



RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
KURS 17 15 hp
HT 2011

OMVÅRDNAD KRING PATIENTER MED EN PSYKIATRISK DIAGNOS

- En empirisk studie om sjuksköterskors uppfattning
på en somatisk avdelning

Kati Lehmusvirta och Ida Tullberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Stigmatisering kring människor som har psykiatriska diagnoser är vitt spridd. Det finns forskning som visar att detta också förekommer inom vården och att detta kan påverka den vård patienter med psykiatriska diagnoser får. Dessutom blir olika psykiatriska diagnoser allt mer vanligt förekommande i samhället, därför kommer även patienter med dessa diagnoser bli vanligare. **Syfte:** Studiens syfte var att belysa hur sjuksköterskor inom den somatiska vården uppfattar bemötandet och omvårdnaden av patienter med en psykiatrisk diagnos. **Metod:** Studien var en empirisk studie genomförd med en deskriptiv kvalitativ ansats. Det genomfördes 5 halvstrukturerade intervjuer med legitimerade sjuksköterskor från en somatisk avdelning. Materialet som framkom analyserades genom en manifest innehållsanalys. **Resultat:** Det framkom 4 huvudkategorier med totalt tio underkategorier. Kunskap: kunskapsbrist och förkunskaper, Bemötande: frustration, patientsyn och omvårdnad, Rädsla: undvikande, vaksamhet och ovisshet, Trovärdighet: tilltro och misstro. **Slutsats:** Tids och kunskapsbrist skapar en frustration vid omvårdnaden av patienter med psykiatriska diagnoser. Kunskapsbristen leder också till en rädsla för hur dessa patienter ska reagera och bete sig, samt för att sjuksköterskan inte vet hur hon ska hantera situationen. Detta leder till ett undvikande av patienten och på så sätt till en sämre omvårdnad.

Nyckelord: Psykiatrisk diagnos, stigmatisering, sjuksköterskor, patient, omvårdnad.

SUMMARY

Background: Stigma concerning people with psychiatric diagnoses is widespread. There are studies that show that this also is common in hospital settings. This might affect the care that is provided to patients with psychiatric diagnoses. Psychiatric diagnoses are also increasing in the society which means that the number of patients with psychiatric diagnoses will increase as well. **Aim:** The aim of this study was to bring some light to how registered nurses working with patient with medical problems experience the care given to patients with psychiatric diagnoses. **Method:** This is an empirical study using a descriptive qualitative approach. 5 semi-structured interviews were conducted with registered nurses working in a ward for medical problems. The data that was received were analyzed using a manifest content analysis. **Results:** 4 main categories and 10 under categories emerged. Knowledge: lack of knowledge and pre-knowledge, Response to the patients: Frustration, patient view and care, Fear: avoidance, vigilance and uncertainty, Trustworthiness: trust and distrust. **Conclusion:** Lack of time and knowledge creates a frustration when caring for patients with psychiatric diagnoses. The lack of knowledge also leads to a fear of how these patients will react and behave, and a fear for not knowing how to handle the situation. This leads to a avoidance of the patients and by that these patients get an inferior care.

Keywords: Psychiatric diagnose, stigma, registered nurse, patient, care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	Lagar och Bestämmelser	2
2.2	Psykisk ohälsa idag	2
2.3	Stigmatisering.....	3
2.4	Tidigare forskning om stigmatisering inom vården	3
2.5	Konsekvenser av stigmatisering	4
3	TEORETISK REFERENSRAM	6
4	PROBLEMFÖRMULERING	8
5	SYFTE	8
5.1	Frågeställning	8
6	METOD	9
6.1	Design.....	9
6.2	Urval.....	9
6.3	Datansamlingsmetod	9
6.4	Dataanalys	10
7	ETISKA ASPEKTER	12
8	RESULTAT	13
8.1	Behov av kunskap	13
8.2	Patientsyn	14
8.3	Rädsla.....	16
8.4	Misstro.....	17
9	DISKUSSION	18
9.1	Metoddiskussion.....	18
9.2	Resultat diskussion.....	20
9.3	Slutsats/er	24
9.4	Kliniks betydelse	25
9.5	Förslag på vidare forskning/utveckling	25
10	REFERENSER:	26
	BILAGOR	29

1 INLEDNING

Under vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU) har vi erfarit att psykiskt sjuka patienter inte alltid fått optimal behandling vad gäller somatisk vård på grund av sin psykiska sjukdom. Patienter har slussats vidare till psykiatri innan de varit medicinskt färdigbehandlade och detta har i sin tur lett till allvarliga konsekvenser för patienternas hälsa. De psykiskt sjuka patienter som vi mött har vid flera tillfällen uttryckt att de upplever sig diskriminerade på grund av sin sjukdom. Vi anser därför att det är viktigt att uppmärksamma problemet och eventuellt kunna åstadkomma en förändring i framtiden.

2 BAKGRUND

2.1 Lagar och Bestämmelser

En god hälsa med lika vård på lika villkor för hela befolkningen är ett mål i den svenska hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) 2 §. Där står också att inom vården skall allas lika värde och värdighet respekteras, samt att vård skall ges till den som mest behöver den. Hälso- och sjukvårdsutredningen (SOU 1999:66) anger att vården skall utgå ifrån människovärdesprincipen samt behovs- och solidaritetsprincipen. Detta innebär att varje människas fundamentala rättigheter skall respekteras, samt att ingen är mer värd än någon annan. Vidare innebär det att resurser prioriteras dit behoven är som störst samt att särskilt beakta de svagas behov (SOU 1999:66).

2.2 Psykisk ohälsa idag

Enligt Strasser (2009) är det många som inte vill söka hjälp för psykiska problem. Detta bland annat på grund av att de anser situationen som pinsamt eller att de upplever det som att de belastar vården med sina problem. Men den psykiska hälsan är precis lika viktig som den fysiska hälsan. Ungefär 15 procent av befolkningen söker någon gång hjälp för psykiska problem, så det är inte så ovanligt som många tror, menar Strasser. Enligt Lennartsson och Heimerson (2009) lider 10-15 procent av den äldre befolkningen av depression, varav fem procent beräknas ha en svår depression. Psykossjukdomar förekommer hos två procent samt generaliserat ångestsyndrom hos tre till fem procent (Lennartsson och Heimerson, 2009).

Enligt Lager, Berlin, Danielsson och Heimerson (2009) har ångest och depression ökat hos ungdomar, särskilt hos flickor, de senaste åren. Det är fler unga som försöker att begå självmord och allt fler som vårdas för depression och ångest på sjukhus. Statistiken visar även på att fler ungdomar vårdas inom psykiatrisk slutenvård och trots detta finns inget som tydligt pekar på varför de psykiska besvären ökar bland unga. Lager et al skriver i Folkhälsorapporten 2009 att sysselsättningen och arbetstillfällena har blivit färre för personer i åldrarna 15-24 mellan åren 1970 och 2006, vilket skulle kunna vara en orsak till att psykisk ohälsa ökat bland svenska ungdomar. Ungdomarna själva tror att stress som är kopplat till studierna även bidrar till att den psykiska ohälsan bland unga ökat. När det gäller studier har 33 procent kvinnor och 50 procent av männen uppgett att de inte fortsatt påbörjad utbildning. Gällande kvinnor var det var femte och gällande män var tionde som avslutade studierna på grund av fysisk eller psykisk sjukdom (a.a.). Enligt Socialstyrelsen (2010a) besväras 26 procent kvinnor och 14 procent män av oro, ångslan eller ångest och av dessa uppger sju procent kvinnor samt fyra procent män att de har svåra besvär.

2.3 Stigmatisering

Enligt Crisp, Gelder, Rix, Meltzer och Rowlands (2000) är stigmatiserade attityder vitt spridda vad gäller psykisk ohälsa. Brockington, Hall, Levings och Murphy (1993) skriver att vanliga attityder mot patienter som är psykiskt sjuka är att de inte borde få ta viktiga beslut om sitt liv själva och att de är som barn och borde tas om hand. Dessutom bemöts de ofta av rädsla, undvikande och en stigmatiserande inställning av att de borde exkluderas från samhället (Brockington et al., 1993)

Socall och Holtgraves (1992) menar att stigmatiseringen kring personer som är psykiskt sjuka gör att människor i samhället vill distansera sig från dem. De skriver vidare att forskning har visat att termen psykisk sjukdom skapar en bild av personer som är oförutsägbara, opålitliga, osympatiska, inkompetenta och bisarra. Enligt Dowbiggin (1988) är en spridd och skadande bild av psykiskt sjuka att de också är våldsamma och farliga samt oavsett en persons beteende väcker termen psykiskt sjuk negativa känslor hos samhället.

