



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Sjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården.

- en litteraturstudie

Louise Aspehag

Marina Klaic

Handledare: Ingemar Ljungqvist

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona maj 2016

# Sjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården.

Louise Aspehag  
Marina Klaić

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Psykisk ohälsa har ökat och anses vara ett folkhälsoproblem vilket kan vara en utmaning för hälso- och sjukvården på grund av den ökade samsjukligheten hos denna patientgrupp. Personer med psykisk ohälsa upplever ofta allmänhetens attityder som negativa. Detta upplever de även hos personalen inom den somatiska vården där deras fysiska behov inte tas på allvar och de känner sig oftast ignorerade. Sjuksköterskan förväntas kunna vårda patienter med psykisk ohälsa trots otillräcklig utbildning.

**Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården.

**Metod:** En litteraturstudie där sju vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats användes. Som analysmetod valdes Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av innehållsanalysen där kondensering, kodning och kategorisering av de bärande meningsenheterna gjordes.

**Resultat:** Resultatet presenteras i tre huvudkategorier och tre underkategorier.

Huvudkategorierna är: *upplevelser kopplade till patientkontakten, upplevelser kopplade till organisationen, upplevelser av brist på kompetens*. Underkategorier är: *avvikande beteende, tidsbrist, miljön och brist på stöd*.

**Slutsats:** Resultatet visar tydligt förekomsten av negativa attityder på grund av bristfällig kunskap och utbildning hos sjuksköterskor gentemot patienter med psykisk ohälsa. Rädsla och oro är starkt framträdande faktorer som påverkar omvårdnaden och interaktionen mellan patienten och sjuksköterskan. Litteraturstudien kan bidra till ökad förståelse av problematiken och därmed leda till förbättrade utbildningar och jämlik vård.

**Nyckelord:** Omvårdnad, psykisk ohälsa, samsjuklighet, sjuksköterskan, somatiska vården, upplevelse

# Innehållsförteckning

Inledning	5
Psykisk ohälsa	6
Orsaker till psykisk ohälsa	6
Definition av psykisk ohälsa	7
Stigmatisering mot psykisk ohälsa	7
Patienternas upplevelse av den somatiska vården	8
Sjuksköterskans ansvarsområde	9
Syfte	10
Metod	10
Design	10
Datainsamling	11
Inklusions- och exklusionskriterier	12
Urval	12
Kvalitetsgranskning	12
Dataanalys	13
Resultat	14
Upplevelser kopplade till patientkontakten	14
Avvikande beteende	15
Upplevelser kopplade till organisationen	16
Tidsbrist	16
Miljön och brist på stöd	17
Upplevelser av brist på kompetens	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Upplevelser kopplade till patientkontakten	20
Upplevelser kopplade till organisationen	21
Upplevelser av brist på kompetens	22
Slutsatser	23
Självständighet	24
Referenser	25
Bilaga 1 Databassökningar	28
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	30

Bilaga 3 Artikelöversikt	31
Bilaga 4 Analysförfarande	33

## Inledning

Den psykiska ohälsan har ökat i Sverige sedan mitten av 1990-talet och anses nu vara ett allvarligt folkhälsoproblem. Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2009) riskerar ca 20-40 procent av Sveriges befolkning att insjukna i olika grader av psykisk ohälsa. Enligt Flynn, Houtjes, Merks, Mierlo och Wetering (2015) har personer med psykisk ohälsa en ökad fysisk samsjuklighet. Då dessa personer sällan behandlas för fysiska åkommor inom psykiatrin innebär detta att de även blir konsumenter inom den somatiska vården (ibid). Personer med psykisk ohälsa ska ha tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad och säker vård och omsorg av god kvalitet vilket idag inte är fallet enligt Socialstyrelsen Lägesrapport (2015). Det framkommer även att personer med psykiatriska diagnoser har ett något sämre utfall i vård och behandling än övriga patienter inom den somatiska vårdenheten och att en bidragande orsak kan vara den strikta uppdelningen mellan somatisk och psykiatrisk vård (ibid.). Liggings och Hatcher (2005) menar att patienter med psykisk ohälsa upplever att de behandlas annorlunda och att deras fysiska symtom blir förminskade och inte tagna på allvar utav sjukvårdspersonalen inom den somatiska vården. Även vid misstanke om att patienten har en psykisk sjukdom så har det en negativ inverkan på personalen vilket utgör ett problem för omvårdnaden (ibid).

Personer med psykisk ohälsa är en utsatt grupp i samhället och är därför en utmaning för hälso-och sjukvården och framförallt sjuksköterskan eftersom den somatiska vården inte är utformad på ett sätt som kan svara på dessa patienters behov. Sjuksköterskan ska kunna möta och ge en god omvårdnad som samtidigt svarar till både fysiska och psykiska behov. Eftersom sjuksköterskan kommer att möta dessa patienter även inom den somatiska vården så är det av vikt att förstå sjuksköterskans upplevelse av att ge omvårdnad till patienter med psykisk ohälsa. Enligt Plant och White (2013) finns det lite forskning inom området som beskriver sjuksköterskans upplevelser. En litteraturstudie skulle kunna bidra till ökad förståelse av problemet till varför patienter med psykisk ohälsa har ett sämre utfall i vården och på detta sätt leda till en förbättrad omvårdnad för dessa patienter.

# Bakgrund

## Psykisk ohälsa

Enligt Blomberg och Hedelin (2007) har den psykiska ohälsan sedan mitten av 1990-talet ökat i Sverige och anses nu vara ett allvarligt folkhälsoproblem. Mellan 20 och 40 procent av befolkningen uppskattas lida av psykiska besvär av olika allvarlighetsgrad och omfattning. Psykisk ohälsa är en av de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna och har sedan 1997 ökat mest som sjukskrivningsorsak. Långvariga sjukskrivningar på grund av oro, ångest, nedstämdhet och stressrelaterade besvär förekommer framförallt hos kvinnor inom skola, vård och omsorgsykten. Att den psykiska ohälsan ökar bekräftas även av Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2009), särskilt bland unga personer och bekräftar även att det är vanligare bland kvinnor än män. Allt fler unga vårdas på sjukhus för depression eller ångest och andelen självmordsförsök bland unga har ökat dramatiskt. Inom primärvården görs vart tredje besök av personer som har någon form av psykisk ohälsa (ibid.). Medellivslängden hos personer med varaktiga psykiska funktionsnedsättningar är förkortad med 10-25 år jämfört med den övriga befolkningen (Brown, Barraclough, & Inskip, 2000; Bradshaw & Pedley, 2012). Problemet med förkortad livslängd och samsjuklighet har också uppmärksammats av Flynn, Houtjes, Merks, Mierlo och Wetering (2015) som beskriver att personer med psykiska sjukdomar har visat sig ha en kortare livslängd på grund av en ökad risk för hjärtsjukdom, diabetes typ 2 och dyslipidemi (fettrubbningar). Anledningen till detta är att vissa läkemedel som används för att behandla psykiska sjukdomar har bieffekter som orsakar metaboliska störningar så som viktökning och andra fysiska förändringar som ökar risken för hjärtsjukdomar. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) är ohälsosamma levnadsvanor som rökning, hög alkoholkonsumtion, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet också faktorer som är bidragande till metabola störningar hos personer med psykisk ohälsa.

