



**RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp  
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete  
KURS V1OET5, 15 hp  
VT 2013

## **”Somatik inom psykiatri är svårt”**

En intervjustudie om sjuksköterskors upplevelser  
av det somatiska omvårdnadsarbetet inom  
psykiatrisk slutenvård

## **”Somatic care in the psychiatric is difficult”**

An interview study of nurses' experiences  
regarding the somatic care in psychiatric  
inpatient care

Författare: Angeline Agius och Sophie Lallet

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Patienter med psykisk sjukdom har en ökad risk att utveckla somatisk sjukdom. Antalet vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård har ökat under det senaste decenniet. Sjuksköterskan ska kunna observera, åtgärda och hantera patientens såväl psykiska som fysiska omvårdnadsbehov och hon ska även ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Sjuksköterskan har även en skyldighet att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med somatiska tillstånd inom psykiatrisk slutenvård. **Metod:** Denna studie är en empirisk intervjustudie som har genomförts med en deskriptiv kvalitativ ansats. Halvstrukturerade intervjuer med fyra sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk slutenvård utgör materialet till denna studies resultat. Materialet har analyserats med en manifest innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i tre huvudkategorier vilka beskriver informanternas upplevelser. Kategorierna är: 1) *Upplevelser kring somatisk omvårdnad*, 2) *Vikten av kunskap* samt 3) *Samarbetet mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården*. **Slutsats:** Majoriteten av studiens informanter upplever att det somatiska omvårdnadsarbetet är svårhanterligt. Deras resurser är begränsade när somatiskt sjuka patienter vårdas på avdelningen. Det finns även en upplevelse av att det är svårt att hålla sig uppdaterad gällande somatiska kunskaper och att det därför finns ett behov av fortbildning avseende dessa. Informanterna upplever även att vården är uppdelad trots att vissa patienter är i behov av kompetensen och yrkeskunnandet från både den somatiska och psykiatriska sjukvården. **Klinisk betydelse:** Förhoppningen med studiens resultat är att ge en ökad insikt kring vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter med somatiska tillstånd inom psykiatrisk slutenvård.

**Nyckelord:** Somatik, psykiatri, slutenvård, sjuksköterskor, omvårdnad.

## **ABSTRACT**

**Background:** Patients with mental illness are at increased risk for physical illness. The number of patients that are admitted to the psychiatric inpatient care has increased over the past decade. The nurse should be able to observe and manage the patient's mental need as well as their physical needs. They should also have a holistic and ethical approach and their work should be based on evidence and science. **Aim:** The aim of this study was to explore nurses' experiences regarding the care of patients with somatic conditions in psychiatric inpatient care. **Method:** This study is an empirical study with a descriptive qualitative approach based on semi-structured interviews with four nurses working in a psychiatric inpatient ward. A manifest content analysis was used to analyze the interview material. **Results:** The analysis emerged into three main categories which describe the experiences of the nurses. The categories are: 1) Experiences of somatic care, 2) The importance of knowledge and 3) Cooperation between the psychiatric and somatic care. **Conclusion:** The majority of the nurses in this study felt that the somatic care was difficult. Their resources are limited when somatically ill patients are admitted to the ward. They also experience that it is hard to keep the knowledge updated regarding somatic care and that there is a need for training. The nurses also felt that health care was divided between the somatic and the psychiatric care, although some patients are in need of the expertise and professionalism from both the somatic and psychiatric care. **Clinical significance:** The results of the study may contribute to provide a greater understanding of which factors that influence nurses' experiences of the care of patients with somatic conditions in psychiatric inpatient care.

**Keywords:** Somatic, psychiatric, inpatient, nurses, caring.

# INNEHÅLL

INLEDNING .....	1
BAKGRUND.....	2
Definitioner.....	2
Omvårdnad och dess värdegrund.....	2
Sjuksköterskans omvårdnadsarbete inom psykiatrisk slutenvård.....	3
Psykiatrisk slutenvård i Sverige.....	4
Forskningsläget kring psykisk sjukdom och somatisk samsjuklighet .....	4
PROBLEMFORMULERING.....	6
SYFTE .....	6
METOD .....	6
Design.....	6
Urval .....	6
Datainsamlingsmetod.....	7
Dataanalys .....	8
ETISKA ASPEKTER .....	10
RESULTAT.....	10
Upplevelser kring somatisk omvårdnad .....	11
Vikten av kunskap.....	15
Samarbetet mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården .....	18
DISKUSSION .....	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	21
Slutsats.....	26
Klinisk betydelse .....	26
Förslag på vidare forskning/utveckling.....	26
REFERENSER.....	27
BILAGOR.....	31

## **INLEDNING**

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning finns det beskrivet att sjuksköterskan ska kunna observera, värdera, prioritera, dokumentera samt vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd (Socialstyrelsen, 2005). Hälso- och sjukvårdspersonal har enligt patientsäkerhetslagen (SFS nr: 2010:659 kap. 6, 1 §, 4 §) en skyldighet att upprätthålla hög patientsäkerhet. De ska även arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och säkerställa att patienten får en sakkunnig och omsorgsfull vård. Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom psykiatrisk slutenvård observerade vi att patienter utöver sin psykiska sjukdom kunde ha somatiska tillstånd. Vi insåg vikten av att sjuksköterskan inom psykiatrin därför bör besitta en bred kunskap för att kunna tillgodose patienternas omvårdnadsbehov. Med anledning av detta ville vi undersöka hur sjuksköterskor upplever omvårdnaden av patienter med somatiska tillstånd inom psykiatrisk slutenvård.

## **BAKGRUND**

### **Definitioner**

*Somatiska tillstånd* är ett begrepp som används genomgående i denna studie och enligt författarna till studien innefattar det all omvårdnad som berör det kroppsliga. Begreppet soma är en allmän medicinsk benämning på människokroppen och används framförallt för att skilja kropp från psyke (Nationalencyklopedin, 2013).

*Evidensbaserad omvårdnad* kan kortfattat beskrivas som ett begrepp för att betona att omvårdnadsinsatserna bör vila på vetenskaplig grund. För att patienter ska få en trygg och säker vård är det viktigt att de som arbetar inom vården har ett vetenskapligt förhållningssätt (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Under de senaste åren finns ett växande krav på att de insatser som erbjuds patienter inom psykiatrin ska vara evidensbaserade (Topor & Denhov, 2008). Att hålla sig underrättad om kunskapsutvecklingen inom det fält man arbetar är viktigt för att kunna arbeta evidensbaserat. Detta måste tas på allvar för att den psykiatriska vården ska utvecklas (a.a.).

*Psykiatrisk slutenvård* innefattar de verksamheter där patienter med psykisk sjukdom är inlagda för vård. Psykiatrisk vård innebär enligt Nationalencyklopedin (2013) vård av patienter med psykiska störningar och Lindqvist (2012) menar att slutenvård innebär att vara inlagd på sjukhus.

### **Omvårdnad och dess värdegrund**

Omvårdnad utgår från en humanistisk grundsyn, där människan betraktas i ett helhetsperspektiv och som en enhet av kropp, själ och ande (Willman, 2009). Svensk sjuksköterskeförening (2010) beskriver att omvårdnaden sker på individnivå och därför spelar människosynen en viktig roll, då den ligger till grund för våra värderingar och syn på vad hälsa och omvårdnad är. Omvårdnadens mål är att främja patientens hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande oavsett kulturell bakgrund, kön, ålder och sociala villkor (a.a.).

En värdegrund för omvårdnad innebär att möta patienten så förutsättningslöst som möjligt och med en öppenhet inför det faktum att patienten befinner sig i en sårbar och utsatt situation (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Då patienten är i en beroendeställning är det betydelsefullt att vårdaren visar respekt för denna sårbarhet samt för patientens värdighet, självbestämmande och integritet för att patienten ska känna tro, hopp och tillit till vården. Arbetet med omvårdnadens värdegrund är en ständigt pågående process inför olika etiska ställningstaganden. Att reflektera, enskilt eller i grupp, över innebörden av en värdegrund och över vårdssituationer med etiska dilemman utvecklar förmågan till etisk medvetenhet. Målet med värdegrunden är att skapa en gemensam etisk plattform och ett gemensamt förhållningssätt för att utöva god omvårdnad (a.a.).

