



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

VI VET INTE ALLTID HUR

- En litteraturöversikt över hur sjuksköterskor inom somatiskt inriktad sjukhusvård upplever att vårda patienter med psykisk ohälsa

Amanda Dübeck

Omfattning:	15,0 högskolepoäng
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet /OM5250 Examensarbete
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Zahra Ebrahimi

Sammanfattning

Titel:	Vi vet inte alltid hur – En litteraturöversikt över hur sjuksköterskor inom somatiskt inriktad sjukhusvård upplever att vårda patienter med psykisk ohälsa
Uppsats/Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/OM5250 Examensarbete
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Zahra Ebrahimi
Nyckelord:	Sjuksköterska, psykisk ohälsa, attityder, erfarenheter, vårdrelation

Bakgrund: Psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen i vårt samhälle. Personer med psykisk ohälsa har ökad sjukdomsfrekvens när det gäller somatiska sjukdomar och sjuksköterskan kommer att möta symptom på psykisk ohälsa i de flesta former av hälso- och sjukvårdsverksamhet och inte bara inom den psykiatriska vården. Sjuksköterskan har i kraft av sin yrkesroll ett ansvar för att se till hela individens hälsotillstånd, både på det fysiska och det psykiska planet. Frågan är om sjuksköterskor som arbetar inom andra specialiseringar än de psykiatriska upplever att de har kompetens och utrymme för att göra detta.

Syfte: Att beskriva hur sjuksköterskor inom somatiskt inriktad sjukhusvård upplever att vårda patienter med psykisk ohälsa.

Metod: Arbetet är utformat som en allmän litteraturöversikt baserad på åtta kvalitativa artiklar.

Resultat: Sjuksköterskor inom somatisk sjukhusvård kan ha både positiva och negativa attityder till att vårda patienter med psykisk ohälsa. Många sjuksköterskor upplevde att fysiska och medicinska behov gick före psykiska omvårdnadsbehov. I vissa fall utgjorde vårdmiljön ett problem i omvårdnaden av patientgruppen. De flesta sjuksköterskor upplevde att de behövde mer utbildning och bättre stöd för att kunna uppfylla behoven hos patienter med psykisk ohälsa.

Slutsats: För att kunna uppfylla patientens psykiska omvårdnadsbehov behöver sjuksköterskor tillgång till riktlinjer för omvårdnad vid psykisk ohälsa samt tillräckligt med utbildning om psykisk ohälsa i sin grundutbildning och genom vidareutbildning.

Förord

*Tack till min handledare Anna Dencker för noggranna kommentarer och värdefulla tips.
Jag vill även rikta ett tack till Mona Ringdahl som har varit som en mentor för mig, ökat mitt självförtroende inför akademiskt skrivande och bidragit till att ge mig ett stort intresse för omvårdnadsforskning.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
PSYKISK OHÄLSA	1
Definition av hälsa	1
Psykisk ohälsa ur ett samhällsperspektiv	1
Samsjuklighet	2
Fördomar, attityder och stigmatisering	3
SJUKSKÖTERSANS ROLL OCH ANSVAR	3
Sjuksköterskans etiska kod och kompetensbeskrivning	3
Holistiskt synsätt	4
Personcentrerad vård	4
Hälsöfrämjande insatser	4
Omvårdnad vid psykisk ohälsa	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
DESIGN	6
DATAINSAMLING	6
URVAL	7
KVALITETSGRANSKNING	8
DATAANALYS	8
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	8
TEMAN	9
Attityder och förhållningssätt	9
Prioritering av fysiska vårdbehov	10
Vårdmiljön	11
Behov av utbildning, stöd och erfarenhet	12
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
Hinder för att tillgodose patientens hela omvårdnadsbehov	15

Behov av att klargöra sjuksköterskans roll	16
Personcentrerad vård vid psykisk ohälsa	16
KONKLUSION	17
REFERENSER	188
BILAGOR	21
Bilaga 1: Granskningsmall	
Bilaga 2: Översikt över granskade artiklar	

INTRODUKTION

Psykisk ohälsa är mycket vanligt och drabbar en stor andel av befolkningen. Orsakerna till psykisk ohälsa kan vara mycket komplexa och handlar inte bara om psykiska sjukdomar men kan också uppstå på grund av en pressad livssituation eller svåra livshändelser. Sjuksköterskan har genom sin yrkesfunktion ett ansvar för att se till en individs hela omvårdnadsbehov, både psykiska och fysiska, samtidigt som de vårdinrättningar som hen arbetar vid kan vara högt specialiserade. Men en person som lider av psykisk ohälsa kan även bli skadad eller behöva söka vård för andra sjukdomar, samtidigt som upplevelsen av att drabbas av sjukdom i sig kan ge upphov till psykisk ohälsa. Detta innebär att även sjuksköterskor som arbetar inom somatisk vård behöver veta hur de kan bidra till att stödja och främja en persons psykiska hälsa.

Psykisk ohälsa drabbar människor i alla åldrar men trots att det är ett så pass utbrett problem finns det fortfarande fördomar mot människor som lider av psykisk sjukdom. Min egen erfarenhet som sjuksköterskestudent har varit att utbildningen i stort sett har varit inriktad på somatiska sjukdomar med endast ett mindre inslag av psykiatri. Utifrån detta väcktes en undran om hur personer som söker somatisk vård men som också har psykiska omvårdnadsbehov, tas om hand inom sjukvården. Genom att i denna litteraturöversikt undersöka hur sjuksköterskor inom somatiskt inriktad sjukhusvård upplever att vårda patienter med psykisk ohälsa hoppas jag därför kunna bidra till ökad kunskap om denna frågeställning..

BAKGRUND

PSYKISK OHÄLSA

Definition av hälsa

Begreppet hälsa är ett mångdimensionellt begrepp vilket illustreras i Världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp" (WHO, 1948). Hälsa innefattar alltså både fysiska, psykiska och sociala processer som går hand i hand med varandra och påverkar varandra och som även relaterar till upplevelser av livskvalitet och välbefinnande och inte bara till frånvaro av sjukdom (Hedelin et al., 2014).

Den psykiska dimensionen av hälsa handlar således utifrån denna definition inte enbart om diagnostiserade psykiatriska sjukdomar som depression, olika typer av ångestsyndrom eller psykossjukdomar. Psykisk ohälsa kan yttra sig på olika sätt och symtom som oro, nedstämdhet, ångest, aggression kan uppstå av många olika orsaker. Även en människas sociala och ekonomiska villkor påverkar hälsan och en person som upplever ekonomiska svårigheter eller brist på socialt stöd riskerar att utveckla psykisk ohälsa (Skärsäter, 2014c).

Psykisk ohälsa ur ett samhällsperspektiv

Psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen i vårt samhälle. Det är den vanligaste orsaken till nya sjukskrivningar och utgör idag den största diagnosgruppen bland dem som är sjukskrivna (Försäkringskassan, 2014). I Sverige utgörs var tredje besök inom primärvården av personer som lider av psykisk ohälsa (Skärsäter, 2014b). I befolkningen är livstidsrisken, risken att någon gång under livet drabbas av en psykisk sjukdom, så hög som 30 %. För kvinnor är risken ännu högre, då cirka varannan kvinna riskerar att någon gång under livet drabbas av depression (Skärsäter, 2014a). Enligt statistik från Folkhälsomyndigheten uppgår 22 procent av kvinnorna och 15 procent av männen att de besväras av oro, ångest eller ångslan (Folkhälsomyndigheten, 2014). Sedan 2010 har det dessutom skett en markant ökning av antalet sjukskrivningar och det är framförallt de psykiska diagnoserna som står för denna ökning, vilket är en trend som pågått under en längre tid (Försäkringskassan, 2014).

Alla människor genomgår under sitt liv flera olika så kallade transitioner, det vill säga övergångar, från ett tillstånd till ett annat. En transition innebär en process där personens sociala status förändras. Det kan handla om övergången från att vara barn till att bli vuxen, från att vara frisk till att bli sjuk eller att flytta från en kultur till en annan. Det kan också handla om att någon familjemedlem avlider. Att befinna sig i en transitionsprocess kan göra en person extra sårbar och kan utmana både tryggheten i vardagen och individens självbild och identitet, vilket även utmanar den psykiska hälsan (Ternstedt & Norberg, 2014). Stress är en annan faktor som utgör en komponent i vardagslivet för många människor och som kan orsaka psykisk ohälsa eller lidande (Skärsäter, 2014c). Det kan handla om stress i en persons vardagliga liv, till exempel på arbetet eller i hemmet. Om en person har små möjligheter till avkoppling och självbestämmande i sin vardag ökar risken att utveckla psykisk sjukdom. Utbrändhet är ett exempel på ett tillstånd där forskningen till stor del har relaterat orsakerna till arbetsmiljöfaktorer som arbetsmängd, tidspress och obalans mellan krav och tillgängliga resurser (Gustafsson, 2014). Även olika typer av påfrestningar som ett plötsligt trauma eller en svår livshändelse kan skapa ett psykiskt lidande; till exempel befinner sig personer som utvecklar depression ofta i en pressad livssituation (Skärsäter, 2014c).

Samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att det finns en ömsesidig påverkan mellan den fysiska och den psykiska hälsan. Personer med psykisk ohälsa har ökad sjukdomsfrekvens när det gäller somatiska sjukdomar och det kan ibland vara svårt att avgöra vad som är den egentliga orsaken bakom ett observerat symtom eller tecken på sjukdom (Skärsäter, 2014b). Ängest är ett exempel på ett symtom som uppträder vid nästan all sjuklighet och som inte alltid grundar sig i en psykisk sjukdom eller psykisk påfrestning. Bland annat är det ett vanligt symtom på lungsjukdomar eller på hjärt-kärlsjukdomar (Sjöström & Skärsäter, 2014). Tumörer eller en förgiftning kan resultera i psykotiska symtom (Mattsson, 2014). Somatiska sjukdomar som kroniska luftvägsinfektioner, kronisk astma, hjärtinfarkt eller stroke ökar risken för depression, och depression yttrar sig även i form av fysiska symtom (Skärsäter, 2014a). Samtidigt kan andra sjukdomar som hypertyreos, diabetes, hypofyssidjukdomar, inflammatoriska tarmsjukdomar eller maligniteter ibland felaktigt tolkas som en ätstörning (Wentz, 2014).

