



# **Psykisk ohälsa i somatisk slutenvård**

**Att vårda patienter med psykisk ohälsa på medicin- och kirurgavdelning**

**Linda Berggren & Åsa Hjalmar Andersson**

**D-uppsats**

Vt-2014

Omvårdnad, självständigt arbete 15 p

Specialistsjuksköterska med inriktning mot psykiatri, 60 p

Handledare: Helena Antonsson

# Psykisk ohälsa i somatisk slutenvård

## -Att vårda personer med psykisk ohälsa på medicin- och kirurgavdelning

Linda Berggren & Åsa Hjalmar Andersson

**Syfte.** Syftet med studien är att belysa viktiga aspekter i mötet mellan sjuksköterskan och patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska slutenvården.

**Bakgrund.** Patienter som lider av psykisk ohälsa vårdas frekvent i den somatiska slutenvården. Sjuksköterskor på medicin och kirurgavdelningar möter och vårdar dessa patienter tillsammans med undersköterskor och läkare, men är de som har omvårdnadsansvaret för patienterna.

**Design.** Kvalitativ intervjustudie.

**Metod.** Åtta legitimerade sjuksköterskor vid kirurg och medicinavdelning med olika långa anställningstid, intervjuades individuellt. Alla sjuksköterskor utom en intervjuades på sin arbetsplats inom arbetstid. Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys och analysen resulterade i två kategorier och sju underkategorier.

**Resultat.** Kategorier som formades från det analyserade materialet var; Erfarenheter, reflektioner och information är grundelement för det goda mötet och; Kunskap och samordning underlättar vårdarbete. Resultatet visar att sjuksköterskor i den somatiska slutenvården upplever att de har en önskan och en vilja att bemöta och vårda patienter med psykisk ohälsa på ett bra sätt.

Sjuksköterskorna beskriver i stor utsträckning att tidsbrist hos sjuksköterskan och bristen på möjlighet till sekretess mellan patienter med psykisk ohälsa och sjuksköterska är faktorer som påverkar bemötande, vårdkvalitet och arbetsmiljö negativt.

Vidare upplever sjuksköterskorna att kunskapsbrist om psykisk ohälsa, stressig vårdmiljö och begränsad möjlighet till konsultation är faktorer som påverkar vården av patienter med psykisk ohälsa.

**Slutsats.** Sjuksköterskorna upplever att tidsbrist påverkar vårdkvalitet och arbetsmiljö negativt. Sjuksköterskorna önskar kompetensutveckling i området psykisk ohälsa och ett utvecklat samarbete kring personer med psykisk ohälsa. Både med yrkesgrupper på avdelning och med psykiatrisk klinik, för ökad vårdkvalitet för personer med psykisk ohälsa.

**Nyckelord:** Sjuksköterskor, upplevelser, erfarenheter, vårda, psykisk ohälsa, vårdmiljö, sekretess, arbetsmiljö, samordning, reflektion, somatisk slutenvård

# **Mental illness in somatic inpatient wards**

## **- Nursing patients suffering from mental illness in medical- and surgical inpatient ward**

Linda Berggren och Åsa Hjalmar Andersson

**Aim and objectives.** The aim of the study was to illuminate important aspects between nurses and patients suffering from mental illness within hospital inpatient wards.

**Background.** Patients suffering from mental illness are frequently nursed in inpatient somatic care. Nurses at the medical and surgical inpatient wards meet and care for these patients, along with nurse assistants and physicians, but are the ones who are responsible for the nursing care of the patients.

**Design.** Qualitative interview study.

**Methods.** Eight registered nurses with different lengths of time of employment, working in medical and surgical inpatient wards were interviewed individually. All of the nurses except one were interviewed in their workplace within their working time. The interviews were analyzed through qualitative content analysis, and the analysis resulted in two categories and seven subcategories.

**Result.** The categories that were formed from the analyzed data was: Experiences, reflections and information are the very basic elements for a successful meeting, and; Knowledge and coordination ease nursing. The result shows that nurses in somatic inpatient care experience that they have a genuine desire and intent to care for patients suffering from mental illness in the best possible way. Nurses widely describe that the lack of time and the lack of possibility for confidentiality affects treatment, quality of care and working environment negative. Furthermore the nurses experience that lack of knowledge of mental illness, stressful caring environment and the limited possibility of consultation are factors that affect the care of patients suffering from mental illness.

**Conclusion.** Nurses experience that lack of time affects quality of care and working environment negatively. Nurses wish for growth of knowledge in mental illness care and a developed collaboration about patients suffering from mental illness. Both within occupational groups in somatic wards and with psychiatric clinics, this for increased quality of care for patients with mental illness.

**Keywords:** Nurse, experience, nursing, mental illness, hospital environment, work environment, confidentiality, coordination, reflection, somatic care

## Innehållsförteckning

Bakgrund .....	1
Syfte .....	3
Metod .....	3
Kontext och deltagare.....	3
Datainsamling.....	3
Analys.....	4
Etiska överväganden .....	4
Resultat.....	5
Erfarenheter, reflektioner och information är grundelement för det goda mötet .....	5
Att möta patienter med psykisk ohälsa .....	5
Att bemöta patienter med psykisk ohälsa.....	7
Att få information om patientens psykiska ohälsa .....	8
Kunskap, vårdmiljö och arbetsmiljö påverkar vården.....	9
Kunskap om psykisk ohälsa .....	9
Vård och arbetsmiljö .....	9
Sekretess.....	11
Erfarenheter och reflektioner om värdet av samordning med psykiatrisk vårdgivare .....	12
Resultatdiskussion.....	13
Metoddiskussion.....	18
Slutsats .....	20
Referenser.....	21
Bilaga 1	
Bilaga 2	

## Bakgrund

Socialstyrelsen skrev 2011 en rapportserie baserade på studier av olika register, med temat “den somatiska vården och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom”. Resultaten i rapporterna visar att personer med psykisk sjukdom inte får tillräcklig vård. Bland annat sågs att halskirurgi vid hjärninfarkt utfördes i mindre mängd, samt ballongvidgning vid hjärtinfarkt. Även ökad risk för död, vid diagnoserna hjärninfarkt, hjärtinfarkt, bröstcancer och diabetes. Patienterna med fysisk och psykisk sjukdom hade också sämre tillgång till läkemedel. Detta av flera orsaker; den fysiska ohälsan upptäckts senare hos personer med psykisk ohälsa, personer med psykisk ohälsa söker vård senare samt har sämre förutsättning att ta emot vård och följa ordinationer. Omhändertagandet tycks också vara en del av orsaken till skillnaden i vården detta trots att hälso- och sjukvården har ett ansvar att nå personer med samsjuklighet. En samverkan i vården är därför av vikt (Socialstyrelsen 2011).

Hög sjuklighet och dödlighet hos personer med psykiska sjukdomar är associerade med bristen på kvalificerad medicinsk vård över ett brett spektrum av medicinska tillstånd, såsom diabetes, hjärtsjukdomar, och astma, likväl som brister i andra förebyggande hälso- och sjukvårdsinsatser. Psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser är associerat med stigma. Psykisk ohälsa är ofta underdiagnostiserad och obehandlad inom medicinsk sjukvård relaterat till stigmatiseringen, vilket ofta yttrar sig i att personerna kan vara tveksamma till att diskutera sin psykiska hälsa, utan ofta härrör sina symptom till medicinska tillstånd som är mer socialt accepterade. Personer med psykisk ohälsa är mer troliga att uppfattas som 'svåra patienter' av personal inom primärvården, som då är mindre angelägna om att engagera sig i att följa upp behandlingen av och behandlingsföljsamheten hos dessa personer. Somatisk ohälsa i samsjuklighet med psykisk ohälsa, orsakar ett ökat behov av vård på akutmottagningar, samt negativa upplevelser under vårdtillfällen på medicin, kirurg eller intensivvårdsavdelningar (Farley-Toombs 2012).