### *Orsaker till psykisk ohälsa*

Stefansson (2006) menar att en persons psykiska tillstånd påverkas av tre omständigheter. Den första är personens biologiska arv och den andra är personens psykologiska förmåga, särskilt den kognitiva förmågan att förstå och tolka omvärlden. Den tredje är personens sociala omgivning som orsakar påfrestningar, till exempel hög arbetsbelastning, dålig ekonomi, relationsproblem eller osäkerhet om framtiden. Varje persons individuella

livssituation bestäms av en kombination av dessa faktorer, delvis genetiska faktorer dels uppväxten. Vidare menar Stefansson att den psykosomatiska helhetsbilden visar att de flesta kroppsfunktioner i hälsa och sjukdom påverkas av och själva påverkar psykologiska funktioner (ibid).

#### *Definition av psykisk ohälsa*

Psykisk ohälsa är ett svårdefinierat begrepp på grund av bredden inom området. Socialstyrelsen (2013) beskriver att begreppet psykisk ohälsa är allt från svåra psykiska sjukdomar, psykiska störningar och psykisk funktionsnedsättning som till exempel schizofreni till mindre lätta besvär som nedstämdhet, oro eller stress men som ändå påverkar ens psykiska välbefinnande och det dagliga livet. Vid benämning av psykisk sjukdom så uttrycks psykisk ohälsa som ett syndrom som vården kan känna igen utifrån olika diagnosiska kriterier. Benämningen psykisk ohälsa är alltså ett övergripande begrepp som kan användas i olika sammanhang och situationer och innefattar både lindriga psykiska besvär till allvarligare former av psykisk sjukdom eller funktionsnedsättningar (ibid). Enligt WHO (2015) innebär psykiska störningar ett brett spektrum av problem, med olika symptom. De kännetecknas i allmänhet som en kombination av onormala tankar, uppfattningar, känslor, beteende och relationer till andra personer (ibid). I litteraturstudien används Socialstyrelsens (2013) definition av psykisk ohälsa.

#### *Stigmatisering mot psykisk ohälsa*

Stigmatisering mot psykisk ohälsa ses som de negativa attityder, föreställningar och beteende hos personer i den allmänna befolkningen (Charles & Bentley, 2016). Vidare menar Björkman, Angelman och Jönsson (2008) att stigmatisering och attityder mot psykisk ohälsa är mer förekommande hos vårdpersonalen inom den somatiska än den psykiatriska vården.

Björkman et al. (2008) beskriver begreppet stigma av psykisk sjukdom i fyra steg: Första steget är märkning (*labelling*), vilket innebär ett erkännande och märkning av en skillnad i personlighet eller beteende. Det andra steget är stereotyper, där associationer ses som skillnader i personlighet eller beteende. Tredje steget är att separera ”oss från dom”, den klassificeringen är av negativt märkta personer som fundamentalt skiljer sig från dom som inte delar märkningen, de är olika typer av människor. Fjärde och sista steget är förlust av status och diskriminering som ett resultat av de tre tidigare komponenterna. En annan del av stigma är makt eftersom diskriminering och statusförlust endast kan manifesteras genom

makt. Under de senaste decennierna har stigma, diskriminering och fördomar mot psykisk ohälsa visat sig vara utbredd över hela världen och verkar i dagsläget inte heller minska bland befolkningen. Personer med psykisk ohälsa uppfattas som konstiga, skrämmande, oförutsägbara, aggressiva och saknar självkontroll särskilt personer med schizofreni är förknippade med negativa stereotyper som att vara våldsamma och farliga (ibid).

Personer som lever med psykisk ohälsa upplever enligt Björkman et al. (2008) allmänhetens attityder som negativa. De utsätts för stigmatiserande kommentarer och behandlas som inkompetenta och att allmänheten försöker undvika dem. Konsekvenserna blir då social isolering, inkomstförlust, minskade möjligheter till sysselsättning och bostäder, depressiva symtom, förvärrad livskvalitet och begränsad tillgång till vård (ibid). Även Lundberg, Hansson, Wents och Björkman (2009) menar på att personer med psykisk sjukdom inte känner sig accepterade som fullvärdiga och pålitliga samhällsmedborgare, speciellt efter att ha vårdats på psykiatrisk enhet. De upplevde att de blev behandlade annorlunda och sågs som mindre kompetenta (ibid).

#### *Patienternas upplevelse av den somatiska vården*

Liggings och Hatcher (2005) menar att närvaro eller misstanke om att patienten har en psykisk sjukdom har en negativ inverkan på den patienten och personalen i den allmänna sjukhusmiljön. Patienterna upplevde att etiketten ”psykisk sjukdom” påverkade hur sjuksköterskan svarade till dom och hur sjuksköterskan såg på dom. De upplevde att de behandlades annorlunda och kände sig negativt bedömda och ofta ignorerade. Patienterna kände ofta att deras fysiska symtom blev förminskade och inte tagna på allvar. Lindgren, Wilstrand, Gilje och Olofsson (2004) beskriver upplevelser och erfarenheter av personer med självskadebeteende som vårdas inom somatisk vård. Upplevelser som dominerar är att inte bli tagen på allvar, att inte få den vård som de behöver och att bli sedda som ”ett hopplöst fall”. Vidare menar Björkman et al. (2008) att personer med psykisk ohälsa upplever inom den somatiska vården brist på intresse för deras historia och person, de upplever sig inte respekterade och de tycker att personalen är okunnig gällande deras läkemedel och eventuella biverkningar. De känner sig ofta ignorerade och får vänta längre än andra patienter och blir ofta förlöjligade eller står inför misstanken att deras fysiska besvär endast är fantasi (ibid). Med somatiska vården menas i litteraturstudien medicinska och kirurgiska avdelningar samt mottagningar.



## Sjuksköterskans ansvarsområde

Enligt Hälso-och sjukvårdslagen (SFS1997:142) gäller en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Omvårdnaden är sjuksköterskans främsta ansvarsområde vilket innefattar ett patientnära arbete med humanistisk människosyn och ett etiskt förhållningssätt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2009). Omvårdnad handlar enligt Ternestedt och Norberg (2009) om att utifrån ett patientperspektiv tillfredsställa de basala behoven så som: fysiska, psykiska, sociala och andliga behov vid ohälsa och sjukdom. Det handlar även om att förebygga ohälsa. Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee (1971) ser omvårdnaden som en mellanmänsklig process där sjuksköterskan hjälper patienten i lidandet, att finna en mening, att kunna bära och att kunna hantera sina erfarenheter. Travelbee menar, för att förstå vad omvårdnad är och bör vara, måste man förstå vad som sker mellan patient och sjuksköterska, hur deras interaktion kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan ha för patienten och hans eller hennes tillstånd (ibid). Sand & Strang (2013) beskriver upplevelse som det personer upplever i vardagen och i mötet med andra, under samtal, i att vara behövd, efterfrågad och betydelsefull. Upplevelsen är individuell och finns också kvar som minnen (ibid.). Vidare menar Flensner (2010) att även om det finns gemensamma drag i olika människors upplevelser, är själva upplevelsen unik för varje enskild person. För att förstå en annan människas upplevelse är det viktigt att utgå från personens egen berättelse, hur personen i fråga upplever sin situation och vad den innebär för personen. Genom att lyssna ges möjligheten till att förstå hur själva upplevelsen är och vad den innebär för personen (ibid).