Psykiska hälsoproblem innebär en risk för att också den fysiska hälsan blir lidande. Det kan handla om en depression som gör det svårt för individen att ta hand om sig själv och sin hälsa genom att inte klara av att sköta sin medicinering eller sin kosthållning eller om en ätstörning i form av självsvalt vilket för med sig en betydande påverkan på den fysiska hälsan (Skärsäter, 2014a; Wentz, 2014). Personer som lider av allvarliga psykiska störningar har en ökad förekomst av livsstilsrelaterade hälsorisker som rökning, bristande personlig hygien och brist på fysisk aktivitet. Samtidigt innebär intag av psykofarmaka i sig en risk för viktökning och följsjukdomar som till exempel diabetes (Zolnierek, 2009).

Samsjuklighet uppträder inte bara mellan kroppslig sjukdom och psykiska symtom, men även mellan olika psykiska symtom eller sjukdomar. I många fall finns det ett betydande överlapp mellan symtombilden vid olika psykiatriska tillstånd (Skärsäter, 2014b). För personer med diagnosen borderline personlighetsstörning förekommer samsjuklighet mellan personlighetsstörningen och depression och ångestsyndrom i mer än 90 procent av fallen och det finns även ett stort diagnostiskt överlapp mellan personlighetsstörning och andra diagnoser som bipolär affektiv sjukdom (manodepressivitet) och schizofreni (Perseus, 2014). Samsjuklighet mellan ätstörningar och andra psykiatriska diagnoser som depression, tvångssyndrom, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom och olika former av personlighetsstörningar är också vanligt förekommande (Wentz, 2014).

Patienter som uppsöker hälso- och sjukvården presenterar ibland kroppsliga symtom som trötthet eller smärta istället för att tala om sina inre känslor (Skärsäter, 2014a). Detta innebär att sjuksköterskan kommer att möta symtom på psykisk ohälsa som nedstämdhet, oro, stress

eller ångest i de flesta former av hälso-och sjukvårdsverksamhet och inte bara inom den psykiatriska vården. Det är därför viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på det psykiska lidande som kan dölja sig bakom patientens huvudvärk, sömnsvårighet eller andra somatiska symtom. Det är också viktigt att genom undersökningar utesluta somatisk sjukdom hos en patient som uppvisar symtom på psykisk ohälsa (Skärsäter, 2014c).

Fördomar, attityder och stigmatisering

Attityder och stigmatisering hänger nära ihop med varandra. Attityder handlar om sättet vi bemöter andra på, medan stigmatisering är det en person upplever i form av utstötning eller att inte betraktas som normal av det omgivande samhället (Lilja & Hellzén, 2014). Fördomar och stigmatiserande attityder mot personer med psykisk sjukdom är utbredd (Arvaniti et al., 2009) och verkar inte minska över tid (Björkman, Angelman, & Jonsson, 2008). En patient som lider av psykisk sjukdom riskerar att möta fördomar och stigmatisering inom vården eftersom det är vanligt med stigmatiserande attityder även bland hälso- och sjukvårdspersonal (Arvaniti et al., 2009). En psykiatrisk diagnos kan räcka för att en person som söker vård stämplas som "en svår patient". Detta har i sin tur konsekvenser för kvaliteten på omvårdnaden och i slutändan även på resultaten av vården (Zolnierek, 2009). Personer med schizofreni utsätts för fördomar som karakteriserar dem som oförutsägbara, inkompetenta eller våldsamma och det är utbredd med attityder som går ut på att psykiskt sjuka inte klarar av att ta hand om sig själva eller fatta viktiga beslut om sina egna liv (Arvaniti et al., 2009). Vid långvarig psykisk ohälsa finns en risk för att individen "blir ett med sin diagnos". Familj, vänner och vårdpersonal "glömmer" att patienten är en unik person och börjar se och bemöta honom eller henne utifrån de ytliga aspekter som diagnosen pekar på. Mera allvarligt är att även individen kan komma att identifiera sig själv med diagnosens ytliga bild och göra det till en del av sin identitet (Lilja & Hellzén, 2014). Konsekvensen för individen som utsätts för stigmatisering kan bli social isolering, svårigheter med att skaffa arbete eller bostad eller att få tillgång till medicinsk vård (Björkman et al., 2008).

Kunskap kan vara ett sätt att motarbeta fördomar och rädsla, till exempel är fördomar mindre vanligt bland familjer som har egen erfarenhet av psykisk sjukdom och bland personer med högre utbildningsgrad. Även yngre personer uppvisar generellt sett en lägre grad av fördomar mot personer som lider av psykisk sjukdom (Arvaniti et al., 2009). En svensk studie som undersökte 120 allmänsjuksköterskor och psykiatrisjuksköterskor visade att vårdpersonalens attityder till personer med psykisk sjukdom var jämförbara med den allmänna opinionen men att professionell erfarenhet och vana vid patienter med psykisk sjukdom kunde minska graden av negativa attityder (Björkman et al., 2008).

SJUKSKÖTERSKANS ROLL OCH ANSVAR

Sjuksköterskans etiska kod och kompetensbeskrivning

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden enligt den etiska kod som utformats av International Council of Nurses (ICN, 2005):

- att främja hälsa
- att återställa hälsa
- att förebygga sjukdom samt
- att lindra lidande

Omvårdnadsarbetet ska, enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor, genomsyras av ett holistiskt synsätt på patienten och ett etiskt förhållningssätt. Kompetensbeskrivningen anger vidare att sjuksköterskan utifrån en humanistisk syn på människan ska ha förmåga att visa respekt och omsorg om den enskilde personens värdighet, autonomi och integritet samt ta tillvara personens egna kunskaper och erfarenheter (Socialstyrelsen, 2005).

Holistiskt synsätt

Sjuksköterskans kompetensbeskrivning innebär alltså att sjuksköterskan ska utgå från ett holistiskt synsätt vilket innebär att se patienten från ett helhetsperspektiv. En humanistisk syn på hälsa innebär just att betrakta människan i ett helhetsperspektiv och att intresset inte riktas mot kroppen eller "själen" var för sig utan att hälsa relateras till hela människan och formas av dennes egna upplevelser av välbefinnande, sammanhang och mening (Willman, 2014). Det räcker inte att enbart försöka bota sjukdom eller lindra symtom, en sjuksköterska ska kunna ta tillvara det friska hos patienten och se bortom patientens sjukdom. Sjuksköterskan ska kunna tillgodose patientens omvårdnadsbehov inom den fysiska dimensionen såväl som på ett psykiskt, kulturellt, socialt och andligt plan (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskan har alltså i kraft av sin yrkesroll ett ansvar för att se till hela patientens hälsa och ska kunna identifiera patientens behov och ta ställning till hur dessa kan tillgodoses oavsett var i vårdkedjan han eller hon möter patienten (Skärsäter, 2014b). Det räcker alltså inte att enbart se till patientens fysiska åkommor och omvårdnadsbehov, utan sjuksköterskan har också ett tydligt ansvar för att uppmärksamma den psykiska dimensionen av patientens hälsotillstånd. Detta innebär att även sjuksköterskor som arbetar inom andra inriktningar än de psykiatriska måste vara uppmärksamma på patientens psykiska hälsa och omvårdnadsbehov.

Personcentrerad vård

Inom hälso- och sjukvård har det biomedicinska perspektivet traditionellt varit det rådande paradigmet. Människan ses utifrån detta perspektiv nästan som en maskin som består av mindre delar som påverkar varandra. Det biomedicinska perspektivet har kritiserats för att vara reduktionistiskt eftersom personen kan reduceras till en patient eller en diagnos som ska behandlas, vilket står i klar kontrast till det holistiska synsätt som ligger till grund för sjuksköterskans ansvarsområde (Edvardsson, 2010). Personcentrerad vård, eller personcentrerad omvårdnad, är ett begrepp som växt fram under de senaste decennierna och som används för att betona patientens egen livsvärldsperspektiv som en grund för hälso- och sjukvårdsarbetet (Edvardsson, 2010). Det finns ingen universellt accepterad definition på begreppet men de flesta beskrivningar pekar på patientdelaktighet och vårdrelationen mellan patient och sjukvårdspersonal som viktiga kärnelement. Patienten ses här som en autonom och respekterad individ vars fysiska och emotionella behov ska ligga till grund för omvårdnaden (Ekman et al., 2011; Kitson, Marshall, Bassett, & Zeitz, 2013). Genom att lyssna på vad patienten berättar kan dennes resurser och möjligheter identifieras. Dessa kan sedan utgöra grunden för ett partnerskap, där ömsesidig respekt och förståelse för patientens självkänsla och egen vilja utgör en central aspekt i relationen mellan patient och vårdare (Ekman, Norberg, & Swedberg, 2014; Ekman et al., 2011).

Den 1 januari 2015 trädde den nya Patientlagen (SFS 2014:821) i kraft i Sverige. Lagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientens rätt till delaktighet lagfästes och den nya lagen preciserar även sjukvårdens ansvar att se till att information som ges är anpassad till patientens individuella förutsättningar och förmåga att förstå informationen (SKL, 2014). Den svenska regeringen har också satsat en del pengar för forskning på personcentrerad vård, bland annat vid Centrum för personcentrerad forskning (GPCC) vid Göteborgs universitet (Ekman et al., 2011). Denna forskning har bland annat visat att personcentrerad vård kan knytas till kortare vårdtider efter t.ex. en höftfraktur eller vid kronisk hjärtsvikt. Personcentrerad vård kan också innebära minskad ångest och osäkerhet såväl som förbättrad smärtlindring för patienter (Ekman, Hedman, Swedberg, & Wallengren, 2015).

Hälsofrämjande insatser

Utformningen av vården påverkas av sjuksköterskans syn på hälsa och av hans eller hennes syn på sitt eget ansvarsområde och idag betonas alltmer att hälsofrämjande arbete bör vara ett fokus för all hälso- och sjukvård (Hedelin et al., 2014). Genom sin funktion som arbetsledare har

sjuksköterskan en viktig påverkan på fördelningen av resurser inom hälso- och sjukvårdsverksamheter (Socialstyrelsen, 2005). Den största potentialen för hälsofrämjande arbete finns i de vardagliga, enskilda mötena mellan sjuksköterskor och patienter. Sjuksköterskans förhållningssätt kan i ett sådant möte bidra till att antingen stärka, eller i värsta fall hindra, patientens förmåga att ta kontroll över eller förbättra sin hälsa (Hedelin et al., 2014).