Stier (2004) skriver att människan föds med en rädsla för det okända och det som är annorlunda, detta gör att människor är mer reserverade och misstänksamma mot det som är nytt. Det som är annorlunda eller avvikande kan framkalla en känsla av bland annat ängslan och rädsla (Stier, 2004).

En studie från år 2000 visade att psykiskt friska är mer rädda för kontakt med psykiskt sjuka än med någon annan social grupp, till exempel invandrare och personer med AIDS, som det förekommer stigmatisering kring (Economou, Gramandani, Richardson & Stefanis, 2005). Brinn (2000) skriver att allmänhetens syn på psykiska sjukdomar innefattar inställningen att galenskap resulterar i våldsamhet och att detta därför innebär att det skapas rädsla för aggression och undvikande av personer som är psykiskt sjuka.

2.4 Tidigare forskning om stigmatisering inom vården

Enligt Lyons och Ziviani (1995) är allmänheten likväl som sjukvårdspersonal mottaglig för stereotyper kring patienter med psykiatriska diagnoser. De rön som framkom i en studie av Brinn (2000) tyder på att de känslor som rapporterats av vårdpersonal är associerade med en känsla av rädsla för det okända. När det gäller karaktärsdrag hos en schizofren patient, var det signifikant fler som uppfattar patienten som våldsam, oavsett hur deras tidigare psykiatriska erfarenheter såg ut. Den bild som kom upp var en trend som visade på en något högre nivå av negativa känslor och lägre nivå av positiva känslor, vid en observation av schizofrena och dementa patientgrupper. Vårdpersonal rapporterade högre förväntningar av utmaningar, aggressivitet och störande beteende som karaktärsdrag. De förväntade sig också att behöva investera mer omvårdnad i dessa patienter. I studien framkom det, när det gäller

paranoid schizofreni, att 9 av 17 som lämnat övriga kommentarer på frågeformuläret kände att deras utbildning inte hade förberett dem för att hantera denna typ av patienter (a.a.).

I den studie Arvaniti et al. (2009) genomförde framkom det att kvinnor, äldre och sjuksköterskor hade mest fördomsfull och stereotyp inställning till psykiskt sjuka. Mer än 30 procent av sjuksköterskorna som tillfrågades, inom vanlig somatisk vård, ansåg att deras arbete inte innefattar sysslor som rör människor med psykiatriska diagnoser. Det framkom också att över 50 procent av sjuksköterskorna ansåg att patienter med psykisk sjukdom inte borde gifta sig även om de blivit utskrivna och ser normala ut. Alla yrkesgrupper i deras studie hade mer fördomar än läkarna. Det kartlades även hur mycket utbildning de tillfrågade hade och det visade sig att lågutbildade tillsammans med kvinnor och äldre hade en mer traditionell inställning till patienter som hade en psykisk sjukdom. Deras inställning var att de psykiskt sjuka inte borde integreras i samhället samtidigt som det är mycket viktigt att dessa patienter blir bättre omhändertagna. En av slutsatserna Arvaniti et al. kom fram till var att högre utbildning innebär mindre fördomar och stigmatisering. De kom också fram till att sjuksköterskor hade sämst attityd mot de patienter som var psykiskt sjuka. Detta kan bero på en brist på adekvat utbildning om psykiska sjukdomar hos allmänsjuksköterskor (a.a.).

Enligt Brinn (2000) följer ofta stigmatisering i spåren av psykiska hälsoproblem, och de som arbetar inom sjukvården är inte immuna mot att vara negativt sinnade mot dessa patienter. Sjuksköterskor, på ett allmänsjukhus, tycks inte ha adekvat förståelse för de behov psykiskt sjuka personer har och detta orsakar segregation och undvikanden. Genom att undvika mentalt sjuka patienter kunde sjuksköterskorna lägga sina resurser på andra patienter som mer troligt skulle bekräfta att de är kompetenta i att bemöta fysiska behov. Vidare skriver Brinn att alla sjuksköterskor behöver uppfatta sig själva som kompetenta i omvårdnaden, oavsett om de har en grundutbildning eller psykiatrisk vidareutbildning.

2.5 Konsekvenser av stigmatisering

Lyons och Ziviani (1995) skriver att diagnostiska etiketter kan bidra till en inställning där i stort sett alla beteenden hos psykiatriska patienter uppfattas som symptom på den psykiatriska diagnosen. Detta styrks av McDonald et al. (2003) som skriver att sjuksköterskor inte tar symptom för hjärtinfarkt på lika stort allvar om patienterna får en medicinsk behandling för en eller flera psykiska sjukdomar. Tintinalli, Peacock och Wright (1994) har i sin studie kommit fram till att personal på akutmottagningar tenderar att lägga uppmärksamheten på patienter med mer påtagliga skador eller sjukdomar. Personalen har ofta en känsla av ogillande eller obehag gentemot patienter med psykiatriska diagnoser, vilket i sin tur oftast leder till ofullständiga utvärderingar av dessa patienters symptom. Deras studie visade också att

denna kategori av patienter kan uppvisa vaga och diffusa symtom, vilket gör att personalen kopplar det mesta till den psykiatriska diagnosen (Tintinalli et al., 1994). Enligt Newman och Bland (1991) dör patienter med schizofreni oftare till följd av urogenitala sjukdomar samt sjukdomar i matsmältningsorganen, andningsorganen och cirkulationsorganen än den övriga befolkningen. Detta tyder på att sjuksköterskor brister i att identifiera fysiska problem hos psykiskt sjuka patienter, enligt McDonald et al (2003).

Enligt Socialstyrelsen (2010b) är diagnoser för stroke och diabetes det som mest bidrar till sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet för båda könen, samt livmoderhalscancer för kvinnor. Inom dessa patientgrupper, med stroke, diabetes och livmoderhalscancer, är det 50 procents högre dödlighet för de patienter som har en psykiatrisk diagnos i grunden, även dödligheten inom 28 dagar efter en stroke eller en hjärtinfarkt är högre än för patienter utan psykiatrisk grundsjukdom. Enligt Socialstyrelsen (2010b) kan det finnas fler orsaker till överdödligheten, men Socialstyrelsen (2010b) anser det vara allvarligt att en patient med somatisk sjuklighet och samtidig psykiatrisk diagnos inte verkar få samma somatiska omvårdnad som andra patienter.

3 TEORETISK REFERENS RAM

Travelbee har varit en föregångare som bidragit till de omsorgsinriktade skolorna som finns idag (Kirkevold, 2000). Enligt Travelbee (1971) skall omvårdnadens fokus ligga på de mellanmännsliga dimensionerna. Då den mellanmännsliga relationen ses som ett mål, kan den uppnås genom fem interaktionsfaser. De faser som Travelbee identifierat är första mötet med patienten, hur olika identiteter utvecklas, känsla av empati och sympati samt slutligen en ömsesidig relation mellan patient och sjuksköterska.

Vid det första mötet observerar sjuksköterskan patienten och får ett första intryck. Om intrycket är positivt i början beror detta ofta på att sjuksköterskan relaterar patienten med någon han/hon känner sedan tidigare. En annan orsak till att skapa ett positivt första intryck är om patienten uppfyller sjuksköterskans behov av att bli sedd som en unik individ.

Under andra fasen börjar båda parterna skapa ett band sinsemellan och börjar se varandra mindre som kategorier och mer som unika individer. Utvecklandet av individualitet lägger grunden för empati samt möjliggör en djupare förståelse för varandra.

Empati är en företeelse som sker mellan två individer. Det är en process som gör det möjligt att dela och förstå den andres upplevelse av situationen. I denna fas är individualiteten än mer tydlig och uppskattad.

Sympatin utvecklas och är ett resultat utifrån den empatiska processen. I denna fas vill sjuksköterskan underlätta för och hjälpa patienten. Här finns en genuin önskan om att hjälpa, men sympatin är ingen garanti för att sjuksköterskan vet hur han/hon skall hjälpa patienten.

Alla de tidigare faserna ligger till grund för en etablering av en relation människa till människa. Denna relation rymmer alla tankar, känslor och upplevelser som förmedlas av båda parterna.