I en studie undersöktes sjuksköterskors attityder på ett irländskt sjukhus. Sjuksköterskorna som arbetade på medicin och kirurgavdelningar intervjuades och reflekterade över en inspelad sketch föreställande patient och sjuksköterska. Attityderna var mer stereotypiska än personcentrerade. Attityderna som dominerade var riskorienterade, det vill säga de upplevde patienten aggressiv, krävande, en källa till fara för sig själv och omgivningen, samt riskerade

att försvåra behandlingen. Den andra attityden var att se patienten som sårbar, en person som saknar stabilitet, är ensam, har psykiska svårigheter. Sjuksköterskorna hade också olika metoder att hjälpa patienterna, några exempel är försäkran "reassurance" att tala med patienten om dess känslor i syfte att reducera oro men även att låta patienten komma till tals och lyssna på denne. Uppmuntran, "Encouragement" guida patienten till acceptans av relevanta mål till exempel sluta röka och fullfölja behandlingen angavs också. Detta skedde oftast på sjuksköterskans villkor och hennes uppsatta mål och strukturerade engagemang. Agerandet var kopplat till hennes direkta försök att ändra patientens beteende med klara förslag, direktiv och genom förhandlingar med patienten (MacNeela et al. 2012).

Begreppet soma har betydelsen allmän benämning på kroppen i motsats till begreppet psyke. Begreppet somatisk har betydelsen; kroppslig som har med kroppen att göra (Nationalencyklopedin 2014). Historiskt har kroppen upplevts som ett objekt, en maskin som repareras om den går sönder. Genom detta har utveckling i hälso- och sjukvården skett. Tanken på kroppen som helhet av kropp och själ kom under 1900-talet. Kroppen är människans identitet. Samhällets ideal påverkar synen på kroppen, och förväntningarna är att ta ansvar och kontroll över sin egen kropp, en sjuk kropp förvandlas lätt till något hotfullt eller skrämmande (Wiklund Gustin & Bergbom 2012). Själens relaterar till det inre livet, känslorna och psyket, personlighet som möjliggör tanke - känsla - viljeliv (Nationalencyklopedin 2014). Själens är det mentala tillstånd som representerar individens psyke. Personen är en helhet av kropp - själ - ande, vid sjukdom uttrycks detta som ett lidande. Kroppslig ohälsa kan även uttrycka sig i själsligt lidande. Att vårda innebär att möta den lidande individen, ge trygghet, lyssna, bekräfta och ha mod att stanna (Wiklund Gustin & Bergbom 2012).

Prevalensen av personer med samsjuklighet av traditionell somatisk och psykisk ohälsa som vårdas på sjukhus stiger (Stiefel et al. 2006, Watanabe-Galloway & Zhang 2007). Kathol *et al.* (2006) skriver att 40 % eller fler av personer som vårdas inlagda på sjukhus kan förväntas ha någon form av psykisk ohälsa eller beteendestörning.

National council of state boards of nursing (NCSBN) är en amerikansk organisation som är ansvarig för regleringen av sjukvården. Bland annat utvecklas olika riktlinjer, en riktlinje som kom ut 2012 behandlar relationen mellan vårdare och patient. A nurses guide to professional boundaries, belyser hur viktig den professionella relationen är för vården. En relation som är

till för att bevara värdighet, respekt och självständighet. Sjuksköterskan bör respektera allas lika värde och agera för att skapa den bästa vården för patienten. Hon bör också äga en medvetenhet om sina egna beteenden, känslor och värderingar och sätta patienten i det främsta rummet. En annan viktig förmåga är att sjuksköterskan ska vara reflekterande och handla efter den sårbarhet patienten uppvisar genom den fysiska och emotionella intimitet vården kan skapa, samt den maktposition som sjuksköterskan kan besitta genom att vara källan till information och kunskap (NCSBN 2012).

## **Syfte**

Syftet med studien är att belysa viktiga aspekter i mötet mellan sjuksköterskan och patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska slutenvården.

## **Metod**

### **Kontext och deltagare**

Studien omfattar åtta kvalitativa intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på medicin eller kirurgavdelning på ett sjukhus i norra Sverige. Avdelningschefer och klinikchefer kontaktades för information av studiens syfte och godkännande av genomförandet. Genom dessa fick vi kontakt med sjuksköterskorna på avdelningarna. Deltagarna kontaktades sedan personligt och fick muntlig och skriftlig information om studien. Hälften av deltagarna valdes ut av avdelningschefer, tre av deltagarna anmälde eget intresse efter förfrågan från avdelningschef och en anmälde intresse efter ”snowballingeffekt”, det vill säga att intervjuade personer tipsade författarna om en ny lämplig person för studien. Gruppen personer som intervjuades bestod av åtta personer, som var och en har en tjänstgöringsgrad på minst 75 % dagtid och arbetat minst 6 månader som sjuksköterska. Sjuksköterskorna fick skriftlig information om studien genom ett informationsbrev (se bilaga 1). Sju av sjuksköterskorna var kvinnor. Intervjuerna ägde rum mellan december 2013 och januari 2014. Intervjuerna var mellan 25 minuter och 51 minuter långa.

### **Datainsamling**

Då studiens syfte fokuserar på sjuksköterskors upplevelser, erfarenheter och reflektioner, samlades data in genom semistrukturerade intervjuer med en narrativ ingångsfråga. Semistrukturerad intervju innebär att med hjälp av en förberedd frågeguide med ämnesfrågor kring de intressanta områdena i studien ställer samma frågor till alla deltagarna. Detta ger

forskarna den informationen de behöver och möjliggör för deltagarna att prata öppen kring frågan (Polit & Beck 2012). I narrativ intervju ligger fokus på historierna som framkommer under intervjun och strukturerna av dessa. Intervjuaren blir delaktig i berättelsen med sina frågor. Ur narrativa berättelser kan man få fram en livshistoria, en händelse eller en historisk berättelse ur intervjupersonens perspektiv (Kvale & Brinkmann 2009). En semistrukturerad frågeguide (se bilaga 2) utarbetades av båda författarna och användes som ett underlag för intervjuerna och följdfrågor användes som ett naturligt inslag för att leda samtalet vidare eller få en tydligare beskrivning av berättelsen. Intervjupersonerna oidentifierades så till vida att inga namn nämndes under intervjuerna eller framgick i utskriften. Intervjuerna har förvarats så att endast författarna till studien har haft tillgång till materialet. Intervjuerna spelades in på band, och transkriberades sedan ordagrant till textmaterial av författarna. För att sjuksköterskornas minnen och berättelser av sina upplevelser och erfarenheter skulle bli så autentiska som möjligt, utfördes intervjuerna i största möjliga mån på respektive arbetsplats. Sjuksköterskorna ombads att inte tänka på psykisk ohälsa kopplad till geriatrisk problematik.

### **Analys**

De transkriberade intervjuerna med narrativa berättelser och separata tilläggsfrågor fördes samman till en text och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. I kvalitativ innehållsanalys beskrivs variationer genom att identifiera likheter och skillnader i texten. Dessa uttrycks genom kategorier och teman på olika nivåer (Graneheim & Lundman 2004, Graneheim & Lundman 2008).

Analysen inleddes med att alla intervjuer lästes igenom för att få en helhetsbild av materialet. Meningsenheter som är ord, meningar eller stycken som har samma innebörd identifierades. Dessa kondenserades, abstraherades och kodades. Kategorier skapades, som består av koder med liknande innehåll (Graneheim & Lundman 2004, Graneheim & Lundman 2008). Kategorier med liknande innehåll kunde efter ytterligare genomläsningar och analys inordnas i två teman.

