



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Sjuksköterskans anpassade interaktion med patienter som har psykisk ohälsa och vårdas på somatiska vårdavdelningar

En intervjustudie

Felicia Fahlstedt

Johanna Alcaide Gonzalez

Handledare: Hanna Tuveesson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona maj 2016

Sjuksköterskans anpassade interaktion med patienter som har psykisk ohälsa och vårdas på somatiska vårdavdelningar

Felicia Fahlstedt
Johanna Alcaide Gonzalez

Sammanfattning

Bakgrund: Psykisk ohälsa är ett omfattande begrepp och kännetecknas av att personen har nedsatt förmåga att hantera sina känslor och upprätthålla samspel med andra människor. Psykisk ohälsa är vanligt förekommande i samhället. Patienter med psykisk ohälsa har hög risk till försämrad hälsa och att insjukna i somatisk sjukdom, därmed behov av att vårdas inom den somatiska vården. Det är viktigt som sjuksköterska att nå fram till denna patientgrupp för att förhindra försämrad hälsa, därför behövs det mer kunskap om hur sjuksköterskan kan anpassa interaktionen för denna patientgrupp.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att anpassa interaktionen med patienter som har en psykisk ohälsa på somatiska vårdavdelningar.

Metod: En kvalitativ intervjustudie genomfördes. Det rekryterades sammanlagt sex sjuksköterskor via arbetsplatsträffar. Intervjuerna var semistrukturerade som innefattade en intervjuguide. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med hjälp av innehållsanalysen. Vilket sammanställdes till ett resultat.

Resultat: Analysen resulterade i två kategorier och fem underkategorier. Studiens resultat visade att en anpassad interaktion baserades på kunskapen om patienten som individ, sjukdomen och sjukdomsutvecklingen. Kunskapen införskaffades genom att skapa sig en relation med patienten som har en psykisk ohälsa med hjälp av kommunikationen. En god sjuksköterska- och patientrelation underlättade anpassningen av interaktionen för att på så vis kunna ge vård med god kvalitet

Slutsats: Samtliga deltagare uttryckte att deras erfarenhet av att anpassa interaktionen med patienter som har psykisk ohälsa kunde ha sina fördelar men även utmaningar. Föreliggande studie skulle kunna bidra till en ökad kunskap om hur sjuksköterskan kan anpassa interaktionen med denna patientgrupp. Studien kan även utgöra en bra grund till fortsatt forskning.

Nyckelord: Anpassad interaktion, erfarenhet, intervjustudie, psykisk ohälsa, sjuksköterska, somatiska vårdavdelningar

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Psykisk ohälsa	5
Begreppet psykisk ohälsa	5
Diagnostisering och förekomst	5
Psykisk ohälsa och vården	6
Samsjuklighet	7
Interaktion	8
Teoretisk referensram	10
Syfte	12
Metod	12
Design	12
Urval och rekrytering	12
Datainsamling	14
Analys	15
Etiskt övervägande	16
Resultat	17
Lära känna patienten	17
Skapa en relation med hjälp av förtroende	17
Kommunikation som nyckel och utmaning	19
Förstå och skapa sig en helhetsbild	20
Behovet av att använda sig av hjälpmedel	22
Kunskapens betydelse	22
Betydelsen av stöd och miljö	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	27
Lära känna patienten	28
Behovet av att använda sig av hjälpmedel	33
Slutsatser	34
Självständighet	35
Bilaga 1. Informationsbrev	39
Bilaga 2. Intervjuguide	40
Bilaga 3. Samtyckesblankett	41
Bilaga 4. Innehållsanalys	42
Bilaga 5. Rådgivande yttrande	44

Inledning

Psykisk ohälsa är idag ett växande folkhälsoproblem i Sverige, precis som i många andra länder i världen (Socialstyrelsen, 2013; Sveriges Kommuner och Landsting, 2012; World Health Organization [WHO], 2004). Det är ungefär 450 miljoner personer i världen som lider av psykisk ohälsa (WHO, 2004). Denna patientgrupp lever i många fall under sämre levnadsförhållanden än övriga befolkningen (Socialstyrelsen, 2011a). Dessutom riskerar personer med psykisk ohälsa försämrad hälsa i form av somatiska sjukdomar, som diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar (ibid.). Ungefär 75 procent av patienter med psykisk ohälsa drabbas av någon somatisk samsjuklighet (Topic et al., 2013). Detta leder till att patienter med psykisk ohälsa även behöver vårdas på somatiska vårdavdelningar (WHO, 2015a) och att sjuksköterskor som arbetar på somatiska vårdavdelningar möter denna patientgrupp i sitt arbete.

Tidigare studier har framförallt fokuserat på sjuksköterskans kompetens och attityder gentemot patienter som har en samtidig psykisk ohälsa och vårdas på somatiska vårdavdelningar. Studier har bland annat visat att sjuksköterskor ofta upplever både osäkerhet och svårigheter när det kommer till omvårdnadshandlingar, bemötande och kommunikation med denna patientgrupp (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008; Reed & Fitzgerald, 2005). Detta kan bero på känslan av att sakna tillräckligt med kunskap och färdigheter för att kunna bemöta och kommunicera med patienter som har psykisk ohälsa (Poggenpoel, Myburgh & Morare, 2011; Reed & Fitzgerald, 2005). Flera studier visar även att många sjuksköterskor har erfarenheter av att patienter med psykisk ohälsa är oförutsägbara i sina beteenden, exempelvis i form av att vara mindre samarbetsvilliga, tidskrävande och i vissa fall utmanande (Björkman et al., 2008; Poggenpoel et al., 2011; Reed & Fitzgerald, 2005). För att kunna stödja patienter med psykisk ohälsa med samtidig somatisk ohälsa är det viktigt att försöka nå fram till denna patientgrupp, vilket sjuksköterskan kan göra genom att anpassa sin interaktion (Socialstyrelsen, 2011a). Inga tidigare studier verkar ha fokuserat på sjuksköterskans anpassade interaktion med patienter som har en psykisk ohälsa och vårdas på en somatisk vårdavdelning. Genom att ta del av sjuksköterskans erfarenheter skulle en undersökning kunna bidra till en ökad förståelse för de eventuella svårigheter och möjligheter sjuksköterskan har erfart, när det gäller anpassning av interaktionen. Sådan förståelse skulle också kunna användas för att hitta olika sätt att nå fram till patientgruppen, förbättra omvårdnaden av dem samt stödja sjuksköterskor i sin interaktion med dessa patienter.

Bakgrund

Psykisk ohälsa

Begreppet psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa kan vara svårt att specifikt definiera, då det är ett mycket omfattande begrepp (Brülde & Tengland, 2003; Socialstyrelsen, 2013). När det gäller psykisk ohälsa som är av lindrigare slag som exempelvis nedstämdhet, så finns det risk för att personens vardagliga liv och välbefinnande påverkas. Däremot krävs det ingen diagnostik eller behandling. Psykisk ohälsa som däremot har lett till psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom kategoriseras som allvarlig psykisk ohälsa. Det kan innebära att personen förlorat förmågan till att utföra sina vardagliga aktiviteter och är i behov av särskilda hjälpinsatser (ibid.). Psykisk ohälsa innefattar depression, ångestsyndrom, bipolär sjukdom, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och psykoser, som exempelvis schizofreni (WHO, 2015b). I denna studie kommer psykisk ohälsa att definieras som ett tillstånd som är diagnostiserat eller under utredning, men som inte har tillkommit under vårdtillfället.

Diagnostisering och förekomst

I tidigt skede av sjukdomsutveckling kan personer med psykisk ohälsa fungera i sociala sammanhang och har milda symtom, vilket kan göra det svårt att ställa en diagnos (Socialstyrelsen, 2010a). Det finns däremot inte många tillstånd som visar några självklara patologiska förändringar eller skador som kan orsaka lidande hos personen (Brülde & Tengland, 2003). Det är i senare stadium av sjukdomsutvecklingen som det oftast är lättare att diagnostisera en psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2010a). Psykisk ohälsa kan kännetecknas genom att denna patientgrupp har nedsatt förmåga att hantera sina tankar och känslor, men även svårigheter att upprätthålla relationer och samspel med andra människor (WHO, 2015b). Sjuksköterskan kan då uppmärksamma den psykiska ohälsan genom att patienten uppvisar symtom som överensstämmer med de kriterier som finns då en diagnos ställs (Socialstyrelsen, 2013). Dessa psykiska ohälsotillstånd kan innebära allvarliga följder ifall personen som insjuknar inte får relevant behandling i tid (Socialstyrelsen, 2010a). Följderna till en obehandlad depression eller ångestsyndrom kan leda till försämrad livskvalitet, då personen kan få svårighet att klara av sitt vardagliga liv (ibid.). Statistik visar att ungefär 76-85 procent av personerna som lider av psykisk ohälsa och bor i låg- och medelinkomstländer inte får någon behandling, medan de som bor i höginkomstländer är det endast 35-50 procent

som befinner sig i samma situation (WHO, 2015b). MacNeela, Scott, Treacy, Hyde och O'Mahony (2012) visar i en studie att sjuksköterskan kan anpassa interaktionen för att nå fram till patienten genom exempelvis stabilitet, stöd och snabba problemlösningar. För att på så vis minska risken till för tidigt dödlighet hos denna patientgrupp (ibid.). Trots att det finns effektiva behandlingar för patienter som lider av psykisk ohälsa, har det visats att stigmatisering leder till isolering och exkludering av patienterna (WHO, 2015a). En studie utförd av Linden och Kavanagh (2012) beskriver att en negativ attityd från sjuksköterskor mot patienter med psykisk ohälsa kan leda till svårigheter att anpassa interaktionen, men att mer forskning behövs. WHO (2001) framhäver vikten av att sjuksköterskor behöver ha mer kunskap om psykisk ohälsa. Detta för att underlätta sin egen förståelse när en patient med psykisk ohälsa betar sig på ett visst sätt.

Ungefär en av fyra personer riskerar att drabbas av en eller flera psykiska ohälsotillstånd under sin livstid (WHO, 2004). En studie visar att psykisk ohälsa ökar, särskilt bland ungdomar i höginkomstländer som Sverige (Malmgren, Ljungdahl & Bremberg, 2008). Det är vanligt att psykisk ohälsa som ångest och depression utvecklas till andra ohälsotillstånd som självskaðebeteende och suicidförsök (ibid.). Psykisk ohälsa är en av anledningarna till självmord runt om i världen och ungefär 800 000 personer per år begår självmord (WHO, 2015a). Tidigare trauma, stress, genetik, sociala eller ekonomiska faktorer har beskrivits som bidragande faktorer till psykisk ohälsa (WHO, 2015a; WHO, 2015b). De vanligaste psykiska ohälsotillstånden i Sverige och globalt är ångestsyndrom och depression, vilka förekommer i alla åldersgrupper (Socialstyrelsen, 2010a; WHO 2015b). När det kommer till förekomsten av depression i Sverige så visar det sig att minst 25 procent av de personer som insjuknar är kvinnor och 15 procent är män. Uppskattningsvis är det 350 miljoner personer som insjuknar i depression i världen. Ångestsyndrom riskerar däremot ungefär 25 procent av befolkningen att drabbas av under livet. När det kommer till bipolärt syndrom, som också är ett vanligt psykiskt ohälsotillstånd över hela världen, insjuknar ungefär 60 miljoner personer runt om i världen (ibid.).

Psykisk ohälsa och vården

Happell, Scott och Platania-Phung (2012) framhäver i sin review över internationell forskning att personer med psykisk ohälsa många gånger upplever hinder i sitt vardagliga liv, i form av mindre stöd från samhället, isolation och ekonomiska problem. Denna patientgrupp har en ökad risk att utsättas för sämre levnadsförhållanden än övriga befolkningen och har

därmed ett stort behov av hälso- och sjukvården. Känslan av att inte bli förstådd och accepterad beskyller många personer med psykisk ohälsa sig själva för, men noterar även att omgivningen inte har tillräckligt med kunskap om psykisk ohälsa (ibid.). En studie menar att sjuksköterskor behöver kunskap om den psykiska ohälsan för att ha förståelse över patienternas beteenden och på så vis kunna hjälpa (Švedienė, Jankauskienė, Kušleikaitė & Razbadauskas, 2009). Många personer med psykisk ohälsa upplever ensamhet då omgivningen tar avstånd från dem med anledning av sitt psykiska ohälsotillstånd (Happell et al., 2012).