Enligt Travelbee så är det sjuksköterskans uppgift att inför det första mötet med patienten frigöra sig från eventuella förutfattade meningar och det är först då som sjuksköterska kan se och förstå patienten. Även rollerna sjuksköterska- patient ska undvikas och istället ska relationen människa – människa ses för att patientens verkliga individ ska synas (ibid). Travelbee (1971) beskriver processen i olika interaktionsfaser, som börjar med det första mötet där den första relationen etableras genom att sjuksköterskan och patienten möts och lär känna varandra. I relationen växer identiteten fram och både patient och sjuksköterska ser individen bakom rollerna. I den tredje fasen känner sjuksköterskan empati, förståelse för

individens yttre beteende och inre upplevelser. En empatisk förmåga innebär att visa förståelse för individens känslor och reaktioner som sorg, lidande och besvikelse utan att värdera individen. Detta byggs upp genom erfarenheter både från livet och från de människor sjuksköterskan möter. Sympati utvecklas i empatifasen och är sjuksköterskans sätt att visa engagemang och intresse för patienten. Slutligen, när sjuksköterskan med ord och handling visar kunskap och vilja att hjälpa patienten, etableras kontakt och förståelse mellan patient och sjuksköterska där de delar varandras innersta tankar, känslor och attityder. När sjuksköterskan och patienten delar samma upplevelse, blir den meningsfull och betydelsefull för dem båda. Sjuksköterskan ska enligt Travelbee använda det centrala verktyget *kommunikation* för att nå det viktigaste målet i relationen där individens vårdbehov blir uppfyllt (ibid).

Enligt Zolnierek (2009) förväntas sjuksköterskor som arbetar inom den allmänna sjukhusmiljön kunna vårda patienter med psykiska problem trots otillräcklig utbildning. Vidare menar Björkman et al (2008) att även sjuksköterskorna påverkas utav stigmatiseringen mot psykisk ohälsa som finns ute bland befolkningen och i samhället.

## Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården.

## Metod

### Design

För att beskriva sjuksköterskans upplevelse genomfördes en litteraturstudie där vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats användes. Enligt Olsson och Sörensen (2011) innebär kvalitativ metod att systematisera kunskap om något som kännetecknar ett fenomen och att syftet med kvalitativa metoder är att finna kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver ett fenomen eller sammanhang i omvärlden eller individens livsvärld. Vidare beskriver författarna en litteraturstudie som en metod där data kommer från ett samlat resultat från litteraturen, vanligtvis fem till sex vetenskapliga artiklar. Litteraturstudien ska genomföras med samma noggrannhet och trovärdighet som de primära källor som återges (ibid).

En kvalitativ metod innebär enligt Kristensson (2014) att studierna har omfattat små urval där informationen har samlats in genom observationer, intervjuer eller texter och resultatet har presenteras genom beskrivningar, tolkningar eller tematiseringar.

## Datainsamling

För att samla in relevant data användes bibliotekets databaser Cinahl, PubMed och PsycARTICLES. Enligt Forsberg och Wengström (2013) är Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) en databas som täcker omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi och är specialiserad på omvårdnadsforskning. PubMed täcker medicin, omvårdnad och odontologi (ibid). För att samla in data bokades en tid med bibliotekarien, vilket är enligt Forsberg och Wengström (2013) en förutsättning för att databassökningen ska bli så effektiv som möjligt. Till studien har frisökningar, manuella sökningar och specialiserade sökningar utförts. Karlsson (2012) beskriver de tre olika sökningar på följande sätt; en frisökning görs genom att söka på ett eller flera ord i sökrutan. Resultatet blir brett med artiklar som på något sätt innehåller det valda sökordet. Manuell sökning innebär att studera referenslistan på en artikel som berör det valda problemområdet för att eventuellt hitta fler artiklar som berör ämnet. Vid en specialiserad sökning används ämnesord genom Cinahl headings eller Mesh (Medical subject headings). Dessa sökord är indexerade vilket innebär att i samband med att artikeln läggs upp så sparas uppgifter som källa, titeln, författare, typ av artikeln, abstract och ämnesord så att de ska kunna sökas på (ibid).

I databasen Cinahl användes sökord som; *nurse, general nurse, experience, lived experience, nurse experience, nurse attitude, mental illness, mentally ill, mental health, mental disorders, psychiatric patients, nursing, caring, comorbidity, general hospital, somatic departments, somatic care, medical care och hospital care*. I PubMed användes specialiserad sökning med Mesh sökord som; *emergency nursing, life experiences, psychiatric patients, nurse, attitude, mental health och general hospital*. I databasen PsycARTICLES användes sökord *nurse, general hospital och psychiatric*. Sökningen av artiklarna i databasen genomfördes med hjälp utav Forsberg och Wengströms (2013) beskrivning där först enstaka sökord eller ordkombinationer söktes med hjälp av logiska sökoperatörer. Sökorden kombinerades då i en fritextsökning med hjälp av de så kallade ”booleska operatörerna” AND och OR. Operatören AND användes för att begränsa en sökning och för att ge ett smalare resultat. Genom kombinationen av sökorden med OR utvidgades sökningen och gav ett bredare resultat.

### *Inklusions- och exklusionskriterierna*

Inklusionskriterierna för studien var att artiklarna skulle vara kvalitativa samt original artiklar av hög kvalitet. De skulle vara publicerade mellan år 2000 och 2016 samt vara skrivna på engelska. Artiklarna skulle även vara peer-reviewed vilket enligt Olsson och Sörensen (2011) betyder att artiklarna är granskade av vetenskapliga tidskrifters redaktion, dvs. att artiklarna har bedömts av kollegor som är insatta i ämnet och är oberoende i förhållande till författaren. Ett annat inklusionskriterie var att studierna skulle vara gjorda i ett land tillhörande västvärlden och ha ett liknande sjukvårdssystem som Sverige samt handla om allmänsjuksköterskan på medicinska och kirurgiska vårdavdelningar eller mottagningar. Litteraturstudiens syfte var att beskriva allmänsjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården och därför exkluderades studier som belyste psykiatrisjuksköterskors och sjuksköterskestudenternas perspektiv. Även studier inriktade inom primärvården exkluderades då det handlade om distriktssköterskans upplevelse.

### Urval

Sökningarna i de olika databaserna gav totalt 262 artiklar varav 77 i Cinahl, sju i PsycARTICLES och 178 i PubMed (Se bilaga 1). Alla titlar på dessa funna artiklar lästes och de artiklarna som hade en tilltalande titel lästes vidare på abstraktsnivå av båda författarna. Detta motsvarade 49 abstrakt i Cinahl, två i PsycARTICLES och 24 i PubMed. De artiklarnas abstrakt som inte svarade på studiens syfte sållades bort. Av de 75 artiklarnas abstrakt som lästes var det 21 som svarade på studiens syfte och valdes vidare för läsning i full-text. Sju artiklar valdes vidare för kvalitetsgranskning. Genom att söka manuellt vilket betyder att titta i andra artiklars referenslista och söka med titelnamn i Pubmed påträffades ytterligare artiklar. Genom att gå in i Similar articles hittades ytterligare 102 artiklar med liknande innehåll. Alla 102 lästes på titelnivå och 13 abstrakt. Endast två artiklar svarade på studiens syfte och valdes att läsas i full-text. Då de inte uppfyllde inklusionskriterierna krav valdes de bort. En datamättnad ansågs vara uppnådd då ytterligare kombinationer av sökord gjordes och samma artiklar var återkommande vid de olika sökningarna.

### Kvalitetsgranskning

För att kvalitetsgranska artiklarna användes Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (Se bilaga 2). Kriteriet triangulering och Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos valdes bort eftersom triangulering inte fanns med i alla studier och kunde

därför påverka artiklarnas bedömnings resultat olika. Lika så var inte patienternas perspektiv relevant för studiens syfte och valdes därför bort. Detta var något som inte ansågs påverka resultatet. Varje kriterium bedömdes med noll till tre poäng. Alla kriterier tillsammans gav en total poängsumma, vilket i detta fall var 44 poäng. För att uppnå hög kvalitet krävdes det att artikeln skulle ha 80–100 % av den totala poängsumman, vilket motsvarar grad I. Medel och grad II motsvarar 70-79 %, samt lågkvalitet motsvarar grad III och 60-69 %, enligt Olsson och Sörensen (2011). Efter kvalitetgranskningen återstod sju artiklar som var av hög kvalitet (Se bilaga 3).