### **Etiska överväganden**

Avdelningschefer samt klinikchefer på berörda avdelningar informerades om studiens syfte och gav sitt godkännande innan studien påbörjades. Deltagarna fick information om syftet med studien muntligt och skriftligt. Studien genomfördes i enlighet med etiska riktlinjer enligt World Medical Association Declaration of Helsinki (2013). Deltagarna fick information om att deras medverkan var frivillig och att de hade rättigheten att dra sig ur när



som helst utan negativa påföljder. Materialet från studien behandlades konfidentiellt, så att inga obehöriga kunde ta del av materialet och inga deltagare i studien kunde identifieras.

## Resultat

Analysen resulterade i två teman och sju kategorier (se tabell 1).

Tabell 1. Teman och kategorier:

<b>Erfarenheter, reflektioner och information är grundelement för det goda mötet</b>	-Att möta patienter med psykisk ohälsa -Att bemöta patienter med psykisk ohälsa -Att få information om patientens psykiska ohälsa
<b>Kunskap och samordning underlättar vårdarbete</b>	-Kunskap om psykisk ohälsa -Vård och arbetsmiljö -Sekretess -Värdet av samordning med psykiatrisk vårdgivare

### **Erfarenheter, reflektioner och information är grundelement för det goda mötet**

#### *Att möta patienter med psykisk ohälsa*

Samtliga intervjuade sjuksköterskor beskrev upplevda svårigheter att möta och bemöta patienter med psykisk ohälsa och vad det genererat för känslor hos dem, men även om den önskan de har att hjälpa och finnas till för varje enskild individ. I mötet med patienter beskriver en sjuksköterska att hon möter människan här och nu, och inte diagnosen patienten har.

*“Vi är ju precis som de och de är ju precis som oss”*

Några av sjuksköterskorna beskriver att många patienter med psykisk ohälsa ofta upplevs svåra att få delaktiga i behandlingen, vård och resurskrävande, samt att de ofta har långa vårdtider.

I patientmötet beskrev majoriteten av de intervjuade sjuksköterskorna svårigheter att möta, lindra och hantera patientens ångest. De upplever också att patienternas fysiska smärta ofta förstärks av det dåliga psykiska måendet. Patienternas smärtuttryck upplevs också kunna

förändras när sjuksköterskan eller läkare kommer in på salen. Flera av sjuksköterskorna upplever vidare att de har svårigheter att tolka uttryck för smärta, eller skilja på uttryck för ångest och smärta hos patienter med psykisk ohälsa och tolka vad som kan vara kärnan till smärtsymptomen.

Känslan av otillräcklighet av att inte kunna lindra det psykiska lidandet beskrevs av de flesta av de intervjuade sjuksköterskorna. En sjuksköterska beskriver erfarenheten av att försöka ge andra alternativ än smärtbehandling och läkemedelsbehandling, alternativ som att gå en promenad och sitta med personen. Sjuksköterskorna beskriver att de ofta sätter sig ner och pratar med patienter de upplever inte mår bra.

De flesta av de intervjuade sjuksköterskorna upplever vidare att många patienter med psykisk ohälsa kan vara krävande och att personalen kan tröttnas ut, extraresurser i form av personal från psykiatriska kliniken behöver ibland sättas in. Patienter med missbruksproblematik upplevs av sjuksköterskorna kunna bli arga och personalen upplever det osäkert när man inte har lärt sig var personens gräns går. Några sjuksköterskor upplever att patienter med nedstämdhet eller depression kan passera rätt obemärkta förbi, de har medicinering för sjukdomen och en kontakt på psykiatriska öppenvården. Vissa situationer beskriver en sköterska kan kännas svåra och det är lätt att ta det personligt. Personalen beskrivs kunna reagera med tankar och känslor när för dem kända patienter med psykisk ohälsa återkommer i vården. De upplever även att patienter med psykisk ohälsa kan stressa upp sina medpatienter. Samtidigt finns en förståelse för patientens problematik, som en av sjuksköterskorna uttrycker det:

*“Det var ju hennes sjukdom det vet jag ju, men hon var väldigt väldigt intensiv”*

Några av sjuksköterskorna beskrev också ett dilemma i att en del patienter inte tillåter eller förstår nödvändiga omvårdnadsåtgärder som måste ske för att man ska kunna behandla den somatiska åkomman.

*“Att sätta nålar på honom, alltså PVK, var inte det lättaste kan jag säga”*

Oro uttrycktes av en sjuksköterska om att anteckningar om den psykiska ohälsan kan leda till att den fysiska hälsan får stå tillbaka.

*“..Sen vill man ju inte att det ska komma till den punkten att om det står att man har en psykisk åkomma att man ska bortse från att man har fysiska besvär också..”*

Vårdfokus på en somatisk avdelning upplevs ibland bara ligga just på det somatiska berättar en del av de intervjuade sjuksköterskorna, både om det egna fokuset och om läkarens fokus.

Sjuksköterskorna upplever ibland att patienter med psykisk ohälsa inte tänker att de ska prata om sitt psykiska mående när orsaken till vårdtillfället är somatisk och att patienterna därför väljer att inte nämna något om sin psykiska ohälsa. Vidare reflekterar majoriteten av de intervjuade sjuksköterskorna över att området kan vara tabubelagt, och att patienten ofta inte berättar på grund av skamkänsla. En sjuksköterska upplever att de sällan erbjuder patienten kontakt med kurator eller psykiatrisk vård.

#### *Att bemöta patienter med psykisk ohälsa*

De intervjuade sjuksköterskorna uttrycker att de försöker var öppna och tänka på sitt bemötande till patienter med psykisk ohälsa, att alla lika värde värderas av dem och att alla patienter behandlas på samma sätt.

Några sjuksköterskor uttryckte erfarenhet av egna känslor av svårigheter i att bemöta patienter med psykisk ohälsa och symptom som sjuksköterskorna inte har någon större erfarenhet av. Detta uttryckte sig i till exempel att inte veta hur de ska förhålla sig till patienterna. Samtidigt uttryckte en sjuksköterska att vid varje nytt patientmöte byggs nya erfarenheter om vad som fungerar och vad som inte gör det.

Några av sjuksköterskorna beskriver att patientens svårigheter får ligga i fokus, de beskriver även att de reflekterar över hur individanpassad information bör förmedlas. Vidare beskrivs också sjuksköterskors upplevelser av att patienter med psykisk ohälsa inte alltid uppfattas kommunicera adekvat, kunna tillgodose sitt behov av information under vårdtiden samt ha lång svarslatens och därmed inte ge svar eller svara annat än det sjuksköterskan frågar om. Av den anledningen upplever flera av de intervjuade sjuksköterskorna att patienter med psykisk ohälsa ofta förbigås när det gäller egen delaktighet i vården och att vården istället ofta utförs och planeras med anhöriga eller andra vårdgivare.

*“..sen är vi ganska dåliga här på att bemöta dom på ett rätt sätt.....vi bidrar nog till deras ångest, vi kan som inte riktigt bemöta dom med det dom skulle behöva, kan jag tänka mig, de skulle kanske behöva lite mer lugn och ro”*

*Att få information om patientens psykiska ohälsa*

Sjuksköterskorna beskriver att de oftast får information om patientens psykiska ohälsa genom läkares inläggningsanteckning. Flera av sjuksköterskorna har erfarenheten att det är patienterna själva som påtalar sina egen psykiska ohälsa, men att patienterna oftast håller det för sig själva.