Patienter med psykisk ohälsa stöter ibland på problem inom vården i form av dåligt bemötande och felaktig information från vårdpersonalen (Happell et al., 2012). De upplever att deras somatiska symtom minimeras och förknippas med sitt psykiska ohälsotillstånd. Däremot upplever patienter med psykisk ohälsa att vårdpersonalen inom psykiatrin tar dem mer på allvar. Medan vårdpersonalen inom den somatiska vården behandlar alla med psykisk ohälsa enhetligt (ibid.). Det är viktigt som sjuksköterska inom den somatiska vården att försöka nå fram till denna patientgrupp, vilket sjuksköterskan kan göra genom att anpassa sin interaktion (Socialstyrelsen, 2011b).

Samsjuklighet

Samsjuklighet definieras utifrån att en person har drabbats av två eller fler ohälsotillstånd samtidigt, vilket är vanligt hos personer med psykisk ohälsa (Langan, Mercer & Smith, 2013; Socialstyrelsen 2010a). Patienter med psykisk ohälsa beräknas leva ett kortare liv jämförelsevis med patienter som endast har en somatisk sjukdom, då de har en 40- 60 procent ökad risk att avlida i förtid (Langan et al., 2013; WHO, 2013). Detta kan bero på att de somatiska ohälsotillstånden som cancer, diabetes, infektioner, hjärt- och kärlsjukdomar, inte alltid behandlas (ibid.). Personer som lider av psykisk ohälsa kan löpa större risk att hamna i alkohol- eller narkotikamissbruk och lider vanligtvis av smärtproblematik (Socialstyrelsen, 2010a; WHO, 2015b). Detta kan också leda till ökad risk att drabbas av somatisk sjukdom. Det är då viktigt att denna patientgrupp som får behandling för det somatiska och psykiska ohälsotillståndet får vård med kvalitet (ibid.). Reed och Fitzgerald (2005) beskriver att sjuksköterskor många gånger prioriterar patienternas somatiska hälsa framför deras psykiska hälsotillstånd. Detta leder till att sjuksköterskorna inte ser patienterna utifrån ett helhetsperspektiv (ibid.). Hälso- och sjukvården har ett ansvar att nå fram till patientgruppen som lider av en psykisk ohälsa, för att förhindra risken till försämrad hälsa (Socialstyrelsen,

2011a). En anledning till sämre hälsa kan bero på dålig följsamhet av ordinerade läkemedel, vilket leder till fler inläggningar på somatiska vårdavdelningar (Socialstyrelsen, 2010b; Socialstyrelsen, 2011b). Därför är patienter som vårdas för somatisk sjukdom med en samtidig psykisk ohälsa ett aktuellt område som hälso- och sjukvården behöver arbeta vidare med (ibid.).

Studier visar att det finns ökad risk för patienter med psykisk ohälsa att insjukna i somatiska ohälsotillstånd som diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, KOL, neurologiska-, gastrointestinala- och endokrina sjukdomar (Farr et al., 2015; Topic et al., 2013; Oreski, Jakovljevic, Aukst-Margetic, Orlic & Vuksan-Cusa, 2012; Smith, Martin, McLean, Langan, Guthrie & Mercer, 2013). Ungefär 75 procent av patienter med psykisk ohälsa drabbas av någon somatisk samsjuklighet (Topic et al., 2013). En studie visar att det finns samband mellan psykisk ohälsa och inflammatoriska sjukdomar samt infektioner (Farr et al., 2015). Detta med anledning av förhöjda värden av inflammatoriska biomarkörer, som CRP. Vidare visar studien att BMI och fettmassan hos patienter med psykisk ohälsa är högre jämförelsevis med ett lindrigare psykiskt ohälsotillstånd. Vilket leder till en ökad risk att drabbas av bukfetma och andra metaboliska sjukdomar (Farr et al., 2015; Margari et al., 2013). Det framkommer i olika studier att män med psykisk ohälsa löper högre risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar, jämförelsevis med kvinnor (Orkesi et al., 2012; Smith et al., 2013). Eftersom personer med psykisk ohälsa löper ökad risk att drabbas av somatiska sjukdomar har många av dem behov av att vårdas på somatiska vårdavdelningar (Farr et al., 2015; Margari et al., 2013; Oreski et al., 2012; Socialstyrelsen, 2010a; Topic et al., 2013). Många av de somatiska sjukdomarna kan förebyggas, det är därför viktigt att sjuksköterskan når fram till patienten för att kunna förmedla vikten av en hälsosam livsstil, som fysisk aktivitet och goda kostvanor.

Interaktion

Hälso- och sjukvårdslagens (SFS 1982:763) målsättning är att alla personer ska få vård på lika villkor. Främjandet av en god interaktion mellan sjuksköterskan och patienten är en del av kriterierna för att uppnå god vård, därmed behöver sjuksköterskan visa värdighet för den enskilda patienten genom att anpassa interaktionen. Detta innefattar att vården ska bedrivas med respektfullhet gentemot patienten där både integritet och autonomi ska respekteras. Vården ska sträva efter att förebygga ohälsa, men även arbeta för att uppnå god kvalitet och främja kontakten mellan patienten och sjuksköterskan (ibid.). Sjuksköterskan ska ha en

humanistisk människosyn genom att se det friska hos personen som vårdas (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan kan anpassa sin interaktion med patienten genom att möta den enskildes upplevelse av lidande och sjukdom. Anpassningen kan även vara att tillmötesgå patientens upplevelser genom att lindra eller åtgärda det psykiska och fysiska ohälsotillståndet. Patientens psykiska tillstånd är ett exempel på ett specifikt omvårdnadsbehov som ska tillgodoses.

Genom kommunikationen ska sjuksköterskan skapa möjligheter för patienten att känna delaktighet i vården (Socialstyrelsen, 2005). Detta kan främjas genom att sjuksköterskan är empatisk och respektfull i sin interaktion, men även visar lyhördhet i sitt möte med patienten (ibid.). Sjuksköterskan är i behov av tid för att interagera med patienter och deras anhöriga (Rezende, Oliveira, Araújo, Guimarães, Espírito Santo & Porto, 2015). För att på så vis kunna få mer personlig information angående patientens ohälsotillstånd, samtidigt som sjuksköterskan kan klargöra frågor om exempelvis behandlingar. Kroppsspråk som ansikts-, ögon- och kroppsuttryck, är en annan form av kommunikation som kan skapa trygghet mellan patienten och sjuksköterskan. Ansiktsuttrycken kan underlätta interaktionen genom att sjuksköterskan kan identifiera reaktioner, frågor och behov som patienten upplever under den specifika situationen. Det är viktigt att sjuksköterskan har ögonkontakt med patienten under omvårdnaden, vilket sjuksköterskan inte alltid har i verkligheten. Kroppsuttrycken som beröring, fysisk närhet och huvudrörelse bidrar till en mer kvalificerad och humanistisk vård vid interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten (ibid.).

En studie beskriver att interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten bidrar till hopp, självinsikt och mening i livet (Haugan, 2014). Statens offentliga utredning (SOU 2006:100) beskriver att sjuksköterskan har en betydelsefull roll när det kommer till psykisk ohälsa, då det är sjuksköterskan som möter denna patientgrupp. Sjuksköterskan kan bidra till ett samspel med patienter som har en psykisk ohälsa och skapa sig en mellanmänsklig relation. Linden och Kavanagh (2012) menar att det däremot finns en skillnad i inställningen hos sjuksköterskor när det kommer till att interagera med patienter som har psykisk ohälsa. Studien visar att sjuksköterskor med mindre erfarenhet har en sämre inställning till att interagera med denna patientgrupp i jämförelse med sjuksköterskor som har längre erfarenhet inom vården (ibid.). Medan en annan studie snarare visar att sjuksköterskornas inställning till att interagera med denna patientgrupp varierar (Reed & Fitzgerald, 2005). Det finns en stark

önskan inom den somatiska vården om att kunna ge vård med god kvalitet till denna patientgrupp, men att det krävs mer utbildning och stöd för att kunna uppnå det målet (ibid.).

Teoretisk referensram

Joyce Travelbees interaktionsteori har sin grund enligt Travelbee (1971) i att skapa en relation mellan patienten och sjuksköterskan. För att kunna skapa en relation måste både patienten och sjuksköterskan se varandra som unika människor och inte som "sjuksköterska" och "patient". Relationen mellan patienten och sjuksköterskan skapas inte över en dag, utan den byggs upp genom den dagliga interaktionen. Sjuksköterskan interagerar med patienten varje gång en ömsesidig påverkan mellan båda parter. Interaktionen sker när sjuksköterskan kommunicerar med patienten, utför omvårdnadshandlingar eller ger behandling som läkemedel (ibid.).

Travelbee (1971) anser att kommunikationen är sjuksköterskans viktigaste redskap, där syftet är att lära känna patienten samt utforska och tillgodose patientens behov. Den fysiska omvårdnaden är lika viktig för patienten som sjuksköterskans uttryck och önskan att vilja lära känna patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan ser interaktionen som ett medel för att kunna uppnå målen. Sjuksköterskan ska vara medveten om sina handlingar så att de inte går före patienten, utan att hon alltid ser över patientens behov. Kommunikation är en lång och komplicerad process som kräver olika förutsättningar för att den ska ge någon effekt på patientens omvårdnad. Dessa förutsättningar är en känsla av "sensitivitet" och ett sinne för "timing". Förutom dessa bör sjuksköterskan även kunna olika sorter av kommunikationsteknik. En annan förutsättning för att kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten ska fungera är att sjuksköterskan har ett holistiskt synsätt, det vill säga att hon ser hela patienten och ser personen bakom sjukdomen.

Kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten är enligt Travelbee (1971) en ömsesidig process där båda parterna förmedlar och delar sina känslor och tankar. Målet med interaktionen är att hjälpa patienten att bemästra lidande och sjukdom samt att hitta meningen i patientens upplevelser. Vägen till att uppnå målet börjar med kommunikationen mellan sjuksköterska och patient. Kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten sker kontinuerligt när de möts, vare sig det är verbalt eller med kroppsspråk. När patienten känner sig ensam och isolerad, kan kommunikationen lindra den känslan. Ett band mellan sjuksköterskan och patienten skapas med hjälp av kommunikationen. Det är detta band som

hjälp sjuksköterskan att möta patientens behov samt hjälper till att acceptera de mänskliga villkoren, inklusive sjukdom och lidande (ibid.).

Det finns olika typer av interaktioner enligt Travelbees (1971) interaktionsteori, dessa är automatiska, hjälpsamma, oavsiktliga och inkonsekventa interaktioner. Den automatiska interaktionen har antingen en liten eller ingen betydelse alls för respektive person i interaktionen. Denna typ av interaktion uppstår med hjälp av kommunikationen, men skillnaden är att varken sjuksköterskan eller patienten går i riktningen mot att skapa en relation. En hjälpsam interaktion hjälper och är användbar för patienten men leder inte heller till någon relationsnivå. Denna sorts interaktion uppkommer då sjuksköterskan hjälper en patient trots att det inte är hennes patient, utan gör det i avsikt att hjälpa exempelvis en kollega. När en sjuksköterska måste utföra en nödvändig behandling och möter patienten på grund av detta, uppstår det enligt Travelbee (1971) en oavsiktlig interaktion. Sjuksköterskan bryr sig mer om att utföra läkarens ordinationer än att se över patientens behov. Sjuksköterskor som interagerar med patienter oavsiktligt vill för det mesta bara få sin arbetsuppgift avklarad och är inte villiga att göra mer än det nödvändiga. Den inkonsekventa interaktionen består av att sjuksköterskan interagerar med patienten under vissa omständigheter. Denna typ av interaktion kan vara hjälpsam och användbar i många situationer för patienten. Men för att uppnå vård med god kvalitet bör det finnas en konsekvent interaktion mellan sjuksköterskan och patienten, för att på så vis följa upp vården (ibid.).

Interaktionen kan i många fall se över patientens behov (Travelbee, 1971). Förutom att interaktionen ger möjlighet att se över patientens behov, kan sjuksköterskan med hjälp av interaktionen lära känna patienten och konstatera dess upplevelser. Det ingår i sjuksköterskans profession att målmedvetet kunna planera och vägleda interaktionen så att en relation mellan sjuksköterskan och patienten kan skapas. Relationen mellan sjuksköterskan och patienten skapas genom en process, där interaktionen är huvudnyckeln, samt att respektive person lär känna och respektera varandra. Patienten och sjuksköterskan ser varandra som unika personer där patienten får en känsla av mänsklighet. Detta leder till att interaktionen känns mer målmedveten eftersom tankar, känslor och handlandet är drivkrafterna som går hand i hand. Sjuksköterskan kan med sina kunskaper och erfarenheter erbjuda patienten vård med god kvalitet (ibid.).

