UPPLEVELSER AV ATT VÅRDA PATIENTER MED PSYKISK OHÄLSA INOM SOMATISK VÅRD

Allmän Litteraturstudie

AMANDA JONSSON
REBECCA LINDHOLM

Huvudområde: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Sjuksköterskeprogrammet
Kursnamn: Examensarbete i vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Kurskod: VAE209

Handledare: Susanne Eriksson
Examinator: Christina Andreae
Seminariedatum: 2023-12-15
Betygsdatum: 2023-12-29
SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Psykisk ohälsa hos befolkningen har ökat och personer med psykisk och fysisk samsjuklighet har en ökad risk att dö upp till 20 år tidigare på grund av fysiska sjukdomar. Det förekommer stigmatiserande attityder mot dessa patienter inom vården och på grund av sin psykiska ohälsa blir de bemötta annorlunda och riskerar att bli utan god somatisk vård. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med psykisk ohälsa inom somatisk vård. **Metod:** En allmän litteraturstudie med beskrivande syntes av 12 kvalitativa artiklar. **Resultat:** 3 teman och 7 subteman framkom. Första temat beskriver känslor som uppstod i mötet med patienter, andra temat lyfter kompetens av att vårda patienter med psykisk ohälsa och tredje temat hur vårdmiljön påverkade möjligheten till god vård för dessa patienter. **Slutsats:** Sjuksköterskor upplevde svårigheter att utföra god vård till patienter med psykisk ohälsa under samtliga teman. Sjuksköterskor hade en önskan att utveckla sin kompetens för att kunna hjälpa dessa patienter. Trots orsaker på arbetsplatsen som sjuksköterskor själva har svårt att ändra på, försökte sjuksköterskor anpassa sig och tillgodose de behov som patienter med psykisk ohälsa hade.

**Nyckelord:** Erfarenheter, Litteraturstudie, Psykisk ohälsa, Samsjuklighet, Sjukhusvård, Sjuksköterskeperspektiv.
ABSTRACT

Background: Population with mental illness has increased and people with mental and physical comorbidity have an increased risk of dying up to 20 years earlier due to physical diseases. There are stigmatizing attitudes towards these patients in health care and because of their mental illness they are treated differently and risk being without good somatic care. Aim: To describe nurses’ experiences of caring for patients with mental illness in somatic care.

Method: General literature review with descriptive synthesis of 12 qualitative articles. Results: 3 themes and 7 subthemes emerged. First theme describes feelings that arose in the meeting with patients, second theme highlights the competence of caring for patients with mental illness and the third theme how care environment affected the possibility of good care for these patients. Conclusion: Nurses experienced difficulties in providing good care to patients with mental illness under all themes. Nurses had a desire to develop their skills to be able to help these patients. Despite causes in the workplace that nurses themselves found difficult to change, nurses tried to adapt and meet the needs of patients with mental illness.

Keywords: Comorbidity, Experiences, Hospital care, Mental illness, Nursing perspective, Literature review.
### INNEHÅLL

1 **INLEDNING** .................................................................................................................................................................................. 1

2 **BAKGRUND** .................................................................................................................................................................................. 1

   2.1 Psykisk ohälsa ........................................................................................................................................................................ 1

      2.1.1 Orsaker till psykisk ohälsa ........................................................................................................................................ 2

      2.1.2 Samsjuklighet vid psykisk ohälsa ................................................................................................................................. 2

   2.2 Stigmatisering .......................................................................................................................................................................... 3

      2.2.1 Vad är stigma ..................................................................................................................................................................... 3

      2.2.2 Stigmatisering mot patienter med psykisk ohälsa ............................................................................................................ 4

   2.3 Somatisk vård ur andras perspektiv ....................................................................................................................................... 4

      2.3.1 Vård till patienter med psykisk ohälsa ur läkares perspektiv ............................................................................................ 4

      2.3.2 Patienter med psykisk ohälsas perspektiv ........................................................................................................................... 5

   2.4 Vårdvetenskapligt perspektiv ............................................................................................................................................... 6

