



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Att arbeta som psykiatrisjuksköterska på vårdcentral

En intervjustudie om omvårdnadskompetens inom primärvården

Elin Ward

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5380
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2021
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

Titel svensk:	Att arbeta som psykiatrisjuksköterska på vårdcentral Working as a mental health nurse at a primary health care
Titel engelsk:	central
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	M5380
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2021
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung
Nyckelord:	Primary health care, mental health nurse, psychiatric nurse

Sammanfattning

Bakgrund: Primärvården har i uppdrag att utreda och behandla psykisk ohälsa. Depression, ångest och stressutlöst psykisk ohälsa är exempel på tillstånd som står för en stor del av vårdbesöken. Det finns en stor variation hur regionerna formulerar och utövar uppdraget kring psykisk ohälsa. På vissa vårdcentraler i Sverige finns psykiatrisjuksköterskor anställda, som är delaktiga i vården av patienter med psykisk ohälsa. Psykiatrisjuksköterskan ska enligt sin kompetensbeskrivning kunna bedöma, observera och åtgärda komplexa psykiatriska omvårdnadsbehov.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva hur psykiatrisjuksköterskan upplever sin kompetens och yrkesfunktion i förhållande till primärvårdens uppdrag.

Metod: Studien baseras på fem semistrukturerade intervjuer med psykiatrisjuksköterskor som arbetar på vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. Intervjuerna har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats.

Resultat: Resultatet presenteras i tre kategorier; *Kompetens i patientrelationen*, *Kompetens på arbetsplatsen* och *Kompetens i organisationen*. Specialistsjuksköterskans omvårdnad utgår från ett helhetsperspektiv där stöd till egenvård är en viktig komponent. De ser sig ha en viktig funktion i att vara en trygg kontakt med en specifik kompetens att uppmärksamma och vårda den psykiska och fysiska hälsan hos patienten. Delaktighet i teamarbetet på vårdcentralen, göra bedömningar och att vara ett stöd för andra yrkeskategorier beskrivs som kompetenser de besitter.

Slutsats: Den psykiatriska omvårdnaden på vårdcentralen kan med hjälp av psykiatrisjuksköterskans kompetens innebära ett tryggare omhändertagande med ett helhetsperspektiv för patienten där den psykiska hälsan blir uppmärksammas och talbar. Psykiatrisjuksköterskorna upplever att deras kompetens kan ha positiva effekter för teamarbetet på vårdcentralen då de besitter en psykiatrisk kunskap som efterfrågas av kollegor i andra yrkesgrupper.

Nyckelord: Primary health care, mental health nurse, psychiatric nurse

Abstract

Background: Primary health care's has a mission to assessing, caring for and treat mental illness. Depression, anxiety and stress-triggered mental illness are examples of conditions that account for a large proportion of the care visits. There is at great variation in how the regions formulate an exercise the task of mental illness. Mental health nurses are employed at some health centers in Sweden and are involved in the care of patients with mental illness. According to the description of competence, the mental health nurse must be able to assess, observe and remedy complex psychiatric nursing needs

Aim: The aim of the study is to describe how the psychiatric nurse experiences her competence and professional function in relation to the primary care assignment.

Method: The study is based on five semi-structured interviews with psychiatric nurses who work at health care centers in the region of Västra Götaland. The interviews were analyzed according to qualitative content analysis with an inductive approach.

Results: The results are presented in three categories; *Competence in the patient relationship*, *Competence in the workplace* and *Competence in the organization*. The nursing is based on a holistic perspective where support for self-care is an important component. They see themselves as an important function in being a safe contact with a specific competence to pay attention to and nurture the mental and physical health of the patient. Participation in teamwork at the health care center, making assessments and being a support for other professional categories are described as competencies.

Conclusion: The mental health nursing at the health center can, with the help of the mental health nurse's competence, mean safer care with a holistic perspective for the patient where the mental health is noticed and talked about. The psychiatric nurses feel that their competence can have positive effects for the team work at the health center as they possess a psychiatric knowledge that is in demand by colleagues in other professional groups.

Key words: Primary health care, mental health nurse, psychiatric nurse

Förord

Jag vill rikta ett stort tack till de sjuksköterskor som delade med sig av sina tankar och erfarenheter. Ett lika stort tack till min handledare Lena Johansson för ett suveränt bra stöd och handledning!

Astrid, Elsa och Tage får också en tanke av tacksamhet som har fått stå ut med en mamma som stängt in sig på kontoret på helgerna.

Göteborg, december 2021.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Primärvård	1
Primärvårdens uppdrag	1
Primärvården och psykisk ohälsa.....	2
Vårdsamordnare psykisk ohälsa	2
Psykisk hälsa.....	3
Psykisk sjukdom och ohälsa	3
Depression, ångest och stressutlöst psykisk ohälsa inom primärvården	3
Specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård	5
Profession och kompetens.....	5
Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor	5
Psykiatrisjuksköterskan.....	6
Teoretisk referensram för omvårdnad och dess praktik	6
Problemformulering.....	7
Syfte.....	7
Metod	7
Design.....	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Kompetens i patientrelationen	10
Helhetsperspektiv.....	10
Trygghet och kontinuitet.....	11
Stöd till egenvård	12
Fånga upp och förebygga.....	12
Strukturerad behandling.....	13
Kompetens på arbetsplatsen	13

Kvalificerade bedömningar, konsultationer och teamarbete	13
Att möta komplex psykiatri	14
Kompetens i organisationen	14
Otydligt uppdrag	14
Prioritering av kompetensen	15
Att inte räkna till	16
Diskussion	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion.....	18
Sammanfattning av resultat	20
Slutsatser och implikationer	20
Referenslista	21

Inledning

De flesta personer som söker vård och behandling när den psykiska hälsan sviktar vänder sig till sin vårdcentral i första hand. Nära hälften av alla patienter som söker på den vårdnivån har någon form av psykisk ohälsa och det ligger i primärvårdens uppdrag att erbjuda tillgång till stöd och behandling för dessa patienter. Hur det psykiatriska omhändertagandet ser ut skiljer sig dock mellan olika vårdcentraler. Skillnaden uppmärksammades i utredningen *En god och nära vård*, som under 2017 - 2021 haft i uppdrag från regeringen att utreda förutsättningarna för nya former av effektiva och ändamålsenliga insatser i primärvård, bland annat för personer med lättare psykisk ohälsa.

Vissa vårdcentraler har anställda specialistsjuksköterskor i psykiatrisk vård, men det finns inga krav på att denna yrkesgrupp ska finnas tillgänglig och det saknas gemensamma arbetsbeskrivningar. Denna studie kommer undersöka hur psykiatrisjuksköterskor beskriver att deras kompetens och yrkesfunktion ser ut i arbetet på vårdcentralen.

Bakgrund

Primärvård

Primärvårdens uppdrag

Hälso- och sjukvårdslagen anger ramarna för hur regioner och kommunerna ska bedriva vård. I syfte att förtydliga grunduppdraget, och få en mer enhetlig och jämlik vård, trädde en ny definition av primärvårdens uppdrag i kraft den 1 juli 2021:

”Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.” (SFS 2020:1043).

Regionerna har stor frihet att själva besluta om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och vilka krav som ska ställas på personalens kompetens. Sveriges invånare kan fritt välja vårdcentral sedan vårdvalet trädde i kraft 2010 (Socialstyrelsen, 2016).

Primärvården och psykisk ohälsa

Mild till måttlig psykisk ohälsa behandlas i första hand inom primärvården (RMRa, 2020). Till primärvården i Västra Götalandsregionen söker omkring 145 000 personer årligen vård och behandling för depression, ångest och stressutlöst psykisk ohälsa (RMRa, 2020).

Det finns dock viss komplexitet i diagnosticering och behandling av psykisk ohälsa, vilket innebär att det krävs en anpassad organisation och kompetensförsörjning. Samsjuklighet med somatisk sjukdom är också vanligt vid dessa tillstånd (Björkelund et al., 2020). Många som söker vård för besvär, som kan vara orsakade av psykisk ohälsa, söker för kroppsliga symtom såsom magont, ont i bröstet, andfåddhet eller smärta. Det finns även de som har en somatisk sjukdom där symtomen är desamma som vid psykisk ohälsa, som exempelvis vid struma, diabetes, anemi, demens och cancer (Björkelund et al., 2020).

Statens offentliga utredningar, SOU, har i betänkandet *God och nära vård* (SOU 2021:6) visat att det finns en stor variation i såväl detaljeringsgrad, som specifika krav, i hur regionerna formulerar uppdraget kring psykisk ohälsa i primärvården. Utredningen visar att skillnaderna i vården är orimligt stora och att uppdragsbeskrivningarna och kompetenskraven är alltför övergripande vilket kan resultera i en ojämlig vård (SOU 2021:6). I de flesta regioner har kompetenskraven formulerats som alternativa krav, så att förekomsten av en viss eller vissa yrkeskategorier utgör villkor för uppdragets fullföljande. En av professionerna som nämns är specialistsjuksköterska i psykiatri (SOU 2021:6).