Sammanfattningsvis är interaktionen en betydelsefull process för att uppnå vård med god kvalitet och ska ständigt fortgå mellan patienten och sjuksköterskan (Travelbee, 1971). För att uppnå vård med god kvalitet är det viktigt att varje interaktion sker anpassat för att kunna få fram den enskilde patientens subjektiva upplevelser, omvårdnadsbehov och samtidigt få patienten att känna värdighet (SFS, 1982:763; Socialstyrelsen, 2005). Det är viktigt att nå fram till patienterna med psykisk ohälsa med anledning av att de har en högre risk till försämrad hälsa (Socialstyrelsen, 2011b). Därför är det viktigt att få fram mer kunskap om hur interaktionen bör anpassas när det kommer till patienter med psykisk ohälsa. Kunskapen kan tas fram genom sjuksköterskors erfarenheter som har interagerat med denna patientgrupp.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att anpassa interaktionen med patienter som har en psykisk ohälsa på somatiska vårdavdelningar.

Metod

Design

Designen för föreliggande studie var en intervjustudie med kvalitativ ansats då den hade fokus på att beskriva deltagarnas erfarenheter. Denna design ansågs som mest lämplig för att kunna besvara syftet då en kvalitativ design enligt Olsson och Sörensen (2011) vill förstå och tolka innehållet i studien på djupet.

Urval och rekrytering

För att besvara studiens syfte ansågs sjuksköterskor som arbetar på somatiska vårdavdelningar lämpliga att delta i studien. Population definieras som en grupp av personer som resultatet kan kopplas till och som ska definieras utefter studiens syfte (Olsson & Sörensen, 2011). Studiens population var därför sjuksköterskor som arbetade på somatiska vårdavdelningar i Blekinge län. Ett ändamålsenligt urval genomfördes då valet av deltagare gjordes utifrån förmågan att ge en innehållsrik beskrivning och på så vis kunna besvara syftet (Henricson & Billhult, 2012). Inklusionskriterierna för studien var att sjuksköterskorna skulle ha erfarenheter av att ha anpassat interaktionen med patienter som har en psykisk ohälsa och vårdas på en somatisk vårdavdelning. Medan exklusionskriterierna var att de inte tidigare skulle ha arbetat som sjuksköterskor på någon psykiatrisk enhet eller ha någon psykiatrisk

vidareutbildning. Det är kontexten som bestämmer de möjligheter som finns att utföra en studie och kunna svara på syftet (Skott, 2012; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

Kontexten i föreliggande studie utgjordes av två somatiska vårdavdelningar som tillsammans hade 55 vårdplatser och 56 legitimerade sjuksköterskor.

Verksamhetschefen för de båda vårdavdelningarna kontaktades via en chefssjuksköterska för godkännande av genomförandet av studien. När medgivandet hade getts av verksamhetschefen kontaktades avdelningschefen för respektive avdelning för information och inbokning av besök. Författarna deltog på arbetsplatsträffar (APT) för personalen på de båda somatiska vårdavdelningarna och informerade där muntligt om studien.

Avdelningschefen för respektive vårdavdelning skickade i förhand ut informationsbrev (bilaga 1) angående studien, samt in- och exklusionskriterier till alla sjuksköterskorna inför APT. Detta gav även möjligheten för sjuksköterskorna att anmäla sitt intresse innan författarnas besök på avdelningarna. Under respektive APT gavs det innehållsrik information om studien till sjuksköterskorna som närvarade samt att det önskades tre deltagare från respektive avdelning. Författarna tydliggjorde att om fler anmälde intresse om deltagande samtidigt så skulle ett slumpmässigt urval genomföras genom lottning. Det delades även ut fler exemplar av informationsbrevet för att sjuksköterskorna skulle få möjlighet att anmäla intresse efteråt.

Två sjuksköterskor anmälde intresse om att delta innan författarnas besök på APT och tre anmälde sitt intresse att delta efter besök på APT. Ett bortfall uppstod innan intervjuerna påbörjades på grund av tidsbrist från deltagarens sida. Avdelningschefen kontaktades via E-post och telefon för att tydliggöra att fler deltagare behövdes och be om hjälp att påminna sjuksköterskorna om att det fortfarande fanns möjlighet att delta. Detta gav resultat då ytterligare en sjuksköterska anmälde sitt intresse om deltagande. Den sjätte deltagaren kontaktades av författarna via telefon efter att denne meddelat avdelningschefen intresse av att delta. Samtliga intervjuer bokades in löpande, i samband med att sjuksköterskorna anmälde intresse, via E-post eller telefon av att delta i studien.

Totalt deltog sex sjuksköterskor i studien varav fem var kvinnor och en var man. Åldrarna på deltagarna varierade mellan 22-47 år (md=25 år). Yrkeserfarenheten som legitimerad sjuksköterska varierade från 1 månad till 19 år (md=1,4 år).

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer genomfördes, med öppna intervjufrågor och följdfrågor, vilket valdes för att skapa mer flexibilitet. Det skapades då möjlighet att anpassa ordningen av intervjufrågorna utefter vad som berättades under intervjun (Danielson, 2012). Under intervjutillfällena användes en intervjuguide (bilaga 2) med intervju- och följdfrågorna som ställdes. Semistrukturerade intervjuer ska enligt Patel och Davidson (2011) innefatta en intervjuguide med anledning av att det underlättar att besvara syftet. På detta vis ges deltagarna plats att svara med egna ord utifrån deltagarnas egna erfarenheter, men har även utrymme att tolka intervjufrågorna (ibid.). Inför intervjuerna utfördes det en provintervju med en sjuksköterska som motsvarade studiens in- och exklusionskriterier. Anledningen till att provintervjun genomfördes var för att testa om intervjufrågorna fungerade och skulle leda fram till svar på studiens syfte, samt för att se om någon justering behövde göras i intervjuguiden (Danielson, 2012). Några enstaka justeringar gjordes i intervjuguiden i form av omformuleringar av ett par intervjufrågor, då de var för långa samt för att de var antydande. Provintervjun gav också möjlighet att uppskatta hur lång tid som behövde avsättas för varje intervju.

Intervjuerna genomfördes på två somatiska vårdavdelningar på Blekingesjukhuset. Varje intervju utfördes i enskilt rum med stängd dörr på sjuksköterskans arbetsplats. Det var av stor betydelse att intervjun utfördes på en plats där det kunde pratas ostört utan att riskera att någon avbröt (Danielson, 2012). Intervjutillfällena inleddes med studiens syfte och beskrivning av studiens bärande begrepp. Det var viktigt att deltagarna förstod vilken betydelse begreppen hade för denna studie, då begreppen kunde uppfattas som breda. Det tydliggjordes återigen att deltagandet i den här studien var helt frivillig och att deltagaren hade rätt att avbryta sin medverkan även efter intervjutillfället. Det berättades även att intervjun skulle spelas in, vilket även framkom i informationsbrevet. Deltagaren fick möjlighet att ställa frågor ifall någonting kändes oklart och därefter skriva på samtyckesblanketten (bilaga 3). Detta innebar att deltagaren lämnade sitt samtycke till att vara införstådd med den givna informationen som hade getts och till att delta i studien. I samband med detta tydliggjordes det att deltagaren fick avbryta sin medverkan även om samtyckesblanketten var påskriven. De semistrukturerade intervjuerna spelades in och inspelningen startades när samtyckesblanketten var påskriven. Intervjuerna tog 12-18 minuter (md=15 minuter).

Analys

Det inspelade intervjumaterialet skrevs ned ordagrant efter varje intervju, det vill säga transkriberades och skrevs sedan ut i pappersformat, vilket Olsson och Sörensen (2011) rekommenderar då det kan underlätta analysen. Analysmetoden som användes var innehållsanalys med en induktiv ansats. Denna analysmetod ansågs vara lämplig för denna studie, då en induktiv analys vill förklara och dra en generell slutsats om deltagarnas erfarenheter av deras värld (Kvale & Brinkmann, 2014).

Det valdes att användas en manifest ansats med latent inslag i denna studie. Manifest ansats innebär enligt Graneheim och Lundman (2004) att det är de synliga komponenterna och självklarheten i innehållet som ska analyseras, samtidigt som det finns möjlighet för en viss grad av tolkning. En latent ansats koncentrerar sig på innehållets betydelse och tolkar därmed den underliggande meningen av texten. Allt textmaterial, det vill säga intervjuerna lästes upprepande gånger och delades sedan in i meningsenheter. Val av meningsenheter gjordes enskilt av författarna för att sedan diskuteras och komma överens om vilka meningsenheter som svarade på studiens syfte. Om det uppstod oenighet mellan författarna, innebar det argumentation mellan författarna kring varderas tankesätt, för att förstå hur den andra författaren tänkte. Det resulterade till slut i enighet. Meningsenheter var kombinationer av ord eller uttalanden som hade samma centrala betydelse och valdes utifrån det transkriberade intervjumaterialet (Graneheim & Lundman, 2004).

Nästa steg i innehållsanalysen var att kondensera meningsenheterna genom att meningsenheterna kortades ner utan att kärnan ändrades. Efter kondenseringen fortsatte processen med abstraktion, det vill säga att det väsentliga togs fram. Arbetsfördelningen mellan författarna gjordes på samma sätt som vid indelningen av meningsenheterna. Abstraktionen gjordes i form av kodning, underkategorier och kategorier. En kod sattes på varje meningsenhet, likt en etikett som skulle ge meningsenheten en förståelse i sitt sammanhang. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att många författare är eniga om denna definition av begreppet kodning och hur det ska användas. Koderna gav möjligheten att se data på ett nytt och annorlunda sätt. Därefter grupperades datamaterialet med gemensamt innehåll i underkategorier. Återigen diskuterades det mellan författarna om vilka koder som passade ihop, därefter sattes det namn på respektive underkategori. Underkategorier med gemensamt innehåll bildade kategorier som beskrev innehållet och används vid manifest ansats. Kategorierna besvarade frågan "vad?" och kunde styrka den röda

tråden som koderna bildar. Meningsenheterna, kondenseringen, koderna och kategorierna ska enligt Graneheim och Lundman (2004) svara på syftet. Analysen resulterade i två kategorier och fem underkategorier, som tillsammans besvarade syftet. Kategorierna delades därefter upp mellan författarna för att var för sig bearbeta texten och skriva ett resultat. Exempel på analysförfarandet beskrivs i bilaga fyra.

Enligt Olsson och Sörensen (2011) ska användningen av citat vara sparsamt och enbart användas i de sammanhang då citatet tillför texten något. För att möjligheten skulle finnas att referera till citaten som valdes ut och användas i resultatet, så markerades det transkriberade intervjumaterialet från varje intervju som ”*deltagare 1- 6*”. Ett citat refererades i löpande text, vilket Olsson och Sörensen (2011) anser vara det vanligaste.

Etiskt övervägande

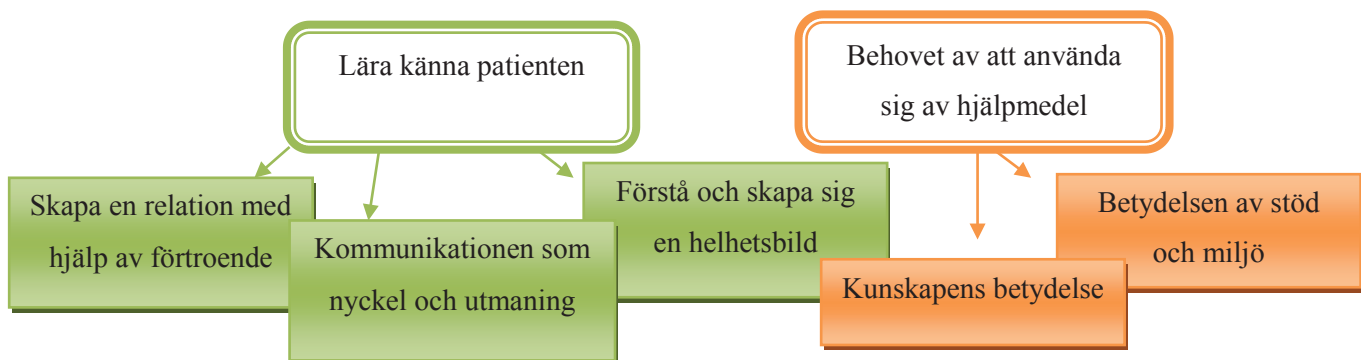
I syfte att vägleda personer som utför forskning där människor inkluderas har Helsingforsdeklarationen utarbetats där etiska principer är samlade (Milton, 2002). Det är viktigt vid genomförandet av forskning att deltagarnas hälsa och rättigheter går före forskarnas egna intressen. Studiens fördelar ska överväga de eventuella risker som deltagarna kan utsättas för (ibid.). Under planering och genomförande av föreliggande studie har hänsyn tagits till dessa etiska principer. Deltagarna ska få rätt information, nämligen information om syfte, metoder, fördelar och eventuella risker med studien samt vara införstådda med den givna informationen (Milton, 2002; Olsson & Sörensen, 2011). Deltagarna i föreliggande studie fick både muntlig och skriftlig information om studien. Det informerades även att deltagandet var frivilligt och att de kunde ångra sin medverkan när som helst under studiens gång utan motivering. Deltagarna gav sitt skriftliga samtycke om deltagande. Deltagarnas uppgifter behandlades enligt konfidentialitetskravet, det vill säga att ingen skulle kunna identifiera deltagarna i texten. För att säkerställa konfidentialitet redovisas resultatet och citat på ett sätt så att inga enskilda individer kan kännas igen. Intervjumaterialet har också hanterats på ett säkert sätt, genom att vara inlåst och förvarats så att inga obehöriga kan ta del av det. Det tydliggjordes att all information som lämnades av deltagarna enbart skulle användas för detta examensarbete och att alla ljudfiler och det transkriberade datamaterialet kommer att förstöras efter att examensarbetet är godkänt.