Ett salutogent perspektiv på hälsa och hälsofrämjande insatser fokuserar på det friska i människan. Drivkraften för att kunna förändra hälsan till det bättre utgår från individens egen inre motivation. Målet är att uppnå ökat välbefinnande, stärkt självkänsla och tillfredsställelse i individens vardagsliv (Elgán & Fridlund, 2014). Att arbeta hälsofrämjande innebär alltså att hälsa ses som en resurs att stärka, utveckla och bevara. Hälsofrämjande insatser är inte heller sjukdomsspecifika utan har som mål att öka patientens potential för hälsa, vilket gör att det hälsofrämjande arbetet måste anpassas till varje unik situation (Hedelin et al., 2014). Sjuksköterskans roll sett från ett salutogent perspektiv blir alltså att försöka skapa förutsättningar för hälsa och välbefinnande i en människas liv. En central del av detta är att underlätta för individen att öka sin kontroll över de faktorer som påverkar den egna hälsan (Elgán & Fridlund, 2014). Sjuksköterskan måste därför vara uppmärksam på vilka möjligheter som finns att stärka individens egna resurser och kan inte begränsa sitt ansvar till att enbart erbjuda medicinsk eller botande vård.

Omvårdnad vid psykisk ohälsa

För sjuksköterskor som möter personer med psykisk ohälsa är det viktigt att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv, att arbeta hälsofrämjande och att utgå från ett personcentrerat förhållningssätt. Omvårdnad till personer som lider av psykisk hälsa riktar sig till personens upplevelse av hälsa och livskvalitet och syftar till att stärka personens känsla av kontroll över sitt liv, hjälpa personen att hantera negativa känslor samt att utveckla strategier för att hantera sjukdomen och dess konsekvenser. Det är viktigt att personens egna resurser uppmärksammas och tas tillvara (Skärsäter, 2014c). En patient kan på grund av sin sjukdom få svårt att formulera sina behov, ta till sig information och fatta beslut. Ett steg i att hjälpa patienten att få kontroll över sitt liv kan därför vara att han eller hon deltar i sin egen vårdplanering utifrån sina egna premisser och möjligheter (Skärsäter, 2014c).

Sjuksköterskans bemötande är viktigt i utvecklingen av en bra relation med patienten. De känslomässiga symtom som uppträder vid psykisk ohälsa kan vara svåra för en person att förstå och hantera. Enligt Skärsäter (2014c) är det därför viktigt att bemöta och bekräfta det som patienten upplever. Detta görs genom samtal och genom att möta patienten utifrån sin situation. Detta ger patienten möjlighet att bearbeta sin erfarenhet och skapar en terapeutisk allians, där sjuksköterskan genom att skapa förtroende och tillit kan hjälpa patienten att må bättre (Skärsäter, 2014c). Även Ekman et al (2011) beskriver den terapeutiska verkan av att bjuda in patienten att berätta, vilket är en grundläggande del av att bedriva personcentrerad vård. Patientberättelsen lägger en grund för partnerskap i vården och sänder ett budskap till patienten att dennes erfarenheter, känslor, föreställningar och preferenser är viktiga. Ekman et al. (2011) beskriver vidare att patientens berättelse är en central terapeutisk handling i all hälsovård, eftersom patienten när han eller hon sätter ord på sin sjukdom och sina bekymmer samtidigt kan börja ta kontroll över det kaos som sjukdomen kan skapa.

PROBLEMFORMULERING

Psykisk ohälsa är ett stort och ökande folkhälsoproblem vilket innebär att sjuksköterskor i de flesta verksamheter inom hälso- och sjukvård kommer att möta patienter som av olika orsaker lider av psykisk ohälsa. Ur ett förebyggande- och ett folkhälsoperspektiv blir det viktigt att möta denna problematik hos patienterna, även när de visar sig utanför den rent psykiatriskt inriktade

vården. Fördomar och stigmatisering av patienter med psykiska sjukdomar existerar även bland vårdpersonal. Genom att belysa hur sjuksköterskor upplever att vårda dessa patienter kan vi få mer kunskap om hur deras omvårdnadsbehov kan tillgodoses.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva hur sjuksköterskor inom somatiskt inriktad sjukhusvård upplever att vårda patienter med psykisk ohälsa.

METOD

DESIGN

Litteraturöversikt valdes som form för arbetet. En litteraturöversikt innebär ett strukturerat arbetssätt som syftar till att skapa en översikt över och beskriva kunskapen inom ett bestämt område (Friberg, 2012). Arbetet började med att ett "helikopterperspektiv" anlades för att få en övergripande uppfattning av vilken typ av studier som finns inom problemområdet (Friberg, 2012). Några inledande sökningar genomfördes i olika databaser och utifrån dessa identifierades sjuksköterskans upplevelser som en möjlig ingång till att studera problemområdet. Efterföljande sökningar och sökord riktades in för att noggrant kunna söka igenom databaserna efter artiklar som kunde passa in på detta syfte.

DATAINSAMLING

Litteratursökningar gjordes i den medicinska databasen Pubmed och omvårdnadsdatabasen Cinahl. För att hitta korrekta söktermer användes Svensk Mesh för Pubmed och Cinahl Headings för Cinahl. I sökningarna användes boolesk söklogik där AND sattes mellan de olika sökorden.

I Pubmed användes olika kombinationer av följande söktermer: "Hospitals, general", "mental health", "nurse-patient relations", "nurs*", "attitude of health personnel", "attitudes", "patients" och "psychosomatic medicine". I Cinahl användes olika kombinationer av sökorden "nurse attitudes", "mental health", "mental disorders" och "hospital" samt "hospital*". Även "experience" och "experiences" provades ut i olika kombinationer utan att ge ytterligare resultat. Sökningarna i Pubmed begränsades till att endast visa resultat publicerat de senaste tio åren. Sökningarna i Cinahl begränsades med valen "abstract available", "peer reviewed" "english language" samt tidsperioden januari 2005 – januari 2015.

Sökresultatet presenteras i *Tabell 1: Översikt över litteratursökning*. Endast de sökkombinationer som gav relevanta träffar redovisas i tabellen. Efter att sökningarna i databaserna avslutats gjordes även en manuell sökning i de utvalda artiklarnas referenslistor, vilket resulterade i att ytterligare en artikel (Sharrock & Happell, 2007) valdes ut.

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2015-01-23 PUBMED	Hospitals, general AND mental health AND nurse- patient relations	Publicerat de senaste tio åren	23	7	Reid-Searl et al., 2009 Reed & Fitzgerald, 2005	Reid-Searl et al., 2009 Reed & Fitzgerald, 2005
2015-01-26 PUBMED	Hospitals, general AND mental health AND attitude of health personnel AND nurs*	Publicerat de senaste tio åren	58	10	Happell et al., 2009 Kerrison & Chapman, 2007 Harrison & Zohhadi, 2005	Happell et al., 2009 Kerrison & Chapman, 2007 Harrison & Zohhadi, 2005
2015-01-26 CINAHL	Nurse attitudes AND mental health AND hospital	Abstract available Peer reviewed Engelskspråkliga artiklar Publicerat mellan 2005- 2015	56	5	Arnold & Mitchell, 2008 Atkin, Holmes & Martin, 2005	Arnold & Mitchell, 2008
2015-01-26 CINAHL	Nurse attitudes AND mental disorders AND hospital*	Abstract available Peer reviewed Engelskspråkliga artiklar Publicerat mellan 2005- 2015	31	2	Plant & White, 2013	Plant & White, 2013

Tabell 1: Översikt över litteratursökning

URVAL

Urvalsprocessen började med att utifrån titeln sortera bort de artiklar som uppenbart inte hade relevans för syftet. Abstract lästes därefter för alla titlar som föreföll relevanta. De artiklar som passade syftet och uppfyllde inklusionskriterierna valdes ut för kvalitetsgranskning. Endast artiklar som genomgått peer review-granskning inkluderades. Endast kvalitativa inkluderades studier och för att få uppdaterad forskning valdes artiklar som publicerats inom de senaste tio åren. Artiklar som enbart handlade om attityder till personer med psykisk ohälsa, till skillnad från attityder till vårdandet av dessa personer, exkluderades liksom artiklar som undersökte personalens mentala hälsa. Artiklar som enbart undersökte specialistutbildade psykiatrijuksköterskors upplevelser exkluderades samt artiklar som ej undersökte personal inom somatiskt inriktad sjukhusvård (dvs. psykiatriska kliniker, öppenvård, primärvård). Även artiklar som enbart behandlade vårdande av patienter med demens exkluderades.

KVALITETSGRANSKNING

Enligt Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2011) bör den som ska utföra en studie sammanställa ett granskningsprotokoll som utformats och modifierats för att passa varje unik studie. För denna studie användes därför ett eget granskningsprotokoll som utformats efter exempel i Willman et al. (2011) och modifierats med stöd av Willman et al. (2011) samt Friberg (2012). (Se Bilaga 1, *Granskningsmall*).

De kriterier som låg till grund för granskningen var: om det fanns ett tydligt formulerat syfte, huruvida urvalspersonerna var väl beskrivna, om kontexten för den aktuella studien presenterades, om det fanns ett etiskt resonemang, om metod, urvalsförfarande samt analysmetod beskrevs, om resultatet presenterats på ett logiskt, begripligt och tydligt sätt, om resultatet var förankrat i data samt om det fanns en metoddiskussion. För att inte ge ett falskt intryck om exaktheten i bedömningen användes inte ett poängsystem utan granskningsprotokollet användes som stöd för att ge en samlad kvalitetsbedömning av varje artikel.

DATAANALYS

Dataanalysen utfördes enligt det som Friberg (2012) kallar en beskrivande sammanställning eller en allmän översikt. De utvalda artiklarna lästes först igenom flera gånger för att få en bra förståelse och en tydlig bild av innehållet. Därefter sammanfattades artiklarnas resultat i ett textdokument för att säkra att allt väsentligt i studierna hade uppfattats och dokumenterats. Likheter och skillnader i artiklarna identifierades och markerades allteftersom med olika färger i textdokumentet för att underlätta sorteringen av materialet. Materialet sorterades till slut in i tre olika teman. Under detta arbete lästes originaltexterna flera gånger parallellt med skrivandet för att säkerställa att datamaterialet uppfattats på ett rättvisande sätt.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Sju av de åtta inkluderade artiklarna angav att studien hade fått godkännande av den lokala etiska granskningsnämnden, antingen vid det aktuella sjukhuset eller det aktuella universitetet eller bägge delar. En artikel (Kerrison & Chapman, 2007) saknade uppgifter om etiskt godkännande och hade heller inte något tydligt etiskt resonemang men inkluderades trots detta eftersom den i övrigt uppfyllde de flesta kriterier i kvalitetsgranskningen.