## Dataanalys

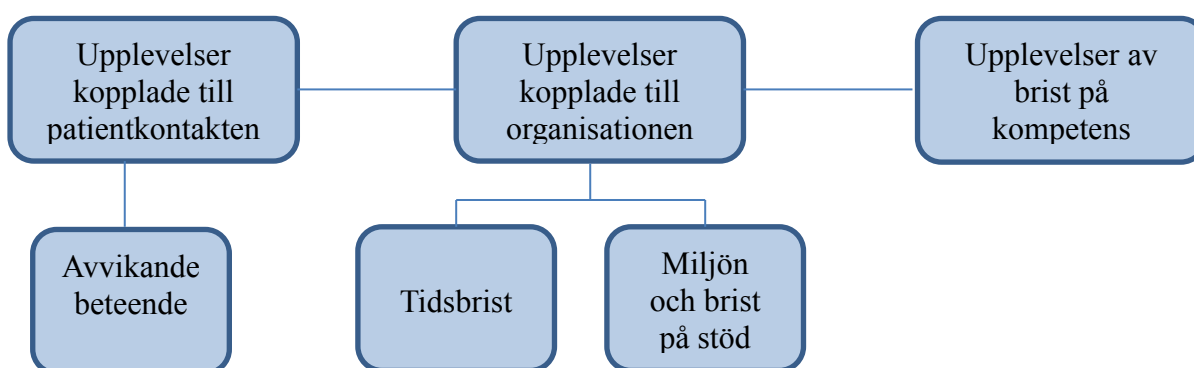
Som analysmetod valdes Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en kvalitativ innehållsanalys med manifest innehåll, där innehållet beskriver de synliga, uppenbara komponenter i texten. Kvalitativ innehållsanalys kännetecknas enligt Forsberg och Wengström (2013) av att forskare på ett systematiskt och stegvis sätt klassificerar data för att lättare kunna identifiera mönster och teman, där målet är att beskriva och kvantifiera specifika fenomen.

De valda artiklarna lästes igenom enskilt flertal gånger vilket Graneheim och Lundman (2004) rekommenderar för att få en bra förståelse av innehållet. Sedan markerades även meningsenheterna enskilt med fokus på syftet. Markeringarna jämfördes och gemensamma beslut togs angående meningsenheterna. Meningsenheter är enligt Graneheim och Lundman (2004) en samling ord eller meningar som har ett gemensamt budskap som svarar på syftet. Andra steget i innehållsanalysen var att kondensera meningsenheterna, vilket Graneheim och Lundman (2004) beskriver är att korta ner texten men behålla innehållet. I det tredje steget gjordes de kondenserade meningsenheterna vidare till koder och grupperades vidare i underkategorier och kategorier. Koderna beskriver de kondenserade meningsenheternas innehåll med ett fåtal ord. Gemensamma beslut angående koderna resulterade till tre kategorier och tre underkategorier. En kategori beskrivs utav Graneheim och Lundman (2004) som det uppenbara innehållet i texten som återspeglar dem centrala budskapet i datan och kan identifieras som en röd tråd genom koderna. Exempel på analysprocessen (Se bilaga 4).

## Resultat

Resultatet är ämnat att beskriva sjuksköterskans upplevelser av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården. Efter dataanalysen har följande kategorier framkommit: *upplevelser kopplade till patientkontakten, upplevelser kopplade till organisationen samt upplevelser av brist på kompetens*. Underkategorierna är: *avvikande beteende, tidsbrist, miljön och brist på stöd*.

(Se figur 1).



Figur1. Sammanställning av sjuksköterskans upplevelser av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården i form av kategorier och underkategorier.

### Upplevelser kopplade till patientkontakten

Sjuksköterskorna upplevde många olika känslor i samband med omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården. Känslor som rädsla, oro, obekvämheter, frustration, hopplöshet, sårbarhet och skuld har framkommit i artiklarna.

Flera artiklar beskriver känslan av frustration som vanlig bland sjuksköterskor. De kände att deras roll var att vårda patienter med fysiska hälsoproblem och att patienter med psykiska problem förhindrade deras arbete och smidigheten på avdelningen (Harrison & Zohhadi, 2005; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2010; Sharrock & Happell, 2006).

Sjuksköterskornas upplevelser resulterade i känslor som frustration och hopplöshet för patienterna då de ansågs vara återkommande och svåra att hjälpa (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2010). Vissa sjuksköterskor upplevde skuld eftersom patienter med psykisk ohälsa var tidskrävande och de upplevde att de inte hann med patienter med fysiska problem (Harrison & Zohhadi, 2005). Även omvårdnadskonflikt framkom hos vissa sjuksköterskor då

de inte viste om de skulle prioritera fysiska eller psykiska problem hos patienten (Sharrock & Happell, 2006). Sjuksköterskorna beskriver att det är ansträngande och känslomässigt dränerande av att vårda patienter med psykisk ohälsa (Harrison & Zohhadi, 2005; Kerrison & Chapman, 2007).

#### *Avvikande beteende*

Trots uttryck av idéer för att stödja och en önskan av att hjälpa kände sig vissa sjuksköterskor obekväma i att vårda patienter med psykisk ohälsa. De upplevde rädslor och inte bara för sin egen säkerhet utan för andra patienter de vårdar och sina kollegor. Sjuksköterskor kände sig också sårbara professionellt, juridiskt samt etiskt för deras insatser eller passivitet för att undvika skada, eftersom de ansåg sig inte kunna förutsäga beteende eller kontrollera situationer för vilka de är potentiellt ansvariga för (Reed & Fitzgerald, 2005).

Det framkommer även att sjuksköterskorna var oroliga för att säga fel saker eller säga dem på fel sätt, vilket kunde orsaka mer skada för patienter med psykisk ohälsa. Det kunde öka risken för att patienten kan skada sig själv eller någon annan. De var också oroliga över dem obevakade utgångar och trappor samt tillgänglighet till redskap som skulle kunna användas för att skada (Reed & Fitzgerald, 2005). Även att söka igenom eller ta ifrån personliga tillhörigheter vid misstänkt självskadebeteende eller aggression skapade oro hos sjuksköterskor (Kerrison & Chapman, 2007). Sjuksköterskorna oroade sig över förekomsten av aggressivitet och våld hos patienter och besökare med alkohol och missbruksproblem. Att ta hand om patienter med tydliga psykiska behov orsakade ett antal professionella svårigheter. Aggressiva utbrott, av fysiska, verbala och sexuella avhämningar upplevdes också problematiska (Harrison & Zohhadi, 2005; Kerrison & Chapman, 2007).

Det råder både positiva och negativa upplevelser hos sjuksköterskor i artiklarna, men de flesta har visat sig vara negativa. Vissa sjuksköterskor associerade psykisk ohälsa med svåra beteende. Genom tidigare negativa erfarenheter bekräftades att risken för skada ökade vid vård av personer med psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna upplevde att patienter med psykisk ohälsa inte uppskattar vården, är mindre samarbetsvilliga och är oftast ett problem för ledningen (Reed & Fitzgerald, 2005).