### **Sjuksköterskans omvårdnadsarbete inom psykiatrisk slutenvård**

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning finns det beskrivet att sjuksköterskan ska kunna observera, värdera, prioritera, dokumentera samt vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd. Sjuksköterskan ska även ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2008) har sjuksköterskan ett personligt ansvar för sitt yrkesutövande och att behålla sin yrkeskompetens genom livslångt lärande. Sjuksköterskan ska även aktivt utveckla omvårdnaden som ska vila på evidensbaserad kunskapsgrund (a.a.).

Sjöström (2010) beskriver att sjuksköterskan inom psykiatrin använder sina omvårdnadskunskaper för att bland annat förbättra patientens självkänsla, stödja patienten att reglera sina känslor och beteenden, säkerställa patientens säkerhet samt att skydda denne från att skada sig själv (a.a.). Skärsäter (2010) menar att sjuksköterskans roll även kan innebära att stärka patientens känsla av kontroll över sitt liv samt att utveckla strategier för att hantera sin sjukdom. Kvaliteten på omvårdnaden beror på den enskilda sjuksköterskans kompetens, bemötandet av patienten, samt hur omvårdnadsarbetet utförs. Att formulera och tydliggöra mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa är en viktig del i sjuksköterskans roll inom psykiatrin. Med ett holistiskt perspektiv där människan inte ses som reducerbar kan sjuksköterskan påverka patientens hälsa i en positiv riktning (a.a.).

Ett av sjuksköterskans ansvarsområden inom psykiatrisk slutenvård är omvårdnadsarbetet kring tvångsvård, där exempelvis bältesläggning kan bli aktuellt om patienten blir våldsam (Arlebrink, 2010). Tvångsintag, isolering och tvångsmedicinering är andra tvångsåtgärder som förekommer inom psykiatrisk slutenvård (Bowers m.fl., 2010). Det är läkaren som tar beslut om tvångsåtgärder, men det är sjuksköterskan som bedriver det dagliga omvårdnadsarbetet (Arlebrink, 2010). Att bli tvångsvårdad innebär för patienten att förlora sin frihet och vissa rättigheter, patientens autonomi blir således begränsad Sjuksköterskans roll kan därför innebära att vikariera för patientens autonomi (a.a.). Arbetet kring avdelningens säkerhet är även en del av sjuksköterskans ansvarsområden då vårdpersonalen har ett ansvar att skydda patienten från att skada sig själv och andra personer på avdelningen (Haglund, von Knorring, & von Essen, 2006). Genom att exempelvis hålla avdelningen låst kan detta mål uppfyllas genom att patienten hindras från att rymma eller att oönskade besökare kommer in på avdelningen (a.a.). Detta innebär att säkerhetsarbetet även är en viktig del av sjuksköterskans arbete inom psykiatrisk slutenvård (Fourie, McDonald, Connor, & Bartlett 2005).

### **Psykiatrisk slutenvård i Sverige**

Turesson, Eklund och Wann-Hansson (2012) beskriver att den psykiatriska slutenvården i Sverige har genomgått omfattande förändringar under de senaste decennierna, framförallt gällande ekonomiska begränsningar och ett växande krav på sjuksköterskorna. Antalet vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård i Sverige har ökat (Socialstyrelsen, 2011). Patienter som har vårdats inom psykiatrisk slutenvård har en ökad dödlighet i somatiska sjukdomar och de får även ett sämre omhändertagande av deras somatiska tillstånd (Socialstyrelsen (2010).

### **Forskningsläget kring psykisk sjukdom och somatisk samsjuklighet**

Enligt Ngui, Khasakhala, Ndetei och Roberts (2010) drabbas ca 30 procent av världens befolkning av psykiska sjukdomar och över två tredjedelar erhåller inte den vård de behöver (a.a.). Människor med psykisk sjukdom har en signifikant högre risk att utveckla somatisk sjukdom jämfört med den övriga befolkningen (Robson & Haddad, 2012). Antalet odiagnostiserade och obehandlade fall av somatiska sjukdomstillstånd är dessutom högre i denna patientgrupp (De Hert m.fl., 2011).



Livslängden hos personer med psykisk sjukdom är ca 10-15 år kortare än hos den övriga befolkningen (White, Gray och Jones, 2009). Risken att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar är två till tre gånger så hög och dödsfall relaterade till denna typ av sjukdomar är den största dödsorsaken i patientgruppen. Respiratoriska sjukdomar, diabetes och AIDS förekommer även i högre utsträckning (a.a.). Pegram och Bloomfield (2010) menar att patienter inom psykiatrin även kan ha en stor variation av sår, exempelvis brännskador, självsador, venösa bensår och abscesser relaterade till drogmissbruk. De har även en större risk att drabbas av infektioner på grund av att den psykiska ohälsan även kan ha negativa effekter på deras immunsystem (a.a.). För att patienter med både psykiska och somatiska sjukdomar ska få en adekvat och integrerad vård, krävs ett tvärprofessionellt samarbete mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården (van der Voort m.fl., 2011).

Det finns en rad riskfaktorer som kan bidra till ojämlikheter i hälsa hos personer med psykisk sjukdom. Exempel på dessa är rökning, låg inkomst och livsstilsfaktorer som dålig kost och låg fysisk aktivitet (Nocon & Owen, 2006). Psykisk sjukdom i sig kan även påverka personens förmåga att upprätthålla en god fysisk hälsa och välmående (Pegram & Bloomfield, 2010). En annan faktor som kan bidra till ojämlikhet i hälsa är enligt White m.fl. (2009) att fysiska symtom lätt kan antas bero på den psykiska sjukdomen och kan därför lämnas obehandlade. Läkemedelsbiverkningar vilka kan leda till viktuppgång, hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, nedsatt glukosintolerans är ytterligare en bidragande faktor. Observationer av den fysiska hälsan är därför ett viktigt kompetensområde för alla sjuksköterskor (a.a.).

Trots att sjuksköterskan inom psykiatrin har en nyckelroll i den somatiska omvårdnaden har sjuksköterskans inställning till detta fått ringa uppmärksamhet och är tämligen outforskat (Robson och Haddad, 2012).

## **PROBLEMFORMULERING**

Sjuksköterskan ska enligt kompetensbeskrivningen kunna observera, åtgärda och hantera patientens såväl psykiska som fysiska omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan ska även ha en helhetssyn, ett etiskt förhållningssätt och har en skyldighet att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Antalet vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård har ökat. Patienter med psykisk sjukdom har en ökad risk att utveckla somatisk sjukdom, de får dock ett sämre omhändertagande av deras somatiska tillstånd. Mot denna bakgrund är det ur ett omvårdnadsperspektiv intressant att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med somatiska tillstånd inom psykiatrisk slutenvård.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av det somatiska omvårdnadsarbetet inom psykiatrisk slutenvård, samt deras upplevelser kring evidensbaserad omvårdnad.

## **METOD**

### **Design**

Denna studie är en empirisk intervjustudie om sjuksköterskors upplevelse av att vårda patienter med somatiska tillstånd inom psykiatrisk slutenvård. Studien har genomförts med en deskriptiv kvalitativ ansats. Enligt Polit och Beck (2010) används den deskriptiva kvalitativa ansatsen för att beskriva ett fenomen utan att tolka texten på en djupare nivå.

### **Urval**

Inklusionskriterier för informanterna var att de skulle arbeta som sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård samt på någon av de avdelningar där studiens författare erhållit tillstånd. För att öka möjligheterna att belysa ett område utifrån olika erfarenheter är det positivt med ett brett urval (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Med anledning av detta valde författarna till studien att inte ha några exklusionskriterier gällande kön, ålder, erfarenhet eller vidareutbildning inom psykiatrin.

## **Datainsamlingsmetod**

Kontakt togs med sekreteraren till verksamhetschefen som förmedlade ett brev där information om studiens syfte och förfrågan om genomförande beskrevs. Efter godkännande från verksamhetschefen kontaktades samtliga enhetschefer skriftligt av författarna. De ombads att vidarebefordra informationsbrevet (bilaga 1) om studien till sjuksköterskorna på respektive avdelning. Därefter kontaktade författarna en sjuksköterska inom verksamheten med en förfrågan om att agera ”gatekeeper”. Kontaktuppgifter till denna sjuksköterska erhöles under en verksamhetsförlagd utbildning då en av författarna berättade om idén till studien. Sjuksköterskan erbjöd då sin hjälp om studien skulle bli aktuell. Gatekeepern samlade in namn på sjuksköterskor från de olika avdelningarna som önskade delta och återkopplade sedan till författarna med namn och kontaktuppgifter till fem sjuksköterskor. Författarna kontaktade därefter dessa och bokade in tid för intervju. Ytterligare en sjuksköterska kontaktade författarna och ville medverka, då hon fann studien intressant och angelägen. Totalt bokades sex intervjuer in. Efter fyra intervjuer bestod det transkriberade materialet av 33 sidor och författarna ansåg därför att datamängden var tillräcklig inom ramen för denna studie. De två sista inplanerade intervjuerna genomfördes därför inte. Gatekeepern såg till att ett samtalsrum fanns tillgängligt inför varje intervju där samtliga intervjuer genomfördes.

