



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp.

Faktorer som påverkar sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med psykisk sjukdom på somatiska vårdavdelningar.

Sofia Brazier

Josefin Magnusson

Handledare: Johanna Nilsson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Januari 2019

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa,
Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad
Januari 2019

Faktorer som påverkar sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med psykisk sjukdom inom somatiska vårdavdelningar.

Sofia Brazier

Josefin Magnusson

Sammanfattning

Bakgrund: Patienter med psykisk sjukdom är särskilt utsatta inom vården eftersom de inte alltid själva kan lyfta fram de egna vårdbehoven. Det tillhör inte ovanligheten att psykiskt sjuka patienter lider av samsjuklighet, vilket innebär att patienter lider av flera sjukdomar samtidigt. Patienter med psykisk sjukdom har oftast en högre sjuklighet än allmänheten. Trots detta upplever patienter med psykisk sjukdom att de inte får den hjälp de behöver inom den somatiska vården. Sjuksköterskan kan möta patientens fysiska behov men förväntas vårda de psykiska behoven också, även om de inte fått denna kunskap i sin grundutbildning.

Syfte: Syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors upplevelse om att vårda patienter med psykisk sjukdom på somatiska vårdavdelningar.

Metod: En litteraturstudie där åtta vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats användes. Urvalet bestod av verksamma sjuksköterskor på olika somatiska vårdavdelningar. Data inhämtades från PubMed och Cinahl. Vid analysering av de vetenskapliga artiklarna användes Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys.

Innehållsanalysen utfördes i följande ordning; kondensering, kodning och kategorisering av de utvalda meningsenheterna.

Resultat: Analysen av artiklarna resulterade i fyra kategorier och sju underkategorier. Huvudkategorierna är: *Kunskapens betydelse, omgivningens påverkan, känslor som utgör hinder i vårdarbetet och inställningar*. Underkategorierna är: *Brist i tid, brist i säkerhet, brist i stöd, rädsla, osäkerhet, tidigare erfarenheter och attityder samt svårighet att hantera*.

Slutsats: Resultatet visade på en tydlig brist hos sjuksköterskorna i kunskap och utbildning gentemot patienter med psykisk sjukdom. Faktorer som rädsla och osäkerhet påverkade vårdarbetet och interaktioner mellan patienterna med psykisk sjukdom och sjuksköterskan. Sjuksköterskans bristande kunskap samt inställning gentemot patienterna kan påverka tillämpningen av den personcentrerade vården. En litteraturstudie kan ge en ökad förståelse om hur sjuksköterskan upplever vårdandet vid patienter med psykisk sjukdom som i sin tur förhoppningsvis kan leda till en mer jämlik vård och förbättrad grundutbildning.

Nyckelord: Psykisk sjukdom, sjuksköterska, somatiska vårdavdelningar och upplevelser.

Innehållsförteckning	
Inledning.....	4
Bakgrund	5
Upplevelse.....	6
Att vårdas på somatiska vårdavdelningar	6
<i>Förekomsten av psykiskt sjuka.....</i>	6
<i>Patienters perspektiv</i>	7
Sjuksköterskans ansvar.....	8
Teoretisk referensram	9
<i>Personcentrerad vård.....</i>	9
Problemformulering.....	10
Syfte	11
Metod	11
Design	11
Urval	11
<i>Inklusions- och exklusionskriterier.....</i>	12
Datainsamling	12
Kvalitetsgranskning	14
Dataanalys.....	14
Etiska aspekter.....	15
Resultat.....	16
Kunskapen betydelse.....	16
Omgivningens påverkan	18
<i>Brist på tid.....</i>	18
<i>Brist i säkerhet.....</i>	18
<i>Brist i stöd.....</i>	19
Känslor som utgör hinder i vårdarbetet.....	19
<i>Rädsla.....</i>	19
<i>Osäkerhet.....</i>	20
Inställningar	20
<i>Tidigare erfarenheter och attityder</i>	20
<i>Svårighet att hantera</i>	22
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion.....	26
<i>Slutsats.....</i>	29
Självständighet	30
Referenser.....	30
Bilagor.....	35
Bilaga 1 Sökmatrix.....	35
Bilaga 2 Granskningsmall.....	36
Bilaga 3 Artikelöversikt.....	37
Bilaga 4 Analysförfarande.....	39

Inledning

Idag lever runt 57 000 personer i Sverige med en psykisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2017). Antalet diagnostiserade patienter ökar med åren (a.a.). Det är därför viktigt att även kunskapen kring psykiska sjukdomar ökar. En stor del av psykiskt sjuka personer lider av somatiska åkommor, vilket gör att sjuksköterskan kommer att möta personer med psykiska sjukdomar oavsett vilken avdelning eller mottagning sjuksköterskan arbetar på (Skärsäter, 2013). Skärsäter (2013) menar att psykiska sjukdomar också kan vara individuella och kräver omhändertagande från ett helhetsperspektiv. Sociala, medicinska, psykologiska och omvårdnadsinsatser ska därför ges utifrån behov.

Enligt Torgerson, Kjellström, Overgaard och Dimberg-Jonson (2016) har personer med psykisk sjukdom en högre förekomst av somatisk vård jämfört med allmän befolkning och har vanligtvis en kortare livslängd med 15–20 år (a.a.). Patienter med psykiska sjukdomar är särskilt utsatta inom vården eftersom de inte alltid själva kan lyfta fram de egna vårdbehoven. Besvärliga, hotfulla eller personligt utmanande symtom kan leda till att personens behov riskeras att skymmas (Strömberg & Westman, 1998). Det är därför viktigt att sjuksköterskan lär sig identifiera och hantera patienter med psykiska sjukdomar så att de kan få adekvat hjälp i samband med att de vårdas. På så sätt kan sjuksköterskan lättare bedriva en personcentrerad omvårdnad (Skärsäter, 2013).

Alla människor oavsett sjukdom eller bakgrund har rätt att få likvärdig vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL SFS 1982:763). Även om lagen tyder på att alla ska få likvärdig vård så visar Socialstyrelsen (2015) att det idag är en tydlig uppdelning av somatisk och psykiatrisk vård (a.a.). Eftersom sjuksköterskan kommer möta patienter med psykisk sjukdom på somatiska avdelningar är det viktigt att ta del av sjuksköterskans upplevelse av att vårda psykiskt sjuka patienter. Genom en kvalitativ litteraturstudie kan en djupare förståelse kring sjuksköterskans upplevelse skapas som förhoppningsvis kan bidra till bättre förutsättningar att bidra med god vård till patienter med psykisk sjukdom inom den somatiska vården.

Bakgrund

Psykisk sjukdom- vad är det?

Folkhälsomyndigheten (2017) beskriver begreppet psykisk sjukdom som ett tillstånd där en person har flera symtom som uppfyller kriterier för en diagnos. Det finns olika system som används för att fastställa psykiska diagnoser, i vilka det finns över 300 olika typer av psykiska störningar beskrivna och klassificerade. Detta utgör en grund för att diagnostisera en psykisk sjukdom med en så kallad F-diagnos, vilket är en klassificering som omfattar psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. Enligt Medibas (2013) definieras psykisk sjukdom genom symtom, funktionella följder och tecken. Den psykiska sjukdomen diagnostiseras alltså inte genom tester. Personer med en psykisk sjukdom kan ha svårt med grundläggande dagliga sysslor som exempelvis sköta hygien, gå till sitt jobb men även att hålla rutiner. Att hantera relationer med andra personer kan också vara en svårighet som medföljer för personer med psykisk sjukdom (a.a.).

World Health Organization (WHO, 2018) förklarar att det finns många psykiska sjukdomar som vanligtvis kännetecknas i kombinationer. Kombinationerna kan innehålla känslor, beteende, onormala tankar, uppfattningar och relationer till andra. De förklarar också att psykiska sjukdomar innefattar: schizofreni och andra psykoser, depression, demens, substansberoende, bipolär affektiv sjukdom, intellektuella funktionshinder och utvecklingsstörningar inklusive autism. Socialstyrelsen (2018) skriver att 1500–2000 personer insjuknar i psykos i Sverige varje år och att det är runt 30000–40000 personer som lever med diagnosen schizofreni i Sverige (a.a.).

Det är inte lätt att definiera vad en psykisk sjukdom är, men de finns olika grundläggande sätt att titta på som avgränsar sjukdom i från normalitet. Herlofson och Ekselius (2017) förklarar att det alltid finns observerbara tecken vid psykisk sjukdom. Det kan visa sig i deras beteende genom exempelvis sättet personer med psykisk sjukdom kommunicerar på är nedsatt och avvikande, avsaknad av ansiktsuttryck, tonläget i rösten, kroppsspråket och motorik är annorlunda. Märkbare tecken till sjukdom kan ge en bild av att sjukligheten är utmärkande. En psykisk sjukdom visar sig vanligtvis också genom plågsamma symtom. Symtomen rapporteras i första hand av personen själv genom beskrivningar om obehagliga upplevelser (a.a.).

Upplevelse

En upplevelse är något individuellt och unikt för varje individ. Upplevelsen finns alltid kvar i vårt minne. Det kan vara något en person upplevt i sin vardag, i ett möte med en annan person eller ett samtal. Upplevelsen kan även vara att känna sig behövd, efterfrågad eller betydelsefull. För att kunna sätta sig in i en annan persons upplevelse är det viktigt att lyssna på individens egna berättelse och vad den har inneburit för individen själv samt deras upplevelse av situationen (Flensner, 2014).

Travelbee (1971) förklarar att en upplevelse utgår ifrån erfarenheter och genom händelser medan Langemar (2008) menar att upplevelse är i likhet med begreppet livsvärld. Langemar (2008) förklarar livsvärld med de tolkningar som en person själv gör. Det personen upplever kan påverkas av tidigare erfarenheter (a.a.). Upplevelse kan också vara hur en individ upplever en annan individs uppförande och handlingssätt (Laing, 1969).

Att vårdas på somatiska vårdavdelningar

Förekomsten av psykiskt sjuka

Runt 56 425 personer i åldrarna 15–85 år lever med en F-diagnos (Socialstyrelsen, 2017).

Av de patienterna är det cirka 1–3 % som samtidigt lider av somatisk sjukdom så som hjärtinfarkt, stroke, hjärtsvikt och/eller diabetes. Vanligtvis består denna patientgrupp av kvinnor och yngre (Torgerson, Kjellström, Overgaard, Dimberg-Johnson, 2016). Det tillhör inte ovanligheten att även barn och ungdomar lider av psykiska sjukdomar. Cirka hälften av alla livslånga psykiska sjukdomar framträder före 14 års ålder. (Reardon, Harvey, Baranowska, O'Brien, Smith & Creswell, 2016).