Patienter med psykisk ohälsa ansågs vara olämpliga i den akuta medicinska och kirurgiska miljön och ansågs inte passa in i modellen akutvårdspatienter. Vissa sjuksköterskor

prioriterade andra patienter med somatiska tillstånd för att de ansågs vara mera akuta samt att de inte krävde lika mycket tid som patienter med psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna trodde att kvalitén på vården minskade för alla patienter eftersom de var tvungna att spendera mer tid genom att ta hand om beteendestörningar istället för att utföra effektiv och god vård för alla patienter (Harrison & Zohhadi, 2005; Schluter, Seaton & Chaboyer, 2011). Det har även framkommit att en del sjuksköterskor undviker patienter med psykisk ohälsa (Kerrison & Chapman, 2007; Sharrock & Happell, 2006). En uppfattning var att äldre och mer erfarna sjuksköterskor var mindre engagerade av den psykiatriska vården än yngre sjuksköterskor med mindre erfarenhet (Sharrock & Happell, 2006). Patienter med psykisk ohälsa sågs som en betydande källa till störningar för personal, andra patienter och besökare (Harrison & Zohhadi, 2005). I studien av MacNeela, Scott, Treacy, Hyde & O`Mahony (2012) beskriver sjuksköterskorna patienten med psykisk ohälsa som ensam och sårbar men samtidigt som en fara för sig själv och andra. De beskriver honom som aggressiv och krävande och en del sjuksköterskor hade en förväntan om att patienten skulle innebära ytterligare svårigheter.

En del sjuksköterskor hade positiva upplevelser och ansåg att vården av den mentala hälsan var en del av omvårdnaden med goda resultat och positiva erfarenheter. Det fanns en stark känsla av engagemang, en djup oro för patienterna och en önskan om att kunna bidra till en vård av hög kvalitet (Reed & Fitzgerald, 2005; Sharrock & Happell, 2006).

## Upplevelser kopplade till organisationen

### *Tidsbrist*

Bristen på tid sågs som en bidragande faktor för sjuksköterskornas upplevelse av oro, stress, skuld och frustration (Harrison & Zohhadi, 2005; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2010; Reed & Fitzgerald, 2005; Schluter, Seaton & Chaboyer, 2011; Sharrock & Happell, 2006).

Sjuksköterskorna var oroade och frustrerade över att patienter med psykisk ohälsa inte alltid får den optimala och specifika vården som krävs på grund av tidsbrist. (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2010). Bristen på tid för att ge adekvat vård på grund av fysiska krav och höga patientflöden ansågs också minska säkerheten (Reed & Fitzgerald, 2005). Att ta hand om patienter med psykisk ohälsa ansågs ta både tid och energi hos sjuksköterskorna som ständigt kände att de borde vårda patienter med andra fysiska problem. Därför prioriterade vissa



sjuksköterskor patienter med fysiska problem eftersom dem ansågs ta mindre tid (Harrison & Zohhadi, 2005; Schluter, Seaton & Chaboyer, 2011).

### *Miljön och brist på stöd*

Sjuksköterskorna på akutmottagningen upplever att miljön på akuten inte främjar den optimala vården för patienterna med psykisk ohälsa. Miljön beskrivs som hektisk med hög stimulans och buller samt anpassad för snabba bedömningar av fysiska skador och sjukdomar. Sjuksköterskorna anser att sådan miljö skapar mer stress för patienterna med psykiska problem och även personalen och i slutändan leder till dåligt vårdkvalité. Även brist på hjälp och stöd från organisationen påpekades (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2010; Sharrock & Happell, 2006). Sjuksköterskor som arbetade på mindre sjukhus på landsbygden, kände sig ofta sårbara och otrygga på arbetsplatsen då de ansåg att hjälpen var för långt borta. De upplevde sig bli lämnade att brottas med situationer som var skrämmande och att de inte visste hur de skulle hantera patienter med beteendeförändringar. De kände sig särskilt utsatta under arbetstider då få personaler fanns på plats (Reed & Fitzgerald, 2005). Patienter med psykisk ohälsa sågs av en del sjuksköterskor som störande för personalen (Harrison & Zohhadi, 2005).

### Upplevelser av brist på kompetens

Sjuksköterskorna var kritiska till innehållet i grundutbildningen och ansåg att den var otillräcklig för att utrusta och förbereda dem att ge omvårdnad till patienter med psykiska problem i olika miljöer (Sharrock & Happell, 2006). Oro uttrycktes bland sjuksköterskorna på grund av brist på kunskap och färdigheter för att kunna ta hand om patienter med psykisk ohälsa. De önskade mer utbildning för att också övervinna sin rädsla mot denna patientgrupp (Reed & Fitzgerald, 2005). Okunskap och oförmåga att läsa av och förstå patienter med psykisk ohälsa skapade hinder för kommunikationen i de flesta situationer (Kerrison & Chapman, 2007). Det fanns även oro hos sjuksköterskor för minskad vårdkvalité på grund av dålig kompetensnivå och kunskap (Schluter, Seaton & Chaboyer, 2011). Sjuksköterskor ansåg att omvårdnaden av patienter med psykisk ohälsa påverkade deras professionella och personliga syn på sig själv samt förmågan att kunna ta hand om patienter med psykiska problem. Sjuksköterskorna ifrågasatte sin förmåga och funderade över sin fortsatta roll inom enheten (Harrison & Zohhadi, 2005; Kerrison & Chapman, 2007).

# Diskussion

## Metoddiskussion

Valet av litteraturstudien som metod ansågs vara mest relevant för att kunna besvara syftet, vilket var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården. I denna studie har endast kvalitativa artiklar använts. Detta kan ha påverkat resultatet då sökningar gav många träffar på kvantitativa och översiktsartiklar som på grund av begränsningarna för att göra denna studie var tvungna att exkluderas. Vidare menar Olsson och Sörensen (2011) att bästa sättet att beskriva en upplevelse är genom kvalitativa artiklar då fokus ligger på att undersöka fenomenet och individens livsvärld (ibid.). Studiens syfte var just att beskriva upplevelsen hos sjuksköterskan så begränsningen kan ändå ha stärkt trovärdigheten till resultatet.

Valet av metod till litteraturstudie med kvalitativ ansats är med stor sannolikhet relevant dock hade en empirisk studie så här i efterhand varit intressant eftersom sökningarna inte gav några resultat på kvalitativa artiklar från Sverige.

Inklusionskriterier för studien har funnits med redan innan databassökningar påbörjats. Krav på sökta artiklar har varit att de inte får vara äldre än sexton år, detta för att endast använda aktuella forskningsresultat. De skulle vara kvalitativa för att på bästa sätt beskriva fenomenet upplevelse (Olsson och Sörensen, 2011), samt skrivna på engelska och vara peer-reviewed. Allt detta för att stärka trovärdigheten till studien. Artiklarna som användes till resultatet var publicerade från år 2005 till 2012 vilket sänkte årsspannet ytterligare och med det stärkte studiens trovärdighet av senaste forskningen. Självklart hade ännu nyare forskning önskats.

En annan inklusionskriterie har varit att använda artiklar som har ett liknande sjukvårdssystem som Sverige. Detta ledde dock till ett stort bortfall då flertal intressanta studier har gjorts i bland annat Sydafrika och USA. Dessa artiklar har ändå bidragit till inspiration till diskussionen. Dessutom stärks problemet kring psykisk ohälsa och dess utbreddhet. Till denna studie ingick fem artiklar från Australien, en från England och en från Irland dock saknas kvalitativa studier från Sverige och övriga Norden. Det hade varit intressant att få ha med svenska och nordiska studier men detta anses inte ha påverkat resultatet nämnvärt då problemet kring psykisk ohälsa verkar vara utbrett över hela världen.