Det skickades en ansökan till Etikkommittén Sydost med bifogad tidsplan, etisk egengranskning, förfrågan till verksamhetschef, informationsbrev till sjuksköterskorna, samtycke om deltagande och intervjuguide. Det här gjordes med anledning av att en utsedd

etikskommitté innan studien påbörjades skulle ge sin bedömning, synpunkt och vägledning (Danielsson, 2012; Milton 2002). I Etikskommitténs rådgivande yttrande, dnr. EPK 326-2016 (bilaga 5) framkom inga etiska hinder till att genomföra studien som planerat.

Resultat

Analysen resulterade i två kategorier och fem underkategorier (Figur 1). Första kategorin blev "Lära känna patienten" och omfattade underkategorierna "Skapa en relation med hjälp av förtroende", "Kommunikationen som nyckel och utmaning" och "Förstå och skapa sig en helhetsbild". Andra kategorin blev "Behovet av att använda sig av hjälpmedel" och bestod av underkategorierna "Kunskapens betydelse" och "Betydelsen av stöd och miljö".



Figur 1. Illustrativ beskrivning av kategorier och underkategorier

Lära känna patienten

Analysen visade att sjuksköterskornas erfarenheter av att anpassa interaktionen grundades i en strävan av att få kunskap om patienten som individ. För att underlätta anpassningen av interaktionen var det viktigt för sjuksköterskorna att skapa sig en relation med patienten, som byggde på förtroende. Detta gjordes bland annat med hjälp av interaktionens huvudnyckel som var kommunikation. Majoriteten av sjuksköterskorna var överens om att interaktionen kunde anpassas om de först lärde känna patienten. För att kunna lära känna patienten med psykisk ohälsa upplevde sjuksköterskan att en helhetssyn behövdes.

Skapa en relation med hjälp av förtroende

Sjuksköterskorna berättade att en förutsättning för att lära känna patienten och på så sätt kunna anpassa sin interaktion till patienten med psykisk ohälsa, var att det behövdes kännedom om patienten som ska vårdas. Ett tillvägagångssätt som sjuksköterskorna kunde använda sig av i interaktionen med patienten var att vara lyhörd. Sjuksköterskan kunde då

anpassa interaktionen utifrån patientens behov och önskemål genom att använda kunskapen som inhämtades från patienten.

Och sen de psykiskt sjuka naturligtvis att man får försöka på alla sätt få den kunskapen om patienten så att man kan nå fram. Men försöka bemöta patienten på samma sätt och vara lyhörd för personen liksom i sig.

(Deltagare 5)

Genom att ha ett synsätt på patienten som en partner, upplever en av sjuksköterskorna att det ger en ökad chans att etablera en förtroendefull relation jämförelsevis om patienten känner sig undergiven till sjuksköterskan. Detta gjorde sjuksköterskorna för att inte ge patienten en uppfattning av att de hade mer makt än dem, då patienterna kunde uppleva rädsla. Flertal sjuksköterskor upplevde att en adekvat sjuksköterska- och patientrelation var en förutsättning för att kunna anpassa interaktionen med patienter som har psykisk ohälsa. Däremot upplevde sjuksköterskorna att det kunde ta flera dagar innan relationen etablerades. Detta gjorde att sjuksköterskan många gånger behövde anpassa sin interaktion genom att vara tålmodig och ha en god kommunikation. Anledningen var att sjuksköterskan var tvungen att lära känna patienten först, vilket gjordes successivt med hjälp av att anpassa interaktionen. Flertal sjuksköterskor var däremot överens om att en förbättrad sjuksköterska- och patientrelation i många fall underlättade hela vårdtillfället och bidrog till ett bättre samarbete mellan dem. Det gjorde att flera sjuksköterskor strävade efter en god relation då de upplevde att det var viktigt för samspelet.

För att jag ändå tycker att kommunikationen och relationen sjuksköterska-patient är det viktigaste liksom att de har förtroende och känner att de kan öppna sig och så att man kan hjälpa dem på bästa sätt. (Deltagare 2)

Enstaka sjuksköterskor hade erfarenheter av att ha vårdat patienter som förlorat förtroendet för sjukvården, på grund av en dålig interaktion. Detta gjorde att sjuksköterskan anpassade sin interaktion genom att finnas tillhands. För att på så vis kunna skapa ett förtroende mellan dem och ge patienter med psykisk ohälsa bättre upplevelser av sjukvården. En av sjuksköterskorna anpassade då sin interaktion genom att ge tid och lyssna extra noga på patientens upplevelse.

Kommunikation som nyckel och utmaning

Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att kommunikationen var betydelsefull och viktig i anpassningen av interaktionen med patienter som har psykisk ohälsa. Med hjälp av kommunikation upplevde de att patienter med psykisk ohälsa kunde få en bättre förståelse över sin situation, dels för att vissa tenderade att uppfatta saker fel. Enligt sjuksköterskornas erfarenheter är det deras ansvar att se till så informationen går fram till patienten. Majoriteten av sjuksköterskorna anpassade sin interaktion genom att prata lugnt och sansat. En sjuksköterska lät patienterna bena ut sina tankar och gav dem tid för att göra det. Sjuksköterskan anpassade interaktionen genom att exempelvis ställa utredande frågor eller använda sig själv som hjälpmedel i kommunikationen. En sjuksköterska upplevde att ett annat sätt var att avvakta och låta patienten komma till sjuksköterskan själv. En del sjuksköterskor fick anpassa sin interaktion genom att avgränsa kommunikationen för sjuksköterskans skull, för att ha möjlighet att vårda andra patienter.

Kommunikationen kunde även vara en utmaning, exempelvis om patienten var tystlåten. Sjuksköterskan upplevde sig då inte alltid nå fram till patienten, vilket försvårade anpassningen av interaktionen. Vid dessa situationer kunde sjuksköterskan anpassa interaktionen genom att titta på bland annat ansiktsuttrycken, för att se om patienten var orolig. Anpassningen kunde även ske genom att prata med patienten som om det vore ett barn. Detta var enligt enstaka sjuksköterskor den enda lösningen för att kunna nå fram till patienten. Sjuksköterskan upplevde även att det var ett sätt att visa respekt för patientens mognadsgrad. En sjuksköterska hade erfarenhet av att anpassa sin interaktion genom att uppmuntra patienten att göra saker, medan i andra fall vara mer bestämd med att patienten måste bita ihop. Sjuksköterskans erfarenhet var att det ibland inte fungerade att tillmötesgå patienten genom att exempelvis vara välmenande. Detta leder till att sjuksköterskan får anpassa sin interaktion med patienten genom att byta taktik, exempelvis genom att sätta hårdare gränser. Sjuksköterskan medgav att det kunde upplevas och kännas hemskt, även om det var för att patienten skulle lugna ner sig. Enstaka sjuksköterskor hade erfarenhet av att det i flera fall kunde vara svårt att veta när de skulle sätta stopp.

... då fick jag byta taktik helt och säga nej då gör vi så här... Så då fick man byta det för det funkade inte med det här mjuka och snälla tillmötesgåendet, då fick man gå in och säga och sätta ner foten istället.

(Deltagare 1)

Sjuksköterskorna hade erfarenheter av att patienter med psykisk ohälsa kunde känna rädsla för att kommunicera, på grund av att de ansåg sig vara beroende av sjuksköterskan. Sjuksköterskan upplevde att detta påverkade patienterna genom att de blev mer reserverade och inte vågade uttrycka sig på samma sätt om deras önskemål. Flertal sjuksköterskor anpassade sin interaktion genom att visa sig närvarande, förhålla sig lugn och sätta sig ner i stället för att stå över patienterna. En annan anpassning var genom ögonkontakt med patienterna, för att på så vis etablera en mänsklig kontakt. Detta upplevdes av sjuksköterskorna att vara betydelsefullt för patienten. Sjuksköterskorna upplevde att de inte alltid hade tid att visa sig närvarande. De önskade att den tiden fanns då det ibland tog flera timmar att samtala och försöka förklara för patienten, innan det vände och patienten gick med på vad som skulle göras. Sjuksköterskornas inställning, som viljan att göra en extra ansträngning oavsett bekvämlighet, upplevdes i många fall underlätta anpassningen. En sjuksköterska berättade om sin erfarenhet då de var tvungna att anpassa sin interaktion genom att krypa fram till patienten för att kunna utföra de somatiska kontrollerna, som ärr och instick. Sjuksköterskan menade utifrån sina erfarenheter att det måste ske en anpassning i interaktionen, som att kontrollerna gjordes lite extra försiktigt hos denna patientgrupp. Sjuksköterskan anpassade då sitt arbete utifrån patientens integritet.

... det kändes väldigt bra att visa respekt för honom ändå. Att krypa fram på golvet och säga att vi inte är här för att skada dig eller så utan vi är här för att hjälpa dig. (Deltagare 5)

Sjuksköterskan hade även erfarenhet av att stress kunde förvärra patientens situation. På grund av detta upplevde sjuksköterskorna att de var tvungna att tänka en extra gång över hur de gick in och bemötte patienten. Nämligen vilken kroppshållning de hade samt vilket tonfall de använde vid kommunikationen med patienten.

Förstå och skapa sig en helhetsbild

En annan grundläggande faktor i anpassningen av interaktionen var enligt sjuksköterskorna att ha ett holistiskt synsätt. Enligt deras erfarenheter möjliggjorde det en bild av patientens psykiska ohälsa och en ökad förståelse över dennes behov. Flera sjuksköterskor berättade att de känner sig trygga i sin somatiska roll men upplever många gånger svårigheter att bemöta patienter med psykisk ohälsa. Olyckligtvis ledde osäkerheten i hur denna patientgrupp ska bemötas till svårigheter i anpassningen. Sjuksköterskorna upplevde det därför som en utmaning att vårda hela människan, då de ansåg sig sakna kompetens för att kunna ha ett

holistiskt synsätt. Sjuksköterskorna upplevde då att patienterna inte fick den vård som de behövde och att otryggheten gjorde att interaktionen hämmades.

Analysen visade också att sjuksköterskorna många gånger var mer fokuserade på det somatiska ohälsotillståndet i det akuta skedet för att kunna rädda patientens liv. Därmed hann de inte uppmärksamma deras psykiska ohälsotillstånd. För att kunna anpassa interaktionen var det av stor vikt att behandla patienter med psykisk ohälsa som människor och inte som objekt, vilket några sjuksköterskor hade erfarenhet av att deras kollegor gjorde. Många sjuksköterskor upplevde att kollegorna kunde försvåra anpassningen av interaktionen då deras egna värderingar kunde leda till en felaktig bild av patienten. Enstaka sjuksköterskor poängterade att synsättet på patienter med psykisk ohälsa var betydelsefullt, då de upplevde att patienterna ville bli uppmärksammade som människor. För att kunna anpassa interaktionen och ge vård med god kvalitet, upplevde sjuksköterskorna att det var viktigt att skapa sig en egen bild av patienten och situationen. Detta gjorde de genom att inte lyssna på kollegornas åsikter och därmed gå in till patienten med motsatt inställning.