Travelbee anser att kommunikation är grundläggande för den mellanmännsliga relationen, det är en ömsesidig process. Kommunikation används av sjuksköterskor för att motivera, påverka och informera patienterna, likväl som patienter och deras anhöriga använder den för att söka hjälp och assistans av sjuksköterskan. För att på bästa sätt kunna skapa en mellanmännslig relation behöver sjuksköterskan ha förmågan att lyssna samt kunna använda sin personlighet som ett redskap.

Vidare anser Travelbee att begrepp som patient och sjuksköterska ger en generaliserad syn som gör att de individuella särdragen raderas, alltså ser sjuksköterskan bara en patient med en sjukdom och inte en individ som är sjuk. Människan skall ses som en unik individ, vars upplevelse av sina egna erfarenheter bara tillhör denne. Travelbee skriver att en

vårdgivare inte själv kan veta hur en individ mår utan att fråga individen, detta då det är individens upplevelse av sjukdomen som är det viktigaste. Det går inte, enligt Travelbee, att vårda individer enligt ett klassificeringssystem, då alla effekter av en sjukdom inte går att se. Alla människor har ett egenvärde och det är sjuksköterskan uppgift att behandla hela människan, både fysiska och andliga problem, samt att hjälpa patienten finna mening med livet i sin sjukdom. Då en individ söker hjälp kan sjuksköterskan se en del symtom, men symtomen kanske inte stämmer överens med hur individen känner sig. Vidare skriver Travelbee att det är viktigt att sjuksköterskan har insikt likväl som kunskap för att kunna identifiera den sjukes behov och inte utgå från de eventuella likheter som kan finnas till andra patienter som hon tidigare vårdat.

4 PROBLEMFORMULERING

Ett stigande antal av psykiskt sjuka innebär att det kommer att bli vanligare med dessa patienter inom den somatiska vården. Detta leder till ett ökat behov av förståelse för de olika diagnoserna samt en ökad tilltro till denna kategori patienter och för deras faktiska behov.

Enligt lag skall alla få lika vård på lika villkor, men mycket pekar på att så inte är fallet. Att det finns stereotypa bilder och stigmatiserade åsikter om psykiskt sjuka bland allmänheten är välkänt, att det även existerar inom vården är mindre känt men också vanligt.

Det finns även en brist på svenska studier inom detta ämne. För att bättre förstå vidden av problemet och för att ha möjlighet att påverka sjukvårdspersonalens inställning till psykiskt sjuka, väcktes frågan hur sjuksköterskor i Sverige ser på att vårda psykiskt sjuka patienter inom somatisk vård.

5 SYFTE

Att belysa hur sjuksköterskor inom den somatiska vården uppfattar bemötandet och omvårdnaden av patienter med en psykiatrisk diagnos.

5.1 Frågeställning

Bemöter och vårdar sjuksköterskor, inom den somatiska vården, patienter med psykiatriska diagnoser annorlunda?

6 METOD

6.1 Design

Denna studie är en empirisk studie som genomförts med en deskriptiv kvalitativ ansats (Olsson & Sörensen, 2011).

6.2 Urval

Inklusionskriterier för deltagande i studien bestod av: Sjuksköterskor som tjänstgör på somatisk avdelning, som vårdat patienter för somatiska besvär vilka även haft en psykiatrisk diagnos.

Exklusionskriterier för att ej få delta i studien: Sjuksköterskor som tjänstgjort inom någon form av psykiatrisk vård samt innehar psykiatrisk vidareutbildning.

Tillstånd för att utföra studien inhämtades från klinikens verksamhetschef (Bilaga 2). Detta gjordes via mailutskick i två omgångar till totalt 11 verksamhetschefer inom somatisk vård i Stockholms läns landsting. Första verksamhetschefen som gav sitt tillstånd sände ut ett mail till sina chefssjuksköterskor, varav en mailade oss om telefonkontakt. Via telefon bestämdes dag för att genomföra en muntlig information på ett eftermiddagsmöte, till sjuksköterskorna på två avdelningar. Den muntliga presentationen tog cirka fem minuter och skriftlig information om studien lämnades i lunchrummet samt ute på avdelningarna. Vid detta tillfälle gavs möjlighet att frivilligt anmäla sig att delta i studien. Enligt Ryen (2004) är ett råd att själv söka upp eventuella deltagare till studien då en relation mellan intervjuare och informanter startar redan då de först hör något om studien. Chefssjuksköterskan skickade även ut ett mail med information om studien, för att nå de sjuksköterskor som inte var med på eftermiddagsmötet den aktuella dagen.

I studien användes både snöbollsmetoden (Snowball sampling) och bekvämlighetsmetoden (Convenience sampling), så som Polit och Beck (2012) beskriver. Bekvämlighetsmetoden innebär att försöka finna frivilliga inom ett specifikt kliniskt område, genom att ge ut information i studien ifråga. Snöbollsmetoden innebär att tidigare deltagare hjälper till med att förmedla en kontakt med andra eventuella deltagare (Polit & Beck, 2012). Efter att första intervjun var gjord, tog den intervjuade personen initiativ till att hjälpa till med att finna fler deltagare samt att författarna gick runt på avdelningarna och gjorde förfrågningar.

6.3 Datainsamlingsmetod

Totalt genomfördes fem intervjuer med sjuksköterskor som anmälde ett intresse att delta. Intervjuerna tog cirka 10 minuter och genomfördes med både öppna frågor, mer

specifika frågor samt improviserade följdfrågor (Bilaga 1). Intervjufrågorna var nio stycken men samtliga ställdes inte vid varje tillfälle. Intervjufrågornas relevans prövades genom en testintervju med en legitimerad sjuksköterska med erfarenhet inom den somatiska vården.

Halvstrukturerade intervjuer, för enligt Gillham (2008) är detta det bästa sättet att kombinera flexibilitet och struktur för att få fram relevant data som går att analysera och tolka. Samtliga intervjuer spelades in på diktafon och transkriberades.

För att analysen skulle bli så samstämmig som möjligt, deltog båda författarna vid alla intervjuer, där den ena ställde huvudfrågorna och den andre fyllde i med eventuella följdfrågor. Detta för att båda författarna skulle få en helhetsbild av intervjuerna och på så sätt underlätta analysen av materialet.

6.4 Dataanalys

Materialet från intervjuerna bearbetades med hjälp av en manifest innehållsanalys. Enligt Olsson och Sörensen (2011) tar den manifesta innehållsanalysen fram innehållet ur en text och beskriver synliga och uppenbara komponenter. Båda författarna läste igenom det transkriberade materialet och lyfte därefter fram meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna gjordes om till kondenserade meningar som därefter delades in i 21 koder (Tabell 1). Dessa delades in i underkategorier och slutligen i fyra huvudkategorier för att få fram en struktur på det material som framkommit (Tabell 2), enligt det som Polit och Beck (2012) kallar för Kvalitativ innehållsanalys (Qualitative content analysis).

Tabell 1. – Kodernas indelning efter huvudkategorierna

Huvudkategori	Behov av kunskap	Patientsyn	Rädsla	Misstro
Kod	1. Otillräcklig utbildning 2. Svårtolkat 3. Förutfattade meningar 4. Diagnos skapar förståelse 5. Kunskapsöverföring	1. Tidsbrist 2. Kräver mer 3. Ofördelaktigt synsätt 4. Relation motverkar rädsla 5. Lika omvårdnad 6. Behandla det primära	1. Undviker problem 2. Att göra fel 3. Aktsamhet 4. Förberedd 5. Rädsla för beteende 6. Rädsla för diagnos	1. Balanserad patient 2. Tilltro till patient 3. Minskad trovärdighet 4. Manipulerar

Tabell 2. – Exempel från analysen

Meningsbärande enheter	Kondenserad mening	Kod	Under-kategori	Huvud-kategori
B:11 B: då misstror man dom lite grann. Men det ska man ju inte göra det är deras typ av smärta dom känner.	Men man borde inte misstro patienten.	Ofördelaktigt synsätt	Vetskap om diagnos	Patientsyn
A:4 Och just den här att man man e lite eftersom jag jobbat så mycket inom akutvården har sett så mycket liksom problem att man man ser hur vissa spelar ut sig mot andra. Just sån här meni mani kan manipulera lite å man efter ett tag man e lite okej	Manipulation genom att spela ut sig mot andra	Manipulerar	Trovärdighet	Misstro
C:16:2 dem behöver ju inte min, ja dem behöver min hjärtmässiga kunskap, men dem behöver ju också en helt annan typ av omvårdnad och bemötande, och där har jag känt mig otillräcklig.	Kunskapsbrist skapar en känsla av otillräcklighet för omvårdnaden de här patienterna behöver.	Otillräcklig utbildning	Kunskapsbrist	Behov av kunskap
D:19 För det kan ju vara vad som helst man råkar säga, blir som att man vänder blad, blir väldigt arg eller agiterad eller nåt sånt där. Så, aa, näe.	Rädsla för att säga fel saker och göra situationen värre.	Att göra fel	Undvikande	Rädsla

7 ETISKA ASPEKTER

Deltagarna i studien fick först en muntlig information om studien samt dess syfte. De som ville delta fick även skriftlig information om studien samt våra etiska förhållningsregler. Enligt Centrala etikprövningsnämnden (EPN, u.å.) skall skriftlig information som lämnas till deltagarna vara ett komplement till den muntliga informationen som givits, samt bara innehålla det de behöver känna till om studien. Vid den muntliga presentationen skall det finnas tid för eventuella frågor.

Deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt samt att de kunde avbryta när de ville. Konfidentialitet garanteras genom att det ej skall vara möjligt att spåra de uttalande som görs i intervjuerna. Författarna var de enda som hörde intervjuerna i sin helhet. Intervjuerna spelades in, transkriberades och raderades då examensarbetet var färdigt. Under hela intervjuerna gällde sekretess och inga namn nämndes. Deltagarna erbjöds att få en kopia på det färdiga examensarbetet som kommer skickas via mail efter publicering.

Om det i studien framkommer viktig kunskap som kan vara till nytta för verksamheten, kommer denna kunskap att tas till vara genom att vi lämnar kopia på det färdiga examensarbetet till berörd verksamhetschef och enhetschef.

8 RESULTAT

I studien framträdde fyra huvudkategorier som var gemensamma för samtliga intervjuer, Dessa framkom genom tio underkategorier, som ses i tabell 3. Resultatet redovisas utifrån varje huvudkategori.

Tabell 3. – Underkategoriernas indelning under huvudkategorierna

Huvudkategori	Behov av kunskap	Patientsyn	Rädsla	Misstro
Underkategori	Kunskapsbrist	Frustration	Undvikande	Tilltro
	Förkunskap	Vetskap om diagnos Omvårdnad	Vaksamhet Ovisshet	Trovärdighet

8.1 Behov av kunskap

Kunskapsbrist

Alla informanter var överens om att det saknas kunskap för att kunna bemöta patienter med psykiatriska diagnoser. Kunskapsbristen skapar en generell rädsla och det framkom också att denna brist på kunskap kan orsaka en rädsla vid bemötandet av den här patientgruppen.

”Jag känner att jag inte har tillräckligt med kunskap för att kunna ehhh alltid ta hand om dem på rätt sätt skulle jag säga. Så kan jag känna, att det finns en brist i min kunskap i bemötandet.”

Informanterna var också överens om att det var svårt att veta hur de skulle hantera patienter med psykiatriska diagnoser och de eventuella situationer som kan uppstå. Denna kunskapsbrist genererade ofta en känsla av otillräcklighet och frustration över att inte kunna förse patienterna med den omvårdnad de var i behov av. Förutom en rädsla för patienten skapade kunskapsbristen även en rädsla för att på grund av okunskap förstöra relationen till patienten. Psykiatrin ses som svår att förstå sig på och informanterna vet inte hur och vad de skall göra och detta kan resultera i ett undvikande av patienterna. Överlag finns en åsikt om att det existerar brister i utbildningen samt att den inte är tillräcklig när det gäller omvårdnaden av patienter med psykiatriska diagnoser.

Två av informanterna uttryckte att symtomen hos patienter med psykiatriska diagnoser kan bli mer svårtolkade beroende på hur kommunikationen sker. Om patienten uttrycker sig annorlunda eller om patienten har svårt för att uttrycka sig kan det bli svårt att förstå både

symtom och hur patienten upplever situationen. En informant ansåg också att detta försvårar omvårdnaden av patienten då det kan vara svårt att veta vad patienten tycker är okej att utföra.

Förkunskaper

Två av informanterna tog upp frågan om förutfattade meningar, varav den ene menade att alla människor har förutfattade meningar om hur psykiskt sjuka patienter är och att detta inte går att bortse ifrån. Den andra informanten ansåg att förutfattade meningar kring psykiatriska diagnoser gör att ämnet i sig undviks, då det inte är lika lätt att prata om som fysiska problem.

”Jag tror förutfattade meningar, att dem eller att man pratar inte lika öppet om det kanske som en fysisk sjukdom.”

Alla informanter ansåg att det var bra med en diagnos så de visste vad patienten har för problem i grunden. En fastställd diagnos kunde förklara varför vissa patienter kräver mer och även hur patienterna reagerar i olika situationer. En informant uppgav att det är intressant med patienter som har en psykiatrisk diagnos och en annan uppgav att en psykisk sjukdom inte automatiskt behövde innebära en rädsla för patienten.

Alla informanter utom en var överens om att det rapporterades det som var viktigt om patienten, oberoende av om patienten hade en psykiatrisk diagnos eller inte. Var det den psykiatriska diagnosen som var det största problemet lades vikten vid denna, men var det somatiska problem som krävde vidare behandling var det detta som det lades störst vikt vid. Den informant som hade en annan åsikt ansåg att tyngdpunkten lades på den psykiatriska diagnosen oavsett andra somatiska problem.

8.2 Patientsyn

Frustration

Informanterna var eniga om att det finns en tidsbrist inom sjukvården överlag. Tidsbristen skapar en frustration hos sjuksköterskorna likväl som hos patienterna. Eftersom flera informanter ansåg att patienter med en psykiatrisk diagnos ofta kräver mer tid gör tidsbristen att det blir svårt att tillgodose dessa patienters behov.

”Man har mycket andra patienter som kräver mycket tid också. Å då är det så att man har inte tid att bemöta just den här patienten det kan skapa en frustration inom mig och patienten och andra personal.”

En psykiatrisk diagnos i grunden kan dessutom skapa extra känslighet hos patienten, speciellt då en sjukhusvistelse i sig kan vara påfrestande. Oavsett om en patient av trygghetsskäl vill ha mer omvårdnad eller om en patient inte vill ha någon nära, anses patienten skapa ett större problem som i sin tur medför mertid för personal och därigenom frustration.

Vetskap om diagnos

Enligt en av informanterna påverkar vetskapen om den psykiatriska diagnosen både bilden och bemötandet av personen. Även om avsikten är att behandla alla lika så blir det inte så i realiteten, då vissa i personalen gör en medveten skillnad och behandlar patienterna olika.

”Jo men självklart påverkar hur jag träffar den här personen, liksom man vet att när man haft nån aa problem – förut ja, vad det kan vara, det det påverkar lite hur man bemöter den här personen. Och liksom det det färgar lite min min bild av personen fast man vill inte att det ska göra det. Men det gör det.”

Diagnosen kan också ge en känsla av att det kommer bli jobbigt att möta denna patient, då patienten ses med andra ögon än om denne varit psykiskt frisk. Skillnaden i bemötandet sker automatiskt och enligt två av informanterna kan patienter i vissa lägen misstros trots att detta inte är personalens intentioner. Om den psykiatriska diagnosen lyfts vid överrapportering finns det en risk för att bilden av patienten överförs. Det går inte att förneka, enligt en informant, att detta påverkar synen av patient i början. En av informanterna hade dessutom tidigare erfarenhet av att rädsla för dessa patienter medfört att personal behandlat dem nedsättande.

Vetskap om den psykiatriska diagnosen skapar ofta en bild av patienten som inte behöver stämma överens med verkligheten. Informanterna är eniga om att efter det första mötet med patienter med psykiatrisk diagnos skapas en trygghet, särskilt om patienten upplevs som psykiskt stabil. Då en relation har etablerats finns ingen oro eller rädsla kvar.

Omvårdnad

Flertalet informanter nämnde att alla patienter behandlas individuellt oavsett om de har en diagnos eller inte och när det gäller omvårdnaden så fungerar den bra, detta även om det kan finnas en rädsla för patienten. Skulle en svår situation dyka upp hanteras den då. Två av informanterna nämnde att denna kategori av patienter inte skapat några större omvårdnadsproblem på avdelningen.