Datainsamlingen genomfördes med halvstrukturerade intervjuer. Halvstrukturerade intervjuer baseras på både flexibilitet och struktur vilket kan ge data av god kvalitet (Gillham, 2008). En pilotintervju genomfördes med en sjuksköterska verksam inom psykiatrisk slutenvård, innan intervjuerna med studiens informanter påbörjades. Detta gjordes dels för att ha möjlighet att revidera intervjufrågorna, men även för att författarna skulle få möjlighet att bli bekanta med intervjusituationen. Frågorna reviderades efter att pilotintervjun genomförts, transkriberats och analyserats. Revideringen ansågs vara nödvändig eftersom författarna ansåg att flertalet frågor inte fångade informantens upplevelser av att vårda patienter med somatiska tillstånd, vilket var syftet med studien. Revideringen innebar att vissa frågor omformulerades, togs bort och att nya frågor lades till. Materialet från pilotintervjun är inte inkluderat i denna studies resultat.

I informationsbrevet uppmanades deltagarna att inför intervjun tänka ut en omvårdnadssituation där de vårdat en patient med ett somatiskt tillstånd. Innan varje intervju startade förklarade författarna till studien hur de blivit intresserade av ämnet, samt förtydligade vad som menades med somatiskt tillstånd utifrån författarnas definition, detta för att minska risken för missförstånd.

Samtliga intervjuer varade mellan 25 och 30 minuter och spelades in med två diktafoner. Bägge författarna närvarade vid samtliga intervjuer. Författarnas roller under intervjun bestämdes i förväg och båda fick möjlighet att vara intervjuare och medlyssnare. När intervjuerna ägt rum transkriberades de bandade inspelningarna inför dataanalysen. Inspelningen lyssnades därefter igenom samtidig som det transkriberade materialet genomlästes.

### **Dataanalys**

Dataanalysen genomfördes med en manifest innehållsanalys. Exempel på analysförfarandet presenteras i nedanstående tabell (Tabell 1). Denna typ av innehållsanalys används enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) inom omvårdnadsvetenskapen för att bland annat granska och tolka utskrift av bandade intervjuer. Konsensusförfarande används vid kvalitativa studier och syftar till att uppnå en samstämmighet vid tolkning av texter. Författarna diskuterade och reflekterade därför gemensamt över de transkriberade texterna under hela analysförfarandet i syfte att nå konsensus (a.a.).

Analysprocessen påbörjades genom att författarna läste igenom de transkriberade texterna ett flertal gånger. *Meningsenheter* valdes därefter ut från det transkriberade materialet. Lundman och Granheim (2008) menar att en viktig förutsättning för analysprocessen är att meningsenheterna är av lagom storlek eftersom för stora enheter kan bli svårhanterliga då de kan innehålla fler betydelser, medan för små kan leda till att resultatet blir fragmenterat. I nästa steg *kondenserade* författarna till studien meningsenheterna och därefter *kodades* dessa. Kondensering innebär att meningsenheterna kortas ner utan att det centrala innehållet försvinner och koderna ska kortfattat beskriva meningsenheternas innehåll (Lundman & Granheim, 2008). Innan analysförfarandet fortsatte delades koderna in i likheter och skillnader. Detta gjorde författarna till studien för att underlätta skapandet av underkategorier samt för att få en

överblick av samstämmigheten i svaren. Utifrån koderna skapade författarna till studien slutligen *underkategorier* och *kategorier*. Dessa skapas utifrån koder med liknande innehåll och det är viktigt att inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i flera kategorier (Lundman & Granheim, 2008).

Tabell 1: Exempel på innehållsanalysförfarandet

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategorier	Kategori
Jag blev osäker helt enkelt, och så tänkte jag, men det ligger ju här, förpackningen, och jag såg att kollegor har ju gett det, är det här verkligen rätt?	Jag blev osäker helt enkelt, är det här verkligen rätt?	Kände osäkerhet kring läkemedelsadministrering.	Tvivel på egna kunskaper	Vikten av kunskap
då blev jag väldigt osäker och tänkte, vem talar nu, eftersom jag inte kunde förlita mig på min egen kunskap och läsa av, så tänkte jag att nu har jag pratat med en somasyster och så gick jag in och tittade på rimlighetsdosen	eftersom jag inte kunde förlita mig på min egen kunskap och läsa av, så tänkte jag att nu har jag pratat med en somasyster	Kunde inte förlita sig på sin egen kunskap.		

## **ETISKA ASPEKTER**

Godkännande från klinikens verksamhetschef erhöles innan kontakt togs med enhetschefer och potentiella deltagare. I enighet med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) gavs skriftlig information till informanterna gällande konfidentialitet och frivillighet. Detta innebar att de när som helst fick avbryta sitt deltagande, att det insamlade materialet hanterades så att aidentifiering kunde garanteras och att materialet i sin helhet endast fick ses av författarna samt deras handledare. Innan intervjuerna påbörjades fick deltagarna skriva under en samtyckesblankett. Samtligt material, det vill säga de bandade inspelningarna och de transkriberade intervjuerna raderas då examensarbetet är examinerat och godkänt. Under hela analys- och resultatprocessen gällde fullständig sekretess och inga namn nämndes. För att garantera konfidentialiteten aidentifierades informanternas uttalanden genom att de tilldelades en bokstav vid användandet av citat. Både deltagare, enhetschefer och verksamhetschef kommer att kontaktas när studien är godkänd med en förfrågan om de önskar ta del av den färdiga studien.

## **RESULTAT**

Informanternas erfarenheter av att arbeta inom psykiatrisk sjukvård varierade mellan två och tio år. Tre informanter saknade tidigare erfarenheter från den somatiska sjukvården då de började arbeta direkt inom psykiatrin efter avslutad sjuksköterskeutbildning. En av informanterna hade en specialistutbildning inom psykiatri. Åldersspannet sträckte sig från 25 – 45 år, alla informanter var kvinnor och verksamma vid samma avdelning. Både dag och nattpersonal fanns representerade.

Analysen av det transkriberade materialet mynnade ut i tre kategorier med upp till fyra underkategorier vardera. Kategorierna är: 1) *Upplevelser kring somatisk omvårdnad*, 2) *Vikten av kunskap* samt 3) *Samarbetet mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården*. Resultatet redovisas utifrån kategorier och underkategorier som beskriver informanternas upplevelser av att vårda patienter med somatiska tillstånd inom psykiatrisk slutenvård. Resultatet redovisas med hjälp av citat där informanterna tilldelats en bokstav A, B, C eller D som kod för aidentifiering.

Tabell 2: Resultatöversikt av kategorier och underkategorier

<b><i>Upplevelser kring somatisk omvårdnad</i></b> Helhetssyn Det svårhanterliga Brist på resurser Inställningar
<b><i>Vikten av kunskap</i></b> Tvivel på egna kunskaper Behov av uppdatering och fortbildning Personligt ansvar
<b><i>Samarbetet mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården</i></b> Orimliga förväntningar Uppdelad vård Vikten av samarbete

## **Upplevelser kring somatisk omvårdnad**

### *Helhetssyn*

Att arbeta inom psykiatrisk slutenvård innebär enligt en av informanterna att vårdaren ska kunna bemöta både patientens psykiska och somatiska behov på rätt sätt. Flera informanter menar att det finns ett samband mellan kropp och själ.

Det hänger ju ihop, givetvis. Det är ju en helhet, så att det går ju inte att dela på.  
(Informant A)

En annan informant upplever att det i praktiken inte enbart går att behandla patientens psykiska behov, då patienten även kan ha somatiska tillstånd.

... cheferna säger ju ofta att det här är psyk så vi tar hand om den psykiatriska biten och det är ju bra i teorin, för det är väl kanske lite så det ska funka, medans det i praktiken blir en annan visa, när man lägger in någon som har tex fått en förlossningspsykos och nyligen snittad och ska ha postoperativ omvårdnad...då blir det ju så att det är vi som tar det också. (Informant B)

### *Det svårhanterliga*

En informant upplever det krävande att vårda patienter med somatiska tillstånd.