Så tycker de det är jobbigt då går jag hellre in med en inställning att jag ska tänka att det inte är jobbigt just för att. Skapa mig en egen bild ofta blir det helt annorlunda. (Deltagare 2)

För att möjligheten ska finnas att anpassa interaktionen vid första mötet mellan sjuksköterskan och patienten med psykisk ohälsa, upplevde sjuksköterskan behovet av att läsa och känna av patienten. En sjuksköterska hade erfarenheter av att många patienter med psykisk ohälsa direkt var väldigt öppna med sina känslor, vilket skapade möjligheter för sjuksköterskan att kunna förstå och anpassa interaktionen utifrån patientens önskemål. Sjuksköterskan hade erfarenheten av att patienten öppnade sig mer om interaktionen anpassades efter patienten och dess önskemål. Andra patienter med psykisk ohälsa kunde upplevas som ”*väldigt låsta*”, där fick anpassningen bli att tvinga fram känslorna. Patienterna brukade då bli mer öppna och sjuksköterskan upplevde sig komma närmare in i deras liv, vilket ökade förutsättningarna för sjuksköterskan att hjälpa patienten. Flertal sjuksköterskor upplevde att ett adekvat bemötande och en god förståelse uppskattades av patienter med psykisk ohälsa.

Behovet av att använda sig av hjälpmedel

Vidare visade analysen att trots att sjuksköterskorna grundade en relation med patienten, var de även tvungna att använda sig av olika hjälpmedel. Flertal sjuksköterskor berättade att deras erfarenheter var att kunskapen om sjukdomen, sjukdomsutvecklingen och diagnosen många gånger var viktiga i anpassningen. En anpassad interaktion hade många fördelar, men även utmaningar för sjuksköterskan. Sjuksköterskorna beskrev att relationen och kunskapen om patienten som individ inte alltid räckte till, utan att andra faktorer som miljön och förekomst av stöd också inverkade.

Kunskapens betydelse

Några av sjuksköterskorna berättade att det var viktigt att ha kunskap om den psykiska ohälsan för att kunna anpassa interaktionen med patientgruppen. De menade att trots att alla människor är olika så finns det likartade beteendemönster hos patienterna med samma psykiska diagnos. Kunskapen underlättade för sjuksköterskan då förståelsen infann sig om varför patienten hade ett särskilt beteende och i vilket stadium i sjukdomsutvecklingen patienten befann sig i. Det menade sjuksköterskorna var en förutsättning och kunde ha betydelse för hur sjuksköterskorna valde att anpassa interaktionen, samt sin egen tankeställning.

Flera sjuksköterskor upplevde att när kunskapen inte var tillräcklig krävdes det mer jobb för att kunna anpassa interaktionen. Enstaka sjuksköterskor menade att det kändes frustrerande att arbeta med en patient som de visste hade en psykisk ohälsa, men som inte fått någon diagnos. Detta upplevde sjuksköterskorna försvårade förutsättningen för att kunna anpassa interaktionen. Trots att flera av sjuksköterskorna hade goda kunskaper om psykiska sjukdomar, så ledde det till en ovisshet att inte ha några fasta hållpunkter om hur de skulle förhålla sig. Det uppstod därför en osäkerhet om vad som var rätt eller fel i sin anpassning av interaktionen med patienten. Andra sjuksköterskor kände att svårigheten låg i patienternas oförutsägbarhet, då de upplevde att deras kunskap inte var tillräcklig. Ett exempel var att inte veta när patienten skulle få ett utbrott. Därmed blev patientens beteende ett hinder för att sjuksköterskan skulle kunna anpassa interaktionen till patienten. Det blev en form av otillräcklighet, att just i den stunden inte ha kunskapen om hur de som sjuksköterskor skulle agera för att ge patienten vård med god kvalitet.

Svårigheter är sen att jag ska ansvara för den här patienten. Och det tycker jag är väldigt svårt. För att jag inte vet, många av de här är som en tickande bomb och jag har ingen, man vet inte riktigt när de ska få ett utbrott... att jag just då känner att jag inte har tillräckligt god kunskap och inte tillräckligt goda resurser för att kunna hjälpa den här människan på bästa sätt. (Deltagare 2)

Det handlade i andra fall om att erfarenheterna och kunskapen var otillräckliga vilket kunde leda till att sjuksköterskan inte förstod alla signaler hos denna patientgrupp. Sjuksköterskan upplevde även att det saknades kunskap om den psykiska ohälsan bland kollegorna på vårdavdelningarna. Detta kunde utifrån sjuksköterskornas erfarenheter leda till rädsla i form av osäkerhet hos sjuksköterskan. En anledning till att de kände osäkerhet i interaktionen var upplevelsen av att de inte alltid hade kontroll över situationen. Många gånger upplevde sjuksköterskorna situationer som varit väldigt jobbiga, då de inte visste hur de skulle hantera vissa patienter med psykisk ohälsa.

... vi visste inte hur vi skulle hantera hennes problem... sen fick man tillsägning när psykiatrin eller någon konsult kom hit och sa, så ska ni inte göra, så ska ni göra, så ska det inte hanteras. Men vi har inte den kunskapen, så att det tycker jag är skitjobbigt... (Deltagare 6)

Betydelsen av stöd och miljö

Analysen visade att vårdmiljön användes på flera olika sätt som hjälpmedel för att anpassa interaktionen. Utifrån sjuksköterskornas erfarenheter så har många av dessa patienter psykosociala- och sociala problem hemma, vilket kan vara känsligt att prata öppet om. Därmed så anpassade en av sjuksköterskorna sin interaktion genom att ta stöd av miljön, exempelvis genom att sätta sig lite avsides där det är lugnt och stilla. En sjuksköterska gav exempel på att interaktionen kunde anpassas genom att ta med sig en kollega i situationer där de känner sig hotade av patienten med psykisk ohälsa. I andra fall handlade det om erfarenheten av att miljön bör anpassas då patienten kan upplevas som aggressiv eller hotfull, som att ge patienten en egen vårdsal.

... vi fick utrymma hela den firsalen och lägga en madrass på golvet. Och han var så aggressiv och så hotfull så vi kunde knappt närma oss honom. (Deltagare 5)

Utifrån sjuksköterskornas erfarenheter handlade det även om att det inte fanns tillräckligt med stöd i form av resurser på vårdavdelningarna för att kunna hjälpa patienten på ett gynnsamt sätt. Detta var en faktor som påverkade möjligheten att anpassa interaktionen. En sjuksköterska menade därför att det vore bättre om patienter med psykisk ohälsa enbart vårdades inom psykiatrin. Detta då vårdpersonalen där har högre kompetens och är specialiserade för att kunna ge denna patientgrupp vård med god kvalitet.

Trots bristande resurser och stöd upplevde ändå flera av sjuksköterskorna att de alltid försökte anpassa interaktionen, även om det ibland både kändes svårt och jobbigt. En sjuksköterska menade på att de som sjuksköterskor ibland kände sig maktlösa i interaktionen med patientgruppen, vilket upplevdes frustrerande. Sjuksköterskan beskrev att deras maktmedel inte alltid var tillräckliga för att kunna hjälpa patienterna med depression, som orsakats av ekonomiska och sociala problem. Sjuksköterskans anpassade interaktion sträckte sig till att kunna erbjuda kuratorkontakt eller själv sätta sig ner, prata och lyssna på patienten. Denna form av anpassning var inte alltid tillräcklig.

Diskussion

Metoddiskussion

Det gjordes en tidsplan inför studien för att underlätta arbetet. Allt gick som planerat enligt tidsplanen, förutom intervjuerna som blev klara en vecka senare än planerat. En design, kvalitativ eller kvantitativ ansats, hjälper till att förklara hur en studie ska utformas, det vill säga utifrån vilket perspektiv studien ska utföras på (Jakobsson, 2011; Olsson & Sörensen 2011). Eftersom det var en kvalitativ studie lades det fokus på deltagarnas erfarenhet av ett specifikt problem, vilket resulterade i att antalet deltagare blev färre jämförelsevis med en kvantitativ studie (Henricson & Billhult, 2012).

Studien presenterades för två vårdavdelningar då chansen till att få tillräckligt med deltagare ansågs öka. Sex sjuksköterskor deltog i studien vilket uppfattades som ett rimligt antal för att besvara syftet. Liknande information framkom i samtliga sex intervjuer vilket tyder på att antalet var tillräckligt, men det går inte att utesluta att ett större antal intervjuer kunde ha förändrat resultatets innehåll. I inklusionskriterierna lades inget fokus på deltagarnas ålder eller kön, då risken ansågs vara stor att få för lite deltagare vid rekryteringen. Eftersom studiens syfte var att beskriva erfarenheter av att ha anpassat sin interaktion med patienter

som har psykisk ohälsa, ansågs inte ålder eller kön ha någon betydelse vid rekryteringen. Det går inte att utesluta att åldern kan ha haft betydelse och påverkat resultatet då äldre personer möjligtvis kan ha haft mer livserfarenheter och eventuellt längre arbetslivserfarenhet inom vården. Enligt Henricson och Billhult (2012) kan en variation i åldern mellan deltagarna bidra till en omväxlande beskrivning av deras erfarenheter. I denna studie var det en liten variation av yrkeserfarenheten som legitimerad sjuksköterska och medianvärdet var lågt. Detta kunde ha påverkat resultatet negativt då yrkeserfarenheten var låg. Av samma anledning när det gällde risken för begränsning av deltagare, lades det inget fokus på vilket kön.

När intervjuerna bokades tillfrågades inte deltagarna om de uppfyllde in- och exklusionskriterierna. Anledningen var att det fanns tillit om att de hade läst informationsbrevet innan intresset anmälades och själva kunde bedöma om de hade erfarenhet eller inte. Vilket kan ha påverkat resultatet då möjligheten finns att inte alla deltagare var införstådda med syftet av studien. Det utfördes ett löpande urval, nämligen att intervjuerna bokades in direkt när deltagaren anmälde intresse. Detta gav då inte möjligheten till slumpmässigt urval genom lottning, utan det som gällde var *“först till kvarn”*. Ett slumpmässigt urval skulle göras med anledning av att studiens inklusionskriterier om sjuksköterskornas erfarenheter inte kunde mätas.

Fördelen med genomförandet av intervjuer i studien var att få personer att berätta om sina erfarenheter om olika situationer och möten utifrån deras perspektiv (Danielson, 2012). Det som däremot kunde ha varit en nackdel med en kvalitativ intervjustudie var den stora flexibiliteten som fanns, då det kunde ha blivit svårt att få svar på syftet (Holme & Solvang, 1997). Trots detta anser författarna att syftet blev besvarat. Semistrukturerade intervjuer valdes till denna studie med anledning av att det skapade förutsättningar för författarna att kunna anpassa följdfrågorna under intervjuerna utifrån vad deltagaren beskrev. Det ledde även till att författarna lät deltagarna vara mer flexibla i sina svar utifrån hur de uppfattade intervjufrågorna, utan att bli avbrutna. Detta var även en nackdel då några deltagare besvarade frågan utan att ge svar på syftet då svaret handlade om patienter med nyttillkommen psykisk ohälsa. Det ansågs ändå finnas fler fördelar med valet av semistrukturerade intervjuer, i jämförelse med strukturerade intervjuer på grund av flexibiliteten. Det genomfördes en provintervju för att testa intervju- och följdfrågorna i intervjuguiden, vilket medförde att författarna fick ett perspektiv på hur deltagaren i provintervjun uppfattade intervjufrågorna. Eftersom deltagaren uppfyllde in- och exklusionskriterierna fick författarna

mer trovärdiga svar och även se hur frågorna kunde uppfattas. Intervjuguiden uppfattades som ett bra hjälpmedel under intervjuerna, men några justeringar fick göras efter provintervjun.