När det gäller behandling av patientens problem så är det det somatiska som kommer i första hand, enligt alla informanter. Patienterna färdigbehandlas alltid först innan de eventuellt slussas vidare till annan somatisk avdelning, eller vid behov till psykiatri. Vid en eventuell vidarelussning till psykiatrisk avdelning kontaktas alltid en psykiatrisk konsult som kommer till vårdavdelningen för bedömning, men en psykiatrisk diagnos innebär inte automatiskt en kontakt med psykiatri.

8.3 Rädsla

Undvikande

Flertalet informanter ansåg att det är svårt att veta hur patienter med psykiatrisk diagnos skall bemötas då de inte vet hur dessa patienter skall hanteras. Detta i sin tur skapar en rädsla som medför att patienterna snarare undviks, och istället för att bemöta patienten så utförs bara den absolut nödvändigaste omvårdnaden.

”Där är också den här rädslan, för att ta itu med en person som har psykiatriska problem.”

Informanterna kände att de behöver vara försiktigare med hur kommunikationen sker då de inte vet hur patienter med psykiatriska diagnoser tänker. Det finns en generell rädsla för att uttrycka sig fel och att genom detta sår patienten då detta kan göra en svår situation värre.

Vaksamhet

Psykiatriska diagnoser hos patienter orsakar en ökad försiktighet hos personalen anser flertalet informanter, de känner att de automatiskt blir mer vaksamma. En informant ansåg även att välmedicinerade patienter kan reagera annorlunda. Vetskapen om diagnosen skapar större handlingsberedskap initialt. En annan informant nämnde att det är brist på erfarenhet som skapar en extra vaksamhet gentemot dessa patienter. Den psykiatriska diagnosen gör att informanterna kände att de är förberedda på eventuella problem som kan uppstå, redan innan de träffar patienten för första gången.

Ovisshet

Den största rädslan för patienter med psykiatriska diagnoser beror på en känsla av att inte kunna förutse deras beteende. Samtliga informanter uppgav att de känner en rädsla inför risken att dessa patienter skall bli utåtagerande eller agiterade, särskilt om de har en historia av liknande beteenden.

”Alltså om det e utåtagerande, lite mer agiterade i sitt, lite mer humörsvängningar, lite kraftigare utagerande och en del drar ju till ganska hårt och en del ah, menar inte att jag misshandlad här, men det e dom kan putta till ganska hårt om dom inte vill och så där.”

Rädslan för beteendet skapar en vaksamhet och oron ligger i att inte fysiskt kunna hantera situationen. Denna rädsla finns också enligt flertalet av informanterna inför själva diagnosen.

8.4 Misstro

Tilltro

Tre av informanterna uppgav att de inte upplevde någon skillnad i trovärdighet när det gäller symtom som patienter med psykiatriska diagnoser uttrycker att de har. Två av informanterna uppgav att de inte upplevde någon minskad trovärdighet inför patienterna om de var psykiskt stabila och välmedicerade.

Trovärdighet

En av informanterna uppgav att trovärdigheten för vissa patienter kan fallera, särskilt när de fysiska tecknen inte stämmer med påstådda symtom. En annan informant ansåg att det i vissa situationer var svårt att veta om patienten talar sanning, speciellt då det handlar om patientens symtom. Två informanter ansåg att patienter med psykiatrisk diagnos kanske manipulerar personalen, så att det är svårt att veta om symtomen är verkliga.

”Jag tror att man blir lite mot mer, eeh, medveten om att man kanske är, blir, dom kanske manipulerar mig lite mer än vad en-- patient som inte har någon psykiatrisk aa, problem.”

9 DISKUSSION

9.1 Metoddiskussion

Design

Studien valdes att genomföras empiriskt då det finns en brist på svensk forskning inom området och det fanns ej tillräckligt med underlag för att genomföra en litteraturstudie. Den kvalitativa ansatsen användes då den är flexibel samt strävar mot en helhetsbild (Polit & Beck, 2012).

Urval

Antalet deltagare i studien blev fem sjuksköterskor. Eftersom svaren var samstämmiga borde fler deltagare inte inneburit ett annorlunda resultat. För enligt Polit och Beck (2012) kan det räcka med ett fåtal deltagare i kvalitativa studier om relevant data kan inhämtas från dessa. De skriver också att storleken på urvalet informanter i en studie kan begränsas av så kallad informationsmättnad, vilket innebär att nya informanter i stort sett upprepar det tidigare informanter sagt. Eftersom det i den här studien framkom liknande svar från alla fem informanter uppnåddes på så sätt en informationsmättnad.

I studien användes både snöbollsmetoden och bekvämlighetsmetoden, så som Polit och Beck (2012) beskriver. Dessa metoder användes för att så snabbt som möjligt få kontakt med deltagare till studien. En negativ aspekt för studien kan vara att samtliga sjuksköterskor arbetade på akut- och intensivvårdsavdelningar, vilket kan bidra till att en psykiatrisk diagnos får en mindre betydelse än den somatiska åkomman då den är mycket allvarigare.

I studien deltog sjuksköterskor som har haft tidigare erfarenhet av att vårda patienter med psykiatrisk diagnos på somatisk avdelning. Detta med tanke på att det inte skulle inkluderas för mycket hörsägen eller vad och hur andra kollegor utfört sitt arbete, utan att informanterna mer skulle bidra med egna reflektioner utifrån sig själva. När det gällde att exkludera de sjuksköterskor som redan tidigare arbetat inom psykiatrin eller har psykiatrisk vidareutbildning, var orsaken att de har en högre känsla av medvetenhet, förståelse samt tolerans för denna patientkategori. Enligt Brinn (2000) känner sig sjuksköterskor med erfarenhet eller utbildning inom psykiatrin bättre utrustade för att ta hand om patienter med psykiatriska diagnoser.

Datainsamlingsmetod

Ryen (2004) skriver att huvudavsikten för den kvalitativa intervjun är att komma åt relevanta händelser och handlingar som berör studien. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är

syftet med en intervju att få kunskap om informantens egna värld. Den halvstrukturerade intervjun gav sjuksköterskorna möjlighet att för egen del tolka vissa av frågornas betydelse, vilket ger intressantare upplysningar som annars kanske inte kommit fram, samtidigt som de mer specifika frågorna som ställdes inte gav möjlighet till denna tolkning (Olsson & Sörensen, 2011).

Anledningen till att alla intervjufrågorna inte ställdes, var dels att den typ av vård som tillhandahölls inte lämnade utrymme för att skriva ut patienter i förtid samt att i vissa fall hade tidigare svar redan besvarat följande fråga. Tidsbegränsningen för studien gjorde att det inte fanns möjlighet att utföra en pilotstudie. Istället prövades frågornas relevans genom en testintervju med en legitimerad sjuksköterska med erfarenhet av att vårda patienter med psykiatrisk diagnos inom den somatiska vården. Gillham (2008) skriver att en testintervju ger en möjlighet att skilja de viktiga frågorna från de överflödiga. Vid denna testintervju fastställdes även riktlinjen för intervjuernas längd till ca 10 min. Detta då testintervjun blev cirka 10 minuter lång och gav utförliga svar till frågeställningarna.

Samtliga intervjuer spelades in på diktafon och transkriberades ordagrant. Enligt Polit och Beck (2012) är inspelade intervjuer den huvudsakliga källan för kvalitativa studier. Transkriberingen är ett kritiskt moment i förberedelserna för den slutliga dataanalysen och därför är det viktigt att transkriberingen sker korrekt samt innefattar pauser samt andra icke lingvistiska uttryck. De skriver också att det är viktigt att transkriberingen reflekterar det som framkommer i intervjun (Polit & Beck, 2012). För att undvika eventuella fel eller misstag som kunde uppstå var båda författarna därför med på både intervjuerna samt vid transkriberingen av det inspelade materialet.

Dataanalys

Materialet analyserades genom en manifest innehållsanalys (Olsson & Sörensen, 2011). Detta innebär att författarna inte gjort egna tolkningar utan sammanfattat vad informanterna verkligen har sagt. Enligt Polit och Beck (2012) går det att analysera kvalitativt material med lite olika varianter men allt går ut på att dela in materialet i mindre beståndsdelar för att på så sätt kunna kategorisera det. Kvalitativ innehållsanalys innebär att texten bryts ner i mindre enheter som sedan kodas enligt det innehåll de representerar. Koderna delas sedan in i kategorier baserat på deras gemensamma innehåll (Polit & Beck, 2012). För att säkerställa en korrekt analys av materialet deltog båda författarna under hela förloppet och grundliga diskussioner genomfördes vid meningsskiljaktigheter. Dessa meningsskiljaktigheter var få och

till stor del rådde samstämmighet mellan författarna under analysen. De fyra huvudkategorierna var lätta att enas om då de representerar den röda tråden i alla intervjuerna.