... det händer väldigt ofta att vi får in patienter som har somatiska problem och jag tycker det är... jag tycker det är jobbigt, tycker jag faktiskt, jag tycker det är krävande.  
(Informant D)

Det kan vara en utmaning att hålla patienten tillräckligt psykiskt stabil för kunna utföra vissa omvårdnadsåtgärder enligt en informant. Patienternas psykiska tillstånd kan försvåra omvårdnadsarbetet då de kan ha svårt för att samarbeta och vissa informanter upplever att detta även är tidskrävande.

Kan vara knepigt att sätta kateter t.ex. på någon som är väldigt psykotisk och väldigt agiterad, på somatiken så är ju kanske sju av tio patienter relativt samarbetsvilliga och när man kommer med katetern, sonden eller nålen så säger de varsågod i princip... på psyk så säger 0,5 av tio varsågod och det tar en massa tid i anspråk och lirka, så på så vis kan det bli lite knepigt (Informant B)

En annan del i omvårdnadsarbetet som kan upplevas svårhanterligt är när patienternas psykiska och somatiska behov krockar.

Det är hela tiden påfrestande tycker jag och ha somatiskt sjuka patienter, folk som ska ha syrgas och grejer, det är slangar överallt och de delar rum med någon som kanske är självmordsbenägen. (Informant D)

Informanten beskriver även en annan situation som upplevdes svårhanterligt, där den psykiska sjukdomen orsakade ett somatiskt tillstånd hos patienten.

Jag mådde jättedåligt psykiskt själv när jag var tvungen att bäla en patient som var 87 år gammal, en äldre dam som också matstreckade, då fick jag koppla dropp och så där, jag utbrast i gråt, inte framför henne men efteråt så gjorde jag det, för att jag tyckte att det var så himla jobbigt... (Informant D)

### *Brist på resurser*

Brist på resurser är någonting som framkommer under intervjuerna. Samtliga informanter uttryckte att det råder en viss materialbrist, både vad gäller omläggingsmaterial och medicinteknisk utrustning. Flera informanter beskriver att de på avdelningen kommer i kontakt med flera olika typer av sår och att de inte alltid har tillgång till det material som krävs. Det fanns dock en förståelse för materialbristen gällande omläggingsmaterial hos en av informanterna, eftersom materialet annars skulle hinna bli obrukbart. En informant menar att då patienterna på avdelningen kan ha omfattande omvårdnadsbehov och att akuta situationer kan uppstå, borde de ha tillgång till egen medicinteknisk utrustning.



Det upplevs även tidskrävande att leta rätt på det material som ofta saknas på avdelningen.

... på den här kliniken så har vi ju faktiskt så att kliniken delar, låter ju fänigt att säga, vi delar på en bladderscan och en ekg-apparat, så får man springa och hämta den på avdelningen som har det... (Informant B)

Materialbristen kan även leda till att informanterna i vissa fall behöver hitta alternativa sätt vilket kan leda till otillräckliga såromläggningar.

... krävs mer material än vad vi har tillgång till och då får man göra någon typ av fältmässig omläggning och liksom, det blir bra för tillfället. (Informant B)

En annan informant berättar att materialbristen även har lett till att patienter ådragit sig infektioner till följd av detta.

... vilket ofta leder till att man utifrån det man har, och man har ju inte så mycket i vårt förråd så det har hänt att patienten fått infektioner till följd av det. (Informant C)

Flera informanter beskriver situationer där de har utfört somatiska omvårdnadsåtgärder, samtidigt som andra patienters psykiska behov krävt sjuksköterskans närvaro. Detta leder till att informanterna ibland kan uppleva svårigheter att prioritera omvårdnadsarbetet.

... så kan det ju bli lite knepigt när man har tre stycken som ska ha intravenös antibiotika och man står och ska spruta den långsamt i en infart som näppeligen fungerar samtidigt som man hör hur det brakar loss ute i ett allrum och någon slår sönder en tv och slår sönder en skötare och då står man där med sprutan och vet inte vad man ska göra, vad gör man då? Skjuter man in antibiotikan snabbt som attan eller springer man ut och spolar klart sedan? (Informant B)

En annan informant beskriver hur omvårdnadsarbetet kan bli svårt att prioritera på grund av patientens somatiska tillstånd.

... sitter jag fast där någon kväll och jobbar med den här stomipåsen och håller på och det är vre och det är esbl och allt möjligt och det händer någonting ute på avdelningen som kräver att jag ska göra någonting t.ex. ha kontakt med juren för en bältesläggning eller injektioner. (Informant D)

En informant upplever att det finns ett behov av att vara fler sjuksköterskor när svårt somatiskt sjuka patienter vårdas på avdelningen.

... kirurgen kommer och ordinerar morfin i.v, dropp, magnetröntgen buk, och allt detta klockan halv 10 då jag ska ta hand om alla mediciner och alla andra patienter och jag är ensam sjuksköterska och vi har många patienter som börjar bli väldigt bältesläggningsmässiga och då känner man att det är nu man skulle behöva vara två syrror, en till honom och en till övriga. (Informant C)

En annan informant menar att mer bemanning kan leda till att sjuksköterskorna kan avlasta varandra i sitt arbete.

... det handlar också om en bemanningsfråga tror jag, man måste kunna bemanna i så fall... om jag ska ha en patient som är jätte somatiskt sjuk, då kräver jag också att jag ska jobba med en annan sjuksköterska, så att man kan liksom avlasta varandra om man säger så. (Informant D)

Samma informant beskriver att många mentalskötare på avdelningen saknar utbildning för att utföra enklare somatiska åtgärder, som exempelvis kontroll av vitala parametrar och provtagningar. Informanten har därför en önskan om att kunna delegera liknande arbetsuppgifter för att på så sätt underlätta sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

... det skulle vara sådan stor hjälp om man kunde delegera sådant, under en stressig kväll och några akuta prover ska tas, snälla kan du göra det istället liksom... (Informant D)

### *Inställningar*

En informant menar att den somatiska omvårdnaden leder till att personalen behöver tänka i nya banor, vilket väcker olika känslor inom personalgruppen. Vissa informanter upplever ett motstånd till somatisk omvårdnad och en informant menar att det finns en avvaktande inställning inför somatiska omvårdnadsåtgärder.

... det är trögt, det tar tid och på något sätt känner jag ibland att mina kollegor, både syrror och skötare, man går runt och väntar på att patienten förhoppningsvis ska bli förflyttad till medicinsk klinik eller geriatriken och när man tillslut inser att nej patienten lär ju nog stanna här ett tag, det är först då man börjar prata, okey då måste vi ju göra något och då i bästa fall blir det någon liten omvårdnadsplan. (Informant C)

Vidare beskriver informanten att basala moment kan upplevas besvärliga av olika personer inom personalgruppen.

... sedan är det ju en annan sida, att jag ser ganska ofta, att mina kollegor från renodlad psykiatri som tycker att det är jobbigt med sådana enkla saker som kateter, stomier, blodprover... (Informant C)

En annan informant beskriver att somatiska omvårdnadsmoment inte alltid sker per automatik eller rentav uteblir.

... men när det sedan är kanske man ska ta urinmätning eller föra vätskeregistrering, där fallerar vi....vi glömmer att föra över, vem ska göra det...det sker inte per automatik, när det blir sådan vätskeregistrering inom psykiatrin liksom eller bladderscan, vaddå ska vi föra upp det ... (Informant A)

Trots att vissa informanter upplever ett motstånd inför somatisk omvårdnad anser en informant att den dubbla kompetensen är spännande. Vidare upplever en annan informant att den somatiska delen är rolig och att det ger variation i arbetet.

Jag tycker faktiskt att det är lite roligt med soma bitarna så att man får hålla på med lite annat och det, det är kul. (Informant B)

Informanten upplever även att det främst är de nyexaminerade sjuksköterskorna som upplever omväxlingen som positiv.

## **Vikten av kunskap**

### *Tvivel på egna kunskaper*

En informant upplever en osäkerhet över att vårda patienter med somatiska tillstånd. Hon upplever att osäkerheter blir tydlig när somatisk omvårdnad är inblandat och att det kan bli oro i personalgruppen. Informanten upplever även panik när hon vet att en patient med svåra somatiska tillstånd kommer att bli inlagd på avdelningen.

Jag får panik! Jag tycker det är hemskt! Ärligt talat och så brukar jag tänka så här, men jag är sjuksköterska, varför får jag panik när jag ska börja exempelvis administrera dropp för någon som har antibiotika? (Informant A)

Vidare beskriver hon att hon känner sig dålig som sjuksköterska när hon tvivlar på sina kunskaper.