Enligt Torgerson et al (2016) har personer med en allvarlig psykisk sjukdom som exempelvis bipolär sjukdom eller schizofreni en högre förekomst av somatisk vård jämfört med allmän befolkning. Personer som lider av psykisk sjukdom har en kortare livslängd och dör i genomsnitt 15–20 år tidigare än en person som inte lider av en psykisk sjukdom. Prevalensen av personer med psykisk sjukdom är hög och det finns svårigheter att erbjuda personcentrerad vård till denna patientgrupp på de somatiska vårdavdelningarna. Att psykiskt sjuka har en livsstil som förhöjer risken för komplikationer inom vården är något som är välkänt både internationellt och nationellt. Det är vanligt att personer med psykisk sjukdom förbrukar

tobak, har sämre kostvanor och inte utövar så mycket fysisk aktivitet som en person som inte lider av en allvarlig psykisk sjukdom (Torgerson et al, 2016).

Herlofson och Ekselius (2017) förklarar att det inom de psykiatriska diagnoserna ofta förekommer kända somatiska riskfaktorer som diabetes, förhöjda blodfetter och övervikt i ökad utsträckning. Troligen är bidragande faktorer ohälsosamma levnadsfaktorer, men även kända biverkningar vid bruk av antipsykotiska läkemedel. Det faktum att personer med psykisk sjukdom har sämre fysiskt hälsa borde vara ett adekvat skäl till särskild uppmärksamhet och somatiska behandlingar från vårdens sida. Tyvärr får patienter med psykiatriska diagnoser till skillnad från övrig befolkning en genomgående sämre somatisk omvårdnad i form av bemötande, undersökning och utredning. (a.a.).

Patienters perspektiv

Patienternas självstigmatisering tillsammans med bristande klinisk kunskap om flera psykiska sjukdomar bidrar till hinder i den somatiska vården (Brämberg, Torgerson, Kjellström, Welin & Rusner, 2018). Stigmatisering är ett begrepp som ofta används inom psykiatrin och syftar till negativa uppfattningar eller diskriminering gentemot patienter med psykisk sjukdom (Björkman, Angelman och Jönsson, 2008). Patienterna anser själva att stigmatisering utgör ett hinder för att få tillgång till vård. De beskrev tidigare erfarenheter av att inte bli betrodda eller tagna på allvar. Detta i kombination med egna tankar om psykiska sjukdomar gjorde att de själva tvivlade på om deras somatiska symtom var ”verkliga”. Detta medförde att många av patienterna med psykiska sjukdomar undvek att söka vård (Brämberg et al, 2018).

Brämberg et al (2018) skriver att vårdpersonal på somatiska vårdavdelningar inte förstår psykiska diagnoser. Detta innebar ett stort problem för patienterna med psykisk sjukdom eftersom det bidrog till en ökad självstigmatisering. Patienter valde att vänta med att söka hjälp av rädsla för att personalen på akutavdelningen endast skulle säga att problemet har uppstått på grund av den psykiska sjukdomen eller var biverkningar av medicineringen. Detta är betungande för patienterna och något de inte alls vill höra när de söker hjälp. Känslan av att alltid bli diskriminerad, hamna sist i kön eller få sämre vård på grund utav den psykiska diagnosen har utvecklats genom erfarenhet av att söka vård (a.a.).

Personer med självskadebeteende är en annan patientgrupp som är vanlig inom den somatiska vården (Lindgren, Wilstrand, Gilje och Olofsson, 2004). Lindgren et al. (2004) beskriver att

inom gruppen självskadepatienter dominerar upplevelser i att de inte får den vård som de behöver och får stämpeln som ett ”hopplöst fall” samt att inte bli tagna på allvar. Vidare berättar Liggings och Hatcher (2005) att patienter upplevde att stämpeln med ”psykisk sjukdom” kunde påverka hur sjuksköterskan såg eller agerade mot dem. Känslan av att bli behandlad annorlunda, ignorerade eller negativt bedömda var en vanlig upplevelse bland patienterna. Patienterna med psykisk sjukdom upplevde också att de fysiska symtom som de hade ofta blev förminskade eller inte blev tagna på allvar alls (a.a.).

Sjuksköterskans ansvar

I Hälso-och sjukvårdslagen (HSL SFS 1982:763) beskrivs det som ett mål att hela befolkningen ska vårdas på lika villkor. Detta för att främja god hälsa. Vården ska ta hänsyn till människans enskilda värdighet samt utföras med respekt för människors lika värde. Hälso- och sjukvården ska prioriteras så att den personen som är i störst behov av vård ska ges företräde.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2017) beskriver omvårdnad som ett huvudsakligt ansvarsområde inom sjuksköterskeprofessionen som både innefattar ett etiskt förhållningssätt, patientnära arbete och en humanistisk människosyn. Enligt Ternstedt och Norberg (2009) handlar omvårdnad om att förebygga ohälsa och att kunna utgå från ett patientperspektiv. Vid sjukdom och ohälsa ska sjuksköterskan kunna tillfredsställa de basala behoven, så som de psykiska, fysiska, andliga och sociala.

Travelbee (1971) var en omvårdnadsteoretiker som vill framhäva att människan har förståelse för vad omvårdnad bör vara och är så måste denna ha förståelse vad som sker mellan sjuksköterskan och patienten. Hur deras samspel upplevs och vad de kan ha för konsekvenser för patienten och dennes tillstånd. Vidare berättar Travelbee (1971) att sjuksköterskan har som uppgift att hjälpa patienten att finna mening, hantera sitt lidande samt att kunna bära och hantera sina erfarenheter. I teorin framhäver även Travelbee (1971) hur viktigt de är att sjuksköterskor förhåller sig till individen och dennes upplevelse av sin sjukdom eller sitt lidande, än till sin egen eller annan vårdpersonals objektiva bedömning eller diagnos (a.a.).

Sjuksköterskan har ett övergripande ansvar för att en relation skapas och upprätthålls, dock går det inte att göra detta ensam (Travelbee, 1971). Relation beskrivs som en process och ett slags medel som ska tillgodose den sjukes omvårdnadsbehov. Relationen som skapas måste

vara ömsesidig. För att det ska kunna bli en sådan relation gäller det att sjuksköterskan från första mötet går in i en neutral roll utan eventuella fördomar eller förutfattade meningar. Då ser och förstår sjuksköterskan hela patienten. Travelbee (1971) framhäver olika faser som sedan ska leda till den mellanmänskliga relationen. Under dessa faser lär sjuksköterskan och patienten känna varandra. Detta utvecklas sedan till empati, förståelse för patientens känslor, kunna bemöta olika reaktioner och sympati. Sjuksköterskan har ett stort intresse för patienten och visar engagemang. Efter hand som relationen byggs upp kan ett band etableras och patienten kan börja se sjuksköterskan som en individ och inte endast en roll. Det viktigaste redskapet i denna teori är enligt Travelbee (1971) kommunikation. I kommunikationen utbytes tankar, idéer, känslor med mera. Syftet med kommunikationen är att lära känna patienten samt tillgodose och utforska individens behov. Det kan dock uppkomma faktorer som orsakar avbrott eller störning i kommunikationen. En sådan faktor kan vara bristande förmåga att se patienten som en individ (a.a.).

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård

Att patienten betraktas som en medmänniska och en person som är expert på sin vardag och upplevelse är en förutsättning för en personcentrerad omvårdnad. Personen som är i behov av omvårdnad ska mötas som en jämlike och partner. Patientens möjligheter och resurser kan identifieras genom att sjuksköterskan lyssnar på patienten, vilket i sin tur kan lägga grunden till ett partnerskap inom vården. Relationen inom en personcentrerad vård kräver en medveten etik som baseras på förståelse och respekt för personens vilja och självkänsla (Svensk sjuksköterskeförening [SFF], 2014). Edvardsson (2010) beskriver att personcentrerad omvårdnad handlar om att se människan bakom symtom, beteende, åldrande och sjukdom. Personens synliggörande och bekräftande är i centrum, likaså att försöka sätta sig in i dennes situation för att försöka se omvårdnaden ur patientens synvinkel (a.a.)

Sjuksköterskan ansvarar för att omvårdnaden genomförs i partnerskap med närstående och patient, för ett bevara integritet och värdighet (SFF, 2014). Den personcentrerade omvårdnaden karakteriseras av att såväl patient och närstående blir förstådda och sedda som unika personer, vars förväntningar, värderingar och behov är individuella. En ömsesidig öppenhet och respekt för varandras kunskaper samt patientens berättelser utformar vårdmötet.

Den legitimerade sjuksköterskan ska därför kunna planera, genomföra och utvärdera omvårdnad i partnerskap med patient och eventuellt närstående. I samband med dem ska sjuksköterskan ge patienten förutsättningar för att kunna fatta beslut och prioritera vårdens innehåll. Sjuksköterskan ska även värna om patientens möjligheter, behov och rättigheter för att skapa förutsättningar för en kontinuitet och kontakt i vårdkedjan (a.a.).

Problemformulering

Personer som lider av psykisk sjukdom har till viss del sämre förutsättningar inom den somatiska vården när det gäller vård och behandling än övriga patienter (Socialstyrelsen, 2015). Socialstyrelsen (2015) skriver att en anledning till att patienter med psykisk sjukdom får sämre vård inom somatisk vård är att det finns en tydlig uppdelningen av somatiska och psykiatriska avdelningar. Till följd av denna uppdelningen kan patienter med psykisk sjukdom hamnar mellan stolarna. En grundutbildad sjuksköterska anses inte vara utrustad för att vårda patienter med psykisk sjukdom inom somatisk vård, detta gör att sjuksköterskan inte kan tillgodose alla patientens behov. Sjuksköterskan ska kunna möta både de fysiska och psykiska behoven. Socialstyrelsen (2015) menar även att patienter med psykisk sjukdom underbehandlas i den somatiska vården, där anledningen anses vara sjuksköterskans otillräckliga kompetens om psykiskt sjuka patienters behov, förutsättningar och tillstånd (a.a.).

Brämberg et al. (2018) belyser i sin studie att sjuksköterskans utbildning är otillräcklig, speciellt inom psykiatrisk vård i grundutbildningen. Sjuksköterskorna i studien hade svårt att hantera både medicin och behandling för patienter med psykisk sjukdom inom den somatiska vården samt att stigmatiseringen är en kvarstående faktor som påverkar sjuksköterskan i vårdandet av patienter med psykisk sjukdom (a.a.). Flera studier har fokuserat på sjuksköterskans attityder gentemot psykiska sjukdomar inom somatiska vårdavdelningar, där kvantitativa ansatser är övervägande metoder som i exempelvis Björkman, Angelman och Jönsson (2008) och Inhalainen-Tamlander, Vänäniemi, Löyttyniemi, Souminen och Välmäki (2016) studier. Däremot finns det färre studier som är gjorda med kvalitativa forskningar om sjuksköterskornas upplevelser av att vårda patienter med psykisk sjukdom på somatiska vårdavdelningar.