Vårdsamordnare psykisk ohälsa

Inom regionerna har olika arbetssätt och funktioner utvecklats för att säkerställa tillgänglighet och samordning. I Västra Götalandsregionen har funktionen *Vårdsamordnare psykisk ohälsa* införts som ett resultat av ett metodutvecklingsprojekt (RMRa, 2020). Vårdsamordnare arbetar strukturerat med mottagningsbesök, egenvårdsråd, telefonuppföljningar, skattningsskalor och har ett nära samarbete med annan vårdpersonal. Det är vanligt att en distriktsjuksköterska har uppdraget och utför det på deltid av sin ordinarie tjänst (Björkelund et al., 2020).

I Västra Götalandsregionen ska patienter med diagnoserna depression, ångestsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa erbjudas stöd av en vårdsamordnare psykisk ohälsa (RMRa, 2020). I en tidigare kvalitativ studie från 2019 (Hammarberg et al., 2019) visas att vårdsamordnarrollen kan vara en avlastning för läkarna och leda till förbättrad vårdkvalitet, men också att det kan störa kontakten mellan patient och läkare, och att de olika yrkesfunktioner överlappar varandra.

(Socialstyrelsen, 2019). Enligt diagnoskriterierna i ICD-10 är depression ett tillstånd som pågått i minst två veckor där nedstämdhet, nedsatt energi, förlust av intresse eller nöje att göra aktiviteter som tidigare gett tillfredsställelse är viktiga symtom och det är vanligt att depression återkommer. Sjukdomen specificeras som mild, måttlig eller svår (WHO, 2016., Kendler, 2016). Primärvården ansvarar för vård och behandling av mild till måttlig depression (RMR, 2019a). Det finns alltid en risk att depressionstillstånd förvärras, vilket motiverar till en tidig och aktiv behandling (Socialstyrelsen, 2021).

Tidigare studier visar att depressionssymtom kan minska när till exempel en sjuksköterska har regelbundna uppföljningar med patienten avseende symtombild, strategier, medicinuppföljning, egenvård och samtidigt samverkan med patientens ansvarige läkare (Kappelin et al., 2021). Ashcroft et al. (2021) konstaterar att teamarbete, upplevelsen av snabb tillgänglighet och en enkel kontaktväg till personal med psykiatrisk kompetens är viktigt för många patienter med depression och ångest. Dessa faktorer upplevs även reducera stigma för psykisk ohälsa hos patienten (Ashcroft et al., 2021). Enligt Ejeby et al. (2014) råder brist på metoder inom primärvården för att effektivt behandla psykisk ohälsa i de fall där patienten efterfrågar mer praktiska interventioner för att hantera det som hör livet till. Multimodal rehabilitering är en metod där rehabiliteringen utförs av flera olika yrkeskategorier, bland annat sjuksköterskor, som har visat sig vara effektiv vid lättare psykisk ohälsa (Ejeby 2014). Detta kan tala för en mer effektiviserad vård om de allra svåraste psykiatriska tillstånden hänvisas till specialiserad psykiatri och psykologbehandling, medan den patientgrupp som tillhör primärvård, de med milda till måttliga symtom, kan få en effektiv behandling och stöd av annan personal (Ejeby et al., 2014).

Ångestsyndrom innebär en återkommande svårhanterlig intensiv rädsla och oro som inskränker på det dagliga livet och ger funktionsnedsättningar (Socialstyrelsen, 2019). Ångestsyndrom är ett alltmer växande hälsoproblem i västvärlden, vilket ökar kravet på vården att erbjuda effektiva behandlingsmetoder (Kosidou et al., 2010). Målet med behandlingen är generellt att lindra- och lära patienten om symtomen, att bemästra situationer som är ångestfyllda och att stärka självförtroende (Ölund et al., 2020). Det finns inget säkert eller allmängiltigt svar på om medicin eller psykoterapi ger bäst effekt på ångest, men det finns behandlingsmetoder med dokumenterad effekt som lindrar symtom, även om full symtomfrihet sällan uppnås (SBU 2015). Cirka 70 procent av vuxna med ångestsyndrom återfinns inom primärvården, men många uppsöker inte vården primärt för ångest, utan för kroppsliga symtom som smärtor, hjärtklappning eller magbesvär (SBU 2015., Goldberg et al., 2016).

Patienter som söker vård för stressrelaterade hälsoproblem uppvisar främst olika kognitiva svårigheter såsom nedsatt arbetsminne, inlärningssvårigheter och nedsatt exekutiv funktion (Jonsdottir et al., 2013). Vid en utmattning kan dessa symtom kvarstå i månader och årtal. Sjukskrivningar för stress och utmattningssyndrom har stadigt ökat under 2000-talet där anpassningsstörning och akuta stressreaktioner står för de kortare sjukskrivningarna medan

utmattningssyndrom tenderar att bli långa, ofta över sex månader (Socialförsäkringsrapport 2020:8., Lidwall & Olsson-Bohlin, 2017). Ungefär 60 % av individer i arbetsför ålder som söker vård för fysiska och psykiska symtom uppger en måttlig till hög känsla av stress i livet (Wiegner et al., 2015), vilket kan leda till upprepade besök till primärvården.

Specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård

Profession och kompetens

Begreppet kompetens kommer ursprungligen från latinets ”competentia” som har med lämplighet att göra (Lauvås & Handal, 2001). Begreppet är kopplat till bestämda områden där vissa organ tilldelas ansvar för att fatta beslut vilket, enligt detta språkbruk, innebär att formell kompetens är ett binärt begrepp - antingen har man kompetensen eller så saknar man den (Lauvås & Handal, 2001).

Reell kompetens utvidgar begreppet genom att omfatta både kunskap, färdighet (motoriska, perceptuella och kognitiva) och ofta även attityder. Kompetensen blir således något vi *använder* eller *brukar*, inte något vi *har* (Lauvås & Handal, 2001). Thomas Brante (2009) sammanfattar en definition av professionella yrken som något som är organiserade, relativt autonoma bärare och förmedlare av samhällliga sanktionerade, abstrakta kunskapssystem, vilket ger dem en förmåga att utföra handlingar som uppfattas som svåra, skickliga och värdefulla för allmänheten eller klienten (Brante, 2009).

Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska är utformad av Svensk sjuksköterskeförening (2017) och beskriver sjuksköterskans självständiga ansvar i omvårdnadsarbetet utifrån kärnkompetenserna personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, kvalitetsutveckling, säker vård och informatik samt ledarskap och pedagogiska insatser. Sjuksköterskan ska utföra omvårdnadsarbetet med skicklighet och etablera en förtroendefull relation som omfattar ett helhetsperspektiv för patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning psykiatrisk omvårdnad (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014) beskriver att omvårdnad inom psykiatrisk vård innebär insatser som leder till att personen blir stärkt i känslan att ha kontroll över sitt eget liv, förmåga att hantera känslor av meningslöshet, hantera strategier, lära sig att hantera sjukdom och dess konsekvenser, formulera livsmål och uppnå personlig utveckling. Vidare ska psykiatrisjuksköterskan kunna möta personer i kris och ha förmåga att bedöma, observera samt åtgärda komplexa vårdbehov (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, 2014).

Psykiatrisjuksköterskan

De mest förekommande omvårdnadsåtgärderna psykiatrisjuksköterskan använder sig av i det praktiska arbetet är enligt Cusack et al. (2017) att formulera mål, samtala, tidiga insatser och ångesthantering. Santangelo et al. (2017) beskriver psykiatrisjuksköterskans praktik som pragmatisk i patientkontakten där de praktiska och vardagliga problemen i patientens liv vävs samman med uttrycken för psykisk ohälsa, vilket kräver en bred holistisk syn från psykiatrisjuksköterskan. Det professionella i yrket karaktäriseras av den grundläggande kunskapen och hur det tar sig uttryck i praktiken genom att använda sig av evidensbaserade metoder och handlingar (Santangelo et al., 2017).

Teoretisk referensram för omvårdnad och dess praktik

Scheels teori om interaktionell omvårdnadspraktik (Scheel, 1996., Sörensen, 2012) beskriver det praktiska utförandet av omvårdnad genom tre olika handlingsätt som finns med i varje omvårdnadssituation, men i olika vikt beroende situation och kontext. Den kvalificerade omvårdnadsprofessionella bedömningen avgör, enligt teorin, vilka handlingar som ska utföras i praktiken (Scheel 1996). Det *kognitivt-instrumentella* handlingsättet utgörs av målinriktad och problemlösande aktivitet. Det *estetisk-expressiva* handlingsättet innehåller tolkning och förståelse, det vill säga sjuksköterskans förståelse av patienten, situationen och sig själv. Det *moraliskt-praktiska* handlingsättet är det som genomsyrar alla omvårdnadshandlingar eftersom etiken alltid finns med i det mellanmänskliga mötet (Scheel 1996).