*“Däremot om jag frågar då får jag ju svar, men det kommer inte självmant jämt”*

Några av sjuksköterskorna upplevde att en del anhöriga är angelägna om att diagnoser lyfts fram till personalen, men informationen blir inte alltid rätt. Detta skapar missförstånd och förvirring kring patientens sjukdom. Vidare beskrivs en upplevelse av att patienternas vilja att prata om sin psykiska ohälsa som åldersrelaterad, äldre patienter upplevs mer inbundna medan yngre patienter är mer öppna kring sin situation. Några av de intervjuade sjuksköterskorna beskriver sig ha en tillåtande attityd gentemot patienter i avseendet att skapa en förtroendefull atmosfär för att patienter ska känna möjlighet att berätta om sin eventuella psykiska ohälsa och upplever att de signalerar till patienter att allt är tillåtet att prata om. De önskar att patienter ska få ha sin integritet och att patienterna själva får välja vad de vill berätta.

*“Man kan uppleva att någon är speciell och rapportera det, ja att någon är speciell är nog ett väldigt vanligt uttryck, men sedan blir det inte så mycket mer med det”*

Sjuksköterskorna beskriver olika erfarenheter och upplevelser av vilket stöd de kan få efter möten, situationer och händelser i vården med patienter med psykisk ohälsa som genererat behov av stöd till sjuksköterskor. En del beskriver att det på respektive avdelning finns utarbetade strukturerade rutiner med exempelvis debriefing, medan andra menar att detta är upp till avdelningschefer att hantera, och att det även kan ta upp till två veckor innan det blir av. Några av sjuksköterskorna beskriver upplevelser av att hitta bra stöd i att istället planerat och ostrukturerat prata med kollegorna i personalgruppen.

## **Kunskap, vårdmiljö och arbetsmiljö påverkar vården**

### *Kunskap om psykisk ohälsa*

Några av de intervjuade sjuksköterskorna uttrycker upplevelser av att de flesta av kollegornas kunskap om psykisk ohälsa och diagnoser är god, men att kunskapen om hur man praktiskt i mötet med patienten ska hjälpa och bemöta patienten är bristfällig. Alla sjuksköterskorna som intervjuats lyfter fram behovet av kunskap och bristen på kunskap inom området psykisk ohälsa och psykiatri, både från grundutbildning men också fortlöpande. Några av dem uttryckte att det inom arbetstid inte finns tid för fortbildning och att detta inte prioriteras av sjuksköterskorna själva eller arbetsgivaren. En sjuksköterska reflekterade utifrån den egna känslan av otillräcklighet och brist på kunskap, att skyldigheten att vidta omvårdnadsåtgärder för patienter med psykisk ohälsa inte känns tillräcklig om man inte vet vilka omvårdnadsåtgärder som är bäst för den enskilde patienten.

*“Man känner sig isolerad, dels på ett kunskapsmässigt plan, men också kring erfarenheter och aktuell forskning”*

Vården på avdelningarna upplevs av flera av de intervjuade sjuksköterskorna som fokuserad på avdelningens specifika uppdrag och att personalen har mindre kunskap om psykisk ohälsa. Några av sjuksköterskorna efterfrågade kompetenshöjning inom området psykisk ohälsa, på exempelvis arbetsplatsträffar eller utbildningsdagar. Upplevd kunskapsbrist yttrade sig tydligt enligt de flesta av de intervjuade sjuksköterskorna i svårigheter att förstå skillnaden i symptomen ångest och smärta.

Önskemål uttrycktes av sjuksköterskor inom somatisk slutenvård, om erfarenhetsutbyte med sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård, genom auskultation på psykiatrisk avdelning. Flera av de intervjuade sjuksköterskorna uttryckte ett välkomnande av möjligheten för sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård till auskultation inom somatisk slutenvård. Detta för kunskapsutveckling, insyn och förståelse i varandras arbete.

### *Vård och arbetsmiljö*

Alla de intervjuade sjuksköterskorna uttryckte vidare aspekter av arbetsmiljön, som direkt kunde härröras till faktorerna tid och stress. Reflektioner som uttrycktes av sjuksköterskorna var att det upplevs finnas lite tid att som sjuksköterska sätta sig ner och lyssna, även om

erfarenheter finns av att samtal kan hjälpa patienter med psykisk ohälsa lika bra som läkemedelsåtgärder. Sjuksköterskorna framhåller att tiden spelar en viktig roll i vården. De beskrev att de ofta kanske inte lyssnar, tar sig tid att lyssna, eller har svårt att hinna uppfatta eventuella psykiatriska symptom på grund av tidspress och stress. Sjuksköterskorna beskrev även att de kan känna att patienten inte mår bra men att det är svårt att känna att man har tid att ta reda på mer. Några av sjuksköterskorna beskriver även situationer där de valt bort att kommunicera med patienter för att de inte haft tid att vänta på svar eller frågor.

*“Egentligen har man inte tid med sådana patienter på en vanlig vårdavdelning med så många olika delar, många gånger har man för lite tid. man vet ju att det där inte är något som man avhandlar i förbifarten och lite snabbt”*

*“De positiva mötena är ju absolut då man har tid att sätta sig ner och prata”*

Reflektioner och upplevelser beskrivs vidare av några av de intervjuade sjuksköterskorna att om sjuksköterskan stressar i bemötandet och omvårdnaden av patienter med psykisk ohälsa, ökar det ofta stress hos patienterna och den tänkta proceduren tar därför längre tid. Samtidigt beskrivs en upplevelse av att om sjuksköterskor bemöter patienterna med lugn, så tar ändå den tänkta omvårdnadsproceduren ofta längre tid än i vården av patienter utan psykisk ohälsa, tid som sjuksköterskor då prioriterar bort från andra arbetsuppgifter som upplevs måste utföras, men som kollegor upplevs inte ha tid att hjälpa till att utföra.

En sjuksköterska uttryckte en önskan om att patienter som mår så själsligt dåligt behöver mer lugn och ro och att de inte ska vårdas på en somatisk avdelning på grund av vårdmiljön.

Läkemedelshanteringen av preparat ordinerade för psykiatriska symptom påtalades också som en tids och stressfaktor. En sjuksköterska uttryckte dilemmat att patienterna oftast inte har dessa läkemedel med sig och att sjuksköterskan som i första hand måste ombesörja de somatiska omvårdnadsåtgärderna, då blir stressad av vetskapen om att patienter med psykisk ohälsa då kan hinna försämrats i sitt psykiska mående innan läkemedlen förskaffats till avdelningen. Där beskrevs också det geografiska avståndet till psykiatrisk klinik som ett problem då det tar tid att ta sig dit och tillbaka, samt att det inte finns någon upparbetad logistik för detta behov.

De flesta av de intervjuade sjuksköterskorna reflekterar över att de upplever att det finns en

djupt rotad vårdkultur inom den somatiska slutenvården när det gäller patienter med psykisk ohälsa, på så sätt att läkarna fattar beslut om och ifall kontakt med psykiatrien skall tas. En majoritet av de intervjuade sjuksköterskorna uttrycker önskemål om att själva ha mandat att kontakta psykiatrisk konsult vid behov, då sjuksköterskorna sedan tidigare har mandat att kontakta exempelvis dietister, arbetsterapeuter och sjukgymnaster för bedömningar. De flesta av de intervjuade sjuksköterskorna uttrycker också farhågor kring detta på så sätt att läkarna skulle kunna känna sig förbisedda och fråntagna en sedan länge tilldelad arbetsuppgift. Några av sjuksköterskorna uttryckte att de känner frihet att föreslå till läkare att psykiatrisk konsult bör kontaktas, medan andra uttryckte att de inte kände sig bekväma med det.

*“Man vill ju inte trampa någon läkare på tårna, det sitter ju som i väggarna kan man säga”*

Några av de intervjuade sjuksköterskorna uttryckte upplevelser av att många läkare behandlar patienter utifrån medicin och kirurgklinikens specifika uppdrag, och sällan tar reda på mer om eventuell psykisk ohälsa även om sjuksköterskorna påtalar detta önskemål.