Syfte

Syftet var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med psykisk sjukdom på somatiska vårdavdelningar.

Metod

För att svara på studiens syfte gjordes en kvalitativ litteraturstudie baserat på vetenskapliga artiklar. Enligt Kristensson (2014) är litteraturstudien ett bra arbetssätt att sammanställa relevant kunskap som sedan kan omsättas i praktiken. Litteraturstudien utgår från en avgränsad och specifik undersökningsfråga, där litteratur sedan letas upp på ett strukturerat vis för att kunna besvara denna fråga. Efter insamlad litteratur ska materialet sedan kritiskt granskas och sammanställas. Litteraturstudien ska ge en fördjupning inom ämnet. Information i den kvalitativa metoden inhämtas genom intervjuer, texter eller observationer från små urval. Resultatet presenteras genom tematisering, beskrivning eller tolkning (a.a.).

Olsson och Sörensen (2011) förklarar att en kvalitativ metod används för att tillämpa kunskap för att kunna känneteckna ett fenomen. Syftet med den kvalitativa metoden blir då att hitta beskrivningar, modeller eller kategorier som beskriver fenomenet på bästa sätt, exempelvis en individs livsvärld eller ett sammanhang i omvärlden. Syftet var att undersöka upplevelse, därför var den kvalitativa metoden relevant att använda i föreliggande studie (a.a.).

Design

En litteraturstudie med kvalitativ design användes i föreliggande studie för att besvara syftet. Den kvalitativa forskningen lägger oftast tonvikten på ord istället för siffror vid insamling och analys av data (Henricson 2017).

Urval

För att kunna säkerställa att syftet besvarades korrekt ansågs det att vissa kriterier måste uppfyllas. Östlund (2017) menar att sökningar som är gjorda med peer-reviwed avgränsar de akademiska databasernas innehåll till artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Peer-review innebär att en oberoende forskare inom samma ämnesområde gör en bedömning av artikelns innehåll. Undertecknad påpekar att det kan vara svårt att veta om en artikel är vetenskaplig eller inte, men menar att en indikation kan vara att en vetenskaplig text har flera sidor och att den vetenskapliga publiceringen av artiklarna oftast sker på engelska (a.a.).

Inklusions- och exklusionskriterier

För att försäkra att artiklarna är av vetenskaplig natur ska de vara peer-reviwed och följa IMRAD-modellen. De skulle vara skrivna på engelska samt att de skulle vara publicerade någon gång mellan åren 2005–2018. En ytterligare inklusionkriterium i studien var att de valda vetenskapliga artiklarna innehöll ett etiskt övervägande enligt Helsingforsdeklarationen från 2013 och/eller ett godkännande av en etikkommitté.

Artiklarna skulle belysa sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med psykiska sjukdomar på somatiska vårdavdelningar, där det inte fanns specialiserade sjuksköterskor inom psykiatri. Med somatiska vårdavdelningar avser medicinska-och kirurgiska vårdavdelningar samt mottagningar. För att bevara syftet var exklusionskriterier att ta bort de artiklar där vården utspelades inom psykiatri och/eller primär/öppenvården och där patienterna vårdades av sjuksköterskor med specialistutbildning inom psykiatri.

Datansamling

Datansamlingen började med att en sökstrategi utvecklades. Denna tillämpades sedan vid sökningen av litteratur. En grovsortering gjordes sedan av funnen litteratur av det som ansågs vara relevant för att svara på syftet. Eftersom litteratursökningen ger grunden till resultat och slutsats, är det essentiellt att den innehåller bra kvalitet, därför lades mycket tid ner på denna process (Kristensen, 2014).

Enligt Kristensen (2014) är litteraturstudiens andra steg att identifiera litteratur som är relevant, vilket beskrivs som en omfattande process som sker i flera mindre steg. Kristensson menar att den aktuella litteraturen inhämtas från artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter och databaser (a.a.) I föreliggande studie användes PubMed och Cinahl som databaser. Databaserna är oftast indelade efter ämnesområde, vilket inkluderar ett noga avvägt litteratururval som är avsett för en specifik målgrupp. I Cinahls databas finns främst litteratur från det omvårdnadsvetenskapliga området och inom PubMed är fokus på det medicinska området (Östlund, 2017).

Vidare förklarar Östlund (2017) att ämnesordlistor i CINAHL och PubMed kan användas för att hitta så många olika synonymer som möjligt. Därefter används en synonym i taget för att bredda sökningen. Sedan kan en boolesk söklogik användas, som innebär att sökorden kombineras med *OR*, *AND* eller *NOT* för att styra sökningen till samtliga sökord. En boolesk söklogik markerar hur sökorden ska kombineras. I föreliggande studie användes endast *AND* och *OR*. Enligt Östlund (2017) är *AND* den vanligaste operatören och används för att två söktermer ska kunna kopplas ihop. *OR* används när man får träffar på några eller samtliga sökningar och kan med fördel användas om man vill söka på ett begrepp som har flera olika synonymer. Sökningen ska sparas för att undvika att behöva göra om processen igen (a.a.).

Olsson och Sörensen (2011) påpekar att det ska finnas en utförlig beskrivning av den sökning som är utförd, då en annan forskare ska kunna utföra den genomförda sökningen på exakt samma sätt för att generera samma resultat (a.a.). De akademiska databasernas grundstrukturer ligger i ämnesordlistor, där särskilda ord valts ut för att beskriva de olika dokumentens innehåll. Sökorden är anpassade till den databas eller ämnesområde som sökandet sker inom och med hjälp av ämnesordlista kan dessa lättare hittas. (Östlund, 2017). MeSH och Cinalheadings är exempel på ämnesordlistor i Pubmed och CINAHL. Med hjälp av relevanta sökord från MeSH-sökord och Title/Abstract om upplevelse och CinahlHeadings har artiklar letats fram ur databaserna Pubmed och CINAHL. Följande sökord samt sökord i fritext har använts i olika kombinationer för att bredda sökningen:

PubMed: *Nurse experience, nurses experiences, nursing experience och Mental disorder* söktes med title/abstract medan *Mental illness* söktes som mesh-term.

Cinahl: *Nurse, Nurses attitudes och Mental disorder* söktes som CinahlHeadings medan *General nurse, General hospital, medical hospital, acute hospital, somatic, rural hospital, Mental illness, Nurse experience, Nurses experiences och nursing experience* söktes i fritext.

Sammanlagt gav sökningarna i de olika databaserna 106 träffar, varav 23 i Cinahl, och 83 i PubMed (Se bilaga 1). Genom funktionen ”find similar results” hittades två artiklar i PubMed. Samtliga artiklars titlar lästes igenom, därefter valdes de artiklar ut som ansågs ha en titel som låg i linje med studiens syfte och gick därför vidare till att läsas på abstraktsnivå. Detta motsvarade 73 artiklar varpå 50 var i PubMed och 23 i Cinahl. De abstrakt som inte svarade på syftet valdes bort vilket resulterade i att 16 artiklar lästes i fulltext och gick vidare till en kvalitetsgranskning. (se bilaga 3).

Eftersom en sökning kan ge en större mängd träffar, behövs en första gallring vilket görs genom att läsa abstrakt. Friberg (2017) nämner den processen som att anlägga ett så kallat ”helikopterperspektiv”, vilket innebär att en översiktsbild ges över innehållet genom att läsa abstract. På så sätt kan karaktärerna av studierna träda fram. Kristensson (2014) skriver att efter den första gallringen exkluderas de artiklar som är irrelevanta. Som andra steg läses artiklarna i full text, och vid behov görs ytterligare en gallring. De artiklar som lästes i full text granskades sedan kritiskt.

Kvalitetsgranskning

Vid kvalitetsgranskning användes en granskningsmall utformad av Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016). Mallen innehåller 15 frågor som kan besvaras med antingen “ja”, “nej” eller “vet ej” (Bilaga 2). Det var 16 utvalda artiklar som ansågs vara relevanta för studien som gick vidare till granskning. För att kunna värdera kvaliteten på artiklarna användes ett poängsystem. Detta anser Willman et al. (2016) underlätta för att värdera kvaliteten på en artikel (a.a.). Vid användning av granskningsmallen utdelades 1 poäng vid svar “ja” medan 0 poäng delades ut vid svar “nej” eller “vet ej”, detta resulterar i att högsta summan en artikel sammanlagt kunde få var 15 poäng. En låg kvalitet ansågs artiklar ha som hade en summa mellan 0–7 poäng medan medel kvalitet var mellan 8–11 poäng och en hög kvalitet var dem som fick mellan 12–15 poäng. Av de 16 artiklar som genomgick kvalitetsgranskningen var det slutligen 8 artiklar som behölls för att forma ett resultat, varav 6 artiklar uppnådde en hög kvalitet och 2 uppnådde en medel kvalitet (se bilaga 2). De resterande 8 artiklar fick en låg kvalitet och exkluderades därför från studien. Se (Bilaga 3).

Dataanalys

Föreliggande studie inspirerades av Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys. Graneheim och Lundman (2004) rekommenderar att de valda artiklarna ska läsas igenom ett flertal gånger för att få en så bra förståelse av innehållet som möjligt. Tolkningen av text kan vara manifest och/eller latent. En manifest innehållsanalys innebär en textnära tolkning, medan en latent innehållsanalys tolkar det bakomliggande i texten. Processen fortsätter med att meningsenheter som svarar på studiens syfte väljs ut. Meningsenheterna kortas sedan ner, vilket Graneheim och Lundman (2004) kallar för kondensering. Vid kondensering kortas texten ner men bibehåller innebörden av meningen. En kondenserad mening ska kunna ses ur andra aspekter, men fortfarande kunna relateras till

meningsenheten. Steget efter kondensering fortsätter genom att ta fram koder som grupperas till underkategorier och kategorier (a.a.).