Uppdraget inom hälso-och sjukvård är komplicerat och kan inte lösas av en enskild yrkesgrupp enligt Scheel och därför ser hon samarbetet över yrkesgrupper som mycket viktigt (Scheel 1996., Sörensen, 2012). Samarbetet är en dynamisk process där varje yrkesgrupp, med olika utbildnings- och erfarenhetsbakgrund, har en utgångspunkt i sin respektive egenlogik och var och en bidrar till att lösa sin sakfråga. En riskfaktor beskrivs vara om det finns en *oklar yrkesidentitet*, en osäkerhet kring vad omvårdnadsyrket kan bidra med i olika situationer, som då kan leda till att omvårdnadsarbetet sker på andra yrkesgruppers premisser. En annan riskfaktor är *yrkesmässig etnocentricitet* där man anser att det enda sättet att uppfatta en sak eller uppgift är genom den egna yrkeskulturens inneboende värden eller tillvägagångssätt (Scheel, 1996., Sörensen, 2012).

En annan omvårdnadsteoretiker som är intressant att diskutera gällande psykiatrisjuksköterskans kompetens och yrkesutövande i relation till det praktiska omvårdnadsarbetet på en vårdcentral är omvårdnadsforskaren Dorothea Orem. Omvårdnadsteorierna Orem framtagit speglar den del av omvårdnaden som består i att hjälpa patienten återvinna förmågan att självständigt tillgodose sina egna behov i samband med skada, fysisk funktionsnedsättning eller vid psykisk nedsättning (Orem, 2001). Orem utvecklade en grupp omvårdnadsteorier baserade på individens egen förmåga till egenvård och relationen med sjuksköterskan när den egna förmågan brister hos patienten (Orem, 2001). Huvudtesen är att människor i allmänhet har både den förmåga och motivation som krävs för

målinriktad handling i syfte att tillvarata och främja egen hälsa och förebygga sjukdom (Orem, 2021). Egenvård handlar om de aktiviteter och förutsättningar människor gör och har för att bibehålla sin hälsa, sitt välmående och sin självständighet. När egenvårdskraven överstiger individens förmåga att utföra handlingar som upprätthåller och främjar liv, hälsa och välbefinnande, så blir det sjuksköterskans ansvar att kompensera bristen. Detta ska ske på ett sätt så individen får hjälp att så långt det är möjligt återvinna sin egenvårdskapacitet (Orem, 2001).

Problemformulering

Majoriteten av de med upplevd psykisk ohälsa söker sig till primärvården, som är första linjens vård, och som har i uppdrag att utreda och behandla patientgruppen. Hur sedan primärvården organiserar sig för att möta behovet av vård och omvårdnad ser olika ut både mellan och inom regionerna, vilket gör att patienten som söker vård möter olika yrkesgrupper och kompetenser. Det saknas en gemensam uppdragsbeskrivning för psykiatrisjuksköterskor i primärvården och det finns en otydlighet i vad psykiatrisk omvårdnad innebär på en vårdcentral.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur psykiatrisjuksköterskan upplever sin kompetens och yrkesfunktion i förhållande till primärvårdens uppdrag

Metod

Design

Då avsikten med studien var att beskriva hur psykiatrisjuksköterskan upplever sin kompetens samt förhållandet mellan yrkesrollen och organisation, valdes en kvalitativ induktiv design med semistrukturerade frågor. Induktiv ansats innebär att analysen görs förutsättningslöst (Lundman & Graneheim, 2012). Kvalitativa studier utvecklar beskrivningar och analyser av karaktärsdrag och egenskaper från de områden där de förekommer. Beskrivningar och begrepp ska kunna överföras till fler och andra sammanhang än där de är hämtade från. Urvalet bör vara representativt till problemområdet (Malterud, 2009).

Urval

Studien genomfördes inom Västra Götalandsregionen. I ett första steg tillfrågades personer i nära omgivning arbetsmässigt, kring kändedom om lämpliga kandidater. HR-specialist för kompetensförsörjningen för Närhälsan i Västra Götalandsregionen kontaktades därefter via e-

post, för att få ytterligare kontaktuppgifter till psykiatrisjuksköterskor anställda på vårdcentral varpå en lista erhöles. Deltagarna kontaktades via e-post med kort beskrivning av studien och fråga om intresse att delta. Vid visat intresse skickades en forskningspersoninformation samt bokades tid för intervju. En mall för brev till verksamhetschef fanns utformat av Göteborgs Universitet (bilaga 1).

Samtliga av de intervjuade sjuksköterskorna hade sin anställning på vårdcentraler inom Västra Götalandsregionen. Inklusionskriterier för deltagarna var att inneha en specialistutbildning inom psykiatrisk omvårdnad, anställning som psykiatrisjuksköterska på minst 50 % av en heltidstjänst och med minst sex månaders arbetserfarenhet på vårdcentralen. Antalet listade patienter på vårdcentralerna varierade från cirka 7500 till cirka 20 000.

I studien ingick fem sjuksköterskor i åldrarna 45–63 år, tre kvinnor och två män. Deltagarna kom från verksamheter belägna i både storstad och på mindre ort. Tiden som anställd på aktuell enhet varierade mellan åtta månader och 4,5 år.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes med semistrukturerad intervjumetodik. Här följde intervjuaren ett formulär som bestod av ett antal öppna frågor eller teman som samtalet baserades på (bilaga 2). Respondentens möjlighet att påverka innehållet blev därmed betydande, vilket innebar att intervjuaren behövde lyssna aktivt och arbeta med följdfrågor (Alvehus, 2019).

Intervjuerna genomfördes under oktober och november 2021 och tiden det tog att genomföra dem varierade mellan 21–50 min. Två intervjuer genomfördes under en fysisk träff och tre intervjuer genomfördes över telefon. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en inspelningsapp på mobiltelefon.

Dataanalys

Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades därefter ordagrant. Transkriptionen var första steget i analysen och att se intervjuerna i textform ökade möjligheterna att upptäcka både svagheter och styrkor i materialet.

Det transkriberade materialet analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys med stöd av Lundman & Graneheim (2012). Metoden är lämplig för att granska och tolka texter såsom vid transkriberade intervjuer. Fokuset var att beskriva variationer och likheter, genom att identifiera mönster i intervjuernas innehåll. Analysprocessen startade med att texten lästes igenom flera gånger för att skapa en känsla för innehållet. Därefter bröts texten ned i mindre beståndsdelar, där meningsbärande enheter eller stycken som hängde ihop plockades ut. Från de meningsbärande enheterna kondenserades meningsenheter ut för att tydliggöra essensen, varpå dessa kodades. Kodningsprocessen möjliggjorde att kunna se kopplingar mellan de

meningsbärande enheterna. Slutligen kunde underkategorier och kategorier urskiljas som återspeglar det centrala i intervjuerna. En mall för dataanalysen användes som hjälp (Graneheim & Lundman 2004a, 2017b. Några exempel följer i Tabell. 1.

Tabell. 1. Exempel på dataanalysen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategorier
<i>"...vi pratar beteende vi pratar hälsosamtal vi kanske pratar ångesthantering vi kanske pratar lite strategier, vi stärker upp och följer upp det jobbar några veckor så för att se om det har en effekt och om inte det hjälper, då plockar vi på läkemedel"</i>	Börja med hälsosamtal, strategier innan medicinering	hälsosamtal	Egenvård	Kompetens i patientrelationen
<i>"Vi samverkar mycket, vi bollar, det kan man ju säga också att vi serverar lite grand med bedömning inför specialistpsykiatri för att ofta då så har ju vi kanske en annan erfarenhet än vad en del av läkarna har"</i>	Stödjer kollegor med bedömningar inför remisser	bedömningar	bedömningar och konsultationer	Kompetens på arbetsplatsen

Forskningsetiska överväganden

Studiens bygger på personliga intervjuer. I kvalitativa metoder där forskaren utför personliga intervjuer, innebär det att komma i en nära relation med individen, vilket kan skapa olika former av etiska risker. Deltagaren kan anpassa sina svar och formulera sig på ett sätt som de tror att undersökaren vill höra (Henricson, 2016). Medvetenhet om denna påverkans effekt fanns med under intervjuerna. En annan etisk fråga som fanns med i processen, och som kräver känslighet och etiskt kunnande, är när känsliga ämnen kommer upp som medför risk för negativ känslomässig påverkan (Henricson, 2016).

Grundläggande principer för forskareetik handlar om tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvar (Vetenskapsrådet, 2018). Informerat samtycke värnar deltagarens rätt att själv bestämma om och hur de vill delta i ett projekt. Det informerade samtycket bygger på den etiska principen att skydda deltagarens frihet och självbestämmande. Det ställs minst tre krav på deltagaren. För det första att de får information om arbetet, för det andra att de har förmåga att förstå informationen och fatta beslut och för det tredje ska valet att delta vara frivilligt och utan påverkan (Henricson, 2016). För att tillgodose kraven på för forskningsetik och deltagarens frihet har information om studiens syfte givits, samtycke har inhämtats muntligt,

material har förvarats säkert och materialet endast använts för studiens syfte. Forskningspersoninformation (bilaga 3) utformades enligt etikprövningslagens regler och delgavs informanterna innan intervjutillfället (SFS 2003:460 §16, Vetenskapsrådet, 2018). Inför varje intervju gavs även muntlig information samt inhämtades muntligt godkännande att intervjun spelas in på mobiltelefon. Efter intervjun har deltagarna tillfrågats om de önskar ta del av uppsatsen i sin helhetsform efter examination.

