing" på ett värdefullt sätt.

Psykisk ohälsa som begrepp är brett och det var svårt att komma till rätta med vilket

vedertaget begrepp det motsvarade internationellt. Trots begreppet psykisk ohälsa alternativt mental health utmynnade det främst i artiklar som berörde depression. Det är möjligt att en separat sökning på depression skulle kunna utmytna i fler och mer homogena artiklar och fortfarande ringa in psykisk ohälsa. Ett annat alternativ skulle kunna vara att utgå från ett patientperspektiv men utifrån den litteratur som arbetet berör framkommer det tydligt att rollerna och arbetet inom primärvården inte tydliggjorts vad gäller psykisk ohälsa. Därmed anses det problematiskt att efterfråga patienternas upplevelser av vården innan vården är klart formulerad. Initialt gjordes sökningar där patientperspektivet inkluderades men tillsammans med arbetets befintliga sökord gav det liten utdelning. En anledning till detta kan vara ovan nämnda problematik men även att patientgruppen som sådan är svår att undersöka relaterat till somatisering, stigmatisering och tillståndets subjektiva upplevelse. Artiklarna som hittades är brokiga, av varierad kvalitet och resultatet går därför inte att generalisera. Artiklarnas kvalitet bedömdes utifrån Willmans protokoll (19), och i huvudsak var kvalitetspoängen mellan låg och medel av flera olika anledningar. Dels på grund av studiedesign av varierad kvalitet men även på grund av bortfall och/eller litet urval. Utifrån att en litteraturstudie inte har högre trovärdighet än de inkluderade studierna kan inga generaliserade slutsatser dras från arbetets resultat. En styrka i de inkluderade artiklarna är deras homogena problemformuleringar, bakgrund och kontext vilka också stämmer väl överens med detta arbete. I denna systematiska litteraturstudie har avsikten varit att genomföra en transparent litteratursökning som redovisas på ett sådant sätt att det går att följa och upprepa processen. Målet var objektivitet även om det är svårt att i urvalsförfarandet och granskningsprocessen undvika ett visst mått av subjektivitet.

## **Resultatdiskussion**

Syftet var att beskriva distriktssköterskans omvårdnad riktad till patienter som upplever psykisk ohälsa, ur ett primärvårdsperspektiv. I vårt resultat framkom interventioner för utbildning i själv-hjälp, interventioner där sjuksköterskor och distriktssköterskor har en samordnande funktion samt förutsättningar inom primärvården i arbetet med patienter som upplever psykisk ohälsa. I majoriteten av artiklarna återfinns en professionell samordnande funktion som beskrivs i form av en coach, rådgivare, terapeut alternativt någon som står för identifiering, bedömning, tillsyn och bevakning av patienter med psykisk ohälsa. I flera av studierna är dessa professionella uttalat sjuksköterskor och i andra fall anses kunna

representeras av distriktssköterskan i primärvården i Sverige. I vårt resultat framkommer att distriktssköterskor och sjuksköterskor redan är involverade i arbetet. Att de i hög grad var i kontakt med och medverkade i vården av patienter med psykisk ohälsa. De utförde interventioner i form av exempelvis rådgivning och problemlösning och såg sig som någon att lätt närma sig för att diskutera problem. Resultatet kan sättas i relation till det i bakgrunden beskrivna uppdraget distriktssköterskan har i vården av psykisk ohälsa. Distriktssköterskor ges enligt WHO en framträdande roll och bör vara involverade i planering och utveckling av vård riktad mot psykisk hälsa. Den i resultatet skildrade professionella samordnaren överensstämmer med distriktssköterskors kompetens och hälsofrämjande arbetssätt. I kompetensbeskrivningen framhålls att distriktssköterskan skall möta, stödja, hjälpa, förebygga, råda, vårda samt behandla individen och dennes familj i livets alla faser utifrån fysisk, psykisk, social, kulturell och existentiell hälsa och sjukdom. Vi anser att distriktssköterskor ska bedriva hälsofrämjande omvårdnad även i arbetet med patienter med psykisk ohälsa. Detta innebär att som distriktssköterska se individen som kompetent till både välbefinnande och hälsa oavsett sjukdom eller ohälsotillstånd.