Texterna lästes igenom ett flertal gånger enskilt för att få ett helhetsperspektiv över innehållet. Sedan togs meningsenheter ut som diskuterades gemensamt så att ingen viktig information missats. Därefter översattes meningarna med hjälp av Google Translate, svensk-engelskt lexikon samt tidigare kunskaper. Sedan kondenserades meningsenheterna och lades in i en mall för att för en bättre översikt över samtliga steg i processen. Därefter tilldelades meningsenheterna en kod. När alla meningsenheter var ”märkta” med koder skrevs analysen ut, för att sedan klippas ut och delades upp i högar som angås ha samma innebörd. Koder som hade liknande innehåll blev sammansatta och skapade underrubriker. För att sortera de kodade och kondenserade meningsenheterna skapades kategorier, vilket är ett viktigt steg inom den kvalitativa innehållsanalysen. Beslut togs gemensamt att koderna resulterade i 7 underkategorier och 4 kategorier. (Se bilaga 4)

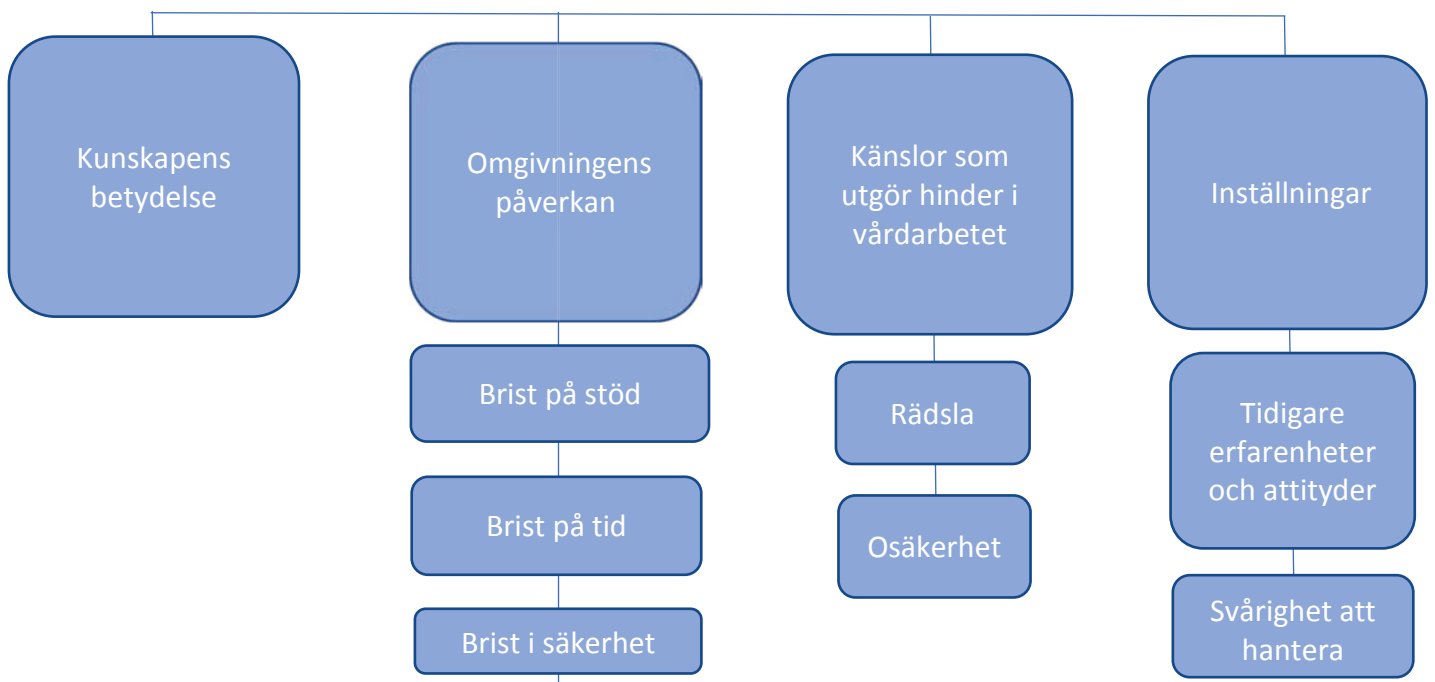
Etiska aspekter

Grunden till de etiska reglerna inom forskning är enligt Olsson och Sörensen (2011) två värden; skyddskravet-värdet av att upprätthålla individers integritet och handlingsfrihet samt kunskapskravet-värdet av ökad kunskap. Reglerna styr forskarens arbete (a.a.). Forskning som bedrivs med djur och/eller människor, måste hantera etiska frågor. Detta kan ibland visa sig vara utmanade eftersom önskan att vilja producera starka bevis kan strida mot de etiska aspekterna. När det är människor som studeras, är det viktigt att deras rättigheter bevaras (Polit & Beck, 2017).

Pettersson (2017) nämner det etiska övervägandet som en skyldighet till de personer som deltar i forskning. En etikprövning är ett måste vid all forskning för att skydda deltagarna i studien. Forskarna har genom traditionell synvinkel i förväg bestämt hur projektet ska formas och detta innebär att de personer som ska delta i forskningen kan själva ta ställning till information i förhand som är given. Enligt Kristensson (2014) måste ett ställningstagande till forskningsetiska frågeställningar göras även i en litteraturöversikt för att granska om artiklarna är etiskt försvarbara eller inte. Det har därför i föreliggande studie kontrollerats att ett etiskt övervägande enligt etiska kommittéer och/eller Helsingforsdeklarationen från 2013 har gjorts på artiklarna som valdes ut.

Resultat

Studiens syfte var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med psykisk sjukdom på somatiska vårdavdelningar. Resultatet från analysen utmynnade till fyra stycken kategorier: *Kunskapens betydelse*, *omgivningens påverkan*, *känslor som utgör hinder i vårdarbetet* och *inställningar*. Till detta tillkom underkategorierna: *Brist på tid*, *brist i säkerhet*, *brist i stöd*, *rädsla*, *osäkerhet*, *tidigare erfarenheter och attityder* samt *svårighet att hantera*. (Se figur 1.)



Figur 1. Översikt av sammanställningen av sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med psykisk sjukdom inom somatiska vårdavdelningar i kategorier och underkategorier.

Kunskapens betydelse

Sjuksköterskorna upplevde att de saknade kunskap för att kunna vårda patienter med psykisk sjukdom på ett adekvat sätt (Arnold & Mitchell, 2008; Reed & Fitzgerald, 2012; Poggenpoel, Myburgh & Morare, 2011; Zolnierek & Clingerman, 2012). De ansåg att utbildningen inte

förberett dem tillräckligt vilket bidrog till att de kände sig obekväma att ta sig an rollen som ansvarig på ett moget sätt. Sjuksköterskor med lite eller ingen erfarenhet inom yrket hade svårare att ta på sig rollen då de endast vårdat patienter med psykisk sjukdom ett fåtal gånger. Sjuksköterskorna ansåg att de inte hade någon insikt om psykiska sjukdomar och hur patienter med psykisk sjukdom ter sig. Bristen i kunskap grundade sig inte enbart i den nedsatta insikten om sjukdomarna utan även i deras behandlingar och medicinering. De uttryckte att det skulle vara lättare att hantera situationerna om de fått mer kunskap i utbildningen samt mer stöd och träning under arbetets gång (Arnold & Mitchell, 2008; Reed & Fitzgerald, 2012; Poggenpoel, Myburgh & Morare, 2011; Zolnierek & Clingerman, 2012). Det framgick att sjuksköterskorna upplevde att det var bekymmersamt att inte veta hur de skulle gå till väga vid vårdandet. De hade varken skicklighet eller kunskap att vårda patienter med psykiska sjukdomar, vilket medförde problem på de somatiska avdelningarna. Trots den begränsade förmågan uttrycktes en vilja att hjälpa (Reed & Fitzgerald, 2012; Poggenpoel et al, 2011).

En del sjuksköterskor upplevde brister att förse patienterna med en effektiv vård på grund av att de inte förstod vilka problem patienten egentligen hade då kunskapen inte fanns. Att inte veta hur de skulle handla medförde att de kände sig obekväma (Reed & Fitzgerald, 2012; Poggenpoel et al, 2011) Utbildningen som sjuksköterskor fick kändes otillräcklig. Därför fick sjuksköterskorna hämta kunskap från de olika vårdtillfällen då de vårdade patienter med psykisk sjukdom. Kunskapen visade sig i egna idéer om hur sjuksköterskorna skulle gå till väga vid vård av psykiskt sjuka patienter. Sjuksköterskorna fick hitta på sätt för att hantera de psykiskt sjuka patienterna då de upplevde att situationer som uppstod inte skulle hända på somatiska avdelningar hände (Reed & Fitzgerald, 2012; Poggenpoel et al, 2011). På en avdelning fick sjuksköterskorna en extra utbildning. Den kunskapen som sjuksköterskorna fick bidrog till att de kände sig mer säkra i bedömning av psykiskt sjuka patienter. Det framkom tydligt att de sjuksköterskor som hade fått mer kunskap om psykiska sjukdomar upplevde sig mer bekväma att vårda patienter med psykisk sjukdom på somatiska avdelningar. De uttryckte en ökad självkänsla i ämnen de hade mer kunskap om vilket bidrog till en känsla av kontroll och ansvarsförmåga. Med den ökade kunskapen upplevde sjuksköterskan att de lättare kunde tillämpa ett personcentrerat förhållningsätt (Reed & Fitzgerald, 2012).

Omgivningens påverkan

Brist på tid

Sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns tid att ta hand om psykiskt sjuka patienter när avdelningen var högt belastad (Zolnierek & Clingerman, 2012; Buckley, 2010). Detta gällde vilken tid som helst på dygnet och de kände att extra personal hade bidragit till att mer välbehövlig tid skulle kunna spenderas med varje patient. Eftersom sjuksköterskorna upplevde att patienter med psykisk sjukdom var mer krävande var de tvungna att spendera mer tid med dem. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att disponera tiden på ett likvärdigt sätt eftersom de ansåg att vården runt psykiskt sjuka patienter var mer komplex. Det fanns situationer då patienter med psykisk sjukdom orsakade avbrott, vilket gjorde att sjuksköterskan blev störd i arbetet och hamnade efter med arbetsuppgifterna. Försening skapade frustration eftersom de kände att tiden inte räckte till (Zolnierek & Clingerman, 2012; Buckley, 2010).

Många sjuksköterskor upplevde att de medvetet lämnade patienter med psykisk sjukdom till sist då de ansåg att de krävde mer tid och en större ansträngning. Detta resulterade i att de psykiskt sjuka patienternas behov inte kunde mötas då sjuksköterskorna valde att koncentrera sig på de icke psykiskt sjuka patienterna. Relaterat till tidsbrist var det psykologiska stödet till de psykiskt sjuka patienterna inte en prioritet, vilket gjorde att sjuksköterskorna upplevde att de inte kunde vårda holistiskt (Reed & Fitzgerald, 2012; Morley, Briggs & Chumbley, 2014; Arnold and Mitchell, 2008; Jones, Krisha, Gopal-Rajendra & Keenan, 2015; Poggenpoel et al, 2011; Zolnierek & Clingerman, 2012).