RESULTAT

Av de åtta studier som inkluderades i analysen var fem utförda i Australien, två i Storbritannien och en i USA (Se Bilaga 2, *Översikt över granskade artiklar*). Tre studier utfördes på akutmottagningar, varav en av dessa fokuserade på äldre patienter. Två studier var utförda av samma forskargrupp med en snarlik inriktning och utfördes på en pediatrik avdelning i ett glesbygdsområde. Ytterligare en studie var utförd på ett sjukhus i glesbygd men med vuxna patienter. En studie baserades på intervjuer med nyutbildade sjuksköterskor som arbetade inom medicinsk och kirurgisk vård på olika sjukhus. Den sista studien fokuserade på äldre patienter på en allmän sjukhusavdelning. Fem av studierna använde sig av fokusgrupper som datainsamlingsmetod, två stycken använde sig av individuella intervjuer medan en studie använde sig av både fokusgrupper och individuella intervjuer.

Resultatet av dataanalysen gav fyra teman: Attityder och förhållningssätt, Prioritering av fysiska vårdbehov, Vårdmiljön samt Utbildning, stöd och erfarenhet. Resultatet sammanfattas här under respektive rubrik.

TEMAN

Attityder och förhållningssätt

I alla studier utom en (Arnold & Mitchell, 2008; Atkin et al., 2005; Happell et al., 2009; Harrison & Zohhadi, 2005; Kerrison & Chapman, 2007; Plant & White, 2013; Reed & Fitzgerald, 2005; Reid-Searl et al., 2009) framkom att en del sjuksköterskor hade negativa eller stigmatiserande attityder mot patientgruppen, antingen uttryckta av sjuksköterskorna själva i intervjuerna, eller som sjuksköterskorna hade hört uttryckas av kollegor på sina arbetsplatser. I studien av Plant och White (2013) ansåg vissa av sjuksköterskorna att patienter med psykisk ohälsa kunde vara manipulativa, uppmärksamhetssökande och att de utnyttjade systemet. I studien av Harrison och Zohhadi (2005) uttryckte i stort sett alla deltagare negativa attityder gentemot patientgruppen. Patienter med psykisk ohälsa separerades ut som en distinkt undergrupp och att se till omvårdnad av psykiska problem skapade frustration. Dessa sjuksköterskor uppvisade en nästan fatalistisk syn på att vissa patienter med psykisk ohälsa inte skulle kunna förbättras eller bli friska. Deltagarna i denna studie fokuserade på svagheter hos patienterna och reflekterade i stort sett inte över varför en person kunde agera på de sätt som ansågs vara störande.

I studierna av Reid-Searl et al. (2009) och Reed och Fitzgerald (2005) gjorde deltagarna starka associationer mellan psykisk ohälsa och svårhanterliga beteenden. Vissa av sjuksköterskorna i Reed och Fitzgeralds studie (2005) ogillade starkt att vårda patientgruppen och skulle inte göra det om de hade något val. Ett centralt tema i denna studie var att många av deltagarna upplevde rädsla inför att vårda patienter med psykisk ohälsa, en rädsla som bland annat yttrades som en oro för att de själva skulle kunna bli skadade. Vissa sjuksköterskor hade tidigare negativa erfarenheter av våldsamma incidenter vilket förstärkte rädslan. Ogillandet av patientgruppen baserades inte enbart på problematiska beteenden, utan ibland även på brist på personligt gillande, något som illustreras av följande citat:

"There's always lots of negative emotions...it's always very hard...It's not only people's behavior, it's whether you like them or not, you know. As much as you try to deny it, it's always there" (Reed & Fitzgerald, 2005, s. 251)

Deltagare i studien av Arnold och Mitchell (2008) beskrev hur äldre patienter med psykisk ohälsa kunde utsättas för stigmatisering genom att bli märkta med olika etiketter och uppfattas som annorlunda, men intog själva en kritisk hållning till denna stigmatisering. Deltagarna gav exempel på hur patienter som efter en eller två episoder av opassande beteende märktes som dementa eller schizofrena, utan att det togs hänsyn till faktorer som kunde ha orsakat en förvirring såsom läkemedelsreaktioner, infektioner eller uttorkning. Vissa hade också erfarenheter av hur yngre personer som uppvisat aggressivt beteende hade flyttats till "en tryggare plats", d.v.s. en psykiatrisk klinik, medan äldre patienter med samma beteende behandlades på ett annorlunda sätt.

I vissa fall kunde svårigheterna som sjuksköterskorna upplevde med att vårda patienter med psykiska hälsoproblem komma till uttryck i olika former av coping-strategier, en vanlig sådan var att helt enkelt undvika patienten och fokusera på andra patienter. I Reed och Fitzgerald (2005) beskrevs hur ogillandet av patientgruppen gjorde att fokus hellre riktades mot arbetsuppgifter som sjuksköterskorna kände sig kompetenta i, som att prioritera hygienstandarder och bädda sängar istället för att ta sig an en patients psykiska välmående. Flera sjuksköterskor undvek att ta upp djupa samtal om en patients psykiska hälsoproblem på grund av rädsla för att på något sätt skada patienten om samtalet utfördes på fel sätt.

"Mmm, keep your distance. Yeah, probably not the best treatment for them, but...well it's my way of coping. It's an avoidance issue" (Reed & Fitzgerald, 2005, s. 252)

I Arnold och Mitchell (2008) fanns olika synsätt på vikten av att samtala med patienten; några tyckte att detta var mycket viktigt medan andra ansåg att om dörren väl öppnades skulle detta orsaka en flodvåg med mer problem än personalen kunde hantera. Vissa beskrev också hur några av deras kollegor undvek patientgruppen på grund av en rädsla inför att ta hand om dessa patienter. Upplevelsen att kollegor ibland försökte undvika patienter med psykiska hälsoproblem återfanns även bland sjuksköterskorna i Sharrock och Happell (2007). Även i Kerrison och Chapmans studie (2007) berättade deltagarna att vissa i personalen aktivt undvek psykiatripatienter utifrån en uppfattning av att patienterna hade sociala eller beteendemässiga problem. Deltagarna ansåg också att det fanns en motvillighet mot att ställa djupgående eller konfronterande frågor till patienter som led av psykisk ohälsa. I denna studie rapporterade deltagarna också om hur andra sjuksköterskor ibland kunde straffa det de uppfattat som "dåligt beteende" genom att bedöma patientens svar som mindre akuta och på så vis låta dem vänta längre på akutmottagningen.

Som en kontrast till dessa negativa attityder kan inställningen hos de sjuksköterskor som intervjuades i studien av Sharrock och Happell (2007) ställas. Dessa sjuksköterskor hade överväldigande positiva attityder gentemot personer med psykisk sjukdom; attityder som var utan fördömanden och genomsyrades av respekt och en holistiskt inriktad inställning till omvårdnaden:

"You can't take the (psychological) component away from someone if they've got a physical problem, and nor should you have to. I mean it's holistic care. Just because someone's got a broken leg doesn't mean that they're not going to be sitting there paranoid." (Sharrock & Happell, 2007, s. 12)

En liten andel av deltagarna i studien av Reed och Fitzgerald (2005) hade även de en mycket positiv attityd till patientgruppen. De hänvisade till sin egen livserfarenhet och till uppfattningen att psykisk hälsa är en central del av holistisk omvårdnad. De sammankopplade inte psykisk sjukdom med ökad risk för personlig skada, eftersom deras tolkning av beteenden som andra såg som potentiellt farligt var annorlunda, och de utförde psykisk vård som del av sin omvårdnad. I studien av Happell et al. (2009) uttryckte en majoritet av sjuksköterskorna en önskan om att fortsätta att vårda patientgruppen trots att de associerade vissa problem med detta.

Prioritering av fysiska vårdbehov

I nästan alla artiklar framkom att sjuksköterskorna upplevde ett konfliktfyllt förhållande mellan den fysiska och den psykiska omvårdnaden och att den fysiska hälsan var den aspekt som prioriterades. Sjuksköterskorna i studien av Harrison och Zohhadi (2005) ansåg att de störningar som patienter med psykisk ohälsa orsakade på avdelningen visade att dessa patienter vårdades på fel plats. Dessa sjuksköterskor uppfattade att patientgruppen behövde psykiatrisk vård, medan de själva främst var där för att se till fysiska behov. De upplevde vårdandet av patienter med psykisk ohälsa som annorlunda än att vårda någon med fysiska hälsoproblem och föreslog en separation både mellan patientgrupperna och av omvårdnadsuppgifterna.

"Yeah, when it's a mental health need, it doesn't fit in nicely with the rest of the ward" (Harrison & Zohhadi, 2005, s. 476)

En återkommande reflektion som återfanns i flera av artiklarna var att det är tidskrävande att ägna sig åt samtal med patienter som har behov av det men att det inte fanns utrymme för detta. Sjuksköterskorna i Harrison och Zohhadi (2005) ansåg att omvårdnad av psykisk ohälsa tog upp personaltid och energi som hellre borde vigras åt personer med andra problem. Även sjuksköterskorna i Reid-Searl et al. (2009) beskrev att ungdomar med psykisk ohälsa krävde mycket tid vilket de inte alltid hade. De ansåg att de ofta var tvungna att prioritera omvårdnaden av barn med akut fysisk sjukdom. Sjuksköterskorna trodde också att ungdomarna som vårdades för psykisk ohälsa insåg att barn med allvarliga fysiska sjukdomar prioriterades på avdelningen. Detta riskerade att ha en negativ effekt på ungdomarnas relation med sjuksköterskorna. På

grund av den höga arbetsbelastningen på avdelningen upplevde sjuksköterskorna att de fick skuldkänslor om de spenderade tid på att samtala med ungdomar som hade psykiska hälsoproblem. Några av dem var till och med rädda för att bli förflyttade till en annan avdelning om de gjorde detta istället för andra uppgifter.