I resultatet framkom att det bland distriktssköterskor och sjuksköterskor fanns behov av kunskap om psykisk ohälsa samt att de upplevde både tillit och brist på tilltro i arbetet med denna grupp av patienter. Utifrån vårt resultat går det ej att utröna hur kunskapen ska erhållas eller var den ska innehålla men vi ser att det är viktigt med ytterligare kunskap hos distriktssköterskorna och sjuksköterskorna för att förstärka deras förutsättningar i arbetet med psykisk ohälsa. Detta påtalas redan 1997 av Meads m fl. som framhöll svårigheter med att utvärdera vilken typ av utbildning som sjuksköterskor i primärvården bör ha när det inte råder någon konsensus kring vilken roll eller vilka interventioner sjuksköterskorna skall uppfylla (11). I vårt resultat framkommer att användandet av kunskap och erfarenhet tillsammans med den tillit som byggts upp med patienterna skapar tilltro till den egna förmågan. Brist på tilltro återfanns hos dem som upplevde att deras kunskap om behandling var otillräcklig och de kände osäkerhet kring de åtgärder de vidtagit (30, 31, 33).

Utifrån ovanstående ser vi att distriktssköterskor och sjuksköterskor är och har möjlighet att vara involverade i arbetet med psykisk ohälsa. Att det utifrån deras profession, position och kompetens finns mycket att synliggöra, lyfta och utveckla inom omvårdnaden av psykisk ohälsa. Intressant är att en nyligen publicerad SBU-rapport dras slutsatsen att en speciellt

utbildad yrkesperson till exempel en sjuksköterska, benämnd Care manager, skulle förstärka primärvårdens evidensbaserade arbete i vården av patienter med depression. Care manager ska vara ett stöd för patienten och ha kontinuerlig kontakt och kunna ge utbildning till personal inom primärvården. Studier visar god och kvarhållande effekt på patienternas depressionssymtom samt kostnadseffektivitet och SBU anser det angeläget att implementera och utvärdera denna modell i svensk primärvård (34). Modell med Care manager återfinns i en av resultatets interventioner, CC-modellen, och påvisar även där goda resultat (29). Vi tror på modellen och anser att distriktssköterskan har en passande roll i den, den är tillsynes lätt att implementera i primärvården.

I resultatet framkom att interventioner med fokus på själv-hjälp utifrån mer eller mindre kognitiva beteendevetenskapliga principer föll väl ut bland patienterna/deltagarna. Att de i hög grad fått stöd och hjälp. Resultatet antyder att erfarenheter och information inför arbete med själv-hjälp har betydelse, att adekvata förväntningarna ökar förutsättningen för patienterna att arbeta med själv-hjälps material. Socialstyrelsen rekommenderar KBT vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom. Detta kan primärvården idag inte leva upp till relaterat till att det kräver stora ekonomiska och organisatoriska investeringar. Liknande rekommendationer finns i Storbritannien men där rekommenderar man även ”guided self-help” baserad på KBT vid mild depression. Det är utifrån detta som flera studien motiverar själv-hjälps interventioner, som ett försök att gå in i ett tidigt stadie, ha något att erbjuda i väntan på terapeutisk behandling alternativt för att få evidens för själv-hjälps kliniska effekt. Effekten av själv-hjälps interventioner kan inte sammanställas utifrån vårt resultat. Utifrån patienternas positiva utvärderingar av interventionerna fanns tecken på att om studierna höll högre kvalitet skulle den kliniska effekten kunnat vara enhälligt positiv i de två kvantitativa studierna. Lulock m fl. beskriver 2011 att det är fler studier som misslyckats att beskriva klar effekt och att det fortfarande finns få RCT studier, det vill säga studier med högt bevisvärde, inom ämnet. Lulock m fl. tar upp problem som även framträtt i vårt resultat, nämligen att själv-hjälps interventioner alltid kommer att påverka effekten av själv-hjälp (35). Exempel på faktorer som kan påverka är kontexten inom vilken själv-hjälpen erbjuds, remitteringen, hälsoproblemets omfattning, vilket slags själv-hjälps material man inkluderat, träning och kompetens hos de som samordnat själv-hjälpen, omfattningen med mera. Vi anser att det finns ett värde i att

gå vidare med mer lättillgängliga och mindre resurskrävande former av KBT.