Godkänd ansökan om etisk granskning inhämtades av etikgruppen vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa innan datainsamling påbörjades, enligt den rutin som institutionen utarbetat. Bifogat i ansökan fanns den skriftliga informationen till deltagare samt ett första utkast på tänkta intervjufrågor.

Resultat

Resultatet beskrivs i tre kategorier med tio underkategorier enligt följande i tabell 2:

Tabell 2. Översikt av resultatet: kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Kompetens i patientrelationen	Helhetsperspektiv
	Trygghet och kontinuitet
	Stöd till egenvård
	Fånga upp och förebygga
	Strukturerad behandling
Kompetens på arbetsplatsen	Kvalificerade bedömningar, konsultationer och teamarbete
	Att möta komplex psykiatri
Kompetens i organisationen	Otydligt uppdrag
	Prioritering av kompetensen
	Att inte räcka till

Kompetens i patientrelationen

Kompetens i patientrelationen är en kategori som beskriver sjuksköterskornas arbete i den dynamiska relationen med patienten.

Helhetsperspektiv

Samtliga sjuksköterskor beskrev med olika ord att yrkesrollen krävde ett arbetssätt och ett perspektiv där hela människan, hela patienten, togs hänsyn till. Att de inte bara fokuserar på den psykiatriska problematiken utan försökte att göra en bedömning av personens hela

livssituation och eventuella samsjuklighet. Kombinationen av att ha de medicinska, somatiska och farmakologiska kunskaperna, omvårdnadsperspektivet och den specifika psykiatriska kompetensen möjliggjorde ett helhetsperspektiv.

”...det är också patienter som är somatiskt komplexa också, då har dom mycket oro och frågar mig om man kan gå igenom proverna som togs senast så det är inte bara psykiatri det är stödsamtal där man fångar upp många olika saker och det tar jag vidare till doktorn!”

Utifrån detta helhetsperspektiv beskrev sjuksköterskorna att de också hade förmåga att göra specifika och fördjupade psykiatriska bedömningar. I de fall där patienterna själva hade svårt att uttrycka sina symtom och behov, hade sjuksköterskan tillit till sin egen bedömning, för att utifrån den kunna kommunicera med patienten. Flera sade att denna kunskap utgick från deras tidigare erfarenheter, bland annat från mångårig arbetslivserfarenhet inom specialistvård psykiatri.

”... kunna värdera inte bara vad patienten förmedlar utan även det ordlösa, kunna se med ögonkontakt, ansiktsmimik, vad patienten säger, hur dom uttrycker och vad dom inte uttrycker, alltså det där finliret som är svårt att klä med ord men det är där. Det krävs lite erfarenhet att jobba upp det tror jag...”

Trygghet och kontinuitet

Mötet med psykiatrisjuksköterskan på vårdcentralen kan upplevas som avdramatiserat och lugnande för patienterna. Några beskrev att deras bemötande förmedlar att inget är förbjudet att tala om och att de visar för patienten att de kan hållbara det svåra. Stigmat minskar i rummet och när det svåra blir talbart infinner sig tryggheten och därefter kan förändringar ske. Genom normalisering minskar stigmatisering.

”...hjälper det patienterna med att man har den särskilda förkunskapen och förtrogenheten kring dom problemen som ingår i psykisk ohälsa med ångest, depression lättare fobier livsstilsproblem generellt tänker jag. Om man känner sig bevandrad i det och bör vara bevandrad i det och också, blir det en trygghet för patienten så att det inte blir så marginaliserat utan blir ett problem som primärvården också har ansvar för...”

Psykiatrisjuksköterskan beskrevs som en mer lättillgänglig personalkategori, till skillnad från exempelvis läkaren. Det lite mer lättillgängliga och att kunna få kontakt snabbt är viktigt för att skapa trygghet och kontinuitet hos patienten. Flera deltagare tog upp att det är ett problem för den som mår psykiskt dåligt om de bara får en medicin utskrivna, som kanske till och med gör dem sämre inledningsvis, för att sedan förväntas fullfölja en behandling utan något stöd förrän vid nästa läkarbesök ett par månader senare. Som psykiatrisjuksköterska skapar tillgängligheten en trygghet genom stöd, råd, uppmuntran och kunskap. Detta ansåg flera av

deltagarna kunna leda till en bättre följsamhet vid medicinsk behandling och därmed bättre vårdresultat.

En sjuksköterska beskrev att det som kan utmärker en specialist i psykiatri är lite mer tålamod, lite mer förståelse, att kunna stanna upp och lyssna men att framförallt inte nödvändigtvis agera direkt.

Stöd till egenvård

Bland sjuksköterskorna framkom ett upplevt behov hos patienterna att få stöd i egenvård, att förstå vikten av regelbundna rutiner när det gäller mat, sömn och fysisk aktivitet. I egenvårdsamtalen ingick även att prata om strategier för att hantera ångest och kognitiv omstrukturering. Samtalen kunde innehålla reflektioner i många dimensioner där livet skaver och sjuksköterskan kan stötta upp med att få ihop helheten tillsammans med patienten, för att denne ska kunna röra sig i önskad riktning. En sjuksköterska med KBT-utbildning uttryckte:

”Det är faktiskt inte så mycket terapi som jag trodde det skulle vara, KBT är ju modulbaserat på si och så många gånger. De renodlade depressionerna och ångesten finns ju också men ofta är det ju saker i livet som de söker på. Det handlar om att kunna reflektera, vem är jag som person och vad behöver jag göra för att ta hand om mig själv. Så det är mycket kognitiv coachning snarare än KBT som jag ser det...”

Det framkom bland sjuksköterskorna att man ser ett behov av omvårdnadskompetens i kombination med psykiatrikunskaper hos den patientgrupp som söker sig till primärvården. Det fanns ett ifrågasättande kring den traditionella prioriteringen inom primärvården där terapi och medicinering ofta får första prioritering, men där sjuksköterskorna snarare upplevde att psykoedukation, det vill säga stödja patienten i att öka sin egna kunskap, samt egenvård är det som många patienter allra mest behöver.

Fånga upp och förebygga

Samtliga sjuksköterskorna såg att det i deras arbete finns möjligheter att fånga upp patienter i tid och därmed kunna förebygga allvarlig psykisk ohälsa på sikt. Detta genom att uppmärksamma tendenser, uppmärksamma medicinering som inte fungerar eller komma in i en kris- eller sorgprocess som börjat avvika från det normala.

”...och han vet att det inte är konstigt att ringa och säga att jag vill träffa xx igen om han skulle återinsjukna. Så vägen är mycket kortare. Man kan fånga upp honom på ett helt annat sätt än för att han ska gått länge själv utan att våga.”

En sjuksköterska tror på effektivisering och ökad kvalitet i patientbemötandet genom att ha en psykiatrisjuksköterska som tar emot patientsamtalen i växeln för de som valt knappvalsfunktion ”Gäller din fråga psykisk problematik?”

Strukturerad behandling

Sjuksköterskor i studien hade kompetens och uppdrag inom olika områden som samtalsteknik, psykoterapi, suicidprevention, integrerad beteendehälsa, missbruksvård, rehabkoordinering och vårdsamordning.

Strukturerad samtalsbehandling genomfördes i många fall av psykiatrisjuksköterskan på vårdcentralen. En sjuksköterska beskrev sitt samarbete med psykologen som kompletterande då de kan arbeta med patientens problematik från olika perspektiv:

...för då kan planen vara att patienten kommer till mig 4-6 gånger för DBT, ångesthantering och lära sig sätta ord på sina känslor som många inte kan och sen kommer de kanske till psykologen för att jobba vidare med grundproblematiken och bearbeta och ibland vänder vi på det och de börjar hos psykologen och sedan vidare till mig.”

Kompetens på arbetsplatsen

Kompetens på arbetsplatsen är en kategori som innefattar hur psykiatrisjuksköterskans kompetens tar sig uttryck på arbetsplatsen och vilken betydelse den kan ha för det tvärprofessionella teamarbetet.

Kvalificerade bedömningar, konsultationer och teamarbete

Samtliga sjuksköterskor har tidigare erfarenhet av specialistpsykiatri, vilket beskrevs som en stor tillgång för konsultationer som sker mellan kollegor på vårdcentralen. Två sjuksköterskor säger att de har mer erfarenhet och kompetens i att göra psykiatriska bedömningar än vad många läkare har, vilket de tror skapar en trygghet för läkaren när det finns möjlighet att konsultera i svåra patientärenden.