   2.5 Styrdokument ............................................................................................................................................................................ 6

   2.6 Problemformulering ................................................................................................................................................................. 7

3 **SYFTE** ......................................................................................................................................................................................... 8

4 **METOD** ..................................................................................................................................................................................... 8

   4.1 Datainsamling och Urval ......................................................................................................................................................... 8

   4.2 Genomförande och analys ....................................................................................................................................................... 10

   4.3 Etiska överväganden ............................................................................................................................................................... 11

5 **RESULTAT** .................................................................................................................................................................................. 12

   5.1 Känslor ..................................................................................................................................................................................... 12

      5.1.1 Fara .................................................................................................................................................................................... 13

      5.1.2 Frustration ....................................................................................................................................................................... 13

      5.1.3 Missmod .......................................................................................................................................................................... 14

   5.2 Kompetens .............................................................................................................................................................................. 15

      5.2.1 Kommunikation ............................................................................................................................................................... 15

      5.2.2 Förkunskap ....................................................................................................................................................................... 16
1 INLEDNING

Detta arbete har sin kärna i att möta och vårda patienter med psykisk ohälsa inom somatiska vårdsmarke. Vi blev intresserade av detta ämne under sjuksköterskeutbildningens verksamhetsförlagda utbildning, då vi båda har stött på situationer där sjuksköterskor möter patienter med psykisk ohälsa oavsett vart de arbetar och inte endast inom psykiatriska vårdsituationer. Under praktiken kunde vi få information om att inte gå in till vissa patienter ensam och vara försiktiga då patienter kan bli aggressiva och vara farliga. Det kunde även vara lite obefogat att vårda dessa patienter då vi inte visste vad de kunde göra mot oss när vårdinsatser skulle utföras till dem. Det ledde till en nyfikenhet om hur vi bäst kunde bemöta och hjälpa dessa patienter. Vi kände att vi bara hade skrapat på ytan av dessa erfarenheter och ville gärna fördjupa våra kunskaper för att få en bättre förståelse, vilket det gavs en möjlighet till genom examensarbetet.


2 BAKGRUND

Under bakgrunden kommer psykisk ohälsa, stigmatisering och somatisk vård ur andras perspektiv att beskrivas. Vidare kommer även det valda vårdvetenskapligt perspektiv, relevanta styrtdokument och avslutningsvis arbetets problemformulering att presenteras.

De centrala begreppen för detta arbete, vilka är: psykisk ohälsa, stigmatisering och somatisk vård definieras löpande under respektive rubrik

2.1 Psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten definierar psykisk hälsa som ett paraplybegrepp som innefattar hälsa, välbefinning och funktionsförmåga men även en god psykisk hälsa och psykisk ohälsa

### 2.1.1 Orsaker till psykisk ohälsa

Orsaker till psykisk ohälsa kan vara ärftliga faktorer såsom olika gener, skador eller degenerering av nervceller, obalans i hjärnans produktion av signalämnen och upptag av dessa (National Institute of Mental Health [NIMH], 2020). Något som också kan påverka uppkomsten av psykisk ohälsa är stress där det utifrån stress-sårbarhetsmodellen innebär att de individer som har större sårbarhet utsätts för större risk att drabbas av psykisk ohälsa vid stress. Individers tidigare erfarenheter spelar in för hur de kan hantera olika stress-påfrestningar och att deras personlighet och karaktärsdrag också kan påverka den psykiska hälsan till för- eller nackdelar. Stress kan påverka många av kroppens organ och funktioner negativt och i längden leda till sjukdomar i hjärta, cirkulation, hjärna, immunförsvar och endokrina systemet (Gispen-de Wied & Jansen, 2002). Fysiska sjukdomar kan också leda till psykisk ohälsa, vid artros kan livskvaliteten bli påverkad och det kan vara både fysiska och psykiska påfrestningar som kan leda till att man får depression. Vidare har patienter med kranskärllsjukdom samt KOL (Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom) en ökad risk för att få depression (Andriopoulos m.fl., 2013).