Sjuksköterskor i studien av Arnold och Mitchell (2008) ansåg att fysiska behov hos äldre i akutvård gick före behov orsakade av underliggande psykiska sjukdomar och att detta kunde vara till nackdel för både patienter och personal. När det gällde den fysiska hälsan gjordes regelbundna utvärderingar av detta medan det ansågs vara ett bekymmer att psykiska hälsoproblem bedömdes på ett inkorrekt sätt eller inte bedömdes överhuvudtaget. Inga av de omvårdnadsdokument som annars användes rutinmässigt handlade om utvärdering av den psykiska hälsan. Även i Sharrock och Happell (2007) beskrev sjuksköterskorna hur fokus på fysisk vård på de avdelningar där de jobbade påverkade deras möjligheter att bedriva psykisk omvårdnad.

I studien av Plant och White (2013) ansåg alla deltagare oavsett ålder, utbildningsgrad och erfarenhet att de var kompetenta och hade självförtroende inför triage¹ av patienter som sökte för medicinska problem. Alla deltagare ansåg samtidigt att triage av patienter med psykisk sjukdom alltid hade varit och fortsatte att vara en utmaning. Vissa ansåg att det borde upprättas en separat psykiatrisk akutmottagning, vilket inte fanns vid detta sjukhus. Deltagarna i denna studie angav också att de fann sin mening med att vårda i sitt vanliga arbete med traumapatienter och inte i arbetet med patienter som sökte för psykiska problem. Även deltagare i Kerrison och Chapmans studie (2007) beskrev att vissa kollegor föredrog ”riktiga” patienter som till exempel traumaoffer.

Vårdmiljön

I flera av artiklarna tog sjuksköterskorna upp hur vårdmiljöns utformning ansågs som mindre passande för att vårda patientgruppen. Patienter med psykisk ohälsa kunde också ha en negativ inverkan på sjuksköterskornas arbetsmiljö eller på vårdmiljön för andra patienter. Deltagarna i Harrison och Zohhadi (2005) ansåg att patienter med psykisk ohälsa var en källa till störningar i det övriga arbetet på avdelningen. Detta störande beteende ansågs vara något som förväntades av patientgruppen. Störningarna bestod i att dessa patienter kunde ropa ut i ångest, vandra omkring eller rota runt i andra patienters tillhörigheter. Patienter som ropade orsakade en hög ljudnivå vilket kunde stressa andra patienter och påverkade sjuksköterskornas förmåga att arbeta som de ville. Även deltagare i Reid-Searl et al. (2009) och Happell et al. (2009) talade om hur störande eller aggressivt beteende från ungdomar med psykiska eller beteendemässiga problem kunde påverka andra patienter, som i dessa fall ibland var små barn som kunde vara svårt sjuka.

I Happell et al. (2009) beskrevs hur avdelningens fysiska utformning gjorde att det ibland var svårt att upprätthålla både säkerhet och sekretess för patientgruppen och hur avsaknaden av till exempel en aktivitetssamordnare gjorde att dessa ungdomar kunde känna sig uttråkade och åsidosatta. I Reed och Fitzgerald (2005) beskrevs hur en del av rädslan som förknippades med att vårda patientgruppen hade att göra både med rädsla för att andra patienter skulle kunna komma till skada och med att den fysiska utformningen av avdelningen var mindre lämplig. Avdelningen var anpassad för medicinsk vård och de flesta rum låg isolerade från sjuksköterskornas arbetsplats vilket begränsade möjligheterna till observation och assistans.

Deltagarna i Reid-Searl et al. (2009) kände sig otillräckliga i sin förmåga och kunskap att garantera säkerheten för patienterna, personalen och avdelningen som helhet. Avdelningens utformning var en källa till bekymring för säkerheten, till exempel fanns det bara ett s.k. säkert rum som kunde användas för dessa patienter. Även deltagare i Plant och White (2013) uttryckte

¹ Triage = process för att systematiskt indela patienter utifrån medicinsk angelägenhetsgrad för att bedöma vårdbehov och vårdnivå

bekymmer över att upprätthålla sekretess och behov av ett speciellt rum för patientgruppen. Deltagarna i Arnold och Mitchell (2008) beskrev hur en akutavdelning med sin hektiska och högljudna miljö kunde ha en negativ inverkan på en äldre patients psykiska välmående och orsaka t.ex. förvirring:

"Just a subtle change in environment can make a person display lots of odd behaviour" (Arnold & Mitchell, 2008, s. 31)

Behov av utbildning, stöd och erfarenhet

Ett gemensamt drag i alla artiklar var att alla, eller flera, sjuksköterskor uttryckte sitt behov av utbildning och stöd. I Harrison och Zohhadi (2005) beskrev alla deltagare hur brist på resurser påverkade deras möjligheter att se till omvårdnad av psykisk ohälsa. Det handlade om brist på både interna resurser som kompetens, kunskap och tid samt externa resurser som tillgång till fortbildning, stöd och förståelse från ledningen. Deltagarna ansåg att ledningen borde vara mer förstående inför de krav som ställs på dem som ska utföra omvårdnad av patienter med psykisk ohälsa. De beskrev också svårigheter med att hantera känslor som kunde väckas i dem själva av att vårda patienter med psykisk ohälsa. Detta arbete upplevdes som utmattande och känslomässigt dränerande vilket skapade en professionell stress hos sjuksköterskorna.

I studien av Happell et al. (2009) var deltagarna bekymrade över att deras brist på utbildning och erfarenhet av frågor som rör patienter med psykisk ohälsa negativt påverkade möjligheten att ge optimal vård. Sjuksköterskornas självförtroende påverkades även av deras egen brist på förståelse för allmänsjuksköterskans roll i att ta hand om ungdomar som lagts in på grund av akut psykisk sjukdom. Frågan om sjuksköterskornas roll borde vara rådgivande eller endast vara ett stöd till patienterna skapade stress. Deltagarna ville gärna stödja patienterna men kände sig otillräckliga i sin förmåga att göra detta, och var bekymrade över om den vård som gavs på avdelningen var tillräcklig. De var bekymrade över att inte säga rätt saker till patienten eller att säga något som skulle göra patienten sämre. Samtidigt upplevde de att de saknade stöd och att ledningen inte lyssnade när de uttryckte sina bekymmer. Känslan av att inte kunna ge den bästa vården skapade skuld-känslor hos deltagarna. Bristen på klara kliniska riktlinjer var ett annat problem:

"There's no hard and fast rule. There's no black and white. And since we're not trained in that specialized area it makes it very difficult" (Happell et al., 2009, s. 157)

Även i studien av Reid-Searl et al. (2009), som utförts av samma forskargrupp, upplevde sjuksköterskorna att de inte blev lyssnade på och inte fick stöd. Till exempel konsulterades de inte alltid innan en inläggning vilket innebar att de inte alltid var förberedda och inte alltid hade nödvändiga resurser tillgängliga. Även här berättade deltagarna om hur brist på kunskap påverkade omvårdnaden och kunde leda till inkonsekvenser i förhållningssättet gentemot ungdomarna. Att deras bekymmer inte togs på allvar av ledningen togs även upp av deltagarna i Reed och Fitzgerald (2005). Dessa sjuksköterskor som arbetade i ett glesbygdsområde var oroade över att inte kunna kalla på hjälp på kvällstid då det var lite personal och ingen säkerhetspersonal fanns på plats. Lokal polis var då den enda möjligheten att tillkalla hjälp men landsbygdsförhållandena innebar en lång väntan på assistans. Glesbygdsförhållanden innebar också att det var svårt för dessa sjuksköterskor att få tillgång till utbildning. Svårigheterna med att få tillgång till utbildning och stöd gjorde att de kände sig otillräckliga, fick ångest och undvek patientgruppen vilket innebar att dessa patienters rätt till jämlik vård ignorerades och deras psykiska hälsobehov fick gå i stort sett ouppfyllda.

Tre av de fyra sjuksköterskorna i studien av Sharrock och Happell (2007) ansåg sin kunskap om psykisk omvårdnad begränsad och önskade att röra sig från en reaktiv till en mer noga övervägd tillnärmning till vården. Dessa tyckte att de fått för lite kunskap om psykiatri i sin utbildning och tvivlade därför på sin egen expertis. I Arnold och Mitchells studie (2008) uttryckte alla sjuksköterskorna att det behövdes en bredare introduktion till psykiska hälsofrågor i

sjuksköterskors grundutbildning. I Kerrison och Chapmans studie (2007) ansåg sjuksköterskorna att deras grundutbildning endast gav begränsad kunskap och begränsat självförtroende i att hantera patientgruppen. De efterlyste utbildning i ämnen som var specifikt relevanta för den akuta vårdmiljön. Vidare upplevde deltagarna i denna studie att det fanns bristande kompetens i bedömning och i samtalsfärdigheter i förhållande till patientgruppen. De identifierade även bristande kunskaper om hur potentiellt våldsamma patienter borde hanteras samt om uppföljning av våldsamma incidenter. Personal som saknade kunskap och förmåga att förstå patientreaktioner skapade ibland barriärer för kommunikation och behandlingen av psykiatripatienter upplevdes ibland som otillräcklig vilket kunde resultera i att patienter utsattes för kemiska eller fysiska tvångsåtgärder. Detta relaterades till de opassande kommunikationsstrategier som förekom bland annan personal på avdelningen. Det överordnade temat som identifierades i Plant & Whites (2013) artikel var maktlöshet. Denna maktlöshet yttrades både på ett strukturellt och på ett psykologiskt plan. Alla deltagare såg patientgruppen som en utmaning. Det uttrycktes en önskan om att hjälpa samtidigt som brist på kunskap och färdigheter när det gällde diagnos och behandling var ett problem. Sjuksköterskorna ifrågasatte sin egen förmåga att tillhandahålla vård och behandling och kämpade för att finna svar på om det de gjorde för patienterna verkligen hjälpte och kämpade med att säga "rätt saker" till patienterna. På det strukturella planet uttrycktes bekymring över bristen på utbildning och brist på koordination mellan olika professioner samt en önskan om stöd från ledningen.