I vårt resultatets interventioner ingick själv-hjälp och fokus läggs på patientens delaktighet med gott upplevt resultat. Det benämns inte men vi kan se att det hälsofrämjande perspektivet återfinns i resultatet framför allt utifrån att hälsofrämjande arbete omfattar delaktighet och självbestämmande. Vi upplever att hälsofrämjande omvårdnad inte tillämpas på patienterna i den omfattning det skulle kunna vara möjligt.

Distriktssköterskor/sjuksköterskor ska och kan arbeta för att stödja och stärka patienterna och få patienterna att tro på sina egna resurser och kapacitet. Vårt resultat antyder också att distriktssköterskorna själva anser att de är rätt profession för att arbeta med psykisk ohälsa. Vi tror att hälsofrämjande omvårdnad kan utveckla vården av patienter med upplevd psykisk ohälsa i primärvården. Pondera att vi utifrån riktlinjer inom primärvården kunde erbjuda patienter med psykisk ohälsa samtal om vilka resurser och kapacitet de har. Arbeta med den hälsofrämjande processen, få patienten att se möjligheter och kunna erbjuda grupper för social och fysisk aktivitet alternativt ett själv-hjälps program med distriktssköterska som samordnare.

Vi frågar oss varför primärvården inte arbetar mer evidensbaserat och hälsofrämjande i omvårdnaden av patienter med psykisk ohälsa. Redan 1997 beskrev Mead m fl., och två år senare även SBU, kunskapsbrister och brist på evidens inom området (11, 12). Samtliga inkluderade artiklar i vårt resultat beskriver ett gemensamt problem och efterlyser utveckling, implementering och en prioritering av ämnet. Utifrån ett konstaterat problem, problemets omfattning och vårt resultat bedömer vi att implementering inom primärvården bör prioriteras. Det är möjligt att initiala interventioner skall fokusera på att ta till vara på och bygga på distriktssköterskors grundkunskaper i väntan på resurser och mer omfattande arbete för att förbättra den psykiska hälsan hos patienterna. Då distriktssköterskor träffar många människor i befolkningen, har kunskaper om determinanter och förekomst av psykisk ohälsa skapar det goda förutsättningar att arbeta hälsofrämjande med denna patientgrupp.



Utifrån vårt resultat konstaterar vi att CC-modellen har potential och att med själv-hjälps interventioner kan distriktssköterskor erbjuda hälsofrämjande omvårdnad men för detta saknas ännu viss evidens. Sammanfattningsvis visar vårt resultat att distriktssköterskor och sjuksköterskor är och bör vara involverade i arbetet med psykisk ohälsa. Kompetens, position och tillgänglighet skapar goda möjligheter för evidensbaserad omvårdnaden och gör distriktssköterskor lämpliga att arbeta med psykisk ohälsa.

### **Fördelning av examensarbetet**

Författarna delade upp litteraturen till bakgrunden mellan sig och som sedan gemensamt diskuterades och sammanfördes. Sökning av artiklar och de som sedan valdes ut till uppsatsen gjordes gemensamt av båda författarna. Artiklarna delades upp och lästes enskilt och därefter diskuterades valda artiklar mellan författarna och sammanfattades. För att resultatet skulle kunna diskuteras gjordes bearbetning av datamaterialet tillsammans. Författarna har tillsammans analyserat och fört resonemang genom alla delar i uppsatsen.