9.2 Resultatdiskussion

Behov av kunskap

Enligt Travelbee (1971) behöver sjuksköterskan både kunskap och insikt för att kunna identifiera och tillgodose patienternas omvårdnadsbehov, detta för att kunna hjälpa patienterna att hantera sitt lidande och sin sjukdom. Eftersom alla informanter ansåg att de saknade kunskap för att kunna bemöta patienter med psykiatrisk diagnos, är risken stor att den specifika omvårdnad patienterna behöver inte identifieras. Kunskapsbristen leder i sin tur till en känsla av otillräcklighet och detta skapar en frustration hos både patienter och personal, då omvårdnadsbehovet inte kan tillgodoses. Även Bengtsson-Tops, Saveman och Tops (2009) har i sin studie fått fram att sjukvårdspersonal upplever en känsla av maktlöshet och otillräcklighet samt ifrågasätter sin professionella kompetens när de saknar kunskap för att kunna möta patienter med psykiska problem.

Kunskapsbristen, enligt informanterna, skapar en rädsla hos personalen, att på grund av okunskap eventuellt kunna förstöra relationen till patienterna. Detta då psykiatrin känns svår att förstå och personalen inte vet hur de skall hantera patienter med psykiatrisk diagnos samt att de är rädda för hur patienten skall reagera. Människan, enligt Travelbee (1971), söker även när denne är sjuk en mening med livet i sjukdomen och lidandet, och att det är sjuksköterskans roll att hjälpa patienterna med detta. I och med detta resulterar kunskapsbristen i att sjuksköterskan inte kan hjälpa patienten att hantera sitt lidande.

Kommunikation är en komplicerad process som kräver kunskap, känslighet och förmåga att tillämpa den, samt behärska olika kommunikationstekniker (Travelbee, 1971). Detta, enligt Travelbee, för att kunna lindra den sjukes isolering och ensamhet. Två av informanterna uttryckte att det kunde vara svårt att förstå patienten beroende på hur denne kommunicerade med personalen. Om patienten uttrycker sig annorlunda eller om patienten har svårt för att uttrycka sig kan symtomen bli mer svårtolkade och det kan bli svårt att förstå hur patienten upplever situationen. Enligt Tintinalli et al. (1994) kan patienter med psykiatriska diagnoser uppge vaga samt diffusa symtom och inga konkreta klagomål. Detta gör att sjuksköterskan riskerar att missa en del viktiga parametrar.

Travelbee (1971) anser att sjuksköterskans viktigaste redskap är kommunikation, då det är en förutsättning för att uppnå målet för omvårdnad. En faktor som kan orsaka avbrott eller störningar i kommunikationen är när sjuksköterskan inte klarar av att uppfatta de olika nivåer av

mening som patienten uttrycker eller inte har förmågan att lyssna på patienten (Travelbee, 1971). Om kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten brister finns alltså en risk att omvårdnaden blir lidande.

Innan det första mötet menar Travelbee (1971) att individerna är präglade av stereotypa uppfattningar om den andre parten. Det anser även en av informanterna som upplevde att alla har förutfattade meningar om hur patienter med psykiatriska diagnoser är. Detta i sig gör också att det finns en risk för att personalen undviker att prata om psykiatriska problem, då det inte är lika lätt att prata om som fysiska problem. Därför är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om sina egna förutfattade meningar och så att hon kan förmå att se bortom detta och uppmärksamma den unika individen (Travelbee, 1971). Enligt McDonald et. al (2003) visade deras studie att utbildning kan bidra till minskad användning av stereotyper.

Förståelsen för en diagnos gör det lättare att förutse, förhindra och behandla symtom som är relaterade till diagnosen, vilket innebär att sjuksköterskor kan ge patienten en bättre omvårdnad, skriver Gilbert (2009). Vetskapen om en diagnos, enligt informanterna, gör att det kan vara lättare att förstå varför vissa patienter kräver mer samt varför de reagerar som de gör i olika situationer, med andra ord vilka problem som finns i grunden. Detta förenklar för sjuksköterskan i hennes arbete att planera åtgärder och identifiera omvårdnadsbehov vilket enligt Travelbee (1971) är en professionell och intellektuell omvårdnadsmetod.

Informanterna i studien var till stor del överens om att det rapporterade det som var viktigt om patienten, oberoende av om patienten hade en psykiatrisk diagnos eller inte. Men Travelbee (1971) menar att om sjuksköterskorna generaliserar och ser varje patient som en i mängden ser de inte till patienten som en unik individ och förlorar helhetsbilden. Vilket är risken då tyngdpunkten endast läggs på delar av patientens problematik och inte på helheten.

En slutsats som Kirkevold (2000) kommit fram till rörande Travelbees omvårdnadsteori är att sjuksköterskeutbildningen i dag inte förbereder studenterna nog för att klara av den uppgift som Travelbee menar att sjuksköterskor skall utföra. Ses det till hur Travelbee (1971) anser att en sjuksköterska skall vara och utföra sitt arbete samt jämför det med informationen som framkommit från informanterna syns det att det inte riktigt stämmer överrens. Mycket av det Travelbee skriver behövs för en mellanmännisklig relation och en god omvårdnad är det som fallerar i vården kring patienter med psykiatriska diagnoser. Kirkevold (2000) ifrågasätter om sjuksköterskor idag har den kunskap som de behöver för att lösa meningsproblematik till den grad Travelbee anser. Informanterna i denna studie instämmer med Kirkevolds slutsats då de ansåg att det finns brister i utbildningen och att den inte är tillräcklig när det gäller omvårdnaden av patienter med psykiatriska diagnoser. Detta styrks av Brinn (2000) som anser

att ju mer utbildning som tillhandahålls desto säkrare kände sig personalen att hantera olika typer av psykiatriska diagnoser. Vidare föreslår Brinn att utbildningen för legitimerade sjuksköterskor skulle behöva modifieras för att lägga större vikt på psykologiska faktorer.

Patientsyn

Det finns ingen tvekan om att det råder tidsbrist inom sjukvården, detta var alla informanterna eniga om. De kände att de inte hade tid att tillgodose omvårdnadsbehovet för patienter med psykiatrisk diagnos. Denna tidsbrist samt en känsla av att dessa patienter kommer att kräva mer skapar en frustration hos sjuksköterskorna. Om frustration skriver Gilbert (2009) att patienter med psykiatriska diagnoser kan skapa frustration hos sjuksköterskorna, då de får en känsla av att de tar tid från patienter med *verkliga* medicinska problem samt att de orsakar sina egna problem. Enligt informanterna kan frustration även ses hos vissa patienter, då någon vill ha mer omvårdnad än de kan få medan en annan får mer omvårdnad än de vill ha. Patienter med en psykiatrisk diagnos kan även uppfattas som extra känsliga speciellt under en sjukhusvistelse. Enligt Travelbee (1971) är det viktigt att skapa en mellanmänsklig relation mellan patient och sjuksköterska för att kunna förstå patientens behov av omvårdnad. Tidsbristen blir här en orsak till att det inte finns möjlighet att bygga en mellanmänsklig relation i den bemärkelse som Travelbee menar. Då sjuksköterskan på grund av tidsbristen inte får möjlighet att se varje patient som en individ, blir också omvårdnaden opersonlig.

Enligt Travelbee (1971) anser de flesta människorna att varje individ har värde och mening, vilket är en bra utgångspunkt. Dock är problemet hur vi människor fastställer andras värden. För i verkligheten använder varje individ en egen värderingsskala som innebär att en bedömning görs och prioriteringar fastställs gentemot andra människor. Detta görs förmodligen omedvetet av de flesta, men av vissa görs ett medvetet dömande (Travelbee, 1971). Vilket innebär att synen på patienter med psykiatrisk diagnos kan variera. Även om avsikten är att behandla alla lika så blir det inte alltid så och skillnaden sker inte alltid helt omedvetet. Detta styrks av McDonald et. al (2003) som i sin studie kommit fram till att det förekommer skillnad i omvårdnaden för patienter med psykiatriska diagnoser.