”...det tycker jag man märker väldigt tydligt här eftersom man är ensam psykiatrisjuksköterska så märker jag ett jättebehov att få dela bedömningar och lyfta svåra patienter som dom sitter med och det blir liksom aldrig bra vad man än gör och att man kan liksom komma till någon samsyn, att: det här ser jag och det här bedömer jag! och det är ju en infallsvinkel som kanske kan hjälpa läkaren och att man tillsammans tänkt en behandling som kan göra att vårdkonsumtionen i primärvården går ner och det tror jag är jätteviktigt!”

I flera intervjuer framkommer också att psykiatrisjuksköterskan kan förbättra patientflödet och öka kvalitén på vården genom att vara patientens första kontakt.

...när riktigt dåliga patienter kommer hit och läkarna tycker det är rätt skönt att patienten kommer till psykiatrisjuksköterska först som tar en bra anamnes, grundstatus, en bedömning och gör alla skattningsformulär och sen ligger det klart och läkaren kan läsa på och göra en sista bedömning.”

Det beskrevs av flera sjuksköterskor som en generellt svår arbetsuppgift för vårdcentraler att remittera patienter med svår psykisk ohälsa och sjukdom till specialistpsykiatri. Remisser till specialistpsykiatri upplevs, av psykiatrisjuksköterskorna, ha något högre sannolikhet att accepteras om de varit delaktig i remitteringsarbetet.

Sjuksköterskor som sitter i telefontriagering vid svåra behovsbedömningar får vid behov stöd av psykiatrisjuksköterskan med triagering av den sökandes behov, för att kunna prioritera tidsbokningar rätt. Patienter med psykisk ohälsa skapar lätt osäkerhet inom samtliga personalgrupper och psykiatrisjuksköterskan upplevde sig bidra med att skapa ett lugn och att istället *"ha is i magen"* som en deltagare uttryckte det.

Det skiljer sig mellan deltagarna hur man uppfattar att det fungerar i de psykosociala team som finns på respektive arbetsplatser. Men ett väl fungerande teamarbete beskrevs bidra till kompetensöverföring mellan yrkesgrupperna.

Att möta komplex psykiatri

Flera av deltagarna berättade att deras roll ibland innebar att vara den personen som får ta hand om allt på vårdcentralen som av andra upplevs vara är lite extra svårt. En sjuksköterska uttryckte det som att:

...man är den som får ta hand om allt som är lite knepigare eller faller bortom det mest normala beteendet, kan du ta hand om det som psykiatrisjuksköterska? Så det blir lite som en slaskcontainer, att man ska containa allt det som faller utanför det som är normalitet."

Flera av deltagarna gav uttryck för att de patienter som hör till primärvården på pappret ska vara av lätt till måttlig karaktär, men att verkligheten är en annan. Patienter som kommer till vårdcentralen beskrevs vara inom ett brett spektrum från det lätta och vardagliga till tung psykiatri, som enligt gränssnitt inte tillhör primärvård, men som av olika anledningar inte kan hanteras i specialistpsykiatri. Någon uttryckte det som att när det blir för svårt för specialistpsykiatri ger de upp och remitterar till vårdcentralen som inte kan neka någon vård. Härfter blir ofta psykiatrisjuksköterskan involverad. En sjuksköterska berättade att det inte tillhörde ovanligheterna att akut suicidala patienter hänvisades till hen som första kontakt.

Kompetens i organisationen

Kompetensen i organisationen är en kategori som beskriver psykiatrisjuksköterskornas upplevelse hur deras roll och kompetens värdesätts och hanteras i ett organisationsperspektiv.

Otydligt uppdrag

Det framkom att det inte finns ett enat sätt eller en metod att arbeta efter som psykiatrisjuksköterska. En deltagare underströk vikten av att skapa gemenskap med andra

psykiatrisjuksköterskor i regionen för att utväxla erfarenheter och för att inte behöva återuppfinna hjulet. Hen ansåg att detta i synnerhet är viktigt som nyanställd psykiatrisjuksköterska på vårdcentralen eftersom man i regel står helt ensam utan klarhet i arbetsuppgifterna och att det då är av värde att få handledning.

En annan deltagare hade uppmärksammat att man på annan vårdcentral arbetade helt annorlunda och gjorde då reflektionen att:

”...det finns inte en enad struktur, Det är märkligt att alla behöver uppfinna sina egna rutiner. Det skulle finnas något gemensamt stöd. Det finns ju gemensamma processer och riktlinjer och så men det skulle vara mycket mer...”

Tre av sjuksköterskorna hade samtidigt rollen som vårdsamordnare på en del av sin tjänst. Dessa sjuksköterskor beskrev vårdsamordnarrollen som något integrerat i deras ordinarie arbete och att för dem är snarare funktionen en fråga om finansiering då vårdcentralen får bra betalt när de registrerar sina vårdsamordnaraktiviteter. Samtliga påtalar dock att det är en roll som kräver psykiatrisk kunskap och intresse. En sjuksköterska arbetade även som rehabkoordinator utöver att vara psykiatrisjuksköterska och vårdsamordnare.

Prioritering av kompetensen

Flera sjuksköterskor beskrev en förundran eller ifrågasättande att inte rollen som psykiatrisjuksköterska är högre värderad och mer förekommande. En sjuksköterska uttryckte det som att primärvården har fått uppdraget att ansvara för depression och ångest på grundnivå, men att man inte har vidgat sina rum med specialister för att faktiskt ta emot dessa patienter. Det framkom även tankar och upplevelser att man värdesätter andra yrkeskategorier högre, när man som psykiatrisjuksköterska kan utföra ett mer varierande arbete på vårdcentralen än vad en psykolog till exempel kan göra. En sjuksköterska uttryckte:

”Man kanske behöver kasta upp tjänsterna igen och titta på dem och då tror jag man skulle vinna jättemycket på att få en psykiatrisjuksköterska på varje vårdcentral precis som man har två diabetessköterskor och två av alla andra specialiseringar också.”

Chefstödet beskrevs som viktigt för känslan av att vara värdesatt för sin kompetens. Det skiljer sig bland deltagarna hur de uppfattar att deras närmsta chef ser på arbetet med psykisk ohälsa i stort. Finns det ett intresse hos chefen att arbeta med- och prioritera frågan, så upplevdes det i regel finnas ett bättre uppbyggt och samarbetande psykosocialt team. Hur de psykosociala teamen såg ut skiljde sig mellan deltagarnas enheter. En deltagare upplevde ett mycket lågt intresse för frågan hos chefen.

Det beskrevs att det inom primärvård finns en tradition att somatisk vård är det som värderas och prioriteras högst. Det uttrycktes att den mät- och verifieringsbara vården går före

psykiatrisk vård, vilket en av deltagarna gjorde en ekonomisk koppling till med den styrmodell för finansiering som finns idag.

Det framkom ett ifrågasättande kring prioriteringen inom primärvården, där psykoedukation för patienten är viktig men hamnar i skymundan för psykologbehandling och medicinering.

Att inte räcka till

Av studiens deltagare beskrev fyra av fem att de hade behövts ytterligare psykiatrisjuksköterskor på deras enheter på grund av det höga söktrycket av patienter och för att funktionen behövs för det kollegiala teamarbetet. På den femte enheten fanns redan fler än två psykiatrisjuksköterskor i tjänst. Beskrivningar där kalendern är fullbokad flera veckor framöver med patientbesök från arbetsdagens början till slut framkom. Reflektioner kring att psykiatriska diagnoser står för en stor del av de sökande patienterna på vårdcentralen framkom, vilket inte upplevdes återspeglas i personalbesättningen.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med vald metod var att beskriva hur psykiatrisjuksköterskan upplever sin kompetens och yrkesfunktion i förhållande till primärvårdens uppdrag. Författaren har i huvudsak använt sig av Lundman och Graneheims (2004) kvalitativa innehållsanalys med en induktiv ansats. Metoden är lämplig då den baseras på erfarenhetskunskap och bör tolkas i sitt sammanhang (Lundman & Graneheim, 2004). Denna metod passade ändamålet väl då författaren önskade förstå och beskriva sjuksköterskans egen upplevelse. Samtliga deltagare i studien befann sig i en liknande kontext men med skillnaden att utförandet inom den kontexten skiljde sig åt.

I kvalitativa studier är det enligt Henricson & Billhult (2017) viktigare att hitta färre personer med olika erfarenhet som kan ge rika beskrivningar av fenomenet, än ett stort antal personer som saknar den rika erfarenheten. Deltagarna i studien väljs inte ut slumpmässigt utan tillfrågas ändamålsenligt utifrån sin erfarenhet (Henricsson & Billhult, 2017). I studien ingick fem specialistsjuksköterskor. Det hade varit önskvärt med fler intervjuer för att få en större variation och mer information. Som ensam författare och med hänsyn till den begränsade tidsaspekten var det inte möjligt med fler deltagare.