Hälften av de intervjuade sjuksköterskorna uttryckte en frustration i att de kan känna sig osäkra i vården av patienter med psykisk ohälsa när vidtagna resurser och åtgärder för att lindra symptom på psykisk ohälsa, inte räcker till. Som ett exempel beskrev en sjuksköterska vården av patienter med psykisk ohälsa som behöver mycket smärtlindring, men som läkare av olika skäl väljer att vara försiktiga med beroendeframkallande läkemedel till. Många läkare upplevs ordinera en maxdos av smärtstillande läkemedel utan att konferera med omvårdnadsansvarig sjuksköterska och sjuksköterskan känner sig då ofta utlämnad med ansvaret att hantera patientens kvarstående symptom på psykisk ohälsa, när de administrerat maxdos av de ordinerade läkemedlen.

*“Alltså det blev ju så stora doser och en evighetsstrid”*

*“Ja man vet ju vem man bör kontakta, men man känner ju inte att man har någon att vända sig till direkt”*

#### *Sekretess*

Några av sjuksköterskorna beskrev flerbäddsalar som ett vårdmiljöproblem och

arbetsmiljöproblem då salarna upplevs hindra patienter med psykisk ohälsa att kommunicera med läkare och sjukvårdspersonal, samt att sjuksköterskor inte känner sig fria att inleda känsliga samtal eller fråga känsliga frågor såsom den psykiska ohälsan eller av vårdpersonalens upplevda symptom på psykisk ohälsa. Detta på grund av intimiteten i en sådan stor sal, där sjuksköterskorna upplever att andra patienter på samma sal kan höra allt. En sjuksköterska beskrev upplevelsen av att rondan är "dagens händelse" för många patienter. Vidare beskriver en sjuksköterska ett upplevt dilemma av att när patienter skrivs ut från medicin eller kirurgavdelning, skickas skriftlig information med patienter, vilket förutsätter att patienten själv kan förstå, minnas och kommunicera informationen vidare till anhöriga eller andra vårdgivare vid behov. Sjuksköterskan problematiserar detta vidare och beskriver telefonsamtal från anhöriga där information och frågor om vården efterfrågas men sjuksköterskan av sekretesskäl inte kan vara behjälplig.

*"Vi ställer oss nog sällan frågan -Vem får jag kontakta, och vem bör jag kontakta?"*

#### *Erfarenheter och reflektioner om värdet av samordning med psykiatrisk vårdgivare*

En sjuksköterska reflekterar över att det vid vårdplaneringar skulle finnas ett hjälpmedel, liknande det datasystem som kommun och landsting i Västerbotten använder sig av. Ett system med patientens grundläggande uppgifter såsom boende och hjälp i hemmet, där man snabbt kan ta del av varandras information kring planeringen av vården för patienten. Som exempel ges också önskemålet att få direkt information från psykiatrisk klinik om effekten av tidigare använda läkemedel. Detta för bättre vårdkvalitet och för att inte riskera att åter behandla patienter med psykisk ohälsa med läkemedel som tidigare inte varit gynnsamma.

Flera av de intervjuade sjuksköterskorna uttrycker att de känner frihet att ringa till sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård vid mer generella frågor, vidare uttrycker en sjuksköterska att upplevelsen är att det inte lika självklart skickas remiss till psykiatriska kliniken som mellan medicin- och kirurgklinikerna. Några av sjuksköterskorna uttrycker också en upplevelse av att de kuratorer som tillhör medicin- och kirurgklinikerna kontaktas för sällan gällande inneliggande patienter med psykisk ohälsa.

Handledning av personal från psykiatrisk klinik uttrycks ha underlättat, till exempel i ett möte med patient med tvångstankar inneliggande på somatisk avdelning. De flesta av



sjuksköterskorna beskrev upplevelser av att då konsultläkare från psykiatrisk klinik kontaktats för bedömning, så har samarbetet varit bra. Andra sjuksköterskor uttryckte känslor av frustration då patienter nekats inläggning på psykiatrisk klinik, exempelvis på grund av bedömningen av psykiatriker att intravenös antibiotikabehandling inte ska ges på psykiatrisk avdelning. Trots att sjuksköterskans upplevelse är att patienten har större behov av psykiatrisk vård än den vård som ges på somatisk avdelning.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie är att belysa viktiga aspekter i mötet mellan sjuksköterskan och patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska slutenvården. Resultatet visar att sjuksköterskorna upplever att patienter med psykisk ohälsa ofta är svåra att prata med, att det ibland kan kännas tabubelagt att prata om den psykiska ohälsan med patienterna och att det sällan är något patienterna själva tar upp. Det påtalades också erfarenheter av att man ofta inte får svar av patienter med psykisk ohälsa, och att de ibland inte upplevs kommunicera helt adekvat, vilket leder till att anhöriga/vårdare ofta får bli de som tillfrågas i vissa frågor. Detta styrks av en studie av Björkman, Angelman, Jönsson (2008) där de undersökte attityder mot psykiskt sjuka hos sjuksköterskor både inom psykiatrisk vård och somatisk vård, där såg forskarna att de mest negativa attityderna fanns mot personer med drog- och alkoholberoende och schizofreni.

Patienter diagnostiserade med schizofreni, demenssjukdom och depression ansågs av sjuksköterskor vara svårast att prata med. Negativa attityder samt även rädsla, oberäknlighet och krävande patienter var något som uttrycktes i högre utsträckning bland sjuksköterskor inom somatisk vård i jämförelse med sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Något som vi ser i resultatet av vår studie var att patienter med psykisk ohälsa upplevs kunna vara krävande och trötta ut personalen oftare än patienter utan psykisk ohälsa. Behov av extra personal och extra vårdinsatser upplevs därför av sjuksköterskorna i vår studie vara en mycket viktig del av vården av patienter med psykisk ohälsa. Enligt Björkman (2008) var patienter med alkoholmissbruk och annat missbruk en patientgrupp som sjuksköterskor reagerade på med rädsla och de ansåg patienterna vara krävande och aggressiva. I en studie av Lethoba et al. (2006) beskriver sjuksköterskor att de upplever psykiskt sjuka människor som oberäknliga.

Arvanti (2008) menar att auktoritär personlighet är relaterad till negativa attityder medan att ha personlig erfarenhet och högre utbildning kan leda till mindre stigmatiserande attityder.

Socialstyrelsen (2011) uttrycker att personer med psykisk ohälsa kan vara svåra att få delaktiga i behandlingen. Vår studies resultat visar att sjuksköterskors erfarenhet är att patienter med psykisk ohälsa kan ha svårigheter att förstå nödvändiga omvårdnadsåtgärder, följa ordinationer, samt tillgodogöra sig information om vårdinsatser och eftervård. Vidare ha svårigheter att förmedla information som är viktig för vården både till personal på den avdelning de vårdas, samt efter utskrivning, till anhöriga och andra vårdgivare. Några av sjuksköterskorna påtalade också att tidsbrist och svarslatens ofta leder till att planering sker utan patientens delaktighet, vilket kan vara en av orsakerna till svårigheterna att följa ordinerade behandlingar under vårdtid samt efter utskrivning, samt att uppsatta mål inte kommer ur patientens önskan och motivation, utan från personal och anhöriga.

Ross & Goldner (2009) drog i sin reviewstudie slutsatsen att kunskap om psykisk ohälsa och psykiatri, samt färdighetsbrister kunde härröras till luckor i grundutbildning och brist på fortlöpande kliniska utbildningsmöjligheter. Detta beskrev flera av de intervjuade sjuksköterskorna i vår studie som ett dilemma, då de har en önskan och om kunskapsutveckling, men att brist på tid hämmar denna möjlighet. Ross & Goldner (2009) drog också slutsatsen, att fastän det kan vara oroande att stigma och diskriminering mot psykisk ohälsa är ett signifikant problem inom sjuksköterskeprofessionen, är det förståeligt att sjuksköterskor har en benägenhet till samma djuprotade psykologiska sårbarhet som leder till alla människors benägenhet till försvarsbeteende.