I Reed & Fitzgeralds studie (2005) uttryckte några av deltagarna positiva erfarenheter av att vårda patienter med psykisk ohälsa. Dessa positiva erfarenheter var ett resultat av utbildning, interaktion med det lokala psykiatrihälsoteamet och stöd av andra sjuksköterskor på avdelningen vilket minskade rädslan inför att vårda patientgruppen. De sjuksköterskor som kände sig mer bekväma inför uppgiften uppgav att detta skapade möjlighet för dem att också försöka sig på mer terapeutisk vård av dessa patienter. Dessa sjuksköterskor, som bodde i små orter på landsbygden och arbetade på samma ort, talade om hur det gav dem extra motivation att se personer ute i samhället när de var friska eftersom det visade positiva resultat av omvårdnaden. En annan positiv erfarenhet av att öka kunskap och färdighet var att sjuksköterskorna uppfattade att det förbättrade deras förmåga att minska stigma, även utanför arbetet. I Plant & Whites artikel (2013) rapporterade vissa sjuksköterskor om hur flera års erfarenhet från akutmottagningen hade hjälpt dem att få en bättre förståelse för hur de bäst skulle möta patientens behov. Erfarenheten hade gett dem en förmåga att se helhetsbilden, att vara icke-dömande och att använda olika interventioner för att få patienten att känna sig trygg och omhändertagen.

"When I know my patient is responding in a positive way to my intervention, I feel I am making a difference. I think my nursing experience has helped me to be comfortable working with this population of patients." (Plant & White, 2013, s. 244)

En av deltagarna i Sharrock & Happells studie (2007) hade fått en större andel psykiatriundervisning i sin grundutbildning vilket gav ett ökat självförtroende. Kliniska placeringar hade varit mycket värdefulla på grund av möjligheten till att öva sina färdigheter genom direkt kontakt med personer med psykisk ohälsa. Detta ökade medvetenheten och förståelsen för psykisk sjukdom och hjälpte henne att koppla samman teori och praktik. Deltagare i denna studie talade också om hur de satte pris på emotionellt, utbildningsmässigt och praktiskt stöd. Möjligheten att kunna dela bördan med kollegor och ha någon att vända sig till för råd, vägledning, hjälp och information var viktigt. Detta stöd söktes från olika medlemmar av teamet men främst från andra sjuksköterskor.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Studien anlades med en bred frågeställning utifrån en undran om hur patienter med psykiska omvårdnadsbehov tas om hand inom somatisk sjukhusvård. Efter de inledande sökningarna visade det sig att de artiklar som fanns främst handlade om sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patientgruppen vilket gjorde att syftet snävades in för att passa detta. För att få ett uppdaterat och aktuellt resultat valdes att inte inkludera artiklar som var äldre än tio år. Under litteratursökningen gjordes en noggrann ansträngning att kombinera alla tänkbara sökord för att minska risken att relevanta artiklar missades. Sökningen ansågs som mättad eftersom alla sökord som upplevdes som relevanta kombinerades utan att några ytterligare artiklar påträffades.

För att få en djupare förståelse för sjuksköterskornas upplevelser inkluderades endast kvalitativa artiklar i resultatet. Under sökarbetet påträffades även några enstaka kvantitativa artiklar som kunde ha passerat in på syftet. Dessa uteslöts eftersom de inte gav särskilt mycket förståelse för de tillfrågade sjuksköterskornas situation då det i en kvantitativ studie är studiens forskare som satt ramarna genom att utforma de frågeformulär och mätinstrument som använts. Genom att endast inkludera kvalitativa studier där sjuksköterskor fått komma till tals utan användning av fördefinierade problemställningar eller standardiserade instrument gavs en djupare förståelse för hur sjuksköterskorna själva upplever den aktuella problemställningen.

Artiklar som intervjuade psykiatrisjuksköterskor exkluderades grundat på en föreställning om att någon som utbildats inom psykiatri har en annan erfarenhet och förståelse av patienter med sådan problematik. Artiklar som handlade om primärvård, öppenvård eller psykiatriska vårdenheter exkluderades eftersom syftet var att beskriva upplevelser bland sjuksköterskor inom somatiskt inriktad sjukhusvård. Artiklar som enbart fokuserade på vårdande av patienter med demens exkluderades eftersom detta ansågs som ett annorlunda problemområde än en mer generell psykiatrisk problematik. Denna avgränsning var inte helt självklar eftersom de artiklar som inkluderats som handlade om vårdande av äldre, även till viss del kunde handla om patienter som led av demens. Delar av resultatet i de utvalda studierna handlar om sjuksköterskornas attityder och förhållningssätt till patientgruppen och har inkluderats i dataanalysen för denna studie eftersom sjuksköterskornas attityder och förhållningssätt har tolkats som en sammansatt del av deras upplevelser. Artiklar som enbart fokuserade på attityder och fördomar exkluderades dock eftersom detta inte var något primärt fokus i denna studies syfte. En av artiklarna (Kerrison & Chapman, 2007) inkluderade, förutom intervjuer med sjuksköterskor, även intervjuer med ämnesexperter inom olika relevanta områden. I resultatanalysen för denna litteraturstudie inkluderades endast det material som härstammade från sjuksköterskornas berättelser.

Alla artiklar som inkluderades i resultatet var kvalitativa studier med ett litet antal sjuksköterskor inom ett begränsat geografiskt område. Resultatet kan därför inte betraktas som representativt för alla sjuksköterskor. Målet med en kvalitativ ansats är snarare att uppnå en ökad förståelse och en fördjupad kunskap om problemområdet genom att ta del av andras erfarenheter. Artiklarna som hittades var utförda i endast tre olika länder; USA, Storbritannien och Australien. En svaghet med detta är att det kan ha inneburit ett begränsat kulturellt perspektiv. Det ses som en styrka för arbetet att studierna är baserade både på fokusgrupper och på individuella intervjuer med sjuksköterskorna. Detta eftersom en gruppintervju kan ge uppslag som lättare kommer fram genom interaktionen mellan deltagarna, och att deltagarna kan bygga vidare på varandras uppslag. Individuella intervjuer kan i sin tur ha den fördelen att även den som är tystlåten eller blyg kan få fram sina tankar och ståndpunkter, och att det kan vara lättare att ge uttryck för mer kontroversiella åsikter än i en gruppintervju, där individen lätt böjer sig för de informella normer som kan finnas i gruppen (Trost, 2010)

De studier som valdes skilde sig åt både när det gällde ålder på patienterna och typ av avdelning. Vissa av artiklarna var utförda inom ramen för pediatrik sjukhusvård, det vill säga avdelningar där barn vårdas, medan vissa fokuserade på äldre patienter. Artiklarna inkluderade även studier utförda på akutmottagningar och på sjukhusavdelningar med blandade åldersgrupper. Efter den första genomläsningen av artiklarna framstod det tydligt att de teman som de intervjuade sjuksköterskorna tog upp hade betydande likheter trots skillnader i vårdmiljö och åldersgrupper. Att sjuksköterskornas upplevelser liknade varandra på tvärs av vårdmiljöer och patienternas ålder gjorde att dessa skillnader inte bedömdes vara något hinder för inkludera dessa studier under ett och samma syfte. Det ses snarare som en styrka för studien att sjuksköterskorna ofta hade snarlika upplevelser trots att både patientgrupper och vårdmiljö skilde sig åt.

För kvalitetsgranskningen utformades en egen granskningsmall (se Bilaga 1, *Granskningsmall*) genom att anpassa de exempel på granskningsmallar som gavs i litteraturen för att bättre passa denna litteraturöversikt och för att inkludera de kriterier som ansågs vara av relevans för kvalitetsbedömningen. Artiklar som inte fick någon eller endast en anmärkning bedömdes vara av hög kvalitet, vilket gällde fem av artiklarna (se Bilaga 2, *Översikt över granskade artiklar*). Tre artiklar som hade någon ytterligare brist men som i övrigt höll god kvalitet bedömdes vara av medelhög kvalitet. En artikel bedömdes vara av låg kvalitet eftersom den hade brister i de flesta punkter i granskningen och uteslöts därför. Denna artikel saknade ett tydligt beskrivet syfte, en tydlig beskrivning av intervjupersonerna och av sin metod för urvalsförfarande, datainsamling och analys. Det fanns inte heller något etiskt resonemang eller någon metoddiskussion. En av artiklarna saknade uppgifter om etiskt godkännande vilket är en allvarlig brist som i sig kan vara en grund för exkludering. Efter noga övervägande och en samlad bedömning av kvaliteten beslöts dock att inkludera artikeln trots detta.

Eftersom tolkningen av ett material påverkas av förståelsen och perspektivet hos den som utför tolkningen, är det en fördel att vara flera personer som genomför en tolkning för att kunna få en mer mångsidig och rättvisande tolkning genom att jämföra. Det kunde ha varit en fördel även för detta examensarbete om mer än en person deltagit i analysarbetet.

RESULTATDISKUSSION

Hinder för att tillgodose patientens hela omvårdnadsbehov

Under de fyra teman som blev resultatet av dataanalysen framkom olika hinder som försvårade för sjuksköterskornas möjligheter att tillfredsställa patientens psykiska omvårdnadsbehov. Sjuksköterskans egna attityder och förhållningssätt kunde i sig utgöra ett sådant hinder och resultatet visar i likhet med tidigare litteratur (Arvaniti et al., 2009; Björkman et al., 2008; Lilja & Hellzén, 2014; Zolnierek, 2009) att även vårdpersonal kan ha fördomar och negativa attityder mot personer som lider av psykisk ohälsa. Resultatet visade att omvårdnaden kunde påverkas av personalens inställning, exempelvis genom att sjuksköterskorna undvek dessa patienter eller att de tvekade inför att öppna upp djupare samtal med patienter. De sjuksköterskor som hade mer positiva attityder hade även en uttalat holistisk tillnärmning till patienten och omvårdnadsarbetet. För dessa sjuksköterskor var det naturligt att se till den psykiska hälsan som en del av sitt arbete, även om det ibland kunde vara svårigheter förbundet med detta. Att personalens attityder påverkar omvårdnaden bekräftas också i en studie av MacNeela, Scott, Treacy, Hyde, & O'Mahony (2012). Här identifierades två grundläggande olika perspektiv hos sjuksköterskor som fick kommentera ett patientfall med en orolig patient: en grupp såg patienten som sårbar och den andra gruppen såg patienten som en potentiell fara. Detta perspektiv påverkade sedan sjuksköterskornas rekommendationer för omvårdnad och bemötande där de sjuksköterskor som såg patienten som en potentiell källa till fara antog en mer autoritär och mer normativ hållning.