Samtliga deltagare var specialistsjuksköterskor med anställning på vårdcentraler inom Närhälsan som ägs av Västra Götalandsregionen. Att deltagare var anställda av samma arbetsgivare kan ses som både en styrka och en svaghet. Styrkan kan ligga i att förekommande variationer uppmärksammas trots arbete för samma arbetsgivare, medan en

svaghet är att hur andra regioner arbetar utesluts. Det finns även många privatägda vårdcentralen som har avtal med Västra Götalandsregionen, som även de uteslutits ur studien.

Inklusion- och exklusionskriterierna ansågs som rimliga av författaren. En period på minst sex månader i tjänst bedömdes som ett minimum för att vederbörande ska ha möjlighet att komma in i yrkesrollen och bilda sig en uppfattning om primärvårdens strukturer och patienter.

Intervjuer är en av de vanligaste metoder för att komma åt personers subjektiva upplevelser och åsikter (Alvehus, 2019). Tre av intervjuerna genomfördes över telefon medan två av dem genomfördes med ett fysiskt möte. Tiden för intervjuerna varierade mellan 20–54 minuter och en delförklaring till det breda tidsspannet i intervjutid var avbrott under den längsta intervjun. Författaren upplevde inte någon märkbar skillnad i kvalité och innehåll mellan de intervjuer som genomfördes över telefon jämfört med de som genomfördes under fysiskt möte. Semistrukturerade intervjuer innebär att intervjuaren följer ett formulär med ett fåtal öppna frågor som samtalen centreras till (Alvehus, 2019). Denna metod gör att respondenten har möjlighet att påverka intervjuens innehåll och att den som intervjuar måste vara aktiv i sitt lyssnande med följdfrågor (Alvehus, 2019). En svaghet i studien var intervjuarens oerfarenhet att genomföra intervjuer, vilket kan ha bidragit till uteblivna följdfrågor för att stärka studiens innehåll.

I kvalitativ forskning kan en analysprocess starta redan efter första intervjun (Henricson & Billhult, 2017). Författaren transkriberade materialet själv kort efter att varje intervju genomförts. Det är fördel och stöd för bearbetningen om intervjuaren själv utför utskriften för att på detta sätt kunna höra alla pauser och uttryckssätt (Danielsson, 2017). Genom att skriva och lyssna samtidigt upprepas intervjusituationen och nyanser framkommer (Danielsson, 2012). Transkriberingen ger en metaposition där man kan lägga märke till aspekter som inte var lika tydliga under samtalen (Malterud, 2016). Analysen av materialet genomfördes enbart av en författare, vilket kan sänka reliabilitet i analysen. Att arbeta tillsammans med andra i forskningsgrupp kan motverka att forskaren omedvetet färgar och tolkar innehållet efter egen agenda (Malterud, 2012).

Förförståelse är en faktor som kan påverka pålitligheten i resultatet av det empiriska materialet. Det som forskaren bär med sig i form av erfarenheter, hypoteser, yrkesmässiga perspektiv kan i positiv bemärkelse ge näring och styrka i ett projekt eller i negativ bemärkelse överrösta den kunskap som framkommer (Malterud, 2012). Författaren hade under tiden för studiens genomförande sin anställning som rehabkoordinator på två vårdcentraler inom Närhälsan. På en av dessa vårdcentraler fanns en psykiatrisjuksköterska anställd samt ett större psykosocialt team. På den andra vårdcentralen bestod det psykosociala teamet av två psykoterapeuter och det fanns ingen psykiatrisjuksköterska i tjänst. Detta innebär att det fanns en förförståelse som präglar författarens tankar och idéer kring de olika rollerna och dess funktioner inom primärvården.

Trovärdigheten i resultatet kan bedömas utifrån hur väl data täcker likheter inom och olikheter mellan kategorierna (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att använda representativa citat tydliggörs data och huvudpoänger illustreras (Graneheim & Lundman, 2004., Malterud, 2012). Författaren har diskuterat kategorierna med handledare samt har minst ett citat återgivits under varje subkategori.

Resultatdiskussion

Kategorier som framkom under analysprocessen och som presenteras som resultat var *Kompetens i patientrelationen*, *Kompetens på arbetsplatsen* samt *Kompetens i organisationen*. Varje kategori har ett antal underkategorier kopplat till sig som beskriver olika perspektiv på psykiatrisjuksköterskans kompetens.

Syftet med studien var att beskriva hur psykiatrisjuksköterskan upplever sin kompetens och yrkesfunktion i förhållande till primärvårdens uppdrag.

I studiens resultat framkom att specialistsjuksköterskorna upplevde sig ha god kompetens i att vårda patienter med psykisk ohälsa, vilket även framkommer av en studie av Chapman et al. (2018). Denna specifika kompetens utvecklas genom utbildning, erfarenhet och den kan innebära en utvecklad förmåga att se fler dimensioner av människan i rummet (Chapman, 2018). Kompetensen kan skapa en trygghet för patienten, vilket kan underlätta för att öppna upp för trygga samtal (Santangelo, 2018) och minska upplevelsen av stigma och utanförskap (Ashcroft et al, 2021).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2020:1043) ska behovet av omvårdnad, rehabilitering och förebyggande arbete tillgodoses av primärvården. I studien framkommer att det, från deltagarnas perspektiv, finns delar i primärvårdens uppdrag som kan tillgodoses av psykiatrisjuksköterskan. Detta genom att komma in i ett tidigt skede för att minska risken för svårare psykisk ohälsa (Björkelund et al, 2020) och arbeta förebyggande med tidiga insatser, kontinuerligt stöd och samverkan (Ashcroft et al, 2021, Ölund et al, 2020).

Enligt de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2019) så ska personer med mild och måttlig psykisk ohälsa i första hand erbjudas en hög tillgänglighet och stöd till egenvård. Sjuksköterskans roll inom primärvården handlar därför ofta om att stödja patienten att så långt det är möjligt kunna återvinna sin egenvårdskapacitet (Orem, 2001). Resultatet i studien vittnar om den viktiga uppgiften att erbjuda omvårdnad när det som tillhör livet inte fungerar och behovet av stöd, patientutbildning och vägledning uppstår för patienten. Primärvården, som står för första linjens vård och har i uppdrag att utreda och behandla lätt till måttliga psykisk ohälsa (SFS 2020:1043), har dock inte en tydlig prioritering av eller riktlinjer för den psykiatriska omvårdnaden. Psykiatrisjuksköterskorna i

studien vittnar om ett stort behov hos patienterna de möter att bland annat få stöd till egenvård, lära sig hantera sin ångest, få stöttning i hälsovanor och medicinhantering. Idag erbjuder primärvården framförallt psykofarmakologisk behandling och i viss mån kortare psykoterapeutisk kontakt (Socialstyrelsen, 2019). Inom psykiatrisk vård och behandling dominerar än i dag det bio-medicinska paradigmet (Santangelo et al, 2017), dock är detta paradigm alltför för snävt för psykiatrisjuksköterskan att verka i då hon även använder sig av intuitiva och relationella aspekter i sin omvårdnad (Santangelo et al, 2017).

Samsjuklighet med psykisk ohälsa och somatisk sjukdom är vanligt förekommande (Björkelund et al., 2020, Lepiné et al., 2011). I studien framkommer att psykiatrisjuksköterskan med sin kombinerade kompetens inom båda dessa områden ser sig vara en tillgång för många patienter vars frågeställningar ofta överlappar flera problemområden. Denna kunskapen beskrev sjuksköterskorna även vara till gagn för samverkan med läkaren och patienten genom informationsöverföring och observationer.

I den teoretiska beskrivning som görs i publikationer av Scheel (1996) beskrivs att varje yrkesgrupp inom vården bidrar till att lösa den gemensamma uppgiften, utifrån sin unika utbildning och erfarenhet. Omvårdningspraktiken är således en del som ska samverka med de övriga professionerna i ett samarbete över yrkesgränserna (Scheel, 1996). Den psykiatriska omvårdanden i resultatet beskriver hur psykiatrisjuksköterskorna med sin kompetens bland annat kan bidra med kvalificerade bedömningar som förbättrar det multiprofessionella teamarbetet på vårdcentralen. Förmågan till samverkan ingår i kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2017). Resultatet visar att samverkan mellan psykiatrisjuksköterskan och övriga medarbetare på vårdcentralen är viktigt och central för en god vård.

Studiens resultat baseras på psykiatrisjuksköterskor från Närhälsan i Västra Götalandsregionen. Det har konstaterats att det förkommer stora variationer i hur primärvården arbetar med psykisk ohälsa och vilka personalkategorier som ska finnas bestäms i huvudsak av varje enskild vårdcentralchef (SOU 2021:6). Skillnaden i hur man arbetar med psykisk ohälsa bekräftades av deltagare i studien som även gav uttryck för ett ifrågasättande att inte primärvården i större omfattning ser tillgången med att ha psykiatrisjuksköterskor på fler vårdcentraler. En sjuksköterska uttryckte det som att man kanske inte ser behovet av psykiatrisjuksköterskor innan man vet vad det innebär att ha en. För patientens del innebär skillnaderna i det psykiatriska omhändertagandet i vården att det kan vara svårt att veta vad den enskilde kan förvänta sig av sin vårdcentral.