Brist i säkerhet

Sjuksköterskorna upplevde en brist på säkerhet på arbetsplatsen när det fanns psykiskt sjuka patienter på avdelningen (Reed & Fitzgerald, 2012, Arnold & Mitchell, 2008; Poggenpoel et al, 2011; Hildenbrandt & Marcolan, 2016). De upplevde att säkerheten på arbetsplatsen äventyrades då det inte fanns tydliga riktlinjer, uppmaningar eller förberedelser för hur psykiskt sjuka patienter skulle vårdas. Avdelningarna var inte säkerhetsanpassade exempelvis för patienter som var rymningsbenägna. När patienterna blev utåtagerande upplevde sjuksköterskorna att de inte fanns tillräckligt med resurser för att kontrollera situationen. Upplevelsen av utsatthet ökade särskilt de timmarna efter normal arbetstid då det inte fanns

någon uppbackning. Våldsamma situationer kunde uppstå på avdelningar som gjorde att de behövt tillkalla säkerhetsvakt eftersom de fanns få personal som kunde hantera situationen. Då sjuksköterskorna inte kunde övervaka patienter med psykisk sjukdom konstant hände det att de plockade på utrusning som de inte borde. Psykiskt sjuka patienter som kom in till avdelningen hade inte alltid tillgänglig information om sin sjukdom vilket gjorde det svårt att följa anamnesen. Detta utgjorde en brist i säkerheten eftersom sjuksköterskorna inte visste hur de skulle gå till väga om patienten med psykisk sjukdom skulle bli utåtagerande. Den bristande säkerheten gav upphov till en känsla av sårbarhet och en osäker arbetsplats (Reed & Fitzgerald, 2012, Arnold & Mitchell, 2008; Poggenpoel et al, 2011; Hildenbrandt & Marcolan, 2016).

Brist i stöd

En viktig del i vårdandet av patienter med psykisk sjukdom på somatiska avdelningar upplevde sjuksköterskan var teamarbetet. Även stödet från doktorerna kunde upplevas som bristande när sjuksköterskorna bad dem om hjälp eller rådgivning. Det tog lång tid för doktorerna att agera eller göra något för patienterna. När sjuksköterskorna upplevde rädsla kunde detta förminska av annan personal och ledning vilket medförde att de inte fick hjälp och stöttning vid behov (Buckley, 2010; Poggenpoel et al, 2011; Morley et al, 2014; Reed & Fitzgerald, 2012).

Känslor som utgör hinder i vårdarbetet

Rädsla

Övervägande av de sjuksköterskor som arbetade på somatiska avdelningar upplevde rädsla vid vårdandet av psykiskt sjuka patienter (Hildbrant & Marcolan, 2016; Arnold & Mitchell, 2008; Reed & Fitzgerald 2012; Poggenpoel et al, 2011; Zolnierek & Clingerman, 2012). Rädslan grundade sig i fruktan att patienten skulle skada sig själv, andra på avdelningen och sjuksköterskan. Till följd av rädslan upplevde sjuksköterskorna en sårbarhet på grund utav att de inte kunde utföra sitt arbete på rätt sätt, vilket skapade ett hinder i vårdarbetet. Många försökte undvika att skapa situationer som gjorde de psykiskt sjuka patienterna aggressiva. Sjuksköterskorna upplevde en rädsla för att gå in ensamma till patienter med psykisk sjukdom, vilket utgjorde ett hinder i vårdandet. Rädslan som sjuksköterskorna upplevde medförde att de själva kände att de inte kunde bedriva en god och säker vård (Hildbrant &

Marcolan, 2016; Arnold & Mitchell, 2008; Reed & Fitzgerald 2012; Poggenpoel et al, 2011; Zolnierrek & Clingerman, 2012).

Osäkerhet

Många sjuksköterskor upplevde att osäkerheten var ett stort hinder vid vårdandet av psykiskt sjuka patienter (Hildenbrandt & Marcolan, 2016; Zolnierrek & Clingerman, 2012).

Svårigheten med patienterna ansåg en del sjuksköterskor grundade sig mycket i att de inte visste vad som var rätt och fel vid vårdandet. De kände sig tvungna att vara försiktiga runt patienterna eftersom de inte visste om patienterna med psykisk sjukdom var farliga eftersom deras beteende snabbt kunde förändras. Osäkerheten bidrog till att sjuksköterskorna inte vågade interagera med patienter med psykisk sjukdom i samma utsträckning som med de övriga patienterna. Upplevelsen uppstod trots att patienterna inte varit aggressiva eller utåtagerande. Även små saker som att de var flyktiga med händerna upplevde sjuksköterskan som en osäkerhet. De inte vill närma sig patienterna därför de kände en osäkerhet för vad som skulle kunna hända (Hildenbrandt & Marcolan, 2016; Zolnierrek & Clingerman, 2012).

Trots att sjuksköterskorna försökte undvika situationer för att göra patienterna med psykisk sjukdom arga eller våldsamma så fanns det sjuksköterskor som hade upplevt detta (Reed & Fitzgerald, 2012; Poggenpoel et al, 2011; Arnold & Mitchell, 2008; Zolnierrek & Clingerman, 2012). Sjuksköterskorna var inte bekväma med att vårda patienter med psykisk sjukdom och upplevde att de var mer försiktiga när de gick in till dem. Osäkerheten orsakade ett nedsatt självförtroende och det skapade ångest hos sjuksköterskorna, vilket medförde att de kände sig otillräcklig. Detta upplevde sjuksköterskorna utgjorde ett hinder i vårdarbetet (Reed & Fitzgerald, 2012; Poggenpoel et al, 2011; Arnold & Mitchell, 2008; Zolnierrek & Clingerman, 2012).

Inställningar

Tidigare erfarenheter och attityder

Sjuksköterskor upplevde att attityder och tidigare erfarenheter återspeglade vården som gavs till psykiskt sjuka patienter (Arnold & Mitchell, 2008; Reed & Fitzgerald 2012; Poggenpoel et al, 2011; Zolnierrek & Clingerman, 2012). När det gällde attityder och tidigare erfarenheter fanns det både negativa och positiva inslag. Ibland upplevdes det påfrestande att en del sjuksköterskor inte vill utföra grundläggande vård åt patienter med psykisk sjukdom även fast

det ingick i arbetsrollen. Vissa sjuksköterskor uppgav att de ogillade att vårda patienter med psykisk sjukdom och uppgav att det inte var en del av deras roll. Vid tilldelning av de patienter som hade psykisk sjukdom ville ingen sjuksköterska ta sig an dem, vilket bidrog till en negativ attityd. En bidragande faktor till negativa attityder var att sjuksköterskorna upplevde att patienterna med psykisk sjukdom hade ett oförutsägbart beteende som bidrog till en minskad känsla av kontroll. Negativa attityder kunde härstamma från tidigare upplevelser enligt sjuksköterskorna när de vårdade patienter med psykisk sjukdom (Arnold & Mitchell, 2008; Reed & Fitzgerald 2012; Poggenpoel et al, 2011; Zolnierek & Clingerman, 2012).

Många sjuksköterskor upplevde att det inte var ett givande arbete att vårda psykiskt sjuka patienter, eftersom de menade att patienterna aldrig kommer bli bättre (Reed & Fitzgerald, 2012; Zolnierek & Clingerman, 2012; Jones et al, 2015). Sjuksköterskorna upplevde att de inte gjorde något specifikt för att hjälpa patienterna med de psykiska problem, vilket påverkade vården som bedrevs. Fokus för sjuksköterskorna var att behandla de somatiska sjukdomarna och inte deras psykiska sjukdom, vilket upplevdes bli en ond cirkel.

Sjuksköterskorna kunde emellanåt uppleva att det var svårt att ha rätt inställning vid vårdandet av patienter med psykisk sjukdom. Det negativa intrycket förstärktes mot patienterna eftersom sjuksköterskorna hade inställningen att vården som gavs inte gjorde någon skillnad på patienter med psykisk sjukdom. Även sjuksköterskor som hade viljan att utföra arbetet upplevde att de aldrig fick något positiv feedback, vilket resulterade i att inställningen mot patienterna med psykiska sjukdomar blir negativ (Reed & Fitzgerald, 2012; Zolnierek & Clingerman, 2012; Jones et al, 2015).

Trots negativa attityder var det många sjuksköterskor som upplevde det som en positiv erfarenhet att vårda psykiskt sjuka patienter, vilket resulterade i en mer positiv attityd (Morley et al, 2014; Reed & Fitzgerald, 2012; Arnold & Mitchell, 2008). Vårdandet utfördes som en naturlig del i sjuksköterskors roll vilket medförde goda resultat och positiva erfarenheter. Att vårda psykiskt sjuka patienter bidrog till en erfarenhet och ökad förståelse för patientgruppen. Genom tidigare upplevelse hade sjuksköterskorna lärt sig att patienternas aggressiva beteende inte var en personlig attack, utan var en del av deras sjukdom. Sjuksköterskorna upplevde att de inte var någons fel att de var här utan att de fick anpassa arbetet efter den erfarenheten de hade. En del sjuksköterskor hade genom erfarenhet fått insikt om patienternas tillstånd och

hur de utagerade i sin sjukdom, vilket bidrog till att attityderna blev mer positivt inställd (Morley et al, 2014; Reed & Fitzgerald, 2012; Arnold & Mitchell, 2008).

Svårighet att hantera

Många av sjuksköterskorna var inte vana att vårda patienter med psykiska sjukdomar, därför upplevdes de som besvärliga och svåra att hantera (Arnold & Mitchell, 2008; Reed & Fitzgerald, 2012; Zolnierek & Clingerman, 2012; Poggenpoel et al, 2011; Hildebranth & Marcolan, 2016; Morley et al, 2014; Buckley, 2010). Grunden till detta ansåg flera sjuksköterskor ligga i att patienten inte samarbetade och uppskattade vården som gavs. Patienten kunde motarbeta sjuksköterskan genom att inte ta sin medicin, inte ha på sig sjukhuskläder eller inte medverka i omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskorna upplevde i de situationerna en frustration och en börda som var svårt att hantera. Sjuksköterskorna uttryckte att psykiskt sjuka patienterna kan vara manipulativa, därför var de svårt att urskilja deras beteende (Arnold & Mitchell, 2008; Reed & Fitzgerald, 2012; Zolnierek & Clingerman, 2012; Poggenpoel et al, 2011; Hildebranth & Marcolan, 2016; Morley et al, 2014; Buckley, 2010.)

Framförallt var det svårt att hantera patienter som var suicidala, då de behövde konstant uppvaktning och hade ett oförutsägbart beteende. Sjuksköterskorna upplevde att missförstånd ofta kunde uppstå därför att patienterna kunde vrida på det som sades och tas ur kontext, vilket var svårt att hantera (Arnold & Mitchell, 2008; Reed & Fitzgerald, 2012; Zolnierek & Clingerman, 2012; Poggenpoel et al, 2011; Hildebranth & Marcolan, 2016; Morley et al, 2014; Buckley, 2010).

Diskussion

Diskussionen presenteras i en metoddiskussion där val av metod diskuteras samt vilka styrkor och svagheter metoden har haft i föreliggande studie. I resultatdiskussionen diskuteras fynd som framkommit i studien.