... men för mig är det inte roligt, då känner jag mig dålig som sjuksköterska... för att då känner jag mig, jag har ju ändå läst tre år, varför blir jag så orolig för att liksom ge fragmin... det är ju bara en spruta. (Informant A)

Osäkerhet beskrevs även kunna uppstå hos personalen vid oförutsedda situationer där somatik är inblandat.

... och skulle det vara någon äldre som skulle dra den med kuff och allt då blir det mer eller mindre panik, att vad ska vi göra nu då? Så att det, det är inte alltid så lätt... (Informant C)

### *Behov av fortbildning och uppdatering*

Vissa informanter upplever att det är svårt att hålla sig uppdaterad gällande basala grundkunskaper som exempelvis kateterisering och somatisk läkemedelshantering eftersom dessa kunskaper inte används dagligen.

... många utav oss har glömt bort hur man sätter kateter, för det blir ju så, när man jobbar inom psykiatri har man ju bara fokus på det psykiatriska. (Informant C)

Att börja arbeta direkt inom psykiatri efter avslutade studier ansågs även det vara en orsak till svårigheten att upprätthålla sina grundkunskaper.

... det är väl nackdelen med att gå direkt till psykiatri och inte ha någon somatisk erfarenhet för man hinner inte träna upp sig. (Informant A)

Samtliga informanter uttrycker att det finns ett behov av fortbildning och uppdatering av basala somatiska kunskaper. En informant beskrev ett tillfälle där personalen fick uppdatera sina kunskaper, vilket fick positiv respons och det fanns ett önskemål om att göra detta oftare.

... jag vet ju att vi vart ju osäkra med att hantera syrgas så, och bara att förstå. Jag vet att när man gick i skolan att man var på KTC och såhär, man fick titta hur man skulle koppla sug och syrgas och man pratade om hur många liter och allt det där, men så tänkte jag att jag bjuder in en från MTA, och han kom och jag samlade jag min grupp sjuksköterskor och vi bara fick stå där och klämma och känna och uppdatera våra kunskaper och då sa de att, gud vad bra sa de såhär. (Informant A)

Forskning och evidens bidrar till ifrågasättande av omvårdnadsarbetet enligt en informant och ett evidensbaserat arbetssätt kan även ge sjuksköterskan mer styrka och trygghet i sin profession. Kunskap anses även vara viktigt eftersom det bidrar till reflektion och förmåga att dra egna slutsatser enligt samma informant.

Det kan vara svårt att tänka på någonting man inte vet finns. Ju mer kunskap jag får, ju mer kan jag reflektera och kan dra mina egna slutsatser. (Informant A)

En annan aspekt gällande fortbildning var enligt en informant att även utbilda mentalsköterna i basala somatiska omvårdnadsmoment för att sjuksköterskan på så vis ska kunna delegera vissa arbetsmoment.

### *Personligt ansvar*

Vissa informanter upplever att upprätthållandet av kunskap samt inhämtning av ny kunskap gällande omvårdnad av somatiska tillstånd dels grundar sig i personligt ansvar. Att arbeta utifrån evidens är inte en självklarhet för alla enligt en informant, det är någonting som följer med från utbildningen och mycket ligger i den enskildes intresse att följa det aktuella kunskapsläget.

... någonstans känner jag att man måste ta sitt personliga ansvar och herregud det finns vårdhandböcker. Kommer det någon patient med en manick du inte känner till, börja med att kolla där. (Informant C)

Om osäkerhet uppstår kring ett omvårdnadsmoment beskriver en annan informant att hon inhämtar kunskap för att säkerställa att vården blir rätt.

... man glömmet bort och då... jag brukar själv gå in och kolla först innan jag ska sätta igång, hur var det man gjorde nu igen... så att det inte blir fel. (Informant D)

En informant beskriver att hon håller sig uppdaterad genom att vara först på plats när ett somatiskt omvårdnadsmoment ska utföras. Dock beskriver hon att alla inom personalgruppen inte har samma inställning.

... har man jobbat 37 år på Långbro så kanske man som sagt inte är sådär jättehaj på det där med att lägga om stomier... så att och då blir det kanske ganska enkelt att man lämpar över det på kollegan som står och är villig att göra det. (Informant B)

## **Samarbetet mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården**

### *Orimliga förväntningar*

Flera informanter upplever att det ibland finns orimliga förväntningar från avdelningar och mottagningar som inte tillhör den psykiatriska verksamheten. Det kan exempelvis vara en läkemedelsordination från medicinakuten som förväntas genomföras omgående, utan att hänsyn tas till den aktuella situationen på avdelningen.

Jag kommer ihåg en kväll när jag jobbade ensam sjuksköterska och så kommer de från medicinakuten, en doktor sa ”du ska ge intravenöst antibiotika som ska in på 20 minuter”, då så tittar jag på honom och sa ”du påstår att jag som är ensam sjuksköterska, det är kalabalik ute på avdelningen, och du påstår att jag ska sitta här i 20 min och ge den här patienten antibiotika?” ”Vaddå funkar inte det eller?” Nej sa jag, det gör inte det... du får hämta en utav dina sjuksköterskor från din avdelning och då gjorde vi så att de fick komma hit och ge patienten istället. (Informant D)

Anledning till att orimliga förväntningar ibland uppstår kan enligt en informant vara att det finns en ovisshet om hur verksamheten ser ut på respektive avdelning.

Men man har ibland orimliga förväntningar på varandra, förmodligen beroende på att man inte riktigt vet vad den andra sidan sysslar med. (Informant C)

### *Uppdelad vård*

Flera informanter upplever att vården är uppdelad.

... oftast är det så att en medicinsk avdelning tvärvägrar att ta emot patienten trots att vi anser att hans somatiska tillstånd är mycket mer allvarligt än den psykiska och säkerligen om man frågar medicinska avdelningar då kan de också tycka att de ofta har patienter som egentligen borde vårdas inom psykiatrin. (Informant C)

Samma informant upplever att patienter med både psykiska och somatiska omvårdnadsbehov inte alltid får kompetensen och yrkeskunskundet från båda hållen.

... känslan av att sådana patienter som har sådan dubbel problematik oftast hamnar mellan stolarna. (Informant C)

En annan informant upplever att avdelningarna blir specialiserade på sitt område.

Jag vet inom psykiatrin att, oj nu fick de sådan panik på somatiken, det är någon som är lite aggressiv, oj nu ska de flyttas ner på XX, men då får vi panik, oj, för nu ska han ha intravenöst antibiotika. Så sjukvården delar ju upp, det gör ju det och blir så specialiserade på vårt område. (Informant A)

### *Vikten av samarbete*

En informant beskriver ett tillfälle där personal från en somatisk avdelning visade hur personalen på den psykiatriska avdelningen skulle sköta en stomiomläggning.

Vi ringer liksom till stomimottagning eller vad det heter, det finns en sådan här i sjukhuset...då brukar de komma hit och lära oss hur man gör...det var ju så vi lärde oss från början och lägga om det, de kom hit och visade steg för steg vad man gjorde. (Informant D)

En annan informant upplever en trygghet i att kunna ta hjälp av personal från somatiska avdelningar, antingen genom att rådfråga eller genom att lämna över somatiska arbetsmoment då behoven hos patienten är större än vad avdelningen klarar av.

... han blev ju transplanterad och det teamet kom varje dag och tittade på läkemedlet och det kom en sjuksköterska därtill och då kändes det så tryggt för då tog vi hand om den här andra biten och då kändes det att här kommer expertisen inrullandes, att man liksom kunde lämna av och känna att nu blir patienten omhändertagen, även den somatiska biten... (Informant A)

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med somatiska tillstånd inom psykiatrisk slutenvård. För att få en nyanserad bild av en människas livsvärld och för att kunna beskriva dennes upplevelser så exakt som möjligt är den kvalitativa forskningsintervjun med en deskriptiv ansats ett lämpligt metodval (Olsson och Sörensen, 2011).