En annan aspekt som kan ha påverkat resultatet är hur intervju- och följdfrågorna ställdes. Författarna turades om att ställa frågorna och att ge information om syftet och de bärande begreppen. Följdfrågornas användning och ordning såg annorlunda ut vid varje intervjutillfälle, då de anpassades efter deltagarens berättelse. Båda författarna var närvarande vid majoriteten av intervjuerna. Båda författarna var närvarande och aktiva, vilket också kan ha haft en inverkan på resultatet, då deltagaren kunde ha känt sig mer nervös och i en underlägsen position. Författarna upplevde däremot inte att deltagarna påverkades av att båda författarna deltog under intervjuerna. Det underlättade även analysen att båda deltog under majoriteten av intervjutillfällena. Enligt Danielson (2012) kan en intervju påverkas av att någon annan kan avlyssna intervjun. Intervjuerna i föreliggande studie utfördes därför i ett avskilt rum där ingen kunde störa, förutom en intervju då någon tittade in. Trots detta ansågs det inte ha påverkat deltagarens svar, då författarna inte upplevde någon förändring i sjuksköterskans beteende. Intervjuerna utfördes även på deltagarnas arbetstid vilket kan ha påverkat resultatet på grund av eventuell trötthet, då de kanske jobbat hela dagen eller av stress från att behöva återvända till arbetsuppgifterna. En annan aspekt som kan ha påverkat resultatet var att en av avdelningarna hade kortare vårdtider jämförelsevis med den andra avdelningen, vilket kan ha gjort att sjuksköterskorna inte hade samma möjlighet att lära känna patienten och därmed anpassa sin interaktion.

Materialet som analyserades var tvunget att vara tillräckligt stort för att betraktas som en helhet och tillräckligt litet för att möjligheten av att skapa meningsenheter under processen av analysen skulle finnas (Graneheim och Lundman, 2004). Med tanke på den tidsbegränsning som fanns ansågs sex intervjuer vara tillräckligt för att få en lagom mängd med material. Fler intervjuer kunde ha genomförts då intervjutiderna var relativt korta, det vill säga mellan 12- 18 minuter. Trots att intervjuerna tidsmässigt var korta uppfattade författarna att varje intervju var innehållsrik med relevant information som svarade till studiens syfte.

Författarna till detta arbete valde att genomföra en innehållsanalys då det enligt Graneheim och Lundman (2004) är vanligast vid en kvalitativ studie. En innehållsanalys med induktiv ansats valdes då det inte hittades tidigare forskning. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) ska

forskarna närma sig studien utan förutfattade meningar och låta den empiriska världen avgöra frågeställningarna. Vidare beskrivs den induktiva innehållsanalysen som en metod med syfte att hitta ett mönster med hjälp av koder i intervjumaterialet (ibid.). Problemet som kunde ha uppstått vid en kvalitativ studie var valet mellan en latent eller manifest ansats (Graneheim & Lundman, 2004). När det gällde denna studie användes det en manifest ansats med latent inslag, då det var de synliga komponenterna och självklarheten i innehållet som skulle analyseras. En latent ansats koncentrerar sig på innehållets betydelse och tolkar den underliggande meningen av texten. Detta gjordes ytterst lite, därav inslaget av latent ansats. Både den manifesta och latent ansatsen tolkade data, men varierade på djupet. Det var en för djupgående metod att enbart använda sig av en latent ansats. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska teman användas i en kvalitativ innehållsanalys med latent ansats, vilket i denna studie har valts bort eftersom det endast används latent inslag.

Trovärdighet i analysen av datamaterialet är av betydelse och för att uppnå trovärdighet är valet av meningsenheter viktigt (Graneheim & Lundman, 2004). Meningarna ska inte vara alltför breda eller smala. Detta gjorde analysprocessen i föreliggande studie svårhanterlig, då en mening med antingen flera stycken eller enbart ett ord kunde riskera att datamaterialet förlorade sin innebörd. Det ansågs som en fördel att författarna valde ut meningsenheterna, kondenserade och satte koder enskilt för att sedan diskutera det tillsammans, eftersom det blev ett mer kritiskt val av analysenheter. När sedan författarna kommit överens om val av meningsenheter, kondenseringar och koder, så diskuterades detta med handledaren. Detta var ytterligare ett sätt att öka trovärdigheten i analyseringen. För att återigen försöka uppnå trovärdighet var det viktigt att bedöma skillnader och likheter mellan kategorierna, delvis genom att använda väsentliga stycken ur den transkriberade texten som citat.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att anpassa sin interaktion med patienter som har en psykisk ohälsa på somatiska vårdavdelningar. Detta beskrevs utifrån två kategorier, ”*Lära känna patienten*” och ”*Behovet av att använda sig av hjälpmedel*”. Dessa kommer att diskuteras nedan med hjälp av tidigare studier. Referensramen som valdes till denna studie var Joyce Travelbees interaktionsteori, då Travelbee (1971) beskriver interaktionens byggstenar.

Lära känna patienten

Studiens resultat visade att sjuksköterskorna ett flertal gånger poängterade vikten av en god sjuksköterska- och patientrelation, samt hur den relationen kan påverka vårdtillfället. Den anpassade interaktionen beskrevs innehålla flera sätt att lära känna patienten, där bland annat sjuksköterskans förmåga att hantera svårigheter i interaktionen lyftes fram. Anpassningen av interaktionen hade enligt sjuksköterskornas erfarenheter både fördelar och utmaningar. Goda konfliktlösningar med patienter som har psykisk ohälsa har också beskrivits i en tidigare studie. I studien gjord av Švedienė et al. (2009) beskrivs tålamod, förståelse och tillämpning av fysiska åtgärder som aspekter som är viktiga för att uppnå en konfliktlösning. Vidare visar studien att sjuksköterskorna ibland tillämpar medicinering för att lösa situationen (ibid.). I föreliggande studies resultat använde sig sjuksköterskorna av liknande anpassade interaktionssätt, förutom tillämpning av medicinering, för att kunna lära känna patienten, samarbeta och genomföra omvårdnad.

Linden och Kavanagh (2011) menar i sin studie att om sjuksköterskan har en negativ attityd till patienter med psykisk ohälsa påverkas relationen negativt. Vilket kan undvikas med exempelvis god kunskap om ohälsotillståndet (ibid.). Enligt Björkman et al. (2008) så skiljer sig attityder till att interagera med patienter som har olika psykiska ohälsotillstånd sig mellan könen. Studien visar att kvinnor har en positivare attityd och är mer förstående för patienter med depression och ätstörningar. Medan de kan ha sämre attityd till patienter med en schizofreni på grund av deras oförutsägbarhet och att de är svårare att kommunicera med. Män har däremot en mer negativ attityd mot personer med depression och schizofreni, då de tvivlar på en förbättring hos patientgrupperna (ibid.). I föreliggande studie har inte sjuksköterskans attityder till patienter med psykisk ohälsa undersökts, men likt studien av Björkman et al. (2008) upplevde vissa av sjuksköterskorna att patienten kan vara oförutsägbar och innebära en utmaning att kommunicera med. Trots detta antyder föreliggande studieresultat att sjuksköterskorna anstränger sig för att lära känna patienten, vilket kan förstås som en positiv inställning och attityd till patienterna.

En litteraturstudie baserad på kvalitativ forskning visar att relationen mellan sjuksköterskan och patienten har en stor inverkan på patientens upplevelse av vårdtillfället och sin hälsa (Piredda, Matarese, Mastroianni, D'Angelo, Hammer & Grazia De Marinis, 2015). Vidare visar studien att en god relation hjälper patienten att hitta en bra balans i livet. Likaså beskriver Travelbee (1971) att relationen mellan sjuksköterskan och patienten bör ses som en

grundläggande faktor i interaktionen. Hon menar även att relationen skapas genom att inte se varandra som två olika roller utan som två unika personer. I föreliggande studie beskrev ett fåtal sjuksköterskor att deras erfarenhet av att anpassa sin interaktion påverkades av vilken relation sjuksköterskan hade till patienten, samt deras synsätt på varandra. Majoriteten av sjuksköterskorna i föreliggande studie var överens om att det ibland kunde ta flera dagar att lära känna patienten, för att sedan kunna etablera en god relation. På så sätt kunde sjuksköterskan anpassa interaktionen och ge vård med kvalitet. Travelbee (1971) instämmer med sjuksköterskorna i föreliggande studie att en relation inte etableras över en dag utan att den byggs upp successivt genom varje interaktion.

Föreliggande studieresultat visar att en viktig uppgift som sjuksköterskorna upplevde sig ha var att få patienternas förtroende, vilket de kunde få genom att visa respekt och ödmjukhet för patienterna. Den förtroendefulla och ödmjuka anpassningen gav ett resultat som sjuksköterskorna upplevde var en annan sorts uppskattning, i jämförelse med patienter utan någon psykisk ohälsa. På liknande sätt beskriver Reed och Fitzgerald (2005) att sjuksköterskorna i deras studie förklarar hur den positiva responsen från patienter med psykisk ohälsa utgör grunden till en god och nära relation inom den somatiska vården. En god relation mellan sjuksköterskan och patienten ansåg sjuksköterskorna i föreliggande studie vara av stor betydelse. Vilket de kunde påverka genom att anpassa sin interaktion med patienter som har en psykisk ohälsa. Rezende et al. (2015) instämmer i sin studie att sjuksköterskan genom kroppsspråk kan omvandla interaktionen till en mer mänsklig och kvalificerad vård, samt utveckla tillit mellan sjuksköterskan och patienten.

Det finns enligt Travelbees (1971) interaktionsteori olika sorters interaktioner, där några av interaktionstyperna inte leder till att sjuksköterskan och patienten avser att skapa en relation. En oavsiktlig interaktion inträffar då sjuksköterskan ser till att de mest nödvändiga arbetsuppgifterna genomförs, exempelvis verkställandet av läkarens ordinationer (ibid.). I föreliggande studie hade ett fåtal sjuksköterskor erfarenheter av att tidsbristen kunde leda till att de ibland inte hann göra mer än det som var nödvändigt inne hos patienten. Detta menar Travelbee (1971) är en slags interaktion som inte inriktar sig i och eventuellt inte heller leder till att någon relation uppstår mellan sjuksköterskan och patienten. Andra sjuksköterskor i föreliggande studie lyfte fram betydelsen av att kunna ge tid, visa närvaro och kommunicera för att kunna se över patientens behov. Travelbee (1971) beskriver att det krävs en konsekvent interaktion mellan sjuksköterskan och patienten för att en god vård med kvalitet

ska kunna uppnås. Detta innebär att sjuksköterskan ska kommunicera samt bemöta patienten med sympati och empati.

Föreliggande studieresultat visade också att flertal sjuksköterskor upplevde att det ibland kan vara en utmaning att nå fram till patienter med psykisk ohälsa. Det här framgår även i Björkman et al. (2008) studie, då de beskriver att många sjuksköterskor på somatiska vårdavdelningar anser att patienter med psykisk ohälsa är svåra att prata med. Det uppstod situationer där sjuksköterskan i föreliggande studie upplevde en nödvändighet att anpassa sin interaktion genom att avgränsa kommunikationen, för att patienten skulle ha möjlighet att lugna ner sig. Travelbee (1971) menar i sin interaktionsteori att kommunikationen ska hjälpa patienten att hantera sitt lidande. Genom att bland annat kommunicera med patienten på ett behärskat och tryggt vis, upplevde sjuksköterskorna i föreliggande studie att de kunde undvika missförstånd och ge patienten adekvat information.

Resultatet i föreliggande studie visade att sjuksköterskorna hade olika erfarenheter när det gällde anpassningen av interaktionen. Det vill säga vad som låg till grund för deras val när de interagerade med patienter som har en psykisk ohälsa. Grunden till interaktionen menar Travelbee (1971) består av respekt, kommunikation och en god sjuksköterska- och patient relation. En studie gjord i Australien utifrån patienternas perspektiv stämmer med föreliggande studie om att patienter med psykisk ohälsa med samsjuklighet uppskattar en god kommunikation (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso & Crompton, 2015). Patienterna i den studien beskrev att rätt information, bra relation, lyhördhet från sjuksköterskorna, närvaro av sjuksköterskorna och god kommunikation var grundläggande faktorer för ett bra vårdtillfälle (ibid.). Resultatet i föreliggande studie visar också att en del sjuksköterskor hade erfarenhet av att patienten kunde uppleva någon form av trygghet när sjuksköterskorna visade sin närvaro och etablerade en mänsklig kontakt med patienten. Travelbee (1971) beskriver att målet med omvårdnaden är att hjälpa patienten med sin sjukdom och återigen hitta en mening i sina upplevelser, vilket sjuksköterskan kan göra genom sin interaktion. I föreliggande studie handlade det främst om att ta sig tid och visa sig närvarande. Enstaka sjuksköterskor upplevde att det krävdes tålamod, då det ibland kunde ta tid att inge ett förtroende hos patienten och för att det inte skulle ske några missförstånd så gällde det att inte stressa.