Metoddiskussion

Trovärdigheten är ett begrepp som formades av Lincoln och Guba (1985) och är ett sätt att bevisa den övergripande hållbarheten i kvalitativa studier. Begreppet omfattar överförbarhet, giltighet, verifierbarhet och tillförlitlighet (a.a.). En litteraturstudie valdes som metod för att svara på syftet, vilket var att belysa sjuksköterskors upplevelser av att vårda psykiskt sjuka patienter på somatiska vårdavdelningar. Litteraturstudien kan generera kunskap som sedan

kan omsättas i praktiken och/eller vara ett underlag till fortsatt forskning (Polit & Beck 2017; Kristensen, 2014).

Litteraturstudien valdes med en kvalitativ ansats, till följd av syftet var att beskriva en upplevelse, vilket handlar om att fånga ett visst fenomen. Till skillnad från urvalet i en empirisk studie är litteraturstudiens urval mer varierat och kan generera större möjligheter till en överförbarhet (Kristensen, 2014). En empirisk studie hade inte nödvändigtvis garanterat en överförbarhet eftersom resultatet endast hade representerat en somatisk vårdavdelning och ett fåtal sjuksköterskor, därför uteslöts den empiriska metoden där den ursprungliga tanken var att intervjua sjuksköterskor som arbetade på en somatisk avdelning. I studien användes artiklar från ett flertal olika länder där sjuksköterskorna hade olika erfarenheter inom professionen och arbetade på olika somatiska vårdavdelningar, vilket ökar möjligheten till ett överförbart resultat.

Valet av den kvalitativa designen ansågs vara mest lämplig eftersom forskaren enligt Olsson och Sörensen (2011) har ett inifrånperspektiv och baserar resultatet på material inhämtade från intervjuer med informanternas egna berättelser. Variablerna är stora och grundar sig i ett litet antal individer, vilket innebär att de olika fenomenens uppenbarelse kan träda fram (a.a.). Ett fenomen innebär en företeelse eller hur något uppenbarar sig och det unika i det kvalitativa arbetssättet är syftet att karaktärisera något, bland annat hur ett fenomen är utformat (Olsson och Sörensen, 2011). Därför valdes den kvalitativa designen eftersom den ligger i linje med syftet i studien. Den kvantitativa metoden ansågs inte vara lämplig för att svara på syftet att belysa sjuksköterskors upplevelser av att vårda psykiskt sjuka patienter på somatiska vårdavdelningar. Detta beror delvis på att forskaren strävar efter generaliseringar och använder oftast välstrukturerade frågeformulär som inte ger mycket utrymme för egna tankar. Den kvantitativa metoden fokuserar mer på nummer och statistik. (Olsson och Sörensen, 2011).

Eftersom studien hade ett syfte som var att belysa ett visst fenomen hade artiklar med kvantitativa ansatser varit missvisande och därför inte kunnat besvara syftet (Olsson och Sörensen, 2011). Artikeln med titeln *Caring for those with mental health conditions on a children's ward* var en integrerad studie med både kvantitativt och kvalitativt resultat. I föreliggande studie användes endast den kvalitativa delen för att bibehålla syftet med studien.

I den föreliggande studiens urval beslöts det att inte ha en åldersgräns på patienterna som vårdades i studierna. Detta var bland annat för att det ansågs att sjuksköterskors upplevelse av att vårda psykiskt sjuka patienter inte skulle urskilja sig oavsett vilken ålder patienten hade. För att bidra med ett giltigt resultat var det relevant att ta reda på om upplevelserna skilde sig åt. En artikel nämnde specifikt vårdandet av psykiskt sjuka barn, resterande nämnde ingen särskild åldersgrupp. Resultatet från samtliga artiklar påverkades inte oavsett vilken ålder patienten hade, upplevelserna skilde sig inte åt om sjuksköterskorna vårdade barn eller vuxna. Enligt Reardon, Harvey, Baranowska, O'Brien, Smith och Creswell (2017) tillhör det inte ovanligheterna att barn med psykiska sjukdomars symtom inte framträder förrän i tonåren. Det är därför inte vanligt förekommande att småbarn diagnostiseras med psykiska sjukdomar (a.a.). Detta kan vara en anledning till att de flesta artiklarna inte nämnde ålder på de patienter som sjuksköterskorna vårdade på de somatiska vårdavdelningarna.

I studien var det viktigt att artiklarnas resultat var baserat på sjuksköterskor som inte hade någon specialistutbildning. Detta ansågs vara viktigt eftersom resultatet tillförlitlighet då hade kunna ifrågasättas. Syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelse av att vårda psykiskt sjuka patienter inom somatiska vårdavdelningar. Det hade inneburit en risk att resultatet hade kunnat påverkas i om detta kriterium hade inkluderats i studiens urval, det var därför viktigt att studien representerades av sjuksköterskor som inte hade någon specialistutbildning inom psykiatri.

Lincoln och Guba (1985) nämner att giltigheten av en studie bevisas bland annat genom att beskriva inom vilken tidsram materialet har samlats in (a.a.). I studien bedömdes det att en upplevelse inte behöver påverkas av tid, dock ansågs det vara nödvändigt att ha relativt nya data för att göra innehållet mer aktuellt, därför sattes en gräns mellan 2005–2018. På så vis styrks giltigheten av resultatet.

Sökningen i databaserna skedde ur PubMed och Cinahl där sammanlagt 27 olika sökord användes. Att 27 sökord har använts kan ifrågasättas eftersom det kan anses vara en begränsning av sökträffar. Dock var de 27 sökord som användes noggrant utvalda vilket ökade specificiteten och genererade därför ett sensitivt sökresultat (Kristensen, 2016). De olika sökorden användes tillsammans i olika kombinationer med en blandning av cinahlheadings, mesh-term och fritext. Varken PubMed eller Cinahl hade termen sjuksköterskors upplevelse i mesh-term eller cinahlheadings, därför fick sökningen ske i

fritext i Cinahl och med Title/Abstract i Pubmed. Att sökningen endast skedde ur två databaser kan ha inneburit en begränsning av sökningen, och kan därför anses som en svaghet i studien. Men trots detta ansågs det att tillräckligt med relevant och adekvat data hittades för att svara på syftet vilket var att belysa sjuksköterskor upplevelse av att vårda psykiska sjuka patienter på somatiska vårdavdelningar.

Databassökningarna genererade i 106 artiklar, och efter artikelgranskningen valdes 8 artiklar ut för att forma ett resultat. Artiklarna granskades ur ett protokoll med inspiration ur Willman, Bathsevani, Nilsson och Sandström (2016) kvalitetsgranskning av kvalitativa artiklar. Protokollet hade olika frågor som genererade 1 poäng för varje *Ja* och 0 poäng för *Nej* eller *Vet ej*. En artikel kunde som mest få 15 poäng, där 0-7 var låg, 8-11 var medel och 11-15 var hög. Artiklar som hade medel och hög kvalitet ansågs ha en bra kvalitet och kunde därför inkluderas i studien, vilket ökar trovärdigheten. Poängsättningen var viktigt eftersom endast artiklar med bra kvalitet ansågs vara användbara för att kunna forma ett resultat, varpå de resterande 8 exkluderades. Bortfallet av de exkluderade artiklarna kan ha påverkat resultatet i studien då många av dessa innehöll information som hade kunnat gynnat resultatet. Det är dock svårt att säga huruvida ytterligare artiklar hade påverkat resultatet, ytterligare fynd kring upplevelser av att vårda psykiska sjuka patienter på somatiska avdelningar hade kunnat belysas, eller så hade resultatet styrkts.

I studien analyserades den insamlade datan med en inspiration av Granheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys, vilket innebar att texten lästes igenom ett flertal gånger, meningsenheter togs ut för att kondenseras och kodas som sedan sammanställdes i underkategorier och kategorier. Verkligheten kan tolkas på olika sätt och förståelsen är beroende av subjektiv tolkning. En kvalitativ forskning baseras på data från observationer och beskrivningar, vilket kräver en förförståelse och samarbete mellan deltagare och forskare (Granheim och Lundman, 2004). En text har oftast mer än en betydelse, och vid hantering av denna innebär det en viss tolkning, vilket kan leda till att trovärdigheten av resultaten från en innehållsanalys kan ifrågasättas. Det valdes därför i föreliggande studie att använda en manifest innehållsanalys, vilket enligt Granheim och Lundman (2004) innebär en textnära tolkning för att bevara textens ursprungliga innebörd, vilket har gjorts i studien.

Lincoln och Guba (1985) nämner triangulering som ett sätt att påvisa tillförlitligheten i analysen. Trianguleringen innebär att två eller flera personer analyserar och tolkar det

inhämtade materialet, på så sätt stärks resultatet eftersom det inte färgas av en enskild persons förförståelse (a.a.). I föreliggande studie analyserades datan av två personer, vilket ökar trovärdigheten och visar på styrka i studien.

Eftersom det i följande litteraturstudie analyserat material som redan är analyserat fanns det en risk att trovärdigheten av resultatet kan ifrågasättas (Polit och Beck 2017). För att framhäva trovärdigheten av analysförfarandet lades 4 exempel på meningsenheter som hade kondenserats och sedan kodas in i löpande text, se bilaga 4.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa faktorer som påverkar sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med psykisk sjukdom på somatiska vårdavdelningar. I resultatdiskussionen kommer följande kategorier att diskuteras; *Kunskapens betydelse, brist i tid och tidigare erfarenheter och attityder*, detta kommer kopplas till den teoretiska referensramen personcentrerad omvårdnad.

Ett centralt fynd i resultatet var upplevelsen av bristen på kunskap. Det framgick att utbildningen inte givit sjuksköterskorna den grund de behövde för att kunna ta sig an rollen som ansvarig sjuksköterska på ett moget sätt. Detta medförde att de kände sig obekväma vid vårdandet av patienter med psykisk sjukdom, som i sin tur gjorde att patienterna inte fick en likvärdig vård jämfört med patienter som inte hade en psykisk sjukdom. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL SFS 1982:763) nämner att hela befolkningen ska vårdas på lika villkor, vården ska ta hänsyn till människans enskilda värdighet samt utföras med respekt för människors lika värde. Sjuksköterskornas brist på kunskaper yttrar sig i att vården kan brista till patienter med psykisk sjukdom, eftersom de inte har rätt kunskap för att vårda hela patienten. Resultatet beskriver att sjuksköterskorna som arbetar på somatiska avdelningar inte har mycket insikt om psykiatrisk vård och möjligtvis inte stött på patienter med psykisk sjukdom tidigare. Det finns en risk att vården inte blir jämn och likvärdig till alla patienter då vissa sjuksköterskor kan ha samlat på sig mer kunskap genom åren och andra inte har fått chansen till att utveckla någon kunskap alls.