Val av deltagare och kontext samt insamlingsmetod har betydelse för resultatets giltighet (Graneheim & Lundman, 2004). Åldersspannet hos informanterna sträckte sig från 25 – 45 år, deras erfarenheter inom psykiatri varierade mellan två och tio år och en av informanterna hade en specialistutbildning inom psykiatri. Alla informanter var kvinnor och verksamma vid samma avdelning. Både dag och nattpersonal fanns representerade. En styrka avseende urvalet kan tänkas vara åldersspannet hos informanterna, att deras erfarenheter inom psykiatri varierade och att både dag och nattpersonal fanns representerade. Trots att förfrågan om deltagande i studien skickades ut till fem olika avdelningar, representerar informanterna i denna studie enbart en avdelning. Att samtliga informanter var verksamma inom samma avdelning samt att alla var kvinnor, kan tänkas vara en svaghet gällande giltighet och överförbarhet.

Författarna till studien anser att urvalet kan anses vara skevt, då inga män fanns representerade samt att informanterna var få och dessutom verksamma vid samma avdelning. Eftersom avdelningar inom psykiatrisk slutenvård troligtvis kan skilja sig åt, kan resultatet från denna studie därför inte anses vara överförbart till alla psykiatriska slutenvårdsavdelningar.

Valet av de halvstrukturerade intervjuerna är en tänkbar styrka gällande tillförlitligheten. Lundman och Graneheim (2004) menar att det är viktigt att de frågor som ställs under intervjun ska täcka samma områden. Författarna till denna studie anser därför att eftersom samma frågor ställdes till samtliga informanter kan detta ha bidragit till att upplevelser inom samma område fångades, även om deras upplevelser skiljde sig åt. Följdfrågorna var ytterligare en bidragande faktor till att upplevelser inom samma områden täcktes in, dock menar Lundman och Graneheim (2004) att intervjuarens förförståelse förändras under intervjuprocessens gång. Detta skulle kunna påverka de följdfrågor som ställs (a.a.). Att ställa öppna frågor kan ha minskat risken för att informanternas svar skulle kunna ha påverkats av intervjuaren. Pilotintervjun bidrog till en positiv utvecklingsprocess av frågorna då dessa genomgick en revidering för att bättre kunna besvara studiens syfte. Detta kan ses som en tänkbar styrka gällande tillförlitligheten.

Genom att låta informanten berätta om sina upplevelser kring det fenomen som studeras, blir intervjuaren delaktig genom samspelet under intervjun. Intervjuaren kan därmed bli medskapare till texten genom att berättandet stimuleras (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Resultatet av en intervjustudie kan därför inte ses som oberoende av intervjuaren då deras förförståelse är en viktig del i tolkningsprocessen. Författarna till denna studie har tidigare genomfört verksamhetsförlagd utbildning vid psykiatriska slutenvårdsavdelningar och upplevde under denna period att sjuksköterskans omvårdnadsarbete var omfattande och berörde ett brett område. De upplevde även att den somatiska omvårdnaden inte alltid prioriterades. Detta innebar att författarna hade en förförståelse innan studien påbörjades vilket kan ses som en svaghet i tillförlitligheten, eftersom intervjuaren eventuellt kan ha påverkat svarets riktning utifrån de följdfrågor som ställdes.



Tillförlitligheten i resultatet ökar om två personer läser och analyserar intervjuerna gemensamt (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). En styrka kan därför anses vara att bägge författarna lyssnade och läste igenom det transkriberade materialet ett flertal gånger, samt att hela analysförfarandet genomfördes gemensamt. En viktig förutsättning för innehållsanalysen är enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) att meningsenheterna är av lagom storlek, samt att inga data ska passa in i flera kategorier eller falla mellan två kategorier. Detta kan bli en svårighet eftersom människors upplevelser kan vara sammanflätade och passa in i flera kategorier (Lundman och Hällgren-Graneheim, 2008). En styrka gällande studiens trovärdighet kan tänkas vara att författarna diskuterade och reflekterade noggrant över materialet under hela analysförfarandet. De återgick även i vissa fall tillbaka till meningsenheterna och ibland även till den transkriberade texten för att säkerställa att innebörden av informantens upplevelse inte hade gått förlorad.

Genom att presentera citat från intervjuerna ökar läsarens möjlighet att bedöma resultatets giltighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). En styrka gällande resultatets giltighet skulle därför kunna vara att ett flertal citat presenteras i resultatdelen.

## **Resultatdiskussion**

Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med somatiska tillstånd inom psykiatrisk slutenvård. Enligt författarna till studien har syftet infriats genom att sjuksköterskornas upplevelser kring detta fenomen har fångats. Resultatdiskussionen redovisas utifrån resultatets kategorier och underkategorierna redovisas löpande i texten.

### *Upplevelser av att vårda patienter med somatiska tillstånd*

En informant i denna studie menar att det är viktigt att bemöta både patientens psykiska och somatiska behov. En annan informant upplever att det i praktiken inte enbart går att behandla patientens psykiska behov, då patienter på avdelningen även kan ha somatiska tillstånd. Omvårdnad utgår från en humanistisk grundsyn, där människan betraktas ur ett helhetsperspektiv (Willman, 2009). Med ett helhetsperspektiv där människan inte ses som reducerbar kan sjuksköterskan påverka patientens hälsa i en positiv riktning (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

Att vårda patienter med en psykiatrisk diagnos som samtidigt har somatiska tillstånd upplevs svårhanterligt av flera informanter i denna studie. Orsaken till detta kan dels vara att patienternas psykiska sjukdom kan göra dem mindre samarbetsvilliga, vilket leder till att det somatiska omvårdnadsarbetet blir mer tidskrävande och påfrestande än vad det annars skulle ha varit. En annan orsak till att det upplevs svårhanterligt är att patientens psykiatriska diagnos kan göra denne oförmögen att fatta egna adekvata beslut för sin hälsa. Enligt Arlebrink (2010) innebär tvångsvård att patientens autonomi blir begränsad och sjuksköterskans roll kan därför innebära att vikariera för patientens autonomi. En informant i denna studie beskriver en situation där en tvångsåtgärd var nödvändig för att kunna tillgodose patientens somatiska omvårdnadsbehov.

Samtliga informanterna i denna studie upplever att det råder materialbrist på avdelningen både vad gäller omläggingsmaterial, men även medicinteknisk utrustning. Kliniken består av fem olika avdelningar som gemensamt delar på en bladderscan och en EKG-apparat. Att behöva leta reda på den medicintekniska utrustningen upplevs tidskrävande och frustrerande. Då patienterna på avdelningen kan ha omfattande omvårdnadsbehov och att akuta situationer kan uppstå, anser en informant att de borde ha tillgång till egen medicinteknisk utrustning. Informanterna beskriver flera gånger under intervjuerna att de har kommit i kontakt med olika typer av sår på avdelningen. På grund av denna variation har informanterna inte alltid tillgång till det omläggingsmaterial som krävs för adekvat sårvård. Dock fanns en viss förståelse för materialbristen, då materialet annars skulle hinna bli obrukbart. Det upplevs dock tidskrävande att behöva leta rätt på det material som behövs. En annan aspekt är att informanterna ibland får improvisera genom att använda befintligt material, vilket kan göra att omläggningarna upplevs otillräckliga. Enligt en informant har det hänt att patienter ådragit sig infektioner till följd av detta. Pegram och Bloomfield (2010) menar att patienter med psykisk sjukdom har en större risk att drabbas av infektioner på grund av att den psykiska ohälsan kan ha negativa effekter på deras immunsystem. Det är därför lika viktigt för sjuksköterskor inom psykiatri som för annan vårdpersonal att motverka att patienten får vårdrelaterade infektioner (a.a.).

Vissa informanter i denna studie upplever att det är svårt att prioritera omvårdnadsarbetet på grund av den somatiska omvårdnaden. Informanterna beskriver flera situationer där de har varit upptagna med somatiska omvårdnadsmoment samtidigt som situationen ute på avdelningen har krävt sjuksköterskans omedelbara agerande, där exempelvis tvångsåtgärder varit nödvändiga. En annan aspekt som gör att arbetet upplevs svårt att prioritera är enligt en informant att den somatiska omvårdnaden ställer krav på ett säkerhetstänk kring det material som används på avdelningen. Om en patient exempelvis är i behov av syrgas eller dropp kan denna inte lämnas obevakad eftersom patienten själv eller andra patienter kan använda detta material i syfte att självskada eller skada andra på avdelningen menar informanten. Haglund, von Knorring och von Essen (2006) menar att vårdpersonalen har ett ansvar att skydda både patienter och medarbetare från att bli skadade. För att upprätthålla säkerheten inom psykiatrisk slutenvård förekommer ett flertal tvångsåtgärder som bland annat isolering och tvångsmedicinering (Bowers m.fl., 2010). Enligt Arlebrink (2010) förekommer även bältesläggning och dessa tvångsåtgärder är sjuksköterskans ansvar att genomföra.