Sjukvårdens uppdrag styrs av hälso- och sjukvårdslagen, "god hälsa och vård på lika villkor". Respekt och värdighet och allas lika värde främjas. Grunderna ligger på självbestämmande och integritet och att skapa relation mellan personal och patient (SFS 1982:763). Både läkare och sjuksköterskor arbetar enligt etiska riktlinjer. De bygger på samma grund som lagen, att vården ska bygga på empati och respekt för alla människor, allas lika värde, bota, lindra, trösta, skydda och bevara (ICN 2006, Svenska läkarsällskapets etiska koder 2006). Avdelningar på sjukhus blir specialiserade på olika somatiska sjukdomar, och läkarna är oftast specialistutbildade inom sitt område. Avdelningars specifika uppdrag upplevs leda till fokus på sjukdomen eller skadan som kan behandlas på plats. Att få en helhet av kropp - själ kan på grund av den specialiseringen både falla bort och vara svårt att åstadkomma. Sjuksköterskor i vår studie beskriver erfarenheter av att den avdelning de arbetar på upplevs ibland ha för stort fokus på sitt specifika uppdrag, detta troligtvis av flera

orsaker. De orsaker sjuksköterskorna i studien nämnde var den specialitet som finns på just den enheten och för att fullfölja det specifika uppdraget och att kunna ta emot fler patienter i behov av vård, så finns det en tidspress och det måste finnas ett stadigt patientflöde. Ida Jean Orlando omvårdnadsteoretiker, beskriver att sjuksköterskor med kraft av legitimation har befogenhet att utöva yrket självständigt. Dock formulerar och implementerar en del sjuksköterskor, beslutsfattare inom hälso- och sjukvård, och administratörer vid institutioner och organ, roller och aktiviteter för sjuksköterskor för att uppnå målen för medicinsk och institutionell byråkrati. Detta problem "tvingar" omvårdnaden att ta en beroende riktning (Orlando 1987).

För att skapa en bra vårdande relation mellan personal och patient krävs ömsesidig tillit. Sjuksköterskorna i vår studie talar inte så mycket om just relationen till patienten. De upplever svårigheter att möta och bemöta patienter med psykiatriska symptom. De upplever även en hektiskt arbetsmiljö inte främjar en stark vårdande relation. Berg & Danielson (2007) fann att bli lyssnad på och bekräftad var något som patienter värderade högt för en betydelsefull relation. Att bli sedd och bekräftad som patient men vilket de inte alltid upplevde var relaterat till stressen och hög frekvens av skiftbytet på vårdavdelningen. Sjuksköterskorna i vår studie bekräftar att det ibland inte finns tid att sätta sig ner hos en patient när ett samtal kan vara nog så bra som läkemedel. De beskriver även att de ibland väljer bort att kommunicera med patienter med psykisk ohälsa på grund av att kommunikationen tar mer tid i anspråk än de upplever att de har under arbetstid. I studien av Berg & Danielson (2007) framkom vikten av att patienten kände sjuksköterskan och sjuksköterskan kände patienten för att skapa en relation byggd på tillit och säkerhet. Sjuksköterskan ansåg sig kompetent till att skapa en vårdrelation i en hektisk vårdmiljö. Strävade efter att öppna upp för samtal och engagemang till patienten. Däremot tog det tid att sätta sig in i patientens historia då samtalen oftast blev avbrutna. Båda parter strävade efter förtroende, men trots sjuksköterskans kompetens att skapa en vårdande relation med känsla av säkerhet och tillfredsställelse gav den inte en känsla av tillit. I vår studie upplever sjuksköterskan ofta arbetsmiljön som stressig vilket rimligtvis inverkar på relationen till patienter med psykisk ohälsa, att få tid att lära känna varandra som Berg & Danielssons studie antyder kan vara svårt. De flesta av de intervjuade sjuksköterskorna beskrev att patienterna sällan själva berättar om sin psykiska ohälsa. Sjuksköterskorna beskrev även sina olika strategier av att bemöta patienter med psykisk ohälsa, samt hur de på olika sätt upplever att de kommunicerar med

patienter med psykisk ohälsa. Många av dem beskrev vidare att flerbäddssalar inte främjar kommunikationen och förtroendefulla samtal relaterat till bristen på sekretess. Halldorsdottir (2008) fann i sin studie att för att uppnå förtroende och tillit mellan sjuksköterskor och patienter behöver patienter känna sig trygga i att säga sanningen om sitt aktuella hälsotillstånd och sina känslor om det, vilket kan vara den kritiska kärnan till målorienterad vård. Att uppnå förtroende mellan sjuksköterska och patient betyder också enligt Halldorsdottir (2008) att patienter känner sig trygga i att dela sina förklaringsmodeller med sjuksköterskan. Det betyder också att sjuksköterskan är beredd på att bli inblandad i genanta och besvärande situationer utan att få patienten att känna sig för besvärad i situationen. Då de flesta av de intervjuade sjuksköterskorna i vår studie beskrev att tid för kommunikation med patienter med psykisk ohälsa ofta inte prioriteras tyder på att utveckling av kunskaper om att bygga upp förtroende och tillit med patienter med psykisk ohälsa är eftersatt. Sjuksköterskornas förklaringsmodell var att tidsbrist under arbetstid, samt brist på kunskap om bemötande av personer med psykisk ohälsa var orsakerna till att kommunikationen med patienterna var eftersatt.

Av de intervjuade sjuksköterskorna, var det endast en som inte uttryckte upplevelser av att kommunikation och samarbete mellan sjuksköterska och läkare ofta är bristfällig kring patienter med psykisk ohälsa, och några uttryckte det som ett arbetsmiljöproblem. Sjuksköterskornas upplevelser visar att det finns ett önskemål om ökad kommunikation och ökat samarbete med läkare på somatisk avdelning i den dagliga omvårdnaden av patienter med psykisk ohälsa, samt kring läkemedelsordinationer. I en studie av Pullon (2008) visas på vikten av professionella relationer för en välfungerande arbetsplats. Att kollegor delar samma värderingar, har ett kontinuerligt lärande och ett förtroende för varandra är grunden i fungerande arbetsrelationer. Teamarbete är också av vikt för professionella relationer. En annan aspekt som lyftes fram som viktigt på en arbetsplats var att ha roligt, socialisera med varandra och skratta.

Ett utvecklingsarbete inom somatisk slutenvård kan vara tvärprofessionella behandlingskonferenser inom vårdlaget runt aktuell patient med psykisk ohälsa på somatisk avdelning, där alla yrkeskategorier i vården av patienten kan bidra med sina upplevelser. Detta för att uppnå en känsla av samarbete, samsyn och förbättrad arbetsmiljö, samt öka kunskap, vårdkvalitet och patientsäkerhet. Levin och Reeves (2011) fann i sin studie som genomfördes på ett irländskt sjukhus, att samarbete mellan sjuksköterskor och läkare på somatiska vårdavdelningar ofta karaktäriserades av parallellarbete, med begränsat samarbete och informationsutbyte i korridorer. Detta ledde till mindre tvärprofessionella beslut i vården,

och till fler opportunistiska beslut av enskilda personer. Detta bekräftar tydligt vår studies resultat där sjuksköterskorna i första hand önskade ökad direkt kommunikation och samarbete om patienter med psykisk ohälsa när det gäller inom personalgruppen på den somatiska avdelning där patienten vårdas. En önskan om ökad elektronisk kommunikation och samordning uttrycktes dock gentemot andra vårdgivare.