Informanterna var överens att vetskap om en psykiatrisk diagnos färgar bilden av patienten. Detta kan även ge en känsla av att patienten kommer att kräva mer samt enligt två av informanterna kan även en misstro uppstå gentemot denna kategori av patienter, mot personalens intentioner. Även om bilden av patienten är färgad från början är informanterna eniga om att vid första mötet med patienter då en relation har börjat etableras finns ingen oro eller rädsla kvar. En stor del av sjuksköterskans uppgifter i sitt yrkesutövande är att skapa en

mellanmänsklig relation och detta görs genom att inte se patienten som patient utan som en unik individ, menar Travelbee (1971).

I resultatet framkom att alla patienter behandlas individuellt oavsett om de har en psykiatrisk diagnos eller inte, även om det kan finnas en rädsla för patienten. Eventuella svåra situationer som kan uppstå hanteras då det sker. Detta stämmer överens med det Travelbee (1971) skriver om att syftet med omvårdnad är att assistera och hjälpa individen att handskas med upplevelsen av sjukdom. Vidare menar Travelbee att sjuksköterskan skall behandla hela människan, både de fysiska och andliga aspekterna. Informanterna i den här studien var dock överens om att det alltid var det somatiska som behandlades först och om de psykiska problemen blev påtagliga kontaktades en psykiatrisk konsult. Med andra ord lägger sjuksköterskorna inte sin tid på de andliga aspekterna.

Rädsla

I studien framkom att det finns en rädsla för patienter med psykiatriska diagnoser. Brinn (2000) skriver att detta kan kopplas till en rädsla för det okända. Detta, enligt informanterna, då det kan vara svårt att veta hur dessa patienter skall bemötas och hanteras, vilket kan orsaka att patienterna undviks. Weller och Grunes (1988) kom i sin studie fram till att sjuksköterskor som spenderar mer tid med patienternas istället för att arbeta administrativt, fick en positivare bild av dessa patienter. Men enligt Travelbee (1971) bör även sjuksköterskan besitta kunskapen att medvetet kunna använda sin egen personlighet för att kunna etablera en relation och känna samhörighet med patienten. För att kunna göra detta krävs självinsikt och förståelse för dynamiken i människors beteende. Det innebär att sjuksköterskan måste kunna förstå sitt eget och andras beteende (Travelbee, 1971). Dock finns det i verksamheten en generell rädsla för att såra patienter genom att uttrycka sig felaktigt. Detta är relaterat till en känsla av att kommunikationen måste ske försiktigare då det är svårt att veta hur patienter med psykiatriska diagnoser tänker. Gilbert (2009) skriver att om patienten möts med respekt och vänlighet och behandlas med värdighet förebygger det oftast att symtom förvärras. Patienten känner sig mer tillitsfull vilket slutligen leder till mindre spänning och ökad självkontroll. Även om många inom sjukvården undviker patienter med psykiatrisk diagnos relaterat till rädslan att säga fel, så har det visat sig att om en vårdande relation har etablerats, så finns det mindre skäl för denna oro (Gilbert, 2009).

Socall och Holtgraves (1992) skriver att oavsett hur en person beter sig skapar en psykiatrisk diagnos negativa sociala reaktioner. Detta stämmer överens med hur majoriteten av informanter känner om att en psykiatrisk diagnos automatiskt skapar en vaksamhet mot

patienterna och en osäkerhet inför hur de skall bete sig. Informanterna uppger att de har en större handlingsberedskap och är förberedda på att problem kan uppstå redan innan de vet hur patienten är då även välmedicerade patienter kan reagera annorlunda än psykiskt friska patienter. Dessa känslor inför patienter med psykiatriska diagnoser kan knytas till en brist på erfarenhet och kunskap om denna patientgrupp. Enligt Lyons och Ziviani (1995) är det vanligare att patienter med psykiatrisk diagnos utvärderas mer negativt än de med fysiska diagnoser.

Slevin och Sines (1996) kom fram till att sjuksköterskor med fördjupad kunskap och som hade haft erfarenhet av att vårda patienter med besvärligt beteende, uttryckte en positivare inställning gentemot dem. Saknas den fördjupade kunskapen skapar det en rädsla hos sjuksköterskorna eftersom de inte vet om patienten kan bli våldsam eller hur de skall agera. Denna rädsla kommer av att kanske inte fysiskt kunna hantera situationen och finns särskilt om patienten har en historia av ett utåtagerande beteende, framkommer det från informanterna.

Misstro

Den mellanmännsliga relationen fungerar när den sjukes alla behov blir tillfredsställda menar Travelbee (1971). Hon skriver också att det är vad den sjuke upplever som är det som skall ligga till grund för omvårdnaden. I stor mån upplevde informanterna i studien ingen skillnad i trovärdighet för symtomen hos patienter med psykiatrisk diagnos jämfört med dem utan. Samtidigt som det uttrycktes att det är svårt att veta om patienterna talar sanning eller om vissa patienter manipulerar sjuksköterskorna. De Hert et. al (2011) skriver att människor med allvarliga psykiska sjukdomar har rätt till samma vårdstandard som resten av befolkningen. Trots detta är det en större grad av odiagnostiserade och obehandlade sjukdomar hos denna kategori av människor än hos resten av befolkningen (De Hert et. Al, 2011). Om sjuksköterskan då inte litar på vad patienten säger, särskilt när de påstådda symtomen inte stämmer överens med de fysiska tecken som sjuksköterskan ser, kan sjukdomar förbli odiagnostiserade. Dessutom kommer den mellanmännsliga relationen aldrig kunna fungera optimalt.

9.3 Slutsatser

Brist på tid och kunskap gör att sjuksköterskorna upplever en känsla av frustration och otillräcklighet. Det finns även en känsla att kommunikationen måste ske försiktigare då det är svårt att veta hur patienter med psykiatriska diagnoser tänker. Detta resulterar i en generell rädsla för att såra patienterna genom att på något sätt göra eller säga fel saker. Dessa känslor inför patienter med psykiatriska diagnoser kan knytas till en brist på erfarenhet och kunskap.

Kunskapsbristen skapar också en rädsla för och vaksamhet mot patienter med psykiatriska diagnoser då sjuksköterskorna inte vet hur de skall hantera omvårdnaden kring dessa patienter. Synen på denna patientkategori varierar och trots att avsikten är att behandla alla patienter lika ser verkligheten annorlunda ut. Informanterna uppgav dessutom att de inte hade en minskad trovärdighet för patienterna men trots detta fanns en misstro mot vissa patienter och benägenhet att inte lita på patienten om denne hade en psykiatrisk diagnos.

Allt detta bidrar till att patienter med psykiatriska diagnoser inte verkar få samma somatiska omvårdnad som de patienter som är psykiskt friska.

9.4 Klinisk betydelse

Denna studie kan öka insikten kring hur patienter med psykiatriska diagnoser blir bemötta inom den svenska somatiska vården. Den kan även ge en ökad förståelse för att viss vidareutbildning eller någon form av fördjupningskurs kan behövas som ett tillägg till allmänsjuksköterskans yrkesutbildning. Detta för att öka vårdsäkerheten för patienter med en psykiatrisk diagnos.

9.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

För att få en bättre insikt i hur omvårdnaden kring psykiskt sjuka sker skulle det behövas genomföra mer omfattande studier med en vidare bredd av sjukvårdspersonal. Eftersom det finns tidigare forskning och denna studie också visar på att omvårdnaden av patienter med psykiatriska diagnoser inte är optimal behövs ämnet utforskas. Då det även varit svårt att ta fram svenska fakta kring ämnet hoppas författarna att denna studie kan inspirera till fortsatta studier. Det kan även vara av intresse att upprepa studien, dock med fler informanter samt utforska om längden av erfarenhet har någon betydelse.

10 REFERENSER:

Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 658-665.

Bengtsson-Tops, A., Saveman, B.-I & Tops, D. (2009) Staff experience and understanding of working with abused women suffering from mental illness. *Health and Social Care in the Community*, 17(5), 459–465.

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

Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J. & Murphy, C. (1993) The community's tolerance of the mentally ill, *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 162, 93-99.

Centrala etikprövningsnämnden, (u.å.). *Vägledning till forskningspersonsinformation*, Hämtad 20 januari, 2012, Från Centrala etikprövningsnämnden, <http://www.epn.se/media/17895/vägledning%20till%20forskningspersonsinformation.pdf>

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 4-7.