För att besvara syftet har endast artiklar som undersökt den allmänna sjuksköterskans upplevelse på somatiska avdelningar och mottagningar varit ännu en inklusionskriterie. Även detta kriterium ledde till bortfall då många studier har gjorts utifrån specialistsjuksköterskans eller psykiatri sjuksköterskans perspektiv. Även artiklar inom primärvården var vanliga, men även dessa exkluderades då det oftast är distriktssjuksköterskans ansvarsområde och litteraturstudiens fokus var den somatiska vården. Detta har inte påverkat litteraturstudiens resultat utan snarare stärkt trovärdigheten.

För att samla in det mest relevanta data på effektivast sätt bokades tre tillfällen med bibliotekarie i tidigt skede, vilket enligt Forsberg och Wengström (2013) är en förutsättning för att sökningarna ska bli så korrekta som möjligt (ibid.). Sökningar gjordes i flertal databaser med omvårdnads fokus, vilket enligt Henricsson (2012) stärker trovärdigheten och ökar chansen att finna relevanta artiklar. De bärande begrepp som psykisk ohälsa, upplevelse och somatisk vård är svårdefinierade med många olika synonymer på både svenska och engelska. Detta har bidragit till att många olika sökord har kombinerats för inte gå miste om relevanta artiklar. Allt eftersom sökningarna genomfördes påträffades andra sökord. Till exempel ordet ”attitudes” som beskriver både attityder och upplevelser. Eftersom upplevelser finns i studiens syfte valdes även artiklar som innehöll sökordet ”attitude” att läsas och granskas. Sökningarna i databaserna Cinahl och PubMed gav resultat, men försök gjordes även i PsycARTICLES då syftet innehåller psykisk ohälsa dock påträffades inga relevanta fynd då denna databas är mer inriktad mot psykiatrin och psykiatrisjuksköterskans upplevelse. De framkomna ämnesorden från Cinahl headings och Mesh var till stor hjälp under hela sökningen och bidragit till relevanta artiklar. Problem som uppkommit i samband med sökningar har varit exklusionskriterierna. Detta har lett till stort bortfall och sju artiklar som svarar på syftet användes i studien, och enligt Henricsson (2012) kan bortfallet ha påverkat studiens kvalitet. Dock har det visats, efter kvalitetgranskningen, att artiklarna var av hög kvalitet och svarade på syftet vilket styrker studiens trovärdighet.

En av styrkorna i litteraturstudien var att samtliga använda artiklar innehöll hög kvalitet. För att kvalitetsgranska valdes gemensamt en bedömningsmall för studier med kvalitativ metod från Olsson och Sörensen (2011), (Se bilaga 2), då denna verkade lätt att förstå. I första hand gjordes kvalitetsgranskningen enskilt för att senare ha jämförts då samma resultat hade uppnåtts vid varje enskild artikel, vilket Henricsson (2012) menar stärker resultatet. Dock bör

hänsyn tas till begränsade kunskaper och erfarenheter av att kvalitetsgranska (ibid.). De valda artiklarna till litteraturstudien vände sig till sjuksköterskor utan specialistutbildning inom medicinska och kirurgiska avdelningar samt mottagningar inom den somatiska vården. I en av artiklarna intervjuades både sjuksköterskor och studenter men resultatet var tydligt redovisat så att endast den delen där sjuksköterskornas upplevelse beskrevs kunde tas med till studiens resultat.

Valet att vid vissa tillfällen arbeta enskilt under dataanalysen och för att sedan jämföras var för att säkerställa resultatet och därmed öka trovärdigheten av litteraturstudien, vilket Graneheim och Lundman (2004) rekommenderar. Vid jämförelse uppkom vissa skillnader i valen av meningsenheterna. För att reda ut dessa skillnader användes litteraturstudiens syfte till frågeställning vid varje enskild meningsenhet. Då blev valet av meningsenheterna mer tydliga och gemensamma beslut fattades.

## Resultatdiskussion

Efter analysprocessen framkom tre huvudkategorier: *upplevelser kopplade till patientkontakten, upplevelser kopplade till organisationen samt upplevelser av brist på kompetens*. I resultatet framkom det tydligt att sjuksköterskor inom den somatiska vården upplever olika känslor i samband med omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa, vilket påverkar interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten. I resultatdiskussionen kommer de framkomna kategorierna att diskuteras.

### *Upplevelser kopplade till patientkontakten*

Resultatet visade att upplevelser av rädsla och oro är stor hos sjuksköterskorna och att detta kan kopplas till negativa attityder gentemot avvikande beteende. Sjuksköterskor associerade psykisk ohälsa med avvikande beteenden och risk för skada samt att vara en källa till störningar inom den somatiska vården. Att många sjuksköterskor upplever rädsla och oro vid omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa bekräftas även av (Brinn, 2000; Liggings & Hatcher, 2005; Mavundla, 2000; Zolnierek & Clingerman, 2012). Mavundla (2000) menar på att detta är ett tecken på irrationell rädsla som uppstår i bristande erfarenhet och kunskap. Liggings och Hatcher (2005) menar att attityder och fördomar är starkt rotade och därmed svåra att bryta. Zolnierek och Clingerman (2012) diskuterar hur det kan vara riskabelt med negativa attityder hos sjuksköterskor gentemot patienter med psykisk ohälsa, då dessa kan påverka sjuksköterskans tolkning och lyhördhet för fysiska symtom (ibid.). Detta kan kopplas

till Björkman et al. (2008) som skriver om hur denna patientgrupp upplever att deras fysiska symtom ignoreras och inte tas på allvar.

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee (1971) menar att det är sjuksköterskans uppgift att frigöra sig från eventuella förutfattade meningar inför det första mötet med patienten. Det är först då som sjuksköterskan kan se och förstå patienten. Enligt Travelbee är det viktigt att förstå interaktionen mellan patienten och sjuksköterskan, vad det är som sker mellan dem, hur interaktionen kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan ha för patienten (ibid.). De negativa attityder som sjuksköterskorna påvisade i resultatet utgör svårigheter för att skapa goda interaktioner i relationen med patienter med psykisk ohälsa vilket påverkar omvårdnaden. Att ge omvårdnad till patienter med psykisk ohälsa är en komplex process där många faktorer påverkar interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten.

#### *Upplevelser kopplade till organisationen*

Det framkom i resultatet att miljön inom den somatiska vården, särskilt akutmottagningen är inte optimal för patienter med psykisk ohälsa. Hårt arbetstryck samt brist på personal och minskat stöd från organisationen tycks vara en anledning till varför fokus läggs på patienternas fysiska problematik. Stressiga förhållanden med brist på tid och snabba bedömningar skapar mer stress för patienter med psykisk ohälsa och även för sjuksköterskor vilket påverkar deras arbete negativt och leder till dåligt vårdkvalité för patienterna. Wright, Linde, Rav, Gayman och Viggiano (2003) menar att sjukvårdspersonalen visar mer förståelse och engagemang för patienter med psykisk ohälsa när de upplever arbetsmiljön mer positiv och att de har stöd från arbetsgivaren.

Patienter med psykisk ohälsa anses vara tidskrävande enligt resultatet och sjuksköterskorna upplever att de varken har tiden eller orken att engagera sig i patienternas psykiska ohälsa. Även Mavundla (2000) samt Brinn (2000) bekräftar detta och menar att tid och personalbrist samt överbeläggningar på avdelningen påverkar omvårdnaden då sjuksköterskan inte har tillräckligt med tid att sitta ner och prata med dessa patienter (ibid.). Tiden är en förutsättning till att sjuksköterskan kan skapa en god interaktion och förståelse för patientens yttre beteende och inre upplevelser som enligt Travelbee (1971) är en del av interaktionsprocessen. Även Zolnierek och Clingerman (2012) har funnit att patienter med psykisk ohälsa anses störa strukturen och flödet av sjuksköterskans arbete eftersom de krävde längre tid och ansträngning vilket resulterade i frustration hos sjuksköterskan. Vårdkraven anses vara för

stora och därför tenderade sjuksköterskorna att lämna dessa patienter långt ner på prioriteringslistan (ibid.). Dessa faktorer utgör att sjuksköterskorna har svårt att ge adekvat omvårdnad och att de inte hinner etablera en relation med patienterna, vilket Travelbee (1971) anser är en grund för en bra interaktion. Detta verkar vara en bidragande faktor till det som (Liggings & Hatcher, 2005; Lindgren et al, 2004; Björkman et al, 2008) har påvisat, att många patienter med psykisk ohälsa upplever att deras fysiska besvär inte tas på allvar, att de ofta kände sig ignorerade och behandlades annorlunda inom den somatiska vården. Prioritering är en del av sjuksköterskeyrket och enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS1997:142) ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården.