Av de sjuksköterskor som intervjuades i vår studie påtalade alla en upplevd kunskapsbrist om psykisk ohälsa, och flertalet av dem välkomnade kompetensutveckling inom området. Satsningar på kompetensutveckling inom området har nyligen gjorts, men då inkluderades inte sjukvårdspersonal inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen har enligt regeringens beslut i juni 2008 och i februari 2009 lagt betydande anslag för 2010 i syfte att förstärka kompetensen bland personal i socialtjänsten och den psykiatriska hälso- och sjukvården som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Även för verksamhet under 2011 har regeringen också anslagit betydande summor och avser att avsätta motsvarande medel även för 2012 (Socialstyrelsen 2011).

Studien är viktig för vård och förhållningssätt inom sjuksköterskeprofessionen, för att kunna motverka eventuell uppkomst, förekomst och/eller förstärkning av stigmatisering gentemot patienter med psykisk ohälsa på medicin- och kirurgavdelningar. Denna studie är också viktigt för att hitta utvecklingsmöjligheter, såsom att utveckla samordning och samarbete mellan somatisk slutenvård och psykiatrisk klinik och för att personer med psykisk ohälsa som vårdas på medicin- och kirurgavdelning ska få så bra bemötande och behandling som möjligt.

Då syftet med denna studie är att belysa viktiga aspekter i mötet mellan sjuksköterskan och patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska slutenvården, är förhoppningen och nyttan med studien att vården för patienter med psykisk ohälsa utvecklas på individnivå och organisationsnivå. En utvecklingsmöjlighet för den somatiska slutenvården av patienter med psykisk ohälsa kan vara ett sjuksköterskeombud för psykisk ohälsa på alla medicin- och kirurgavdelningar. Detta för att kunna vara en utvecklingsgrupp som kan satsa på utökad samordning på respektive avdelning samt mellan klinikerna, samt samordna utbildningssatsningar på ett kostnadseffektivt sätt.

I intervjuguiden finns frågan om sjuksköterskorna tror att egna erfarenheter av psykisk ohälsa

påverkar den vård de ger. De svar som transkriberades var svåra att tolka och är därför inte redovisade i studien. Eftersom frågan var hypotetisk kan det upplevas svårt att göra en relevant bedömning av orsak - verkan förhållandet som angavs i frågan.

## **Metoddiskussion**

Problemområdet i en studie ska väljas utifrån ett område där man som forskare har erfarenhet eller kunskap i. Att välja ett område som är nytt och obekant leder enbart till svårigheter (Polit & Beck 2012). Författarna till denna studie valde ett område som för oss är intressant och aktuellt. Att möta människor med fysisk och psykisk ohälsa har båda författarna erfarenhet av genom sina arbeten som sjuksköterskor inom psykiatrisk och somatisk slutenvård, samt inom psykiatrisk och somatisk öppenvård. Denna förförståelse för studiens område kan omedvetet ha påverkat förståelse och tolkningar av innehållet i de transkriberade intervjuerna..

Då syftet med studien är att belysa aspekter i vårmötet lämpar sig kvalitativa intervjuer bäst. Intervjuer är passande när upplevelser, självuppfattning och syn på livet ska undersökas/utforskas (Kvale & Brinkmann 2009) Kvalitativa intervjuer bygger till stor del på interaktionen mellan den som intervjuas och intervjuaren för att få fram kunskap i ämnet. Kvaliteten på materialet som framkommer beror mycket på intervjuarens färdighet och förmåga att ställa följdfrågor, det krävs enligt Kvale och Brinkmann (2009) gedigen övning för att bli en kompetent intervjuare. Författarna till denna uppsats har i sina yrkesroller erfarenhet av att möta, samtala och skapa öppna och förtroendeingivande klimat med personer, men begränsad erfarenhet av att intervju personer i denna kontext, vilket kan ha påverkat resultatet.

Att använda sig av ett bekvämlighetsurval är enligt Polit och Beck (2012) en metod som är lätt och effektiv och ett bra sätt att starta upp insamlingsprocessen. Metoden används för att få fram deltagare med erfarenhet av området som eftersöks. Vi önskade få intervju sjuksköterskor på medicin och kirurgavdelningar med erfarenhet av att vårda patienter med psykisk ohälsa på somatisk slutenvårdsavdelning. Hälften av deltagarna valdes ut av avdelningschefer, tre av deltagarna deltog efter egen intresseanmälan till avdelningschef, samt en deltagare anmälde intresse efter snowballingeffekt. Polit och Beck (2012) råder att när forskare rekryterar deltagare från en klinik eller specifik organisation, alltid ha i åtanke att

deltagarnas berättelser kan påverkas av den organisatoriska utformningen i högre grad än själva området i studien. Detta är författarna till denna studie medvetna om och vi är öppna för att denna faktor kan ha påverkat sjuksköterskornas egna framställningar, vilket då kan ha påverkat studiens resultat.

Det idealiska i kvalitativ metod avseende datainsamling till studier, är att få fram bästa möjliga information från så få deltagare som möjligt. Efter åtta intervjuer bedömdes materialet till studien vara rikt.

Denna studie har inte en jämn könsfördelning 7/1, men vi har valt att inte se det som en nackdel utan anser att det är representativt och kliniskt överförbart på hur könsfördelningen bland sjuksköterskor på en medicinsk eller kirurgisk avdelning ser ut och därmed stiger trovärdigheten. I studien deltar ingen sjuksköterska med annan etnicitet, vilket hade varit intressant för att kunna beskriva eventuella skillnader i upplevelserna av att möta och vårda patienter med psykisk ohälsa hos sjuksköterskor. Att belysa skillnader i upplevelser var dock inte studiens syfte.

Polit & Beck (2012) beskriver vikten av att intervjuerna ska ske i en miljö som är avskild och fri från störande avbrott. Sju av intervjuerna i denna studie skedde i ett avskilt rum på sjuksköterskornas arbetsplatser och en intervju skedde i en av författarnas avskilda arbetsrum vilket får ses som optimalt för intervjumiljö och kontext.

Ämnet som berörs kan vara känsligt i en intervjusituation, då vi belyser bemötande och vård av patienter som författarna har större erfarenhet av än de intervjuade sjuksköterskorna. Risken är vidare att de kan känna sig pressade att i intervjun framställa sig själva och kollegor i bättre dager. Av den anledningen övervägde författarna noga vilka frågor som avsågs ställas och hur frågorna skulle ställas. Frågorna var öppna, samt att sjuksköterskorna i slutet av intervjuerna tillfrågades om det var något som vi inte pratat om som de ville framföra. Dock uppfattade författarna att sjuksköterskorna upplevdes ärliga och uppriktiga i sina berättelser och svar i intervjusituationerna.

Överförbarhet i en studie syftar till att studiens resultat har överförbarhet till andra liknande omständighet eller deltagare (Polit & Beck 2012). Denna studie är genomförd på ett mindre sjukhus på vårdavdelningar jämförbara med vård på andra sjukhus i Sverige.

De studier som författarna refererat till har bedömts som överförbara på svensk kultur och på

den svenska sjukvården. Resultaten från denna studie bedöms som överförbara till andra sjuksköterskor som arbetar inom kirurgisk och medicinsk vård.

### **Slutsats**

I studien framkommer att sjuksköterskor inom somatisk slutenvård på medicin- och kirurgavdelning har en genuin önskan och vilja att tillhandahålla så bra bemötande och vård som möjligt för personer med psykisk ohälsa. Sjuksköterskors upplevelse av tidsbrist är en faktor som påverkar både vårdkvalitet och arbetsmiljö negativt. Studien visar även att sjuksköterskor önskar kompetensutveckling i området psykisk ohälsa. De flesta upplever brister i egen och kollegors kunskap om hur man bör bemöta personer med psykisk ohälsa. Det framkommer även en önskan om utvecklat samarbete kring personer med psykisk ohälsa både kollegialt mellan yrkesgrupper på avdelning och ett bättre samarbete med psykiatrisk klinik för en ökad vårdkvalitet för patientgruppen.