Reed och Fitzgerald (2005) anger i sin studie att många sjuksköterskor upplever tidsbrist när det gäller patienter med psykisk ohälsa. Tidsbrist var även en faktor som beskrevs i föreliggande studieresultat och någonting som sjuksköterskorna upplevde som ett hinder för

att kunna anpassa sin interaktion med denna patientgrupp. I vissa situationer fanns det inte ens möjlighet att hinna uppmärksamma att patienten led av en psykisk ohälsa med anledning av tidsbristen. Reed och Fitzgerald (2005) menar även att den befintliga arbetsbelastningen och antalet patienter som sjuksköterskan ansvarar för, leder till att det inte finns tillräckligt med tid. Det blir svårt för sjuksköterskorna att rikta extra mycket uppmärksamhet och tid på en specifik patient. Föreliggande studieresultat visade trots allt på att det fanns en stark önskan om att det skulle finnas mer tid för patienterna. I de mer stressfulla situationerna upplevde sjuksköterskorna att de måste göra det bästa av situationen, genom att försöka. Reed och Fitzgerald (2005) visar i sin studie att denna patientgrupp överlag är i behov av mer tid, vilket sjuksköterskorna i föreliggande studie instämmer med. Mer tid för patienterna är en anpassning, då det exempelvis skapar möjligheter för mer samtal. En utmaning som sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde, var att en del patienter var fåordiga. Det innebar att det krävdes mer tid och tålamod från sjuksköterskan. Via kommunikationen skapades större förutsättningar för sjuksköterskan att kunna få en förståelse för patienten om eventuella önskemål och därmed engagera patienten i sin egen omvårdnad. Detta styrks även av Travelbees (1971) interaktionsteori, där kommunikationen är hjälpmedlet för att patienten ska kunna förmedla sina känslor och tankar.

Wyder et al. (2015) visar i sin studie att patienter får förtroende för sjuksköterskorna när de känner sig sedda samt att sjuksköterskornas beteende och synsätt på patienten har en stor inverkan på patientens upplevelse. Utifrån resultatet i föreliggande studie så hade flera sjuksköterskor erfarenheter av att anpassningen för denna patientgrupp innebar olika strategier. Den anpassade interaktionen upplevdes innebära att sjuksköterskorna fick möjligheten att lära känna patienten och se deras mer mänskliga och ödmjuka sida. Utöver detta kunde även sjuksköterskornas kollegor utgöra en utmaning då de ibland uttryckte sig negativt angående patienten och ge en felaktig bild. Björkman et al. (2008) beskriver i sin studie att det inte är ovanligt att sjuksköterskor uttrycker sig negativt om patienter med psykisk ohälsa. Detta kan grunda sig i att dessa sjuksköterskor har en negativ attityd mot patientgruppen. Flertal gånger uttrycker sig sjuksköterskor att patienter med exempelvis schizofreni är farliga och är för det mesta oförutsägbara (ibid.). Sjuksköterskorna i denna studie upplevde då att de fick anstränga sig för att inte lyssna på andras åsikter angående patienterna. På så vis kunde dem skapa sig en egen bild av patienten och situationen. I föreliggande studie ville sjuksköterskorna vårda patienter med psykisk ohälsa trots att

kollegorna inte alltid hade samma åsikt om patientgruppen, vilket även Reed och Fitzgerald (2005) beskriver i sin studie.

I föreliggande studieresultat berättade även en del sjuksköterskor att patienter med psykisk ohälsa ska behandlas som människor och inte som en diagnos, vilket många av deras kollegor beklagligt gjorde. En del sjuksköterskor medgav att patienter med psykisk ohälsa många gånger blev behandlade som objekt, vilket gjorde att tilliten inte alltid fanns mellan patienten och sjuksköterskan. Wyder et al. (2015) skriver också att patienterna uppskattar när sjuksköterskorna kan se bortom deras psykiska diagnos och istället se dem som människor. Ett exempel kan vara att fokusera på patienternas erfarenheter istället för symtom. Travelbee (1971) menar att patienter ska ses som unika individer och behandlas som människor. Reed och Fitzgerald (2005) beskriver i sin studie att synsättet på patienter med psykisk ohälsa varierar mellan sjuksköterskorna och påverkar olika mycket sjuksköterskornas förmåga att ge god vård. I föreliggande studie beskrev sjuksköterskorna att deras erfarenhet var att det var betydelsefullt för patienterna när de blev behandlade som människor och inte som personer med en psykisk ohälsa. Sjuksköterskorna upplevde då att patienterna kände sig sedda och tacksamma. I både den befintliga och i Reed och Fitzgerald (2005) studie, hade sjuksköterskorna erfarenhet av att ett holistiskt synsätt uppnås genom att integrera patientens psykiska ohälsotillstånd tillsammans med det somatiska ohälsotillståndet.

Flertal sjuksköterskor uttryckte trygghet i sin somatiska roll, men att de däremot många gånger kände osäkerhet i interaktionen med patienter som har psykisk ohälsa. Resultatet av föreliggande studie instämmer med Reed och Fitzgerald studie gjord 2005 om att inte alla sjuksköterskor känner trygghet i att interagera med patienter som har psykisk ohälsa. Detta med anledning av att de inte alltid känner att de har kontroll över situationen. Trots att kunskapen inte räcker till, har sjuksköterskorna ansvaret att bevara patientens hälsa och säkerhet. Reed och Fitzgerald (2005) beskriver i sin studie att sjuksköterskorna upplever en sårbarhet över att bli mer passiva i sin profession, då de känner sig osäkra och även lite rädda av att skada sig själva eller patienten. Detta med anledning att de ibland inte vet hur de ska hantera vissa situationer. Studien visar även att det skapas ett slags missnöje och ångest hos sjuksköterskan då hon ibland känner sig otillräcklig i sin yrkesroll. Detta trots att hon önskar kunna hjälpa patienterna på ett professionellt sätt (ibid.). Trots sin osäkerhet visade sjuksköterskorna i föreliggande studie att de upplevde att de gjorde sitt bästa för att på så vis

ge patienten en god vård. Sjuksköterskornas känsla av osäkerhet i interaktionen med denna patientgrupp kunde däremot även leda till att interaktionen hämmades.

Behovet av att använda sig av hjälpmedel

Flera av sjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde det som viktigt att ha kunskap om den psykiatriska diagnosen patienten led av. Således kunde sjuksköterskorna förstå varför patienten betedde sig på ett särskilt vis och på så sätt kunna möta patienten i sin sjukdom. De menade att det är ett sätt att nå fram till patienten, för att sedan kunna arbeta med att bygga upp ett förtroende mellan sjuksköterska och patient. Detta styrks i en studie som visar på vikten av att som sjuksköterska ha kunskap om olika psykiska sjukdomar (Švedienė et al., 2009). Vidare visar studien att kunskapen ger sjuksköterskorna möjlighet att anpassa interaktionen för att kunna bygga upp ett förtroende hos patienten och på så vis ge vård med god kvalitet (ibid.).

Utifrån föreliggande studie menar även en sjuksköterska att det vore bättre om patienter med psykisk ohälsa enbart vårdas inom psykiatrin. Där har vårdpersonalen kunskap och resurser för att kunna anpassa interaktionen med denna patientgrupp, för att de ska få vård med kvalitet. Även Švedienė et al. (2009) och Reed och Fitzgerald (2005) lyfter fram att ansvaret för denna patientgrupp ska ligga hos psykiatrin. Detta skulle enligt Reed och Fitzgerald (2005) minska oron hos sjuksköterskorna inom den somatiska vården i de fall som patienterna upplevs som oförutsägbara. Vidare menar studien att många sjuksköterskor vill kunna ge denna patientgrupp god vård trots att deras kunskap inte alltid är tillräcklig (ibid.).

Resultatet i föreliggande studie visade att sjuksköterskorna hade erfarenheter av att vårdmiljön kunde användas som ett hjälpmedel i sin anpassning av interaktionen. Reed och Fitzgerald (2005) menar snarare utifrån sin studie att det är svårt inom den somatiska vården att ta stöd av miljön när det gäller omvårdnaden av patienter med psykisk ohälsa. De menar att vårdavdelningarna inte är tillräckligt säkra, varken för vårdpersonalen eller patientgruppen. Därtill är vårdsalarna alltför isolerade och begränsar möjligheten för sjuksköterskan att observera patienterna kontinuerligt, vilket upplevdes som ett hinder i interaktionen (ibid.). Föreliggande studieresultat och Reed och Fitzgerald (2005) studie visar därmed på olika erfarenheter av detta. En sjuksköterska i föreliggande studie brukade exempelvis sätta sig avsides på vårdavdelningen tillsammans med patienten om det skulle samtalas om någonting känsligt som berörde patienten. Reed och Fitzgerald (2005) beskriver att sjuksköterskorna kunde uppleva vårdmiljön som en fara för patienterna som exempelvis

var självmordsbenägna, då medicinska undersökningsinstrument finns lättillgängliga på dessa avdelningar (ibid.).

Föreliggande studieresultat visade att vissa sjuksköterskor mötts av dåligt bemötande från vårdpersonalen inom psykiatri, då de menar att sjuksköterskan inom somatiska vården inte anpassar interaktionen på rätt sätt för patienter med psykisk ohälsa. Detta ledde till att sjuksköterskorna inom den somatiska vården kände sig otillräckliga. Därmed menar Švedienė et al. (2009) att det skulle behövas ett bättre fungerande samarbete mellan somatiken och psykiatri. Vidare visade studien att sjuksköterskorna önskade att det skulle vara mer lättillgängligt att få tag i en psykiatriker för vårdpersonalen inom den somatiska vården (ibid.). Ett bättre samarbete mellan somatiken och psykiatri skulle enligt föreliggande studieresultat underlätta sjuksköterskornas anpassade interaktion med patienter som har en psykisk ohälsa. Därtill förbättra möjligheten att kunna ge patienterna vård med god kvalitet.

Slutsatser

Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att anpassa interaktionen med patienter som har en psykisk ohälsa. Det framkom i samtliga intervjuer att sjuksköterskornas erfarenheter var att de hade många möjligheter, men även utmaningar. En god kommunikation, kunskap, ett lugnt bemötande, förtroende och en god sjuksköterska- och patientrelation är grunden för att kunna anpassa interaktionen. Det visade sig även vara resultatrikt i många fall. Sjuksköterskorna upplevde att trots ansträngning i den anpassade interaktionen, var det inte alltid de lyckades nå fram till patienten. Majoriteten av sjuksköterskorna var i behov av mer kunskap angående den psykiska ohälsan, för att kunna ge vård med god kvalitet. De upplevde att många av utmaningarna uppstod på grund av brist på kunskap om patienten och diagnosen. En annan aspekt var bristen på stöd i form av resurser på vårdavdelningen och vårdpersonal.

Möjligheten och förmågan att kunna anpassa interaktionen med patienter som har en psykisk ohälsa och vårdas på somatiska vårdavdelningar, är viktiga för att lära känna och stödja patienten. Studien gav en inblick i sjuksköterskornas erfarenheter av att anpassa sin interaktion med patienter som har en psykisk ohälsa, men mer forskning behövs då det saknas studier om sjuksköterskans erfarenheter. Sjuksköterskan ska jobba utifrån den enskilde personen och med ett holistiskt synsätt. Resultaten av denna studie kan bidra till en ökad förståelse för hur sjuksköterskan kan anpassa sin interaktion med patienter som har en psykisk ohälsa.

Självständighet

Arbetet med att genomföra och färdigställa examensarbetet har genomgående skett med stort samarbete och lika delaktighet av båda författarna. Felicia kontaktade deltagaren till provintervjun, där både Felicia och Johanna senare deltog. Både Johanna och Felicia kontaktade deltagarna via telefon och E-post för inbokning av intervjutillfällen, samt avdelningschefen för påminnelse till sjuksköterskorna om deltagande.