Ett annat hinder som berördes i flera av studierna var att medicinska eller fysiska medicinska vårdbehov prioriterades. Att uppfylla psykiska omvårdnadsbehov ansågs tidskrävande och en

del sjuksköterskor upplevde att det fanns en brist på förståelse från ledning eller kollegor om de ägnade tid åt att vårda patienter med psykisk ohälsa. Att de fysiska vårdbehoven prioriteras på avdelningar som främst är somatiskt inriktade är kanske inte så överraskande, men det är viktigt att komma ihåg att sjuksköterskor har ett ansvar för att identifiera och uppfylla patientens hela omvårdnadsbehov. Resultatet visar också att den fysiska vårdmiljön ibland kunde utgöra ett hinder för sjuksköterskornas förmåga att tillhandahålla psykisk omvårdnad på det sätt de ansåg bäst. Den fysiska vårdmiljön kan vara svår för en sjuksköterska att ändra på. Men med en medvetenhet och lyhördhet för patientens behov kan dock sannolikt vissa faktorer i miljön anpassas, exempelvis genom att undersöka om det är möjligt att skapa lugn och ro för en patient som är sårbar för alla de intryck som kan finnas på en hektisk vårdavdelning. De störningar som en del av sjuksköterskorna ansåg att patienter med psykisk ohälsa skapade i vårdmiljön för de andra patienterna skulle kanske kunna förebyggas genom att de psykiska omvårdnadsbehoven prioriteras högre. Genom att se till att patienter som är potentiellt utagerande, som ropar ut eller har aggressiva tendenser får sina omvårdnadsbehov tillgodosedda innan dessa beteenden manifesterar sig borde det vara möjligt att minska risken för att andra patienter påverkas negativt.

Behov av att klargöra sjuksköterskans roll

De flesta av sjuksköterskorna i samtliga av de granskade studierna visade på sin egen brist på kunskap som ett hinder i att tillgodoses patienternas psykiska omvårdnadsbehov och de var ofta osäkra på vad deras roll borde vara i förhållande till patientgruppen. Resultatet visar också att en ytterligare källa till osäkerhet hos sjuksköterskorna var att många upplevde brist på stöd från ledningen. De flesta sjuksköterskorna i alla de granskade studierna efterlyste mer utbildning och resultatet visade också att de som hade fått tillgång till större andel psykiatriundervisning i sin grundutbildning, eller som hade mycket erfarenhet av att vårda patienter med psykisk ohälsa, kände ett större självförtroende inför att arbeta med patientgruppen.

Björkman et al (2008) bekräftar att professionell vana och erfarenhet kan bidra till att minska negativa attityder bland personalen. Flera studier bekräftar också att osäkerhet i arbetsrollen kan skapa negativa känslor och försvåra för sjuksköterskan att initiera relevanta interventioner för sina patienter. En studie av Wright, Linde, Rau, Gayman, & Viggiano (2003) visade att akutsjuksköterskor som ansåg sig ha ett positivt arbetsklimat hade en större grad av interaktion med de patienter som led av psykisk ohälsa och kunde utföra fler olika interventioner för dessa patienter. Sjuksköterskor som ansåg att deras arbetsroll var oklar och var osäkra på vad som förväntades av dem hade en lägre grad av interaktion med patientgruppen. Andrews, Burr och Bushy (2011) fann i sin studie att sjuksköterskor som upplevde motstridigheter i sin professionella roll ofta fick känslor av maktlöshet eller dåligt självförtroende. Detta påverkade i sin tur sjuksköterskornas möjligheter att agera autonomt i vårdandet av patienten. En del av sjuksköterskorna i de studier som granskades i denna litteraturöversikt pekade på att ett hinder för dem var att det saknades riktlinjer för hur psykiska omvårdnadsbehov skulle tillgodoses. Genom att klargöra sjuksköterskans arbetsroll och utveckla och tillhandahålla riktlinjer som även avser psykiska omvårdnadsbehov, borde det vara möjligt att minska osäkerheten inför att vårda patienter med psykisk ohälsa och göra sjuksköterskan mer trygg i sin egen roll. Detta skulle i sin tur stärka sjuksköterskans förmåga att initiera och utföra relevanta interventioner och att våga agera autonomt för att tillgodoses patientens psykiska omvårdnadsbehov.

Personcentrerad vård vid psykisk ohälsa

Resultatet i denna litteraturstudie visar att personer med psykisk ohälsa riskerar att sättas åt sidan eftersom deras omvårdnadsbehov inte riktigt passar in i det övriga arbetet på avdelningen. Ingen av sjuksköterskorna som intervjuats i de granskade studierna gör explicita referenser till konceptet personcentrerad vård, och det är heller inget centralt tema i författarnas diskussioner av resultaten. Undantaget är Harrison och Zohhadi (2005), som i sin diskussion identifierar det signifikanta glapp som finns mellan den mängd av policydokument och akademisk litteratur som uppmanar personal att arbeta personcentrerat och den faktiska

kliniska verkligheten. De skriver att sjuksköterskor ofta befinner sig i ett större system som i sin nuvarande utformning är oförmöget att stödja en verkligt personcentrerad vård och argumenterar för att det behövs ändringar i filosofi och arbetssätt i vårdsystemet för att kunna uppnå detta. Ekman (2014) bekräftar att även om många hävdar att de arbetar personcentrerat, är det få som gör det hela tiden tillsammans med alla arbetare och argumenterar för att det behövs mer kunskap både om personbegreppet i sig och om hur ett personcentrerat arbetssätt kan genomföras.

Varje person är en unik individ och de problem som en person vårdas för kan vara mycket komplexa. Att skilja ut fysiska och psykiska vårdbehov från varandra är inte särskilt meningsfullt, eftersom den fysiska och den psykiska dimensionen av en persons hälsa påverkar varandra. Ett mer fruktbart sätt att arbeta vore just att utgå från individen, och utifrån detta försöka tillgodose de behov som finns. Som Skärsäter (2014c) beskriver, är patientens egna perspektiv och upplevelser centrala för att kunna stärka den psykiska hälsan. Att stärka individens egna resurser och förmåga till egenvård är också en viktig del av att arbeta hälsofrämjande (Elgán & Fridlund, 2014; Hedelin et al., 2014). Även när sjuksköterskan möter en patient för en kort tid eller i en miljö som kanske inte är optimal, har patienten rätt att känna sig sedd och respekterad. Hen har också rätt till att själv vara delaktig. Ett personcentrerat arbetssätt skapar möjlighet för att utgå från vad den enskilde individen har för behov och önskemål och är ett sätt att ge legitimitet till och bekräfta patientens behov. Genom en personcentrerad ansats kan vi alltså skapa förutsättningar för ett partnerskap där patient och sjuksköterska tillsammans kan komma fram till vilka strategier och åtgärder som är relevanta och meningsfulla. Med tanke på den ömsesidiga påverkan mellan den fysiska och den psykiska hälsan blir det ur ett förebyggandeperspektiv viktigt att möta patientens psykiska omvårdnadsbehov. Om vi idag prioriterar bort att försöka ge god omvårdnad till en person med psykiska besvär, eller inte bemöter den oro som finns hos patienten med en somatisk sjukdom, kan resultatet bli att hälsan hos denna patient blir lidande och att han eller hon i slutändan kan behöva ännu mer vård för sina problem.

KONKLUSION

Denna litteraturstudie visar på svårigheter som kan uppstå för sjuksköterskan att på en vårdavdelning som är inriktad på somatisk vård uppfylla sitt uppdrag att se till den psykiska dimensionen av patientens hälsotillstånd. Negativa attityder och förhållningssätt hos sjuksköterskan, prioritering av fysiska vårdbehov, opassande vårdmiljö och osäkerhet relaterat till brist på utbildning och stöd från ledningen är alla exempel på faktorer som kunde utgöra hinder för att ge god omvårdnad vid psykisk ohälsa.

Resultatet visar vikten av att alla sjuksköterskor får tillräckligt med utbildning om psykisk ohälsa för att kunna känna sig kompetenta inför att möta sina patienters psykiska omvårdnadsbehov. Det är också viktigt med stöd, exempelvis i form av riktlinjer, för att klargöra sjuksköterskans roll i att tillgodose patientens psykiska omvårdnadsbehov eftersom detta påverkar förmågan att initiera relevanta interventioner.

Ett förslag för framtida forskning vore att undersöka om ett personcentrerat fokus kan bidra till att stärka sjuksköterskans förmåga att stödja patientens psykiska välmående - även inom ramarna för en i övrigt somatiskt inriktad vårdmiljö.

REFERENSER

- Andrews, D. R., Burr, J., & Bushy, A. (2011). Nurses' Self-Concept and Perceived Quality of Care: A Narrative Analysis. *Journal of Nursing Care Quality*, 26(1), 69-77. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181e6f3b9
- Arnold, M., & Mitchell, T. (2008). Nurses' perceptions of care received by older people with mental health issues in an acute hospital environment. *Nursing Older People*, 20(10), 28-34.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(8), 658-665. doi: 10.1007/s00127-008-0481-3
- Atkin, K., Holmes, J., & Martin, C. (2005). Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses' perceptions of their training needs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1081-1083.
- Björkman, T., Angelman, T., & Jonsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci*, 22(2), 170-177. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x
- Edvardsson, D. (2010). Inledning. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I. (2014). Förord. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber AB.
- Ekman, I., Hedman, H., Swedberg, K., & Wallengren, C. (2015). Commentary: Swedish initiative on person centred care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h160.
- Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso-och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber AB.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care - Ready for prime time.
- Elgán, C., & Fridlund, B. (2014). Vuxet vardagsliv. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2015-04-15 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf>
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Försäkringskassan. (2014). *Socialförsäkringsrapport 2014:12.Sjukfrånvarons utveckling, Delrapport 1, År 2014*. Hämtad 2015-04-15 från <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/c7e1d070-4f90-4c1a-a1aa-ed28dd117e8c/socialforsakringsrapport-2014-12.pdf?MOD=AJPERES>
- Gustafsson, G. (2014). Stress, utbrändhet och utmattningsyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Happell, B., Moxham, L., Reid-Searl, K., Dwyer, T., Kahl, J., Morris, J., & Wheatland, N. (2009). Promoting mental health care in a rural paediatric unit through participatory action research. *Aust J Rural Health*, 17(3), 155-160. doi: 10.1111/j.1440-1584.2009.01061.x
- Harrison, A., & Zohhadi, S. (2005). Professional influences on the provision of mental health care for older people within a general hospital ward. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(4), 472-480. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00868.x
- Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Hedlund, M. (2014, 11 september). Psykisk ohälsa befaras öka. *Dagens Nyheter*. Hämtad 2015-02-03 från <http://www.dn.se/ekonomi/jobbskarriar/psykisk-ohalsa-befaras-oka/>