## Artikelöversikt

Ref.nr	Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Bedömning
24	<p><b>Titel:</b> Managing stress and anxiety: education for adults in primary care</p> <p><b>Författare:</b> Wood S, Morgan P, Bowen M</p> <p><b>Tidskrift:</b> Primary Health Care</p> <p><b>Årtal/land:</b> 2006, Storbritannien</p>	<p>Att introducera en tidigare prövad intervention men under andra förutsättningar.</p> <p>Utbildning för vuxna om ångest och depression.</p>	<p>Kvantitativ Interventionsstudie med standardiserade enkäter före och efter intervention.</p> <p>Urval: 108 deltagare Bortfall: 26 deltagare</p>	<p>Förbättring i ångest och depression redovisade statistiskt signifikant.</p> <p>Kliniska resultatet föreslår att interventionen skulle vara betydelsefull för patienter med generell ångest fobirelaterad ångest, panik attacker, stress och ångest relaterat till arbete, depression sekundärt till ångest</p>	<p>MEDEL</p> <p>Styrka: Baseras på tidigare studier, 108 deltagare</p> <p>Svaghet: Bortfall utan analys</p>
25	<p><b>Titel:</b> A controlled study of assisted bibliotherapy: an assisted self-help treatment for mild to moderate stress and anxiety</p> <p><b>Författare:</b> Reeves T</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of Psychiatric &amp; Mental Health Nursing</p> <p><b>Årtal/land:</b> 2010, Storbritannien</p>	<p>Addera evidensgrund för assisterad självhjälp.</p>	<p>Kvantitativ studie - intervention RCT-studie</p> <p>Urval: 80 deltagare Bortfall: 28 deltagare</p>	<p>Statistiskt signifikant förbättring i interventionsgruppen efter behandling och jämfört med kontrollgruppen, några säkra slutsatser kan dock inte dras utifrån den här studien pga. lågt deltagande och bortfall.</p>	<p>LÅG</p> <p>Styrka: Baseras på tidigare studier</p> <p>Svaghet: För få deltagare för statistisk signifikans</p>
26	<p><b>Titel:</b> Peoples' understandings of a primary care-based mental health self-help clinic</p> <p><b>Författare:</b> Rogers A, Oliver D, Bower P, Lovell K, Richards D</p> <p><b>Tidskrift:</b> Patient Education &amp; Counseling</p> <p><b>Årtal/land:</b> 2003, Storbritannien</p>	<p>Undersöka patienters uppfattning av en brittisk primärvårdsbaserad självhjälpsklinik</p>	<p>Kvalitativ studie, femton semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Urval: 110 deltagare Bortfall: ej angivet</p>	<p>Deltagarna upplevde interventionen som positiv, att de fått verktyg att bemöta sina problem. Deras förväntningar på självhjälpsinterventioner berodde till stor del på erfarenhet och förberedande information.</p>	<p>MEDEL</p> <p>Styrka: Väl redovisad kvalitativ studie</p> <p>Svaghet: ej representativt urval för intervjuer</p>
27	<p><b>Titel:</b> Improving access to depression care: descriptive report of a multidisciplinary primary care pilot service.</p> <p><b>Författare:</b> Symons L, Tylee A, Mann A, Jones R, Plummer S, Walker M, Duff C, Holt R</p> <p><b>Tidskrift:</b> Br J Gen Pract.</p> <p><b>Årtal/land:</b> 2004, Storbritannien</p>	<p>Testa en tjänst för handläggning av deprimerade patienter med särskilt fokus på att underlätta tillgången till vård.</p>	<p>Kvalitativ interventionstudie, telefonintervjuer med patienter.</p> <p>Frågeformulär och stickprovs intervjuer med personal.</p> <p>Urval: 54 patienter 15 personal Bortfall: 36 patienter 1 personal</p>	<p>Patienterna var positiva till interventionen, ökade möjligheter och chanser att söka vård. De såg sjuksköterskans roll som betydelsefull.</p> <p>Personal bedömde interventionen som en generellt användbar tjänst för patienterna. Positivt att det vidgade patientens valmöjlighet samt att det var riktat mot ett kliniskt viktigt område.</p>	<p>LÅG</p> <p>Styrka: Högt deltagande. Flera perspektiv</p> <p>Svaghet: pilotstudie</p>