Båda författarna har varit aktiva i sökandet efter artiklar och annan relevant litteratur och tillsammans skrivit examensarbetets olika delar. Johanna har ansvarat för den teoretiska referensramen, medan Felicia ansvarade för delen om samsjuklighet. Båda var närvarande och aktiva under APT och intervjuerna 1- 5, medan Johanna höll i intervju 6 själv. Johanna och Felicia delade på transkriberingen av intervjumaterialet och var lika aktiva under analysarbetet. Bearbetning av resultatet samt resultatdiskussionen delades upp jämnt mellan båda författarna, för att sedan diskuteras och färdigställas 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, 170-177.
- Brülde, B., & Tengland, P.A. (2003). *Hälsa och sjukdom: en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 163-173). Lund: Studentlitteratur AB.
- Farr, O.M., Ko, B.J., Joung, K.E., Zaichenko, L., Usher, N., Tsoukas, M., Thakkar, B., Davis, C.R., Crowell, J.A., & Mantzoros, C.S. (2015). Posttraumatic stress disorder, alone or additively with early life adversity, is associated with obesity and cardiometabolic risk. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 25, 479- 488.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Happell, B., Scott, D., & Platania-Phung, C. (2012). Perceptions of Barriers to Physical Health Care for People with Serious Mental Illness: A Review of the International Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 752-761.
- Haugan, G. (2014). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 74-88.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 129-137). Lund: Studentlitteratur AB.
- Holme, I.M., & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp - En ordbok*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Langan, J., Mercer, S.W., & Smith, D.J. (2013). Multimorbidity and mental health: can psychiatry rise to the challenge?. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 391-393.
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1359-1368.
- MacNeela, P., Scott, P.A., Treacy, M., Hyde, A., & O'Mahony, R. (2012), A Risk to Himself: Attitudes Toward Psychiatric Patients and Choice of Psychosocial Strategies Among Nurses in Medical-Surgical Units. *Research in Nursing & Health*, 35, 200-213.

Malmgren, L., Ljungdahl, S., & Bremberg, S. (2008). *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion- hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Margari, F., Lozupone, M., Pisani, R., Pastore, A., Todarello, O., Zagaria, G., Minerva, F., Palasciano, G., & Palmieri, V. (2013). Metabolic syndrome: differences between psychiatric and internal medicine patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 45, 203-226.

Milton, A. (2002). Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration - Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen*, 99, 1214-1216.

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

Oreski, I., Jakovljevic, M., Aukst-Margetic, B., Crncevic, Z., & Vuksan-Cusa, B. (2012). Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Psychiatria Danubina*, 24, 80-85.

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Piredda, M., Matarese, M., Mastroianni, C., D'Angelo, D., Hammer, M.J., & Grazia De Marinis, M. (2015). Adult Patients' Experiences of Nursing Care Dependence. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 397-406.

Poggenpoel, M., Myburgh, C.P.H., & Morare, M.N. (2011). Registered nurses' experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg. *Journal of Nursing Management*, 19, 950- 958.

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, 249-257.

Rezende, R.C., Oliveira, R.M.P., Araújo, S.T.C., Guimarães, T.C.F., Espírito Santo, F.H., & Porto, I.S. (2015). Body language in health care: a contribution to nursing communication. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 430-436.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Skott, C. (2012). Berättelser - narrativ analys och tolkning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 238-248). Lund: Studentlitteratur AB.

Smith, D.J., Martin, D., McLean, G., Langan, J., Guthrie, B., & Mercer, S.W. (2013). Multimorbidity in bipolar disorder and undertreatment of cardiovascular disease: a cross sectional study. *BMC Medicine*, 11, 1-11.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010a). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010- stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010b). *Öppna jämförelser och utvärdering 2010, psykiatrisk vård- ett steg på vägen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011a). *Mot ett system för verksamhetsuppföljning på psykiatriområdet, delrapport 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011b). *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom- akut hjärtinfarkt*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *Psykisk ohälsa bland unga- Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar- Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.

Švedienė, L., Jankauskienė, L., Kušleikaitė, M., & Razbadauskas, A. (2009). Competence of general practice nurses caring for patients with mental health problems in the somatic departments. *Medicina (Kaunas)*, 45, 822- 829.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *En långsiktig gemensam handlingsplan för psykisk ohälsa inom Sveriges kommuner och landsting, kongressperiod 2012- 2016*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Topic, R., Milicic, D., Stimac, Z., Loncar, M., Velagic, V., Marcinko, D., & Jakovljevic, M. (2013). Somatic comorbidity, metabolic syndrome, cardiovascular risk, and CRP in patients with recurrent depressive disorders. *Croatian Medical Journal*, 54, 453-459.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

World Health Organization (2001). *Mental health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Disorders*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2013). *Mental Health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2015a). *10 fact on mental disorder*. Hämtad 2016-02-22 från http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/

World Health Organization (2015b). *Mental disorders*. Hämtad 2016-02-17 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 181-189.

Bilaga 1. Informationsbrev

Till dig som är sjuksköterska på avdelning X -

Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie

Antal personer som lider av psykisk ohälsa har ökat de senaste åren. Många av de som lider av psykisk ohälsa är också i behov av somatisk vård för sina kroppsliga besvär eller sjukdomstillstånd. Sjuksköterskans erfarenheter av att interagera med denna patientgrupp, både när det kommer till möte, bemötande, verbal kommunikation eller kommunikation i form av kroppsspråk ligger i vårt intresse att undersöka. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att anpassa interaktionen med patienter som har en psykisk ohälsa på somatiska vårdavdelningar. Detta med anledning av att det saknas studier som utgår ifrån sjuksköterskors erfarenheter.

För att kunna svara på vårt syfte och utföra denna studie önskar vi kunna intervjua dig som har erfarenheter av att vårda patienter med psykisk ohälsa, men som inte har arbetat på någon psykiatrisk enhet tidigare eller har någon vidareutbildning inom psykiatri. Om möjligheten finns kommer vi att utföra intervjuerna på avdelningen under ditt arbetspass. Vi planerar att genomföra intervjuerna under vecka 10 och 11 år 2016.

Intervjuerna kommer att vara semistrukturerade, det vill säga att vi kommer att använda oss av en intervjuguide som innehåller frågorna som kommer att ställas. Du kommer att ha utrymme att tolka frågorna och svara på frågorna utifrån egna erfarenheter. Intervjuerna kommer att ske enskilt och beräknas ta 20-30 min. Intervjuerna kommer att spelas in och sedan skrivas ned ordagrant. Vi vänder oss därmed till Dig som sjuksköterska inom den somatiska vården.

Deltagandet i denna studie är helt frivillig och det finns möjlighet att ångra och avbryta sin medverkan när som helst. All information som lämnas under intervjuerna kommer enbart användas för denna studie, samt behandlas enligt konfidentialitetskravet, det vill säga att ingen kommer kunna identifiera Dig i texten. Intervjumaterialet kommer att vara tillgängligt för oss, vår handledare och examinator på högskolan. När sedan examensarbetet blir godkänt så kommer alla ljudfiler och det nedskrivna intervjumaterialet att förstöras.

Vi är två studenter som läser femte terminen på Sjuksköterskeprogrammet på Blekinge Tekniska Högskola i Karlskrona. Under vårterminen 2016 kommer vi börja med vår studie som ska leda fram till ett examensarbete i omvårdnad. Är du intresserad av att delta i intervjun eller har några frågor, hör gärna av dig till oss eller till handledaren.

Med vänliga hälsningar

Student:
Felicia Fahlstedt
Fefa14@student.bth.se

Student:
Johanna A. Gonzalez
jogo14@student.bth.se

Handledare:
Hanna Tuvevesson
hanna.tuvevesson@bth.se

Bilaga 2. Intervjuguide

Intervjuguide

Ålder:

Kön:

Antal år/månader som leg. sjuksköterska:

Öppna frågor:

Kan du berätta om dina erfarenheter av att ha anpassat interaktionen med en patient som har en psykisk ohälsa?

- Skulle du kunna berätta om ett exempel där du anpassat interaktionen med en patient som har en psykisk ohälsa?
- Har rapporteringen, vare sig det är skriftligt eller muntligt, någon betydelse för interaktionen vid ett första mötet med en patient som har psykisk ohälsa?
- Har du upplevt några skillnader i din interaktion med en patient som har en psykisk ohälsa jämfört med en patient utan någon psykisk ohälsa?
- Har du upplevt några möjligheter i interaktionen med patienter med psykisk ohälsa?
- Har du upplevt några svårigheter i interaktionen med patienter med psykisk ohälsa?
- Har du erfarenhet av någon situation där du interagerat med en patient som har psykisk ohälsa och som sedan har fått dig att neka till fortsatt vårdkontakt?

Följdfrågor:

- Kan du ge något exempel?
- Hur kände du då?
- Hur tänkte du då?
- Finns det något mer du vill tillägga?

Bilaga 3. Samtyckesblankett

Informerat samtycke

Jag har fått tydlig information angående den studien och vad det innebär att medverka i intervjun. Jag har fått möjlighet att ställa och få svar på frågor och är medveten om att deltagandet är frivilligt.

Jag väljer att medverka i denna studie om anpassade interaktioner med patienter som har psykisk ohälsa på somatiska avdelningar. Jag godkänner att bli inspelad och att mina svar används i resultatet på examensarbetet. Jag är medveten om att jag kan avsluta intervjun när som helst, innan och efter start utan förklaring.

(Datum och ort)

(Deltagare)

Bilaga 4. Innehållsanalys

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsenheter	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
... att vara lyhörd att försöka att känna av på vilket sätt som patienten vill bli bemött och vårda på det sättet för att nå fram.	Vara lyhörd försöka känna av på vilket sätt som patienten vill bli bemött och vårda på det sättet för att nå fram.	Lyhörd	Skapa en relation med hjälp av förtroende	Lära känna patienten
... försöka prata med patienten. Ja vissa av de här patienterna är väldigt fåordiga och tysta så det är ganska svårt ibland, men då får man ju gå på ansiktsuttryck och om de är oroliga...	Försöka prata med patienten. Vissa är fåordiga och tysta så det är svårt ibland. Då får man gå på ansiktsuttryck och om de är oroliga.	Kroppsspråk	Kommunikationen som nyckel och utmaning	
... då kan man ju sätta sig ner o försöka tala lugnt och sansat och fråga vad det är.	Sätta sig ner och försöka tala lugnt och sansat och fråga vad det är.	Kommunikation		
Känner jag att jag har tid och möjlighet och försöka gå in med ett holistiskt synsätt och liksom försöka skapa mig en bild om över deras psykiska besvär.	Har jag tid och möjlighet, försöka gå in med ett holistiskt synsätt och skapa mig en bild över deras psykiska besvär.	Holistiskt synsätt	Att förstå och skapa sig en helhetsbild	
Det jag upplever som jag sagt flera gånger innan är ju att det känns som att vi inte riktigt har kompetensen, att ta hand om dem problemen många av dem här patienterna har, att man känner sig otillräcklig.	Jag upplever att det känns som att vi inte riktigt har kompetensen att ta hand om problemen många av patienterna har. Känner sig otillräcklig.	Otillräcklig		
... får jag en rapport om att någon kanske har en borderline till exempel. Då vet jag exakt hur en borderline fungerar och då vet jag hur jag ska bemöta, för borderline är speciell på sitt sätt och det är likadant bipolärt är speciellt på sitt sätt. Även ifall att karaktärerna hos patienterna är olika. Så är det ändå vissa inriktningar som hela tiden är samma	Får jag rapport om att någon har borderline då vet jag exakt hur en borderline fungerar och hur jag ska bemöta, för borderline och bipolärt är speciella på sina sätt. Även ifall karaktärerna är olika så är ändå vissa inriktningar samma och då lätt att veta att jag kan gå in med den här tankeställningen.	Kunskap om sjukdom	Kunskapens betydelse	Behovet av att använda sig av hjälpmedel

och då lätt och veta att okej men då kan jag gå in med den här tankeställningen.				
... mycket kan vara ganska känsligt för sådana patienter som jag upplevt. Så är det ofta så att jag brukar sätta mig lite avsides där det är lugnt och stilla och prata med dem...	Mycket kan vara känsligt för sådana patienter. Brukar sätta mig lite avsides där det är lugnt och stilla och prata.	Interaktionens miljö	Betydelsen av stöd och miljö	

Bilaga 5. Rådgivande yttrande



Projektansvariga

Johanna Alcaide Gonzalez
Felicia Fahlstedt

Handledare

Hanna Tuveesson

Institutionen för hälsa
Sjuksköterskeprogrammet Blekinge Tekniska Högskola
Blekinge Tekniska Högskola

Rådgivande yttrande över projektet ”Anpassad interaktion mellan sjuksköterskor och patienter med känd psykisk ohälsa på somatiska vårdavdelningar” (dnr. EPK 326-2016)

Etikkommittén Sydost har tagit del av den planerade studien vid Blekinge Tekniska Högskola. Kommittén ser inga etiska hinder för studiens genomförande och projektet bedöms väl beskrivet och genomtänkt.

Följande bör dock reflekteras över:

Om det är fler än tre sjuksköterskor per avdelning som vill delta i studien kommer då alla att intervjuas eller kommer det göras en gallring och i så fall på vilka grunder?
Då intervjuguiden ser ut att vara ganska omfattande kommer 20-30 minuter att vara tillräckligt för genomförandet av intervjun?

Karlskrona 2016-02-18
Etikkommittén Sydost