De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D. ... Correll, C. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 138-151.

Dowbiggin, I. (1988). French psychiatric attitudes towards the danger posed by the insane ca. 1870. *Research in Law, Deviance and Social Control*, 9, 87-111.

Economou, M., Gramandani, C., Richardson, C & Stefanis, C. (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *World Psychiatry*, 4(1), 40-44.

Gilbert, S. B. (2009). Psychiatric crash cart: treatment strategies for the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 31(4), 298-308.

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lager, A., Berlin, M., Danielsson, M. & Heimerson, I. (2009). Ungdomars hälsa. I *Folkhälsorapport 2009* (s. 69-112). Stockholm: Socialstyrelsen.

Lennartsson, C. & Heimerson, I. (2009). Äldres hälsa. I *Folkhälsorapport 2009* (s. 145-180). Stockholm: Socialstyrelsen.

Lyons, M. & Ziviani, J. (1995). Stereotypes, stigma, and mental illness: learning from fieldwork experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 1002-1008.

McDonald, D., Frakes, M., Apostolidis, B., Armstrong, B., Goldblatt, S. & Bernardo, D. (2003). Effect of a psychiatric diagnosis on nursing care for nonpsychiatric problems. *Research in Nursing & Health*, 26(3), 225-232.

Newman, S. C. & Bland, R. C. (1991). Mortality in cohort of patients with schizophrenia: A record linkage study. *The Canadian journal of psychiatry*, 36(4), 239-245.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. Uppl.). Stockholm: Liber.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ryen, A. (2004). *Kvalitativ intervju: Från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 11 November, 2011, Från Riksdagen, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

Slevin, E. & Sines, D. (1996). Attitudes of nurses in general hospitals towards people with learning disabilities: influences of contact, and graduate-non-graduate status, a comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1116-1126.

Socall, D. & Holtgraves, T. (1992). Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *Sociological Quarterly*, 33, 435-445.

Socialstyrelsen. (2010a). *Lägesrapport 2010*, Västerås: Edita Västra Aros AB. Från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-14/Documents/2010-3-21%20Lägesrapport%202010.pdf>

Socialstyrelsen. (2010b). *Öppna jämförelser och utvärdering 2010 - Psykiatrisk vård: Ett steg på vägen*. (Socialstyrelsen, nr 2010-6-6). Västerås: Edita Västra Aros. Från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18050/2010-6-6.pdf>

SOU 1999:66. *God vård på lika villkor?: Om statens styrning av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet. Från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/25/75/5be1e7e6.pdf>

Strasser, I. (2009). *Behandling av psykiska problem*. Hämtad 13 November, 2011, Från Vårdguiden, <http://www.varldguiden.se/Tema/Psykisk-ohalsa/Psykoterapi/Terapi-for-vuxna/>

Tintinalli, J., Peacock, F. & Wright, M. (1994). Emergency medical evaluation of psychiatric patients. *Annals Of Emergency Medicine*, 23(4), 859-862.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis

Weller, L. & Grunes, S. (1988). Does contact with the mentally ill affect nurses' attitudes to mental illness?. *British Journal of Medical Psychology*, 61(3), 277-284.

Frågor:

Beskriv hur du känner inför patienter med en psykiatrisk diagnos.

Beskriv hur du upplever omvårdnaden av dessa patienter.

Behandlar sjuksköterskor generellt dessa patienter annorlunda, eller är det ingen märkbar skillnad?

Upplever du att andra kollegor eller läkare är benägna att inte vilja färdigbehandla patienter på avdelningen, som kommit in för somatiska besvär, men som har en psykiatrisk diagnos i grunden?

Tror du att skillnaden i vården sker medvetet eller omedvetet?

Upplever du att trovärdigheten för dessa patienters symtom är lägre?

Upplever du att det finns en rädsla för hur psykiskt sjuka patienter skall reagera eller bete sig under vårdtiden?

Om rädsla finns: Finns rädslan även om patienten är medicinerad och psykisk stabil vid vårdtillfället?

Hur sker överrapportering till annan avdelning gällande dessa patienter?

Om informanten inte kommer på något alls, används denna fråga som ett försök att öppna upp för en dialog:

- Finns det något du har tänkt på eller reagerat över när det gäller vård och omsorg som har med denna kategori av patienter att göra?



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Till verksamhetschef vid
XXX-Kliniken

Förfrågan angående genomförande av mindre vetenskaplig studie.

Vi heter Kati Lehmusvirta och Ida Tullberg och är sjuksköterskestudenter som studerar på Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att göra ett självständigt examensarbete (Kandidatuppsats) inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap, i form av en uppsats på 15 högskolepoäng. Inom ramen för detta genomför vi en intervjustudie.

Syftet med vår studie är att belysa hur sjuksköterskor upplever omvårdnaden inom den somatiska vården av patienter med en psykiatrisk diagnos.

Preliminärt namn på vår studie är: Sjuksköterskors upplevelser av omvårdnaden kring patienter med en psykiatrisk diagnos, på en somatisk avdelning.

Studiens övergripande forskningsfråga är: Upplever och behandlar sjuksköterskor, inom den somatiska vården, patienter med psykiatriska diagnoser annorlunda jämfört med psykiskt friska?

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av intervjuer som beräknas ta ca 10 minuter. Vi beräknar att intervjua 4-6 sjuksköterskor, som ej har erfarenhet av att arbeta inom psykiatri eller psykiatrisk vidareutbildning. Dessa intervjuer kommer att bandas för att sedan kunna skrivas ut och ligga till grund för studien. De bandinspelningar som görs i denna studie kommer i sin helhet enbart att vara tillgängliga för oss, Kati Lehmusvirta och Ida Tullberg, samt vår handledare, Maria Åling.

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga deltagare i studien inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen. I görligaste mån kommer uppgifter från de intervjuade att vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och enheter ej kan identifieras.

Studien är godkänd av vår examinator Barbro Mendell, på Röda Korsets Högskola.

Vi ber härmed om Ditt godkännande för att genomföra denna studie.

Ansvariga för studien:

Kati Lehmusvirta

0735-121202

kalehk09@rkh.se

IdaTullberg

0700-904246

idtuhk09@rkh.se

Handledare:
Maria Åling
alim@rkh.se

Examinator:
Barbro Mendel
menb@rkh.se

Röda Korsets Högskola
Box 55 676
102 15 Stockholm
Tel. 08-58751600

Godkännande för att genomföra denna studie.

Stockholm 2011 11 ____

Namnförtydligande



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Förfrågan om medverkan i undersökning.

Vi heter Kati Lehmusvirta och Ida Tullberg och är sjuksköterskestudenter som studerar på Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att göra ett självständigt examensarbete (Kandidatuppsats) inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap, i form av en uppsats på 15 högskolepoäng. Inom ramen för detta genomför vi en intervjustudie.

Syftet med vår studie är att belysa hur sjuksköterskor upplever omvårdnaden inom den somatiska vården av patienter med en psykiatrisk diagnos.

Preliminärt namn på vår studie är: Sjuksköterskors upplevelser av omvårdnaden kring patienter med en psykiatrisk diagnos, på en somatisk avdelning.

Datainsamlingen kommer att ske med hjälp av en intervju, innehållande max 8 frågor och beräknas ta cirka 10 minuter. Intervjun kommer att bandas för att sedan kunna skrivas ut och ligga till grund för studien. De bandinspelningar som görs i denna studie kommer i sin helhet enbart att vara tillgängliga för oss, Kati Lehmusvirta och Ida Tullberg, samt vår handledare, Maria Åling.

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt samt redovisas i en form där inga enskilda deltagare kan identifieras. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst, utan förklaring, välja att inte delta. Det enda vi önskar är att du skickar oss ett mail om du väljer att inte vara med i studien, se mailadress nedan, så att vi inte försöker nå dig i onödan. Samt att detta ger oss möjlighet att i god tid söka efter någon annan som vill delta.

Om du vill ha en kopia av vårt färdiga examensarbete, så kommer vi att sända det till dig så snart studien är godkänd.

Vi önskar, vid intervjutillfället, veta om du godkänner att citat från intervjun används anonymt i examensarbetet.

Om du önskar ytterligare information om studien kan du nå oss via mail:

Kontaktinformation:

Kati Lehmusvirta

kalehk09@rkh.se

IdaTullberg

idtuhk09@rkh.se

Handledare: Maria Åling, alim@rkh.se