Inom Västra Götalandsregionen ska kontakt med vårdsamordnare i psykisk ohälsa erbjudas för vissa patientgrupper (RMRa, 2020., Krav och kvalitetsbok 2021a). Resultaten visar att det finns varierande tolkningar kring utförandet av vårdsamordnarrollen. På några enheter ses det som en given och integrerad del i psykiatrisjuksköterskan arbete, medan andra enheter förlägger rollen till andra personalkategorier.

Sammanfattning av resultat

Psykiatrijuksköterskorna i studien beskriver att de upplever sin kompetens som värdefull för såväl patienter som kollegor på vårdcentralen. Resultatet visar att vårdcentraler som har psykiatrijuksköterska kan erbjuda psykiatrisk omvårdnad för sina patienter. Den psykiatriska omvårdnaden kan med hjälp av psykiatrijuksköterskans kompetens för patienten innebära ett tryggt omhändertagande i ett helhetsperspektiv. Resultatet visar även att psykiatrijuksköterskorna upplever att deras kompetens kan ha effekter för teamarbetet på Vårdcentralen i form av förbättrat patientflöde och tryggare bedömningar.

Det framkommer i resultatet att hur man rent praktiskt använder sin kompetens på vårdcentralen till viss del kan skilja sig åt och att arbetet med psykisk ohälsa även skiljer sig mellan vårdcentralerna. Vissa arbetar mycket med medicinuppföljningar, det förekommer att mer somatiskt inriktade arbetsuppgifter utförs av somliga medan andra arbetar i huvudsak med terapeutisk behandling och omvårdnad.

Slutsatser och implikationer

Studien beskriver hur psykiatrijuksköterskor kan uppleva att deras kompetens bidrar till den psykiatriska omvårdnaden och till teamarbetet på vårdcentralerna. Det som beskrivs av deltagarna är att deras roll har en viktig funktion i verksamheten och deras kompetens kommer till gagn för såväl patienter som för verksamheten. I studien beskrivs endast upplevelser utifrån sjuksköterskornas perspektiv. Perspektiv från patienter och andra yrkesfunktioner behövs för att utöka kunskapsområdet.

De flesta vårdcentraler saknar en psykiatrijuksköterska i sin bemanning, men positiva erfarenheter beskrivs från de som faktiskt har det. Ytterligare forskning kring hur yrkesrollen bidrar till en god och effektiv vård behövs, för att ge beslutsfattare en evidensbaserad kunskapsgrund för att kunna värdera om psykiatrijuksköterskan är en profession som ska finnas på vårdcentralen.

Referenslista

- Alvhus, J. (2019). *Skriva uppsats med kvalitativ metod*. Stockholm: Liber AB.
- Björkelund, C., Svenningsson, I., Petersson E-L, Westman, J Hange, d., Wiegner,L., Magnil-Molinder, M.,André, M., Wikberg, c., Holst, A., af Winklerfeldt, S., Udo, C., Wallin,L., Möller, C., Nejati, S. Augustsson, P (2020).Vårdsamordnare vid psykisk ohälsa i primärvården - forskning, organisation och implementering. *Allmänmedicinskt centrum*. Göteborg 2020.
- Brante, T. (2009). Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. IL. Maria (Red). *Vetenskap för profession* (s.15-34). Högskolan in Borås.
- Chapman, S. A., Phoenix, B. J., Hahn, T. E., & Strod, D. C. (2018). Utilization and economic contribution of psychiatric mental health nurse practitioners in public behavioral health services. *American journal of preventive medicine*, 54(6), S243-S249
- Cusack, E., Killoury, F., & Nugent, L. E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(2-3), 93–104. <https://doi.org/10.1111/jpm.12347>
- Danielsson, E. (2012) Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (s.163–174). Uppl.1:7. Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod* (s.285–299). Lund: Studentlitteratur.
- Ejeby, K., Savitskij, R., Ost, L., G., Ekbohm, A., Brandt, L., Ramnerö, J., Asberg, M., & Backlund, L. G. (2014). Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Family practice*, 31(3), 273–280. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu006>
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Vad är psykisk hälsa?* Hämtad 2 december 2021 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>
- Försäkringskassan. (2020) Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2020. Hämtad från <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjukpenning-rehabiliteringspenning/hur-manga-ar-sjukskrivna>
- Goldberg, D. P., Reed, G. M., Robles, R., Bobes, J., Iglesias, C., Fortes, S., de Jesus Mari, J., Lam, T. P., Minhas, F., Razzaque, B., Garcia, J. Á., Rosendal, M., Dowell, C. A.,

- Gask, L., Mbatia, J. K., & Saxena, S. (2016). Multiple somatic symptoms in primary care: A field study for ICD-11 PHC, WHO's revised classification of mental disorders in primary care settings. *Journal of psychosomatic research*, *91*, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.10.002>
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysing in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B., Granskär, M (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.219-234). Lund: Studentlitteratur.
- Hammarberg, S., Hange, D., André, M., Udo, C., Svenningsson, I., Björkelund, C., Petersson, E. L., & Westman, J. (2019). Care managers can be useful for patients with depression but their role must be clear: a qualitative study of GPs' experiences. *Scandinavian journal of primary health care*, *37*(3), 273–282. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639897>
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson, M (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (sid.111–119). Uppl. 2:4. Lund: Studentlitteratur.
- Jonsdottir, I. H., Nordlund, A., Ellbin, S., Ljung, T., Glise, K., Währborg, P., & Wallin, A. (2013). Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, *16*(2), 181–190. <https://doi.org/10.3109/10253890.2012.708950>
- Jørgensen, B.B. & Steinfeldt, V.Ö red. (2012). *Omvårdnadsteori som referensram: i forskning och utveckling*. (1. uppl. s. 137–157) Stockholm: Liber.
- Kappelin, C., Carlsson, A. C., & Wachtler, C. (2021). Specific content for collaborative care: a systematic review of collaborative care interventions for patients with multimorbidity involving depression and/or anxiety in primary care. *Family practice*, cmab079. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab079>
- Kendler K. S. (2016). The Phenomenology of Major Depression and the Representativeness and Nature of DSM Criteria. *The American journal of psychiatry*, *173*(8), 771–780. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1176/appi.ajp.2016.15121509>

- Kosidou, K., Magnusson, C., Mittendorfer-Rutz, E., Hallqvist, J., Hellner Gumpert, C., Idrizbegovic, S., Dal, H., & Dalman, C. (2010). Recent time trends in levels of self-reported anxiety, mental health service use and suicidal behaviour in Stockholm. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 47–55. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01487.x>
- Lauvås, P & Handal, G. (2001). *Handledning och praktisk yrkesteori*. Lund: Studentlitteratur
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7(Suppl 1), 3
- Lidwall U Olsson-Bohlin C. (2017) Psychiatric diagnoses. Short analyses 2017: Long way to work after sick leave. Prognos Afao; 2017 Report no ISBN 978-91-7500-398-6 FK nr 116–116
- Västra Götalandsregionen (2021a). Krav-och Kvalitetsboken 2021. Förfrågningsunderlag vårdval vårdcentral. Hämtad från www.vgregionen.se/vardgivarwebben
- Västra Götalandsregionen (2021b). Krav och Kvalitetsboken. Gällande från 1 januari 2022. Vårdval vårdcentral. Hämtad från www.vgregionen.se/vardgivarwebben.
- Malterud, K. (2012). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Närhälsan Västra Götalandsregionen (2020-10-09) Kompetensförsörjningsplan. Närhälsan 2021. Hämtad 2021-12-14 från:
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. ST Louise: Mosby.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning psykiatrisk omvårdnad. Hämtad från: https://psykriks.se/wpcontent/uploads/2018/07/Kompetensbeskrivning_specialist_psykiatri.pdf
- Regional medicinsk riktlinje (RMR 2019). Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna).
- Regional medicinsk riktlinje (RMR 2020a). Psykisk ohälsa i primärvård - uppföljning av vårdsamordnare (2020) vårdgivarwebben.

Regional medicinsk riktlinje (RMR2020b). Ångestsjukdomar (2020). Hämtad från:
www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel

Reising, V., Diegel-Vacek, L., Dadabo MSW, L., & Corbridge, S. (2021). Collaborative Care: Integrating Behavioral Health Into the Primary Care Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*.

Rienecker, L & Jörgensen, P-S. (2017) *Att skriva en bra uppsats*. Stockholm: Liber.