Resultatet och även andra internationella studier bekräftar att sjuksköterskorna upplever svårigheter i samband med omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården. Zolnierek och Clingerman (2012) menar att organisationsledningen bör ha en förbättrad förståelse av dessa svårigheter sjuksköterskorna upplever för att kunna förbättra arbetsmiljön, tillhandahålla resurser, eller utveckla nya vårdmodeller som stödjer sjuksköterskor i tillhandahållande av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa. En ökad förståelse av sjuksköterskans upplevelse kan underlätta genomförandet av utbildningsmetoder, där klinisk rotation som integrerar psykisk och fysisk hälsa inom olika inställningar skulle främja personcentrerad vård (ibid.). Även Brinn (2000) menar att längden på utbildningen inom psykiatri är avgörande för hur kvalificerade sjuksköterskorna känner sig för att kunna hantera olika typer av psykisk ohälsa.

### *Upplevelser av brist på kompetens*

I resultatet framkom det att sjuksköterskorna inom den somatiska vården anser sig inte ha tillräcklig kunskap och kompetens för att ta hand om patienter med psykisk ohälsa vilket de själva anser minskar vårdkvalitén för dessa patienter. Deras okunskap och oförmåga att läsa av och förstå patienter med psykisk ohälsa är ett hinder för kommunikationen vilket Travelbee (1971) anser är det centrala verktyget för sjuksköterskan att skapa en god relation till patienten (ibid.). Med mer kunskap och erfarenheter skulle sjuksköterskornas upplevelse av rädslan kunna undvikas.

Sjuksköterskorna kände sig sårbara professionellt, juridiskt samt etiskt enligt resultatet. Sårbarheten berodde på deras insatser eller passivitet för att undvika skada eftersom de ansåg

sig inte kunna förutsäga beteende eller kontrollera situationer för vilka de är potentiellt ansvariga för. I resultatet framgår även att sjuksköterskorna anser att omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa påverkar deras professionella och personliga syn på sig själv samt förmågan att kunna ta hand om patienter med psykiska problem. Många sjuksköterskor uppvisade i resultatet viljan och önskan att ge en bra vård till denna patientgrupp men anser sig sakna utbildning och kunskap. Med utbildning skulle förståelsen för denna patientgrupp öka samt bli mer hanterbar och betydelsefull. Detta skulle kunna bidra till ett ökat självförtroende och självbild hos sjuksköterskan i omvårdnaden till denna patientgrupp. Markström et. al.(2009) poängterar vikten av att, även sjuksköterskestudenter är i stort behov av teoretisk kunskap och klinisk praktik för att minska fördomarna kring psykisk ohälsa.

## Slutsatser

Resultatet visade att sjuksköterskor upplever: rädsla, oro, obekvämheter, frustration, hopplöshet, sårbarhet och skuld i samband med omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården. Bristen på tid och stöd från organisationen samt otillräcklig kompetens ansågs vara en bidragande faktor till dessa upplevelser. Allt detta påverkade sjuksköterskans syn på sig själv både på en personligt plan samt professionellt. Bristen på tid och kompetens kan resultera i att sjuksköterskan inte lever upp till lagar och föreskrifter vilket gör omvårdnaden bristfällig och interaktionen mellan patienten och sjuksköterskan fallerar.

Sjuksköterskor och blivande sjuksköterskor bör erbjudas en adekvat och kontinuerlig utbildning. Detta för att göra vården mer jämlik för samtliga patienter och ge bättre arbetsförhållande för sjuksköterskan. Litteraturstudien kan förhoppningsvis bidra till ökad förståelse för sjuksköterskans upplevelser av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa, samt kunna öka förståelsen av problemet till varför denna patientgrupp har ett sämre utfall inom den somatiska vården. Då det finns få kvalitativa studier om sjuksköterskans upplevelser av omvårdnaden till patienter med psykisk ohälsa rekommenderas vidare forskning, framförallt i Sverige. Skillnader i utbildningen kan förekomma mellan olika länder därför är det av vikt att studera sjuksköterskor inom den svenska sjukvården. Skillnader kan även förekomma i olika kulturer och samhällsnormer.

## Självständighet

I samtliga av studiens delar har både Louise Aspehag och Marina Klaic haft en hög delaktighet och mestadels suttit tillsammans för att lättare kunna diskutera och bolla idéer. Louise har haft huvudansvaret för bakgrunden och metoddiskussionen medan Marina har ansvarat för metodbeskrivningen och resultatdelen. Innan påbörjat skrivande har gemensamma beslut tagits angående önskemål om innehållet. Även under skrivandets gång har allting skett i samråd och hjälp utav varandra att hitta olika lösningar och information. Resterande delar har gjort tillsammans.



## Referenser

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(2), 170-177.

Blomberg, B., & Hedelin, B. (2007). To get personal guidance- patients' experiences of meeting a psychiatric nurse in primary. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 27(2), 25-29.

Bradshaw, T., Pedley, R. (2012). Evolving role of mental health nurses in the physical health care of people with serious mental health illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 266-273.

Brinn, F. (2000). Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nursing Standard*, 14 (27), 32-36.

Brown, S., Inskip, H., Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177 (3), 212-217.

Charles, J.L.K., & Bentley, K.J. (2016). Stigma as an organizing for understanding the early history of community mental health and psychiatric social work. *Social Work in Mental Health*, 14(2), 149-173.

Flensner, G. (2010). Vem är patienten? I E. Dahlborg-Lyckhage (Red), *Att bli sjuksköterska – en introduktion till yrke och ämne* (109-122). Lund: Studentlitteratur.

Flynn, M., Houtjes, W., Merks, A., Mierlo, A., & Wetering, B. (2015). Metabolic syndrome in mental health and addiction treatment: a quantitative study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(1), 15-19.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105- 112.

Harrison, A., & Zohhadi, S. (2005). Professional influences on the provision of mental health care for older people within a general hospital ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 472-480.

Henricsson, M. (2012). Diskussion. I: F. Henricsson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från ide' till examination inom omvårdnad* (sid 471- 478). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I: Henricson, M (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (95- 113) Lund: Studentlitteratur.

Kerrison, S.A., & Chapman, R (2007). What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 15, 48-55.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik- för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Liggings, J., & Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General hospital psychiatry*, 27 (5), 359-364.

Lindgren, B.M., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 (3), 284-291.

Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Björkman, T. (2009). Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *Journal of Psychiatric and mental health nursing*, 16 (6), 516-522.

MacNeela, P., Scott, P.A., Treacy, M., Hyde, A., & O'Mahony, R. (2012). A risk to himself: Attitudes toward psychiatric patients and choice of psykosocial strategies among nurses in medical- surgical units. *Research in Nursing & Health*, 35, 200-213.

Markström, U., Lundvik- Gyllensten, A., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Hansson, L., & Eklund, M.(2009). Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities - A follow- up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*, 29 (6), 660-665.