Refnr	Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Bedömning
28	<p><b>Titel:</b> Depressive symptom reversal for women in a primary care setting: a pilot study</p> <p><b>Författare:</b> Linda S Beeber. Melissa L Charlie</p> <p><b>Tidskrift:</b> Archives of psychiatric nursing</p> <p><b>Årtal/land:</b> 1998, USA</p>	<p>Att fastställa om kvinnor med depressiva symtom kan identifieras av personal i primärvården samt att implementera en teoretiskt driven intervention utförd av specialistutbildad psykiatrisjuksköterska</p>	<p>Kvantitativ intervention pilotstudie där 33 kvinnor screenades med Beck Depression Inventory (BDI) före och efter en intervention.</p> <p>Urval: 33 deltagare Bortfall: 1 deltagare</p>	<p>Alla kvinnorna i interventionen fick över 10 på BDI (Beck inventory scale) i början av studien. 27 av 33 fick under 10 på BDI i slutet av interventionen. En ökning sågs på skalan gällande verkan på självkänsla efter interventionen, däremot sågs liten skillnad på skalan gällande social självkänsla och tillfredsställelse med interpersonella relationer.</p>	<p>LÅG</p> <p>Styrka: Använder empiriska riskprofiler</p> <p>Svaghet: För litet icke randomiserat urval</p>
29	<p><b>Titel:</b> Improving depression care for older, minority patient in primary care</p> <p><b>Författare:</b> Patricia A. Areàn. Liat Ayalon. Enid Hunkeler. Elisabeth H. B Lin. Lingqi Tang. Linda Harpole. Hugh Hendrie. John W. Williams. Jürgen Unützer</p> <p><b>Tidskrift:</b> Medical care</p> <p><b>Årtal/land:</b> 2005, USA</p>	<p>Att i primärvården undersöka om en kollaborationsmodell (CC-modellen) för depression är lika effektiv bland äldre minoriteter som bland äldre icke-minoriteter för att förbättra behandling och resultat.</p>	<p>Kvantitativ - intervention</p> <p>En multisite randomiserad kontrollerad studie</p> <p>Urval: 1801 deltagare Bortfall: Svarefrekvens vid uppföljning 90 %, vid 3 mån, 87 % vid 6 mån 83 %, vid 12 mån</p>	<p>Kollaborationsmodellen förbättrade signifikant värden och utfall bland äldre minoriteter och bland äldre icke-minoriteter jämfört med vanlig vård. Efter 12 månader hade patienterna i minoritetsgrupperna som ingick i interventionen signifikant bättre värden.</p>	<p>HÖG</p> <p>Styrka: Multisite randomiserad kontrollerad studie.</p> <p>Svaghet: Gjorts tveksam etnicitetsindelning i studien</p>
30	<p><b>Titel:</b> The role of district nurses in caring for people with mental health problems who live in rural settings</p> <p><b>Författare:</b> Lauder W, Reynolds W, Reilly V, Angus N</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing</p> <p><b>Årtal/land:</b> 2001, Storbritannien</p>	<p>Beskriva vården som distriktssköterskor ger patienter med psykisk-sjukdom/hälsorelaterade problem samt beskriva deras uppfattning om och samarbetet med specialistvården inom psykiatrin.</p>	<p>Kvalitativ studie, djupintervjuer</p> <p>Urval: 15 deltagare Bortfall: Ej angivet</p>	<p>Fyra teman identifierades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. community embeddedness</li> <li>2. gatekeeping, role support</li> <li>3. role competency</li> <li>4. Supervision and monitoring</li> </ol> <p>Resultatet tyder på att distriktssköterskorna i sammanhanget hade en större roll än tidigare påvisat.</p>	<p>MEDEL</p> <p>Styrka: Väl redovisad kvalitativ studie</p> <p>Svaghet: Endast en lokalisering, ej generaliserbart på hela landsbygden</p>