## Referenser

Studiens layout är utformad enligt författarinstruktionen i Journal of Clinical Nursing.

Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis, M (2008) Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 44, 658-665.

Berg L & Danielson E (2007) Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21, 500-506.

Björkman T, Angelman T, Jönsson M (2008) Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22; 170-177.

Farley-Toombs C. (2012) The Stigma of a Psychiatric Diagnosis: Prevalence, Implications and Nursing Interventions in Clinical Care Settings. *Critical care nursing clinics of North America* 24, 149-156.

Graneheim U H & Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.

Graneheim U H & Lundman B (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård* (Granskär M & Höglund-Nilsen B red.) Lund, Studentlitteratur, pp.159-164.

Halldorsdottir S (2008) The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science* 22, 643-652.

International Council of Nurses (2006) *Code of Ethics*, Geneva.

Kathol, Saravay, Lobo & Ormel (2006) Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *The Medical Clinics of North Americas* 90, 549-572.

Kvale S & Brinkmann S (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. pp. 98, 133, 169-171, 144-146 Lund, Studentlitteratur.

Lethoba KG, Netswera FG, Rankhumise E (2006) How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. *Curationis* 29, 4-1.

Lewin S, Reeves S (2011) Enacting "team" and "teamwork"; using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science & Medicine* 72, 595-602.

- MacNeela P, Scott P A, Treacy M, Hyde A, O`Mahony R (2012) A risk to himself: Attitudes towards psychiatric patients and choice of psychosocial strategies among nurses in medical-surgical units. *Research in nursing & health* 35, 200-213.
- National council of state boards of nursing (2012) *Professional boundaries and the nurse-client relationship: keeping it safe and therapeutic*. Gollege of Nova Scotia. Tillgänglig på:  
<http://www.crnns.ca/documents/ProfessionalBoundaries2012.pdf> (tillgänglig 9 mars 2014).
- Nationalencyklopedin. Tillgänglig på: [www.ne.se](http://www.ne.se) (tillgänglig 13 mars 2014).
- Orlando I J (1987) *Nursing in the 21st century: alternate paths*.  
*Journal of Advanced Nursing* 12, 405-12.
- Polit D F & Beck C T (2012) *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice* pp 78, 516, 537, 585 (9th ed.) Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Svensk Författning Samling 1982:763 *Hälso och sjukvårdslag*, Stockholm, Riksdagen.
- Socialstyrelsen (2010) *Kompetenssatsning – personal som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning*.  
Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-23> (Tillgänglig 11mars 2014).
- Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - akut hjärtinfarkt*. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-15> (tillgänglig 10 decembet 2013).
- Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - diabetes*.  
Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-5> (tillgänglig 10 december 2013).
- Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom -cancer*.  
Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-22> (tillgänglig 10 december 2013).
- Socialstyrelsen (2011) *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom - stroke*.  
Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-5-3>(tillgänglig 10 december 2013).
- Svenska läkarsällskapets etiska koder (2006) *WMA International code of medical ethics*.  
Tillgänglig på: <http://www.sls.se/PageFiles/229/intcode.pdf> (tillgänglig 11 mars 2014).<http://www.sls.se/PageFiles/229/intcode.pdf>
- Ross C A & Goldner E M (2009) Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 558-567.
- Stiefel F C, Huyse F J, Sollner W, Slaets J P, Lyons J S, Latour C H, van der Wal N, de Jonge

- P (2006) Operationalizing integrated care on a clinical level: The INTERMED project. *The Medical Clinics of North America* 90, 713-758.
- Watanabe-Galloway S, & Zhang W (2007) Analysis of U.S trends in discharges from general hospitals for of serious mental illness, 1995-2002, *Psychiatric Services* 58, 496-502.
- Wiklund Gustin L & Bergbom I (2012) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* pp.130-152. Studentlitteratur, Pozkal.
- World Medical Association (2013) *World Medical Declaration of Helsinki -Ethical principles for medical research involving human subjects*. Tillgänglig på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> ( tillgänglig 15 mars 2014).

## Bilaga 1



### Information till deltagare

#### Förfrågan om medverkan i forskningsprojekt

Personer med samsjuklighet av exempelvis medicinska sjukdomar eller besvär och psykisk ohälsa beskrivs i studier ha ett av medicinska skäl, ökat behov av inläggning på somatisk avdelning än personer utan psykisk ohälsa. Det är inte helt okomplicerat att vårda personer med samsjuklighet och därför planeras ett magisterarbete med syfte att belysa sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med psykiatrisk diagnos och fysisk ohälsa på en kirurgisk eller medicinsk slutenvårdsavdelning.

Vi vill på detta sätt be om din medverkan i den här studien. Genom att delta och delge dina upplevelser bidrar du till ökad kunskap, förbättrad omvårdnad och ökad samverkan mellan de olika sjukvårdsinstanserna.

Deltagandet innebär en intervju på ca 60 min. Intervjufrågorna kommer att beröra din erfarenhet av att vårda patienter med psykiatrisk diagnos i patientvården. Frågeområden som blir behandlade är: dina erfarenheter av patienter med psykiatriska diagnoser på din arbetsplats, både positiva och negativa.

Intervjun sker på tu man hand på din arbetsplats. Intervjun kommer att spelas in på band. Intervjumaterialet behandlas konfidentiellt, inga personer kommer att kunna identifieras i studien. Och materialet från intervjuerna kommer enbart att användas i studiesyfte.

Studien är frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande.

Vi som gör studien arbetar vid psykiatriska kliniken och hälsocentraler i Skellefteå och studerar omvårdnad på avancerad nivå till specialistsjuksköterskor i psykiatri och denna studie genomförs inom ramen för ett examinationsarbete i vår utbildning,

Åsa Hjalmar-Andersson

Leg. Sjuksköterska  
[asa.hjalmar.andersson@vll.se](mailto:asa.hjalmar.andersson@vll.se)

Linda Berggren

Leg. Sjuksköterska  
[linda.berggren@vll.se](mailto:linda.berggren@vll.se)

Helena Antonsson

Umeå Universitet  
[helena.antonsson@umu.se](mailto:helena.antonsson@umu.se)

## **Bilaga 2**

### **Frågeguide**

1. Vi är intresserade av att ta del av erfarenheten av att vårda personer med psykiatrisk diagnos, hos sjuksköterskor inom somatisk slutenvård, både positiva och negativa upplevelser. Beskriv gärna dina erfarenheter och möten med dessa patienter.
2. Möter du många som lider av samsjuklighet dvs fysisk och psykisk sjukdom i din vardag som sjuksköterska?
3. Hur upplever du mötena med dessa personer?  
-Ge gärna exempel på situationer som fungerat speciellt bra. Ge exempel på situationer som varit svåra.
4. Om du upplever att en patient förmodligen lider av psykisk ohälsa, men inga journaluppgifter eller något i den muntliga rapporteringen bekräftar detta, hur hanterar du det ?
5. Ifall man haft upplevelser, med patienter med psykisk ohälsa, som i stunden och efteråt gett negativa känslor och tankar, kan man behöva stöd i detta. Vad finns det för stöd att få på din arbetsplats och hur får man det ?
6. Om du har privata erfarenheter av psykisk ohälsa, tror du att det påverkar den vård du ger patienten ?
7. Skulle du vilja förändra patientvården gentemot personer med psykisk ohälsa, samt eventuell samverkan mellan vårdgivare ? I så fall, på vilket sätt ?