Reising, V., Diegel-Vacek, L., Dadabo MSW, L., & Corbridge, S. (2021). Collaborative Care: Integrating Behavioral Health Into the Primary Care Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*.
<https://doi.org/10.1177/10783903211041653>

SBU. Behandling av ångestsyndrom, volym 1. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. SBU-rapport nr 171/1. ISBN 91-87890-98-4

Santangelo, P., Procter, N., & Fassett, D. (2018). Mental health nursing: Daring to be different, special and leading recovery-focused care?. *International journal of mental health nursing*, 27(1), 258–266. <https://doi.org/10.1111/inm.12316>

SBU. (2015) Behandling av stressrelaterade sjukdomar med fokus på maladaptiv stressreaktion och utmattningssyndrom. Hämtad från 2021-11-15: [behandling-av-stressrelaterade-sjukdomar-med-fokus-pa-maladaptiv-stressreaktion-och-utmattningssyndrom.pdf](http://www.sbu.se/behandling-av-stressrelaterade-sjukdomar-med-fokus-pa-maladaptiv-stressreaktion-och-utmattningssyndrom.pdf) (sbu.se)

Scheel M-A. (1996) *Interaktionell omvårdnad: vetenskaplig grundval – etik och omvårdnad*. Stockholm: Liber.

SFS 2020:1034. Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Svensk författningssamling.

Socialförsäkringsrapport. (2020:8). Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser - En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år. ISBN 1654-8574

Socialstyrelsen. (2016). Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Hämtad från: [Primärvårdens uppdrag](http://www.socialstyrelsen.se/primarvardens-uppdrag) (socialstyrelsen.se)

- Socialstyrelsen. (2019). Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/>
- Socialstyrelsen. (2021). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm.2021. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/depression-och-angest/>
- Statens offentliga utredningar, SOU. (2021:6). *God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.* Stockholm Socialdepartementet. ISBN 978-91-525-0019-4 Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/utredningar.15738.html>
- Svenningsson I, Udo C, Westman J, Nejati S, Hange D, Björkelund C, Petersson EL. (2018) Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences. *Scand J Prim Health Care.* 2018 Dec;36(4):355-362. doi: 10.1080/02813432.2018.1529018. Epub 2018 Oct 12. PMID: 30314415; PMCID: PMC6381518
- Svensk sjuksköterskeförening (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. <https://www.swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska>.
- Vetenskapsrådet. (2018). Etik i forskning. Hämtad 2020-12-12 från <https://www.vr.se/uppdrag/etik/etik-i-forskningen.html>
- Wallensten, J., Åsberg, M., Wiklander, M., & Nager, A. (2019). Role of rehabilitation in chronic stress-induced exhaustion disorder: A narrative review. *Journal of rehabilitation medicine*, 51(5), 331–342. <https://doi.org/10.2340/16501977-2545>
- Wiegner, L., Hange, D., Björkelund, C. Ahlberg, g. (2015). Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care - an observational study. *BMC Fam Pract* 16, 38 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0252-7>
- World Health Organization. (2016). ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 5th ed. World Health Organization.

World Health Organisation (2018). Psykisk hälsa: stärka vårt svar. 30 mars 2018. Hämtad från:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Ölund, H., Danielsson, L., & Rosberg, S. (2020). Anxiety management: Participants' experiences of a physiotherapeutic group treatment in Swedish psychiatric outpatient care. *Physiotherapy theory and practice*, 36(2), 276–290.

Bilaga 1



**SAHLGRENSKA AKADEMIN,
Institutionen för vårdvetenskap
och hälsa**

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN
2020-11-03

Till berörda verksamhetschefer

Studenters examensarbete på grund- och avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på såväl grundnivå till sjuksköterska och röntgensjuksköterska som på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistjuksköterska och barnmorska. Institutionen erbjuder också fristående kurser i genomförande av självständigt arbete på avancerad nivå. Det självständiga examensarbetet omfattar 15 respektive 30 högskolepoäng och ingår i en generell kandidat- magister- eller masterexamen i huvudområdena omvårdnad, radiografi, vårdpedagogik och reproduktiv och perinatal hälsa

Examensarbetet kan utgöras av en litteraturstudie eller en empirisk studie med datainsamling inom valt verksamhetsområde. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten, vilket ställer krav på rutiner för etisk prövning. Etikprövningslagen (EPL) gäller dock inte sådant arbete eller sådana studier som endast utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå.

Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien har därför beslutat att fastställa rutiner för etisk prövning gällande examensarbeten på grundnivå och avancerad nivå enligt bilaga: "Protokollsutdrag från Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien den 29 januari 2020" med bilagd underbilaga, blankett för "Uppdragstilldelning – tilldelning av särskilda uppdrag". Studenterna använder denna blankett inom SU och dokument med motsvarande rubriker vid verksamhet utanför SU för att inhämta godkännande från verksamhetschef eller motsvarande.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall först inhämta godkännande av etikprövningsgrupp på institutionen som på prefektens uppdrag genomfört etisk granskning av studentens forskningsetiska övervägande samt forskningspersoninformation (FPI). Därefter inhämtar studenten tillstånd från verksamhetschef eller motsvarande med ovan beskrivna dokument för att kunna genomföra sin planerade studie. Studenten skall efter inhämtat tillstånd lämna den godkända FPI:n till tillänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. Forskningspersoner som väljer att delta i studien skall ge muntligt alt skriftlig samtycke och vara klara över att deltagandet är frivilligt och när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför. Data förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer åt data, och förstörs/raderas när uppsatsen är godkänd.

Examensarbetet kan också ske som ett delarbete i ett pågående forskningsprojekt. I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt gäller inte ovan utan räknas som forskning och studenten skall uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Inger Jansson
Vice prefekt för utbildning
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Telefon: +46 31 786 6013
E-post: Inger.Jansson@gu.se

Bilaga 2

Frågeguide

- Introduktionsfrågor om: ålder, kön, yrkeserfarenhet/yrkeserfarenhet på nuvarande arbetsplats, anställningsform, utbildning, antal listade
- Beskriv en typisk arbetsdag?
- På vilket sätt är du involverad i vården av personer med depression eller ångest?
- Vad kan du, utifrån din kompetens, bidra med i vården av patienterna du möter på vårdcentralen?
- Vad, anser du, är patienternas behov av psykiatrisk omvårdnad?
- Har ni något psykosocialt team eller vilka arbetar specifikt med psykisk ohälsa?
- Hur arbetar ni i teamet? Vad är din roll/funktion i ”teamet” på din arbetsplats?
- Hur ser du på behovet av psykiatrisjuksköterskor inom primärvård? Varför? (motivera)
- Några tankar eller idéer om hur psykiatrisjuksköterskans kompetens skulle kunna användas på något annat sätt på vårdcentralen?
- Har du något mer kring temat psykiatrisjuksköterska på vårdcentral du vill säga som du känner att vi inte tagit upp idag?

Bilaga 3



Förfrågan om medverkan i en intervjustudie

Bakgrund till studien

Primärvården står för majoriteten av förskrivningen av antidepressiva läkemedel i Sverige och de flesta som söker vård och behandling för lättare psykisk ohälsa gör det på sin vårdcentral. Psykiatrisjuksköterskor är verksamma inom primärvård, men det finns inget krav att ha en psykiatrisjuksköterska anställd på vårdcentralsenheterna och denna kompetens saknas på många enheter. Psykiatrisjuksköterskans patientarbete skiljer sig åt mellan olika enheter och det finns få standardiserade riktlinjer och dokument. Syftet med denna studie är att belysa hur psykiatrisjuksköterskans upplever att hennes kompetens används i primärvården.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas att delta då du arbetar som psykiatrisjuksköterska på vårdcentral.

Studiens genomförande

Studien är en del av specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad och genomförs på magisternivå. Det är en kvalitativ intervjustudie, där varje intervju beräknas ta mellan 30–40 minuter. Vi träffas på en plats som passar dig, förslagsvis på din arbetsplats för att genomföra intervjun, alternativt genomför intervjun på telefon.

Önskemålet är att de som intervjuas berättar om sin upplevelse och tankar kring sitt yrkesutövande inom primärvård, främst i samband med vården av patienter med lättare psykisk ohälsa.

När forskningsstudien är genomförd och examinerad kommer den att finnas i sin helhet på DIVA-portal och jag kommer att skicka en kopia till dig, om du önskar.

Sekretess och hantering av data

Insamlade data kommer endast användas för avsett ändamål. Du som informant garanteras att inget du säger eller uttrycker kan härledas till dig som person. Materialet kommer att behandlas enligt uppställda etiska regler, innebärande att intervjuerna avkodas och enbart behandlas av personer som är involverade i studien. Inspelat material förvaras på säkert ställe där inga obehöriga har tillgång. Data och personuppgifter i studien hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679. Göteborgs universitets dataskyddsombud nås på dataskydd@gu.se eller 031-786 00 00. Riskerna att medverka i studierna bedöms som ringa och intervjuerna ska inte orsaka obehag, men om detta sker är du välkommen att ta kontakt enligt uppgifterna nedan.

Frivillighet

Deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att skäl behöver anges.

Ingen ersättning kommer utgå i studien då intervjun kommer att göras under arbetstid och sedvanlig försäkring under arbetstid då gäller.

Ansvariga:

Student

Elin Ward

Leg. Sjuksköterska

guswardel@student.gu.se

Handledare

Lena Johansson,

Sahlgrenska Akademin, GU

lena.maria.johansson@gu.se