Resultatet visade att sjuksköterskor som får en starkare grund att stå på redan från början av sin grundutbildning kände sig tryggare i rollen att vårda patienter med psykisk sjukdom. De sjuksköterskor som hade fått en extra utbildning om patienter som lever med psykisk sjukdom

upplevde sig mer bekväma att vårda dessa patienter på somatiska avdelningar. Sjuksköterskor beskrev en ökad självkänsla som ledde till känsla av kontroll och en ökad ansvarsförmåga. Genom den ökade kunskapen kunde sjuksköterskorna lättare tillämpa personcentrerad vård. Det framkom dock i Plant och Whites (2013) studie att även om sjuksköterskor hade blivit erbjudna kontinuerlig utbildning inom psykiatrisk vård på sin arbetsplats så var det inte säkert att sjuksköterskorna skulle vara närvarande vid utbildningstillfällena. Detta kunde medföra att sjuksköterskorna inte kunde eller hade viljan att tillämpa en personcentrerad vård. Inhalainen-Tamlander, Vänäniemi, Löyttyniemi, Souminen och Välmäki (2016) menar att många sjuksköterskor i studien hade viljan att hjälpa de psykiskt sjuka patienterna men uttryckte en brist eftersom de inte hade ytterligare psykisk hälsoutbildning. Att det finns ett tydligt samband mellan kunskap och utbildning i psykiska sjukdomar och sjuksköterskans känsla av kompetens framgår i Payne, Harvey, Jessopp, Plummer, Tylee och Gournays (2002) studie där sjuksköterskor fått teoretisk utbildning i ämnet eller haft praktik inom psykiatrin upplevde själva en känsla av högre kompetens.

I Hardy och Huber (2014) studie framgår det också att sjuksköterskor som fick utökad kunskap genom en kurs kände sig mer positiva till vården av psykiskt sjuka patienter. Sjuksköterskorna fick förståelse och färdigheter kring vården av patienter med psykisk sjukdom, vilket medförde att de kunde ge mer personcentrerad vård. Resultatet visade att sjuksköterskorna inte kände sig förberedda att möta situationer som låg utanför den normala arbetsrollen, alltså möta patienter med psykisk sjukdom som de vanligtvis inte har på sin avdelning. Om kunskapen brister så kan det finnas en risk att personcentrerad vård inte kan uppnås.

Ett annat centralt fynd i resultatet var den brist på tid som sjuksköterskorna upplevde. Resultatet visade att tid var en stor faktor som påverkade sjuksköterskornas arbete eftersom de upplevde att tiden inte räckte till. Detta går i linje med Brinns (2000) studie där sjuksköterskorna som arbetade på sjukhuset upplevde att tidsbristen gick ut över vården till patienter med psykisk sjukdom och blev inte optimal, sjuksköterskorna ansåg att vården skulle bli mer lämplig om de fick mer tid till patienterna. Janlöv, Johansson och Clausson (2018) visar att det även råder samma känsla av brist i tid hos distriktsjuksköterskor inom primärvården. Distriktsjuksköterskorna i studien kände att patienter med psykisk sjukdom var mer tidskrävande och betraktades som stressiga att hantera på grund utav tidsbristen (a.a.). Gemensamt för sjuksköterskorna från resultatet och distriktsjuksköterskorna i Janlöv,

Johansson och Claussons (2018) studie var upplevelsen av brist på tid att vårda patienterna med psykisk sjukdom ett problem. Bristen på tid var en bidragande faktor som påverkande förutsättningarna för att kunna ge en adekvat vård.

I resultatet framgick det att många sjuksköterskor medvetet lämnade patienterna med psykisk sjukdom till sist då de var medvetna att det kommer ta tid inne hos dem. Att det psykologiska stödet till psykisk sjuka blev bortprioriterat relaterat till tidsbristen var något som framgick tydligt i resultatet. Detta medförde att sjuksköterskorna upplevde att de inte kunde vårda holistiskt (a.a.). Att inte vårda holistiskt går emot sjuksköterskans ansvarsområde, vilket bland annat omfattar att tillämpa en personcentrerad vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Ternestedt och Norberg (2009) skriver att sjuksköterskan ska vid sjukdom eller ohälsa kunna tillfredsställa de basala behoven, så som: de psykiska, fysiska, andliga och sociala. Alltså går detta emot det som resultatet säger att det psykologiska stödet blir bortprioriterat på grund utav tidsbrist. Birkler (2007) poängterar vikten av att sjuksköterskor strävar efter att se varje patient i sin helhet och inte enbart lägga fokus på det fysiska behovet. Om sjuksköterskor ser hela patienten istället för enbart en diagnos kan en större förståelse för denne uppnås, vilket gynnar både patienten och den personcentrerade vården (a.a.).

Det sista centrala fyndet i resultatet var hur negativa och positiva tidigare erfarenheter och attityder påverkade sjuksköterskans upplevelse att vårda patienter med psykisk sjukdom. I resultatet framkom det att negativa attityder kunde härstamma från tidigare upplevelser. Sjuksköterskorna gick in med en negativ inställning redan från början eftersom sjuksköterskorna hoppades att inte bli tilldelad patienten med psykisk sjukdom. Resultatet visar att den negativa attityden påvisas genom att sjuksköterskorna uttryckte att de inte gillade att vårda patienter med psykisk sjukdom och skulle inte göra det om valet fanns. I linje med det ligger Van Der Kluit och Goossens (2011) som menar att tidigare negativa erfarenheter kan orsaka att sjuksköterskan upplever en sämre inställning. Dock skriver Van Der Kluit och Goossens (2011) också att tidigare erfarenheter som sjuksköterskan har av att vårda patienter med psykisk sjukdom kan ge en större förståelse och empati för patienterna. Detta till skillnad från sjuksköterskor som inte har någon erfarenhet på grund utav att det inte fått chansen att samla på sig någon erfarenhet (a.a.). I resultatet visade sig det dock att sjuksköterskorna inte ville ta sig an patienterna med psykisk sjukdom vilket kan leda till att de går miste om erfarenheter självmant.

En betydelsefull del i resultatet var dock att det även fanns positiva inslag gällande attityder och tidigare erfarenheter. En del sjuksköterskor såg det som något positivt att vårda patienter med psykisk sjukdom eftersom det ökade deras erfarenheter. Detta påverkade även sjuksköterskornas attityder till något positivt och de fick en större förståelse för patienter med psykisk sjukdom. Björkman, Angelman och Jönsson (2008) skriver dock att grundutbildade sjuksköterskor visade sig ha en mer negativ inställning till patienter med psykisk sjukdom. Dock framgick det att sjuksköterskor fick en ökad förståelse i vårdandet av psykiskt sjuka patienter genom tidigare erfarenheter. I Fokuo et al. (2017) studie framgår det att om erfarenhet framkommer tidigt redan i utbildningen kan positiva attityder mot patienter med psykisk sjukdom öka (a.a). Fokuo et al. (2017) studie går i linje med resultatet som visar att sjuksköterskor med erfarenhet är mer positivt inställda i vården till patienter med psykisk sjukdom.

Slutsats

Det framkom att sjuksköterskans upplevelse att vårda patienter med psykisk sjukdom inom somatiska avdelningar påverkades av olika faktorer. Kunskapens betydelse var den största bidragande faktorn och denna belystes i samtliga artiklar. Bristen i kunskap gällande patienter med psykisk sjukdom bidrog till en osäkerhet runt patienterna och i vårdarbetet. Osäkerheten som sjuksköterskorna upplevde hindrade dem från att ge personcentrerad vård till patienterna med psykisk sjukdom, även om alla patienter är berättigad likvärdig vård. Tidigare erfarenheter och attityder hade också en betydande del i vårdandet, det grundade sig både i negativa och positiva inslag. Övervägande del av sjuksköterskorna hade någon gång upplevt att de känt sig rädda när det funnits patienter med psykisk sjukdom på avdelningen. Rädslan medförde att sjuksköterskorna inte kunde bedriva en god och säker vård. Alla faktorer som framgick i resultatet påverkade sjuksköterskornas upplevelse i vårdarbetet med psykiskt sjuka patienter.

Litteraturstudien har förhoppningsvis bidragit till en ökad förståelse i sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter med psykisk sjukdom på somatiska vårdavdelningar. Dock är vidare forskning ett behov för att utveckla förståelsen för sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med psykisk sjukdom. Finns det en större förståelse kan osäkerheten och rädslan möjligtvis tacklas. Framtida sjuksköterskor kan genom ytterligare forskning få en ökad kunskap inom den somatiska vården gällande patienter med psykisk sjukdom. Förslag

på vidare forskning kan vara studier som belyser patienternas upplevelse av att vårdas på somatiska avdelningar. Det skulle vara betydelsefullt eftersom sjuksköterskan inom somatisk vård skulle få mer förståelse för patienter med psykisk sjukdom och hur de vill att deras vård ska se ut.

Självständighet

I föreliggande studie har ett samarbete skett under hela studietiden genom att stötta varandra och granska varandras skrivna material samt gemensamt fatta beslut om vad som ska vara med i den slutliga upplagan av examensarbetet. Vid analys läste J.M och S.B igenom artiklarna var för sig och tog ut meningsenheterna var för sig för att sedan jämföras. Samtliga delar i studien har skrivit tillsammans, J.M fokuserade mer på bakgrund och resultatdiskussionen medan S.B fokuserade mer på metodens delar samt metoddiskussion. Den slutliga textens innehåll har skett i samråd med varandra.

Referenser

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

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. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x

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

Brämberg, E. B., Torgerson, J., Kjellström, A. N., Welin, P., & Rusner, M. (2018). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice*, 19, 1–11. doi: /10.1186/s12875-017-0687-0

*Buckley, S. (2010). Caring for those with mental health conditions on a children's ward. *British Journal of Nursing* 19(19): 1226–1230. doi: 10.12968/bjon.2010.19.19.79303

Edvardsson, D. (red.) (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Flensner, G. (2014). Vem är patienten? I E. Dahlborg-Lyckhage (Red), *Att bli sjuksköterska – en introduktion till yrke och ämne*. (2.uppl.) (107–120). Lund: Studentlitteratur.

Fokou, J., Goldbrick, V., Rosetti, J., Wahlstrom, C., Kocurek, C., Larsson, J., & Corrigan, P. (2017) Decreasing the Stigma of Mental Illness Through a Student-Nurse Mentoring Program: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 53(3), 257-265. doi: 10.1007/s10597-016-0016-4

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Begrepp psykisk hälsa*. Hämtad oktober 31, 2018. Från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>

Friberg, F. (red.) (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, s 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Hardy, S., & Huber, J. (2014). Training Practice Nurses to Care for People with Severe Mental Illness. *Primary Health Care*, 24 (3), 18-28. Retrieved from <http://miman.bib.bth.se/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmm&AN=104054285&site=ehost-live>

Henricson, M. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

Herlofson, J. & Ekselius, L. (2016) Introduktion till boken I J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (red.), *Psykiatri*. (s.21-25). Lund: Studentlitteratur.