Refnr	Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Bedömning
31	<p><b>Titel:</b> Mental health issues in primary healthcare  <b>Författare:</b> Russell G, Potter L  <b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing  <b>Årtal/land:</b> 2002, Storbritannien</p>	<p>Identifiera mentala hälsoproblem som uppstår i den kliniska praktiken som ett första steg i identifiering av utbildningsbehov inom primärvården.</p>	<p>Kvalitativa fokusgrupper och semi-strukturerade intervjuer.             Urval: 37 deltagare            Bortfall: Ej angivet</p>	<p>Personal i primärvården kommer i kontakt med en vidd av psykisk ohälsa. Artikeln diskuterar implementering av utbildning inom psykisk hälsa i primärvården.</p>	<p>MEDEL            Styrka: både intervju och fokusgrupp ger fördjupade och vida svar            Svaghet: Oklart och mycket varierat urval</p>
32	<p><b>Titel:</b> Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study.  <b>Författare:</b> Carole McIlrath. Sinead Keeney. Hugh McKenna. Derek McLaughlin  <b>Tidskrift:</b> Journal of advanced nursing  <b>Årtal/land:</b> 2009, Storbritannien</p>	<p>Att identifiera och skapa enighet kring riktmärken för effektiv primärvårdsledd omvårdnadstjänst för vuxna (18-64 år) med depression.</p>	<p>Kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder med utgångspunkt från ett semi- strukturerat frågeformulär.             Urval: 58 deltagare            Bortfall: 9 deltagare</p>	<p>Identifiering av 73 riktmärken som det rådde enighet kring bland panelmedlemmarna gällande arbetet med depressioner.</p>	<p>MEDEL            Styrka: Väl redovisad studie, litet bortfall            Inkluderar flera perspektiv            Svaghet: Ej representativt urval</p>
33	<p><b>Titel:</b> District nurses' Involvement and attitudes to mental health problems: a three-area cross-sectional study  <b>Författare:</b> Haddad M, Plummer S, Taverner A, Gray R, Lee S, Knight D, et al  <b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing  <b>Årtal/land:</b> 2005, Storbritannien</p>	<p>Få information om omfattningen av personalkontakt och insatser för mentala hälsoproblem och att fastställa personalens upplevelser, utbildning och attityder till mentala hälsoproblem.</p>	<p>Kvantitativ metod, enkätstudie             Urval: 331 deltagare            Bortfall: 114 deltagare (44 %)</p>	<p>Personalen var delaktig i vården av mentala hälsoproblem men uppgav brist på utbildning. De var villiga att utbilda sig inom området. Attitydmätningar visade på en generellt positiv inställning till att distriktssköterskor skall arbeta med sådana hälsoproblem och distriktssköterskorna uppgav självförtroende i rollen</p>	<p>MEDEL            Styrka: mer än en lokalisering, godkänd svarsfrekvens            Svaghet: Icke-randomiserat urval, speglar ej personalen nationellt, bortfall</p>

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-111-2> Hämtad 2012-08-28.
2. Arvidsson B, Skärsäter I, red. Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsofrämjande processer. Lund: Studentlitteratur; 2006.
3. World Health Organization (WHO). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Summary report. Geneva: Author
4. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71> Hämtad 2012-08-28.
5. Folkhälsan i Sverige- årsrapport 2012. Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, 2012. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18623/2012-3-6.pdf> Hämtad 2012-08-30.
- 6 (8). Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordepressionochangest> Hämtad 2012-09-25.
7. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2006 – Primärvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-7> Hämtad 2012-08-28.
11. Mead N, Bower P, Gask L. Emotional problems in primary care: what is the potential for increasing the role of nurses? Journal of Advanced Nursing. 1997; 26(5): 879-890.
12. Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): 1999. Stockholm. SBU-rapport nr. 3. Tillgänglig: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Vit/Evidensbaserad-omvardnad-vid-behandling-av-personer-med-depressionssjukdomar> Hämtad 2012-09-25.
8. World Health Organization (WHO). Atlas: Nurses in mental health 2007. Geneva: Author
9. Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Svensk sjuksköterskeförening (SSF). Stockholm: 2008.
10. Distriktssköterskeföreningen i Sverige & Svensk sjuksköterskeförening (2008). Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Tillgänglig:

<http://www.distriktsskoterska.se/dokument.php?cat=1&id=1> Hämtad 2012-09-04.

13. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Tillgänglig: [http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf) Hämtad 2012-09-05.

14. Whitehead D. Reconciling the differences between health promotion in nursing and 'general' health promotion. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(6): 865-874.

15. Whitehead D. Health promotion in the practice setting: findings from a review of clinical issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2006; 3(4): 165-184.

16. Polit D, Tantano Beck C. *Nursing research. Generating and Assessing evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2008.

17. Webb C, Roe B. (red) *Reviewing Research: Evidence for Nursing Practice. Systematic reviews*. London: Wiley & Blackwell, 2007.

18. Harden A, Thomas J. Methodological Issues in Combining Diverse Study Types in Systematic Reviews. *Journal of Social Research methodology*, 2005;8(3): 257-271.

19. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. *Evidensbaserad omvårdnad- en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur, 2011.

20. Svenska MeSH. Karolinska institutet. Tillgänglig: [http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm) Hämtad 2012-08-29.

21. Cinahl Headings. Tillgänglig: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/mesh?sid=478b0222-c82d-4d39-a35b-1a9f09ed27e4%40sessionmgr11&vid=2&hid=14> Hämtad 2012-08-29.

22. Hafsteinsdóttir T, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education & Counseling*, 2011; 85(1): 14-25.

23. Hensch I, Danielson E. Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review. *Psycho-Oncology*. 2009; 18(3): 225-236.

24. Wood S, Morgan P, Bowen M. Mental health. Managing stress and anxiety: education for adults in primary care. *Primary Health Care*, 2006; 16(1): 34-40.

25. Reeves T. A controlled study of assisted bibliotherapy: an assisted self-help treatment for mild to moderate stress and anxiety. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2010; 17(2): 184-190.

26. Rogers A, Oliver D, Bower P, Lovell K, Richards D. Peoples' understandings of a primary care-based mental health self-help clinic. *Patient Education & Counseling*, 2004; 53(1): 41-46.
27. Symons L, Tylee A, Mann A, Jones R, Plummer S, Walker M, Duff C, Holt R. Improving access to depression care: descriptive report of a multidisciplinary primary care pilot service. *The British Journal of General Practice*, 2004; 54(506): 679-83.
28. Beeber L, Charlie M. Depressive symptom reversal for women in a primary care setting: a pilot study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1998; 12(5): 247-254.
29. Areán P, Ayalon L, Hunkeler E, Lin E, Tang L, Unützer J, et al. Improving depression care for older, minority patients in primary care. *Medical Care*, 2005; 43(4): 381-390.
32. McIlrath C, Keeney S, McKenna H, McLaughlin D. Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; 66(2): 269-281.
33. Haddad M, Plummer S, Taverner A, Gray R, Lee S, Knight D, et al. District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: a three-area cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 2005; 14(8): 976-985.
30. Lauder W, Reynolds W, Reilly V, Angus N. The role of district nurses in caring for people with mental health problems who live in rural settings. *Journal of Clinical Nursing*, 2001; 10(3): 337-344.
31. Russell G, Potter L. Mental health issues in primary healthcare. *Journal of Clinical Nursing*, 2002; 11(1): 118-125.
34. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU):2012 Stockholm. SBU-rapport nr.211.Tillgänglig: <http://www.sbu.se/sv/Om-SBU/Nyheter/Implementeringsstod-for-psykiatrisk-evidens-i-primarvarden/> Hämtad2012-10-12.
- 35 . Lulock M, Kirby R, Wainwright N. A pragmatic randomized controlled trial of a guided self-help intervention versus a waiting list control in a routine primary care mental health service. *British Journal of Clinical Psychology*. 2011; 50(3): 298-309.