Enligt en informant skulle omvårdnadsarbetet inte ha upplevts lika svårprioriterat om det hade funnits fler sjuksköterskor på avdelningen när svårt somatiskt sjuka patienter varit inlagda. Samma informant menar att sjuksköterskornas arbetsbelastning även skulle kunna underlättas om de hade haft möjlighet att delegera enkla somatiska omvårdnadsmoment som exempelvis kontroll av vitalparametrar och provtagningar. Det finns flera faktorer som påverkar hur sjuksköterskan upplever sin arbetssituation inom akut psykiatrisk slutenvård (Currid, 2008). Dessa faktorer är bland annat personalresurser, tidsbrist och tung arbetsbörda vilka kan leda till att sjuksköterskorna känner sig stressade och upplever att de inte räcker till (a.a.). Jenkins och Elliott (2004) menar att den främsta stressfaktorn för sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård är bristen på personal. Fagerberg (2004) beskriver att det finns en strävan hos sjuksköterskorna att vårda patienten utifrån ett holistiskt perspektiv, men att personalbrist och utbildad personal kan leda till att de hindras från att göra detta. Socialstyrelsen (2009) beskriver att en god vård dels ska vara säker, patientfokuserad, effektiv och ska ges i rimlig tid. Om sjuksköterskorna hindras från att ge omvårdnad till patienten på grund av att andra arbetsuppgifter upptar deras tid, leder det till att vården och patienternas säkerhet äventyras (Handsley and Stocks, 2009).

Under intervjuerna beskriver informanterna i denna studie att somatisk omvårdnad väcker olika känslor inom personalgruppen. Det finns ett motstånd hos vissa informanter samtidigt som andra upplever den dubbla kompetensen som omväxlande och spännande. Vissa informanter upplever att det främst är sjuksköterskorna som har arbetat länge inom psykiatrin som upplever ett motstånd och en av informanterna upplever att det främst är de nyexaminerade sjuksköterskorna som upplever den somatiska omvårdnaden som positiv. Vidare menar vissa informanter att motstånd till somatisk omvårdnad kan leda till en avvaktande inställning där somatiska moment kan fallera eller rentav utebli. Vårdpersonalens inställningar kan enligt Robson och Haddad (2012) påverka vårdens utförande, personalens arbetssätt samt hur mottagliga de är för att ta till sig nya sätt att arbeta. Sjuksköterskor inom akut psykiatrisk slutenvård anser att den psykiatriska omvårdnaden är deras huvudområde och att det därför finns en oklarhet gällande vilka andra arbetsuppgifter som de förväntas utföra (Fourie m.fl., 2005).

#### *Vikten av kunskap*

Flera informanter i studien menar att det är svårt att hålla sig uppdaterade gällande somatiska basala kunskaper då de inte kommer i kontakt med dessa regelbundet. En informant upplever att det kan vara en nackdel att som nyexaminerad sjuksköterska börja arbeta direkt inom psykiatrin, då de somatiska basala kunskaperna inte hinner tränas upp. En informant menar att fokus inom psykiatrin ligger på den psykiatriska omvårdnaden och att det därför kan bli svårare att upprätthålla de somatiska kunskaperna. En annan informant upplever osäkerhet och rädsla inför somatisk omvårdnad och att hon tvivlar på sina somatiska kunskaper. Samtliga informanter i denna studie uttrycker att det finns ett behov av fortbildning. En av informanterna beskrev ett tillfälle där sjuksköterskorna fått möjlighet att uppdatera sina kunskaper gällande syrgashantering, vilket upplevdes positivt av deltagarna och det fanns önskemål om fler tillfällen. För att påverka den somatiska omvårdnaden i en positiv riktning menar Robson och Haddad (2012) att fortbildning gällande den somatiska omvårdnaden, utveckling av sjuksköterskans självförtroende samt hennes färdigheter är viktiga faktorer.

En informant menar att forskning och evidens bidrar till att sjuksköterskorna kan ifrågasätta omvårdnadsarbetet och att det samtidigt kan ge sjuksköterskan mer styrka och trygghet i sin profession. Att arbeta utifrån evidens är dock ingen självklarhet för alla enligt en informant, utan det följer med från utbildningen och mycket ligger även i den enskildes intresse av att följa det aktuella kunskapsläget. Upprätthållandet av kunskap och inhämtning av ny kunskap grundar sig dels i personligt ansvar enligt vissa informanter. En informant beskriver att om hon upplever osäkerhet kring ett somatiskt omvårdnadsmoment inhämtar hon aktuell kunskap för att säkerställa att vården blir rätt. En annan informant beskriver att hon håller sig uppdaterad genom att vara först på plats när ett somatiskt omvårdnadsmoment ska utföras. Kunskap anses även vara viktigt eftersom det bidrar till reflektion och förmåga att dra egna slutsatser enligt en informant. Svensk Sjuksköterskeförening (2010) menar att reflektion utvecklar förmågan till etisk medvetenhet. Att hålla sig underrättad om kunskapsutvecklingen inom sitt yrkesområde menar Topor och Denhov (2008) är en viktig del för att kunna arbeta evidensbaserat. Sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sitt yrkesutövande och att behålla sin yrkeskompetens genom livslångt lärande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2008). Vidare menar Finnström (2010) att sjuksköterskan behöver ta ansvar för att kunskaperna och kompetensen motsvarar patienternas behov.

#### *Samarbetet mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården*

Flera informanter i denna studie upplever att patienter med både psykisk och somatisk sjukdom är i behov av kompetensen och yrkeskunnandet från både den somatiska och psykiatriska sjukvården. Informanterna upplever dock att vården är uppdelad och en anledning till detta kan enligt vissa informanter vara att avdelningarna blir specialiserade på sina områden. Flera informanter upplever även att den somatiska sjukvården ibland har orimliga förväntningar på vilka somatiska omvårdnadsåtgärder personalen inom den psykiatriska slutenvården har möjlighet att genomföra. Detta skulle enligt en informant kunna bero på att det finns en okunskap om hur verksamheten ser ut på en somatisk respektive psykiatrisk avdelning. För att patienter med både psykiska och somatiska sjukdomar ska få en adekvat och integrerad vård krävs ett tvärprofessionellt samarbete mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården (van der Voort m.fl., 2011). Vidare menar Socialstyrelsen (2009) att sjukvården ska vara kunskapsbaserad och patientfokuserad för att vården ska vara god.

## **Slutsats**

Studiens resultat indikerar att det somatiska omvårdnadsarbetet upplevs svårhanterligt. Resurserna på avdelningen är begränsade när somatiskt sjuka patienter vårdas på avdelningen. Det finns även ett visst motstånd och en osäkerhet till den somatiska omvårdnaden. Detta kan tänkas bero på att de somatiska kunskaperna inte upprätthålls i samma utsträckning som de psykiatriska kunskaperna. Det finns därför en önskan och ett behov av fortbildning avseende dessa. Sjukvården upplevs även vara uppdelad trots att vissa patienter är i behov av kompetensen och yrkeskunnandet både den somatiska och psykiatriska sjukvården.

## **Klinisk betydelse**

Personer med psykisk sjukdom har en ökad risk att utveckla somatisk sjukdom och antal vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård har ökat. De får även ett sämre omhändertagande av sina somatiska sjukdomar. Mot denna bakgrund anser författarna att det ur ett omvårdnadsperspektiv är viktigt att belysa hur sjuksköterskor upplever det somatiska omvårdnadsarbetet inom psykiatrisk slutenvård. Förhoppningen med studiens resultat är att ge en ökad insikt kring vilka faktorer som påverkar sjuksköterskans upplevelser av att vårda patienter med somatiska tillstånd inom psykiatrisk slutenvård.

## **Förslag på vidare forskning/utveckling**

För att utveckla den somatiska omvårdnaden inom psykiatrisk slutenvård föreslår författarna till denna studie att vidare forskning behövs för att undersöka vilka faktorer som är av betydelse för sjuksköterskans somatiska omvårdnadsarbete. Några förslag på vidare forskning är att undersöka hur sjuksköterskans somatiska kunskaper bäst kan upprätthållas och utvecklas, samt hur samarbetet mellan psykiatrisk och somatisk sjukvård fungerar. Att undersöka hur patienter som vårdas inom psykiatrisk slutenvård upplever omhändertagandet av deras somatiska tillstånd skulle vara intressant för att få ett patientperspektiv av den somatiska omvårdnaden. Det kan även vara av intresse att upprepa denna studie, dock med fler avdelningar representerade samt med fler informanter.