- ICN, I. C. o. N. (2005). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Kerrison, S. A., & Chapman, R. (2007). What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accid Emerg Nurs*, 15(1), 48-55. doi: 10.1016/j.aen.2006.09.003
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*, 69(1), 4-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x
- Lilja, L., & Hellzén, O. (2014). Vårdares attityder och stigmatisering. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- MacNeela, P., Scott, P. A., Treacy, M., Hyde, A., & O'Mahony, R. (2012). A risk to himself: attitudes toward psychiatric patients and choice of psychosocial strategies among nurses in medical-surgical units. *Res Nurs Health*, 35(2), 200-213. doi: 10.1002/nur.21466
- Mattsson, M. (2014). Psykosor. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Perseius, K.-I. (2014). Personlighetsstörningar. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Plant, L. D., & White, J. H. (2013). Emergency Room Psychiatric Services: A Qualitative Study of Nurses' Experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(4), 240-248. doi: 10.3109/01612840.2012.718045
- Reed, F., & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *Int J Ment Health Nurs*, 14(4), 249-257. doi: 10.1111/j.1440-0979.2005.00389.x
- Reid-Searl, K., Dwyer, T., Happell, B., Moxham, L., Kahl, J., Morris, J., & Wheatland, N. (2009). Caring for children with complex emotional and psychological disorders: experiences of nurses in a rural paediatric unit. *J Clin Nurs*, 18(24), 3441-3449. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02567.x
- Sharrock, J., & Happell, B. (2007). Competence in providing mental health care: a grounded theory analysis of nurses' experiences. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 9-15.
- Shefer, G., Henderson, C., Howard, L. M., Murray, J., & Thornicroft, G. (2014). Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms--a qualitative study. *PLoS One*, 9(11), e111682. doi: 10.1371/journal.pone.0111682
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2014). Ångestsyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- SKL. (2014). *Promemoria: Patientlagen*. Hämtad 2015-03-12 från <http://skl.se/download/18.68e4adfe147afac12a456172/1408857597112/SKL+sammanfattning+av+patientlagen.pdf>
- Skärsäter, I. (2014a). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. (2014b). Inledning. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. (2014c). Psykisk Ohälsa. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Ternstedt, B.-M., & Norberg, A. (2014). Omvårdnad ur livscykelerspektiv - identitetens betydelse. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- TT. (2015, 15 januari). Regeringsoro för ökad sjukfrånvaro *Svenska Dagbladet*. Hämtad 2015-02-03 från http://www.svd.se/nyheter/inrikes/regeringsoro-for-okad-sjukfranvaro_4268793.svd

- Wentz, E. (2014). Åtstörningar. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Wright, E. R., Linde, B., Rau, N. L., Gayman, M., & Viggiano, T. (2003). The effect of organizational climate on the clinical care of patients with mental health problems. *Journal of Emergency Nursing*, 29(4), 314-321. doi: <http://dx.doi.org/10.1067/men.2003.103>
- Zolnierek, C. D. (2009). Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1570-1583. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05044.x

BILAGOR

Bilaga 1: Granskningsmall

(Utformat efter exempel av Willman et al (2011) och modifierat med stöd av Friberg (2012).)

Beskrivning av studien, tex metodval.....

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Intervjupersoner

Antal.....

Ålder.....

Kön.....

Utbildning/erfarenhet...

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Finns ett etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

-Relevant?

Ja Nej Vet ej

-Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

-urvalsförändring tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

-datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

-analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Dataredovisning

-Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja Nej Vet ej

-Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vet ej

-Är tolkningars förankring i data påvisad?

Ja Nej Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

-Genereras teori/implikationer för praxis?

Ja Nej Vet ej

Finns en metoddiskussion?

Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

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

.....
.....
.....
.....

...

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

.....

Bilaga 2: Översikt över granskade artiklar.

Författare År Land	Titel	Tidskrift	Syfte	Metod/urval/analys	Resultat	Kvalitet
Plant, L. D. & White, J. H., (2013) USA	Emergency room psychiatric services: A qualitative study of nurses' experiences	Issues in Mental Health Nursing	Utforska, beskriva och tolka akutsjuksköterskors erfarenhet med att vårda patienter med psykisk sjukdom	Induktiv studie 4 fokusgrupper med totalt 10 sjuksköterskor Akutmottagning Innehållsanalys och Jämförande analys	Den överordnade erfarenheten bland sjuksköterskorna tolkades som "maktlöshet"	Hög
Reid-Searl, K., Dwyer, T., Happell, B., Moxham, L., Kahl, J., Morris, J. & Wheatland, N. (2009) Australien	Caring for children with complex emotional and psychological disorders: experiences of nurses in a rural pediatric unit	Journal of Clinical Nursing	Att utforska allmänsjuksköterskors erfarenheter av att vårda barn med psykiska problem samt identifiera strategier för att förbättra vård av dessa barn	Deltagande aktionsforskning 2 fokusgrupper 6 individuella intervjuer med totalt 20 sjuksköterskor Pediatrisk sjukhusavdelning i glesbygd Konstant jämförande analys och kritisk tolkande syntes	Deltagarna kände sig frustrerade av sättet barnen med psykiska problem hanterades. Två huvudteman presenteras: - Rollförberedelse och tillräcklighet samt - Brist på stöd och resurser	Hög

Happell, B., Moxham, L., Reid-Searl, K., Dwyer, T., Kahl, J., Morris, J. & Wheatland, N. (2009) Australien	Promoting mental health care in a rural pediatric unit through participatory action research	Australian Journal of Rural Health	Att utforska, förbättra och utvärdera praxis för mental hälsa på en pediatrik enhet i glesbygd	Deltagande aktionsforskning 2 fokusgrupper Totalt 20 sjuksköterskor Pediatrik sjukhusavdelning i glesbygd Tematisk analysmetod	Sjuksköterskorna - upplevde att deras brist på utbildning och erfarenhet i frågor som rör psykisk hälsa hade en negativ påverkan på möjligheten att ge optimal vård - uttryckte bekymmer över hur lämpad avdelningen var för att vårda patientgruppen	Hög
Arnold, M. & Mitchell, T. (2008) Storbritannien	Nurses' perceptions of care received by older people with mental health issues in an acute hospital environment	Nursing Older People	Utforska ett urval av sjuksköterskors uppfattningar om psykiska hälsovårdstjänster för äldre människor i akutvårdssammanhang	Grounded theory 3 fokusgrupper Totalt 14 sjuksköterskor Akutvårdsavdelningar där äldre kan tas emot Innehållsanalys	Sjuksköterskorna upplevde att de hade otillräcklig träning i att möta patienter med psykisk ohälsa och att fysiska behov gick före behov orsakade av underliggande psykiska sjukdomar	Medel

Kerrison, S. A. & Chapman, R. (2007) Australien	What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department	Accident and Emergency Nursing	Avgöra pågående farhågor som omvårdnadspersonal på en allmän akutmottagning upplever när det gäller patienter med psykisk sjukdom samt utveckla ett utbildningsprogram i förhållande till dessa	1 fokusgrupp med 5 sjuksköterskor Semi-strukturerade intervjuer med ämnesexperter (12 st) Akutmottagning Innehållsanalys	Tre områden med utbildningsbehov identifierades: - "kundfokus" (behov av utbildning i kommunikation m.m.), - "aggression och våld på arbetsplatsen" - "hantering av patienter med psykisk problematik"	Medel
Sharrock, J. & Happell, B. (2006) Australien	Competence in providing mental health care: A grounded theory analysis of nurses' experiences	Australian Journal of Advanced Nursing	Undersöka och beskriva allmänsjuksköterskors subjektiva erfarenhet av att vårda personer med psykiska hälsoproblem	Grounded theory Semistrukturerade intervjuer med fyra sjuksköterskor Kirurgisk och medicinsk vård Konstant jämförande metod	Sjuksköterskorna - strävade efter att uppnå kompetens i att tillhandahålla psykisk vård - bekräftade patienternas behov när det gällde den psykiska hälsan och deras rätt till vård av god kvalitet	Hög
Reed, F. & Fitzgerald, L. (2005) Australien	The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital	International Journal of Mental Health Nursing	Att utforska sjuksköterskor i glesbygdens områdes attityder och hur dessa påverkar vården, problemen de upplever med vården och betydelsen av utbildning, stöd och erfarenhet	Deskriptiv metod Semi-strukturerade intervjuer med 10 sjuksköterskor 2 avdelningar på sjukhus i glesbygd Kvalitativ innehållsanalys	- Förhållningssättet till att vårda patienter med psykiska problem varierade kraftigt och var knutet till problem som påverkade deras förmåga att tillhandahålla vård. - utbildning och stöd för att kunna vårda patienterna på sjukhuset efterlystes	Hög

Harrison, A., Zohhadi, S. (2005) Storbritannien	Professional influences on the provision of mental health care for older people within a general hospital ward	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Identifiera faktorer som sjuksköterskor anser relevanta för att möta en individs behov relaterade till den psykiska hälsan samt generera data för framtida stadier av aktionsforskningsprocessen	Deltagande aktionsforskning 1 fokusgrupp Totalt 9 deltagare, både sjuksköterskor och annan personal Allmän geriatrisk sjukhusavdelning Tematisk innehållsanalys	Fyra interrelaterade teman presenteras: - störningar (av personal, besökare och andra patienter) - rollkonflikt - professionella resurser - professionell stress	Medel
Atkin, K., Holmes, J. & Martin, C. (2005) Storbritannien	Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses perceptions of their training needs	International Journal of Geriatric Psychiatry	Förstå sjuksköterskors utbildningsbehov utifrån en kontext av nuvarande arbetspraxis inklusive attityder mot och svårigheter med att vårda äldre patienter med mental ohälsa	Intervjuer med 19 sjuksköterskor Framework analysis	Sjuksköterskorna upplevde att - fysiska behov prioriteras framför psykiska och - äldre med psykisk sjukdom inte får det de behöver på ett allmänt sjukhus - de behövde fortlöpande utbildning	Låg <i>(Exkluderad)</i>