## Bilaga 1 EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVANTITATIV METOD, RCT & CCT, (19)

### ARTIKEL: **Improving depression care for older, minority patient in primary care**

Beskrivning av studien

<i>Forskningsmetod</i>	<u>RCT</u>		
	CCT (ej randomiserad)		
	Multicenter, antal center: 18		
	Kontrollgrupp/er: 3		
<i>Patientkaraktäristiska</i>	Antal: 1801		
	Ålder: 60 år eller äldre		
	Man/Kvinna: båda könen		
<i>Kriterier för inkludering/exkludering</i>			
Adekvat inkludering/exkludering	<u>Ja</u>		nej
Intervention: Använder en kollaborativ vårdmodell för depression i primärvården			

Vad avsåg studien att studera?

**Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått:** Att i primärvården undersöka om en kollaborationsmodell för depression är lika effektiv bland äldre minoriteter som bland äldre icke-minoriteter för att förbättra behandling och resultat.

<i>Urvalsförfarandet beskrivet?</i>	<u>Ja</u>	Nej	
<i>Representativt urval?</i>	<u>Ja</u>	Nej	
Randomiseringsförfarandet beskrivet?	<u>Ja</u>	Nej	Vet ej
Likvärdiga grupper vid start	Ja	<u>Nej</u>	Vet ej
Analyserade i den grupp som de randomiserades till?	<u>Ja</u>	Nej	Vet ej
<del>Blindning av patienter?</del>	<del>Ja</del>	<del>Nej</del>	<del>Vet ej</del>
<del>Blindning av vårdare?</del>	<del>Ja</del>	<del>Nej</del>	<del>Vet ej</del>
<del>Blindning av forskare?</del>	<del>Ja</del>	<del>Nej</del>	<del>Vet ej</del>
<b>Bortfall</b>			
Bortfallsanalysen beskriven?	<u>Ja hänvisar till referens</u>	Nej	
Bortfallsstorleken beskriven?	<u>Ja hänvisar till referens</u>	Nej	
<i>Adekvat statistisk metod?</i>	<u>Ja</u>	Nej	
<i>Etiskt resonemang?</i>	<u>Ja</u>	Nej	
Hur tillförlitligt är resultatet?	<u>Ja</u>	Nej	
Är instrumenten valida?	<u>Ja</u>	Nej	
Är instrumenten reliabla?	<u>Ja</u>	Nej	
Är resultatet generaliserbart?	<u>Ja</u>	Nej	

**Huvudfynd (hur stor var effekten=, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, powerberäkning): Konfidensintervall.** Kollaborationsmodellen förbättrade signifikant värden och utfall bland äldre minoriteter och bland äldre icke-minoriteter jämfört med vanlig vård. Efter 12 månader hade patienterna i minoritetsgrupperna som ingick i interventionen signifikant bättre värden gällande värden av depression för både antidepressiv medicinering och psykoterapi, lägre svårighetsgrad av depressionen samt mindre hälsorelaterad funktionell försämring jämfört med patienterna som fick den ordinarie vården.

**Sammanfattande bedömning av kvalitet:** Hög Medel Låg  
**Kommentar:** Stort urval och en multisite RCT-studie. Använder evidensbaserade modeller.  
 Hur tänkte författarna vad gäller etnicitetsindelningen? Granskare sign: Ilona



## Bilaga 2. EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVALITATIV METOD (19)

ARTIKEL: **The role of district nurses in caring for people with mental health problems who live in rural settings**

Beskrivning av studien, t.ex. metodval kvalitativ studie: 15 stycken djupgående intervjuer med personal

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika  
Antal: 15 personal  
Ålder: anges ej  
Man/kvinna: anges ej

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval? Ja Nej Vet ej

-Relevant? Ja Nej Vet ej

-Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

-urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

-datainsamling tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

-analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

-Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

-Råder datamättnad? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej

-Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

-Redovisad resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

-Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/ analys adekvat?

Distriktssköterskor har en viktig roll i arbetet med psykisk ohälsa på landsbygden men deras potential är inte optimerad. Identifierade teman är community embeddedness, gatekeeping/ role support, role competency, supervision and monitoring.

Sammanfattande bedömning av kvalitet: Hög Medel Låg

Kommentar: Väl genomförd kvalitativ studie, ej generaliserbart på alla distriktssköterskor på landsbygden.

Granskare sign: Sara