Marynowski-Traczyk, D., & Broadbent, M. (2010). What are the experiences of emergency department nurses in caring for clients with a mental illness in the emergency department? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14, 172-179.

Mavundla, T.R. (2000). Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (6), 1569-1578.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Plant, L.D., & White, J.H. (2013). Emergency room psychiatric services: a qualitative study of nurses' experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 34 (4), 240-248.

Reed, F., & Fitzgerald, L (2005). The mixed attitudes of nurses to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 249-257.

Sand, L., & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet: Om existentiell kris och coping i palliativ vård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2011). Understanding nursing scope of practice: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1211-1222.

SFS1997:142. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sharrock, J., & Happell, B. (2006). Competence in providing mental health care: a grounded theory analysis of nurses experience. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24, 9-15.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapporten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015). *Lägesrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SSF. (2016). *Hälsofrämjande omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening <http://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjande-omvardnad/om-psykisk-ohalsa/> hämtad: 2016-04-08

Stefansson, C.G. (2006). Major public health problems – mental ill-health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(3), 87-103.

Ternstedt, B.M., & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I F. Friberg, & J. Öhlén, (Red.), *Omvårdnadens grunder- Perspektiv och förhållningssätt* (29- 63). Lund: Studentlitteratur.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

WHO. (2015). Mental disorders. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> hämtad: 2016-03-23

Wright, E.R., Linde, B., Rav, L., Gayman, M., & Viggiano, T. (2003). The effect of organizational climate on the clinical care of patients with mental health problems. *Journal of Emergency Nursing*, 29(4), 314-396.

Zolnierek, C. D. (2009). Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1570-1583.

Zolnierek, C. D. & Clingerman, E.M. (2012) A medical-surgical nurse's perceptions of caring for a person with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(4), 226-235.

# Bilaga 1 Databassökningar

## Sökningar i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1 general nurse OR nurse	257703	2016-03-02	0	0
S2 nurse experience OR nurse attitude	22231	2016-03-02	0	0
S3 mental illness OR psychiatric patients OR mental disorders	54768	2016-03-02	0	0
S4 somatic departments OR somatic care OR medical care OR hospital care	44432	2016-03-02	0	0
S1 AND S2 AND S3 AND S4	25	2016-03-02	20	8
S1 nurse	374926	2016-03-04	0	0
S2 experience	185120	2016-03-04	0	0
S3 mental illness	13863	2016-03-04	0	0
S4 general hospital	8316	2016-03-04	0	0
S1 AND S2 AND S3 AND S4	8	2016-03-04	8	3
S1 experience OR lived experience	185120	2016-03-04	0	0
S2 nursing OR caring	580944	2016-03-04	0	0
mental illness OR mental disorders OR mental health	94544	2016-03-04	0	0
S4 comorbidity	51338	2016-03-04	0	0
S5 S1 AND S2 AND S3 AND S4	33	2016-03-04	11	1
S1 nurses	257725	2016-03-04	0	0
S2 nursing OR caring	416510	2016-03-04	0	0
S3 mentally ill	3180	2016-03-04	0	0
S4 general hospital	7223	2016-03-04	0	0
S1 AND S2 AND S3 AND S4	11	2016-03-04	10	2

S4				
<b>PsycARTICLES</b>				
S1 general hospital*	466	2016-03-04	0	0
S2 psychiatric*	11,420	2016-03-04	0	0
S3 nurs*	1,992	2016-03-04	0	0
S4 S1 AND S2 AND S3	7	2016-03-04	2	0
<b>PubMed</b>				
Emergency nursing	8593	2016-03-07	0	0
Life experiences	23436	2016-03-07	0	0
Psychiatric patients	88312	2016-03-07	0	0
Emergency nursing AND Life experiences AND Psychiatric patients	3	2016-03-07	1	0
nurse	314988	2016-03-07	0	0
attitude	305875	2016-03-07	0	0
Mental health	240881	2016-03-07	0	0
General hospital	435 244	2016-03-07	0	0
Nurse AND attitude AND Mental health AND General hospital	175	2016-03-07	23	7

## Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Olsson & Sörensen (2011) Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod (Modifierad)

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt(syfte, metod, resultat=3p).	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultat	Analys saknas/ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultat	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 44p)				

## Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Harrison A; Zohhadi S 2005, England	Professional influences on the mental health care for older people within hospital ward.	kvalitativ fenomenologisk metod	9 deltagare, sjuksköterskor, ”ward manager”, sjuksköterskestudenter och assistenter	Hög
Kerrison SA; Chapman R 2007, Australien	What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department.	Kvalitativ med semi strukturerade intervjuer	12 sjuksköterskor	Hög
MacNeela, Pádraig; Scott, P. Anne; Treacy, Margaret; Hyde, Abbey; O’Mahony, Rebecca 2012, Irland	A risk to himself: Attitudes toward psychiatric patients and choice of psychosocial strategies among nurses in medical- surgical units.	kvalitativ multi-design som inkluderade ”think- aloud decision- making” uppgifter	13 registrerade sjuksköterskor	Hög
Marynowski-Traczyk, Donna; Broadbent, Marc 2010, Australien	What are the experiences of emergency department nurses in caring for clients with a mental illness	Kvalitativ fenomenologisk studie med semi strukturerade intervjuer	6 registrerade sjuksköterskor intervjuades	Hög

	in the emergency department?			
Reed F; Fitzgerald L 2005, Australien	The mixed attitudes of nurses to caring for people with mental illness in a rural general hospital.	Kvalitativ deskriptiv studie med inspelade semi strukturerade intervjuer	10 sjuksköterskor	<b>Hög</b>
Schluter, Jessica; Seaton, Philippa; Chaboyer, Wendy 2011, Australien	Understanding nursing scope of practice: a qualitative study.	konstruktivistisk kvalitativ metod	20 sjuksköterskor var av 16 registrerade	<b>Hög</b>
Sharrock J; Happell B 2006, Australien	Competence in providing mental health care: a grounded theory analysis of nurses experience.	Kvalitativ, grounded theory med semi strukturerade intervjuer	4 registrerade sjuksköterskor	<b>Hög</b>



## Bilaga 4 Analysförfarande

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Emergency department nurses were concerned and frustrated that clients with a mental illness are at times not receiving optimal care as a consequence of time issues in the ED which impact their ability to provide these clients with management that is specific to their needs.	Känslan av oro och frustration på grund av tidsbrist	Oro och frustration	Tidsbrist	Upplevelser kopplade till organisationen
All of the participants' indicated that in their experience they felt that the ED environment is not conducive to facilitating optimal care for the client with a mental illness.	Upplever inte miljön på akuten som optimal.	Dålig miljö	Miljön och brist på stöd	Upplevelser kopplade till organisationen
This was expressed in the narratives by the participants whose experiences resulted in feelings of frustration and lack of hope for these clients.	Känslor som frustration och hopplöshet för klienten.	Frustration och hopplöshet		Upplevelser kopplade till patientkontakten

Participants irrevocably associated mental health problems with difficult behavior. 3	Psykisk ohälsa associeras till svåra beteende	Svåra beteende	Avvikande beteende	Upplevelser kopplade till patientkontakten
Central to the nurses' stories was a strong sense of commitment, a genuine deep concern for patients and a desire to provide high quality care.	Känslan av engagemang och en önskan om vård av hög kvalitet för patienterna	Engagemang		Upplevelser av brist på kompetens
... participants were critical of their undergraduate education and believed that the mental health nursing content was inadequate to equip them to care for patients with mental health problems...	Grundutbildningen var otillräcklig	Otillräcklig utbildning		Upplevelser av brist på kompetens