*Hildebrandt, L. M., & Marcolan, J. F. (2016). Conceptions of nursing staff about psychiatric care in general hospital. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(3), 378–385. doi:10.15253/2175-6783.2016000300011

Inhalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T. & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(6-7), 427-437. doi: 10.1111/jpm.12319.

*Jones, S., Krishna, M., Rajenda Gopal, R. & Keenan, P. (2015). Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. *Journal of Mental Health* 24(6) 423-429. doi: 10.3109/09638237.2015.1019051

Kristensson, J. (2016). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Liber.

Laing, R. D. (1969). *Upplevelse - Beteende*. Stockholm: N&S/PAN.

Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi -att låta en värld öppna sig*. (1. Uppl). Stockholm: Liber.

Liggings, J., & Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General hospital psychiatry*, 27 (5), 359-364. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2005.05.006

Lincoln, YS. & Guba, EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

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.

Medibas. (2013). *Psyisk hälsa och psykisk sjukdom*. Hämtat oktober 8, 2018, från <https://medibas.se/handboken/kliniska-kapitel/psykiatri/patientinformation/om-psykiatri/psyisk-halsa-och-psyisk-sjukdom/>

*Mitchell, T. & Arnold, M. (2008). Nurses' perceptions of care received by older people with mental health issues in an acute hospital environment. *Nursing older people* 20(10) 28-34. doi:10.7748/nop2008.12.20.10.28.c6869

*Morley, G., Briggs, E. & Chumbley, G. Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain Management Nursing* 16(5) 701-711. doi:/10.1016/j.pmn.2015.03.005

*Myburg, CP., Morare, MN. & Poggenpoel, M. (2011) Registered nurses' experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg. *Journal of Nurse Management* 17(7): 950-950. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01300.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (s.). (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Payne F., Harvey K., Jessopp L., Plummer S., Tylee A., & Gournay K. (2002). Knowledge, confidence and attitudes towards mental health of nurses working in NHS Direct and the effects of training. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 549–559.

Petersson, P. (2017). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 251-264) Lund: Studentlitteratur.

Plant, L.D., & White, J.H. (2013). Emergency Room Psychiatric Services: A Qualitative Study of Nurses' Experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(4), 240-248.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Ceswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26 (6), 623-647. doi: 10.1007/s00787-016.0930-6

*Reed, F. & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing* 14 (4). 249-257. doi:10.1111/j.1440-0979.2005.00389.x

SFS 1982:763. Hälso-och sjukvårdslag. Stockholm: Riksdagen

Skärsäter, I. (2013). Psykisk ohälsa. Edberg, A. & Wijk, H. (red.) (2009). *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa*. (s. 711–744). (1. uppl.)

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

Socialstyrelsen (2017) Hämtad 31 oktober, 2018 från: från:
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd Stöd för styrning och ledning*. Hämtad oktober 31, 2018. Från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21065/2018-9-6.pdf>

Strömberg, G. & Westman, G. (1998) *Psykiska störda får bristfällig somatisk vård: Psykiatri och primärvård bör dela ansvaret*. *Läkartidning* 95(18)

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. Stockholm: Åtta45.

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Åtta45.

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.

Torgerson J, Kjellström A, Overgaard K, Dimberg Jonson H. (2016). *Vårdbehov i Västra Götaland. Somatisk vård och hälsoutfall vid samtidig psykisk sjukdom*. Hämtad oktober 9, 2018, från
<http://analys.vgregion.se/contentassets/4ecc73f2879543bbb2b258b04836c292/somatisk-var-doch-halsoutfall-vid-samtidig-psykisk-sjukdom.pdf>

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

Van Der Kluit, M. J., & Goossens, J. J. (2011). Factors Influencing Attitudes of Nurses in General Health Care Toward Patients with Comorbid Mental Illness: An Integrative Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(8), 519-527.
doi:10.3109/01612840.2011.571360

Willman, A., Nilsson, R., Sandström, B. & Bahtsevani, C. (2016). Evidensbaserad omvårdnad. *En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4. upplagan). Lund: studentlitteratur.

World health organization. (2018). *Mental disorders*. Hämtad oktober 31, 2018. Från:
<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

*Zolnierek Diamond, C. & Clingerman, M, E. (2012) A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness. *Journal of American Psychiatric Nurses Association* 18(4) 226-235. doi: 10.1177/1078390312446223.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning I F. Friberg (red) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3. upplagan). Lund: Studentlitteratur.

*S.5 Genererade resultaten av artiklarna ”*Caring for those with mental health conditions on a children’s ward*” och ”*A Medical–Surgical Nurse’s Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness*” genom fyndet av en annan artikel där funktionen ”*Find similar results*” användes.

Bilagor

Bilaga 1-Sökmatrix

Databas Cinahl	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar i full text	Antal artiklar använda i studien
S. 1	“General Nurse OR (MH“Nurse”)	46,679				
S.2	"Nurse experience" OR (MH "Nurse Attitudes")	13,297				
S.3	(MH "Mental Disorders") OR "mental illness"	23,758				
S.4	General hospital or medical hospital or acute hospital or somatic or rural hospital (fritext)	28,190				
S.5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	8	8	8	8	4
S.6	“Nurse experiences” AND mental disorders AND General hospital	7	7	7	1	1
S.7	Nurse experiences OR nurses experiences OR nursing experiences	8,133				
S.8	(MH "Mental Disorders") OR Mental disorders (fritext)	61,535				
S.9	S.7 AND S.8	8	8	8	1	1

Begränsningar: Research article, abstract available, Engelska, peer-review, full text 23.10.2018

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Urval 1 Lästa titlar	Urval 2 Lästa abstract	Urval 3 Lästa artiklar i full text	Urval 4 Antal artiklar använda i studien
S. 1	Nurse experience Title/Abstract) OR Nurses experiences (Title/Abstract) OR nursing experience (Title/Abstract)	2007				
S.2	Mental disorders (Title/Abstract) OR Mental Disorders (Mesh)	1146943				
S.3	S.1 AND S.2	83	83	50	6	2

Begränsningar: Journal article, abstract available, Engelska. 23.10.2018

Bilaga 2-Granskningsmall

Willman, Stoltz och Bahtsevani (2016).

Tydlig avgränsning/problembeskrivning?
Tydligt syfte?

Ja Nej Vet ej
Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska

Antal.....
Ålder.....
Man/Kvinna

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

-Relevant?

Ja Nej Vet ej

-Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

-Urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

-Datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

-Analysförfarandet tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

-Är resultatet logiskt, begripligt och tillförlitligt?

Ja Nej Vet ej

-Råder datamättnad?

Ja Nej Vet ej

-Råder analysmättnad?

Ja Nej Vet ej

-Är forskarnas förståelse beskriven?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

-Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vet ej

-Genereras teori?

Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

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

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

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Låg Medel Hög

Kommentar.....

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Jones,S., Krishna,M., Gopal-Rajendra,R. And Keenan, P. (2015) Indien	Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. Journal of mental Health.	En kvalitativ metodologi användes i form av intervjustudier.	15 sjuksköterskor mellan 35 och 58 år från olika instanser på ett stort sjukhus i Mysore.	HÖG
Arnold, M and Mitchell, T. (2008) Storbritannien	Nurses' perceptions of care received by older people with mental health issues in an acute hospital environment.	En kvalitativ metodik	3 fokusgrupper med totalt 14 deltagande sjuksköterskor.	HÖG
Zolnierek,C. D. and Clingerman, E. (2012) USA	A medical-surgical Nurse's perceptions of caring for a person with server mental illness.	En kvalitativ beskrivande fall- studie	10 sjuksköterskor.	HÖG
Hildebrandt, M.L and Marcolan Fernando, J. (2016) Brasilien	Conceptions of nursing staff about psychiatric care in general hospital.	Intervju-och observationsstudie med kvalitativ ansats.	30 sjuksköterskor.	MEDEL

Buckley, S. (2010) Irland	Caring for those with mental health conditions in a children's ward.	Explorativ integrerad metod med både deskriptiva och kvalitativa samt kvantitativa resultat.	39 sjuksköterskor.	HÖG
Reed, F. and Fitzgerald, L. (2005). Australien	The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital.	kvalitativ design	10 sjuksköterskor.	HÖG
Morley, G., Briggs,E. And Chumbley,G. (2015). Storbritannien	Experiences of Patients with Substance- Use Disorder in Pain: A Phenomenologic al Study	Beskrivande fenomenologisk studie.	5 Sjuksköterskor.	HÖG
M, Poggenpoe., C.P.H, Myburgh and M.N, Morare. (2011). Syd Afrika	Registered nurses experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg.	Kvalitativ design.	8 kvinnliga sjuksköterskor i ålder mellan 30 och 50 år.	MEDEL

Bilaga 4 Analysförfarande

Meningsenheter	Översättning	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Nurses irrevocably associated mental health problems with difficult behavior.	Sjuksköterskorna associerade oåterkalleligt psykiska problem med svårt beteende.	Kopplar samman psykiska problem med svårt beteende.	Svårt beteende	Svårighet att hantera	Inställningar
Caring for people with mental health problems was felt to compromise work safety because participants did not feel able to predict behavior or control the situation for which they are potentially responsible.	Att ta hand om personer med psykiska problem har känts som att äventyra arbets säkerheten eftersom deltagarna upplevde att de inte kunde förutse beteende eller kontrollera situationer för vilken de är potentiellt ansvariga.	Äventyra arbets säkerheten, deltagarna kände att de inte kunde förutse beteende eller kontrollera situationen.	Äventyra arbets säkerheten	Brist i säkerhet	Omgivningens påverkan
One reason for them feeling unsafe in interacting with patients with mental health challenges in the ward was the aggressive and unpredictable behavior displayed by these patients.	En anledning till att de kände sig osäkra i att integrera med patienter med psykiska utmaningar på avdelningen var det aggressiva och förutsägbara beteende som dessa patienter visade.	Aggressivitet och oförutsägbarhet är anledningen till att de känner en osäkerhet.	Oförutsägbart beteende leder till osäkerhet	Osäkerhet	Känslor som utgör hinder i vårdarbetet
We are experiencing difficulties nursing these patients because presently I'm in the medical ward and I think I need more information or some knowledge.	Vi har svårigheter att vårda dessa patienter eftersom för närvarande är jag på en medicinsk avdelning och jag tror jag behöver mer information eller lite kunskap.	Personal vill ha mer kunskap och information för att kunna vårda patienter med psykisk sjukdom	Mer kunskap och information		Kunskapens betydelse