## REFERENSER

Arlebrink, J. (2010). Etiska aspekter på tvångsvård. I I.Skärsäter. (Red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*, (s.401-424). Lund: Studentlitteratur AB.

Bowers, L., Haglund, K., Muir-Cochrane, E., Nijman, H., Simpson, A., & Van Der Merwe, M. (2010). Locked doors: a survey of patients, staff and visitors. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 17(10), 873-880. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01614.x

Currid, T. (2008). The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. *British Journal of Nursing*, 17(14), 880-884.

De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D-M., Newcomer, J-W., Uwakwe, R., Asai, I., Möller, H-J., Gautam, S., Detraux, J. & 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.

Fagerberg, I. (2004). Registered Nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 284-291.

Finnström, B. (2010). Den professionella sjuksköterskan i dagens vård. I E. Dahlborg-Lyckhage. (Red.), *Att bli sjuksköterska*(s.59-82). Lund: Studentlitteratur AB.

Fourie, W., McDonald, S., Connor, J., & Bartlett, S. (2005). The role of the registered nurse in an acute mental health inpatient setting in New Zealand: perceptions versus reality. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(2), 134-141.

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

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

Haglund, K., von Knorring, L., & von Essen, L. (2006). Psychiatric wards with locked doors--advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 387-394.

Handsley, S., & Stocks, S. (2009). Sociology and nursing: role performance in a psychiatric setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1), 26-34. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00571.x

Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622-631. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x

Lindqvist, P. (2012). *Människan i den slutna psykiatriska vården*. Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, (s.159-21). Lund: Studentlitteratur AB.

Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndeti, D., & Roberts, L. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *International Review Of Psychiatry*, 22(3), 235-244. doi:10.3109/09540261.2010.485273

Nocon, A., & Owen, J. (2006). Unequal treatment. *Mental Health Today* (Brighton, England), 27-30.

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

Pegram, A. & Bloomfield, J. (2010). Wound care: principles of aseptic technique. *Mental Health Practice*, 14(2), 14-18.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.



Psykiatrisk vård. (u.å.) I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 1 mars, 2013, från <http://www.ne.se/psykiatrisk-vård>

Robson, D. & Haddad, M. (2012). Mental health nurses' attitudes towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness: the development of a measurement tool. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 72-83.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Västerås: Sveriges Riksdag. Från: <http://rkrattsdatab.gov.se/SFSdoc/10/100659.PDF>

Sjöström, N. (2010). Suicid. I I.Skärsäter. (Red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*, (s.213-232). Lund: Studentlitteratur AB.

Skärsäter, I. (2010). Inledning. I I.Skärsäter. (Red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*, (s.17-21). Lund: Studentlitteratur AB.

Skärsäter, I. (2010). Förstämmningssyndrom. I I.Skärsäter. (Red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*, (s.67-93). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnr: 2005-105-1.

Socialstyrelsen.(2009). *Nationella indikationer för God vård: – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Artikelnr: 2009-11-5.

Socialstyrelsen. (2010). *Öppna jämförelser och utvärdering 2010: Psykiatrisk vård – Ett steg på vägen*. Artikelnr: 2010-6-6. Västerås: Edita Västra Aros

Socialstyrelsen. (2011). *Lägesrapport 2011: Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Artikelnr: 2011-2-1.

Soma. (u.å.) I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 1 mars, 2013, från <http://www.ne.se/soma/311569>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från:

<http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> den 5 februari 2013.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. ISBN-nr: 978-91-8560-16-0. Stockholm: Brommatyck & Brolins AB

Topor, A. & Denhov, A. (2008). Att arbeta evidensbaserat – en introduktion om erfarenhet, praktik och vetenskap. Psykiatri Södra Stockholm, SLSO och FoU-enheten. Från:

[http://www.psykiatrin Sodra.se/assets/plugins/tinymce3201/jscripts/tiny\\_mce/plugins/filemanager/files/Dokument/Att\\_arbeta\\_evidensbaseratTopor\\_Denhov.pdf](http://www.psykiatrin Sodra.se/assets/plugins/tinymce3201/jscripts/tiny_mce/plugins/filemanager/files/Dokument/Att_arbeta_evidensbaseratTopor_Denhov.pdf)

Tu vesson, H., Eklund, M., & Wann-Hansson, C. (2012). Stress of Conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nursing Ethics*, 19(2), 208-219. doi:10.1177/0969733011419239

van der Voort, T., van Meijel, B., Goossens, P., Renes, J., Beekman, A., & Kupka, R. (2011). Collaborative care for patients with bipolar disorder: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11133. doi:10.1186/1471-244X-11-133

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

White, J., Gray, R., & Jones, M. (2009). The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 16(5), 493-498. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01375.x

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Johanneshov: TPB.

Willman, A. Hälsa och välbefinnande (2009). I Edberg, A-K & Wijk, H.(red.). *Grundläggande omvårdnad, Hälsa och ohälsa*, (s. 27-43) Lund: Studentlitteratur

# BILAGOR

## Bilaga 1 – Informationsbrev deltagare



### RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA

- utbildning & forskning inom vårdområdet

## Informationsbrev

**Preliminärt namn:** Omvårdnad inom psykiatrisk slutenvård – En empirisk studie om sjuksköterskors upplevelse att vårda patienter med psykiska sjukdomar och somatiska tillstånd

**Studieansvariga:**

Sophie Lallet, [soplvk11@rkh.se](mailto:soplvk11@rkh.se)

Angeline Agius, [anagvk11@rkh.se](mailto:anagvk11@rkh.se)

**Handledare:**

Vi heter Sophie Lallet och Angeline Agius 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 undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med psykiska sjukdomar och somatiska tillstånd.

Datansamlingen kommer att ske med hjälp av individuella intervjuer. Efter att du har anmält intresse för att delta i studien kommer du att kontaktas av oss för att bestämma tid och plats för intervjun. Intervjun beräknas ta ca 1 timme. Inför intervjun får du gärna ha funderat över en specifik omvårdnadssituation där du har vårdat en patient med somatiska tillstånd, dock är detta inget krav för att medverka i studien. Intervjun kommer att spelas in på band för att säkerställa att all information kommer med. De bandinspelningar som görs i denna studie kommer i sin helhet enbart att vara tillgängliga för oss, Sophie Lallet och Angeline Agius, samt vår handledare. 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.

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.

Kontakta oss gärna via mail om du önskar ytterligare information eller om du har några frågor, mailadresserna hittar du högst upp i detta brev

**Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien!**

## Bilaga 2 – Samtyckesblankett deltagare



**RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet

### Samtycke

**Preliminärt namn:** Omvårdnad inom psykiatrisk slutenvård – En empirisk studie om sjuksköterskors upplevelse att vårda patienter med psykiska sjukdomar och somatiska tillstånd

**Studieansvariga:**

Sophie Lallet, [soplvk11@rkh.se](mailto:soplvk11@rkh.se)

Angeline Agius, [anagvk11@rkh.se](mailto:anagvk11@rkh.se)

**Handledare:**

**Jag har tagit del av den skriftliga informationen om studien. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.**

**Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående studie:**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Deltagarens underskrift:** \_\_\_\_\_

## Bilaga 3 – Intervjuguide

### Standardfrågor

1. Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?
2. Hur länge har du arbetat inom psykiatri?
3. Har du en specialistutbildning inom psykiatri?
4. Har du arbetat inom somatiken tidigare?
  - Om JA, var och hur länge?
5. Vilken typ av avdelning arbetar du på?
  - Patientgrupp, vårdtid etc..

### Huvudfrågor:

1. Hur ser du på förhållandet mellan kropp och själ?
2. Hur upplever du det att vårda patienter som har både psykiska sjukdomar och somatiska tillstånd på din avdelning?
3. Hur upplever du omvårdnadsarbetet på din avdelning?
4. Vad betyder evidensbaserad omvårdnad för dig?
5. Uppmuntras du/ni att arbeta evidensbaserat av närmaste chefer/ arbetskollegor?
6. Hur upplever du att resurserna (material) är på din avdelning för att vårda patienter med somatiska tillstånd?
7. Hur ser du på behovet av fortbildning gällande omvårdnad av somatiska tillstånd?

### Avslutande frågor:

1. I informationsbrevet fick du frågan att fundera på en omvårdnadssituation där du vårdat en patient med ett somatiskt tillstånd. Kan du beskriva den situationen?
2. Hur känner du inför tanken att börja arbeta inom somatiken?