### 2.1.2 Samsjuklighet vid psykisk ohälsa

Somatiska problem uppstår hos individer med psykisk ohälsa och behöver uppsöka sjukvård för dessa. Dock dör individer med psykisk ohälsa upp till så mycket som 20 år tidigare av fysiska tillstånd som går att förebygga i jämförelse mot individer utan psykisk ohälsa (WHO, 2021; Lesage m.fl., 2015). För tidig död är något som skulle kunna reduceras genom att fokusera på
samsjuklighet hos individer med psykisk ohälsa då detta visar sig vara något som ofta förbises (WHO, 2019b). De största faktorerna för ökad dödlighet är kardiovaskulära sjukdomar och cancer som gör att förhindra når det kommer till samsjuklighet (Lesage m.fl., 2015). Individer med psykisk ohälsa har en ökad risk att få hjärt- och kärlsjukdomar och metabola syndrom varav ohälsosamma levnadsvanor är bidragande orsaker (Svensk sjuksköterskeförening, 2020). I genomsnitt har individer med psykisk ohälsa ungefär tre somatiska hälso problem och att det finns en tendens till att dessa individer inte alltid kan urskilja sina egna besvär som somatiska och söker därmed inte hjälp för dessa (Van Hasselt m.fl., 2013). En annan orsak till samsjuklighet är på grund av de mediciner som tas vid psykisk ohälsa där ett exempel är antipsykotisk medicin som kan leda till metabola sjukdomar såsom diabetes eftersom läkemedlet kan orsaka insulinresistens men även att individer ofta ökar i vikt (Nadjidai m.fl., 2020). En grupp patienter med psykisk ohälsa jämförs mot en grupp patienter utan psykisk ohälsa där resultatet visar att trots båda grupperna hade samma antal förekomster av hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och förhöjt blodtryck i ett tidigare test så är patienter med psykisk ohälsa oftare underdiagnostiserade av läkare i dessa sjukdomar. Vidare är dessa patienter med psykisk ohälsa oftare utan mediciner för sina sjukdomar och även oftare utan förebyggande åtgärder såsom kostrådgivning och rökavvänjningshjälp. Studien visar att somatisk samsjuklighet inte vårdas lika hos dessa två grupper och att patienter med psykisk ohälsa inte alltid får vård för sina somatiska sjukdomar (Briskman m.fl., 2012).

2.2 Stigmatisering

Stigmatisering förekommer i hela världen och är en orsak till bristande vård inom hälso- och sjukvården. Patienter med psykisk ohälsa får inte likvärdig vård och en faktor är stigmatisering mot dem från hälso- och sjukvårdspersonal. I detta stycke förklaras det vidare på vad stigma är, hur det utövas mot patienter med psykisk ohälsa inom vård och nämner kort hur samhället i sig har en inverkan på synen på psykisk ohälsa.

2.2.1 Vad är stigma

2.2.2 **Stigmatisering mot patienter med psykisk ohälsa**

Stigman förekommer i hela världen men att det skiljer sig mellan länder och hur det uttrycks (Winkler m.fl., 2016). Trots förekomst av stigman har svenska invånare mer positiva attityder mot individer med psykisk ohälsa i jämförelse mot tjeckiska invånare. Exempel är att svenska invånare är mindre rädda för denna grupp, är mer villiga att bo nära eller grannar med dem och anser att de är mindre farliga (Högberg m.fl., 2012; Winkler m.fl., 2016). Trots exponering och mycket kunskap hos vårdpersonal så förekommer stigmatisering mot patienter med psykisk ohälsa och att det kan ha en negativ inverkan på vården som ges. De fortsätter med att den evidensbaserade vården inte alltid implementeras och utvecklas när vårdpersonal har negativa synsätt och föreställningar (Hansson m.fl., 2013). Stigman i samhället, såsom ansedd farlighet och ovilja att umgås eller möta individer med psykisk ohälsa har en negativ påverkan när det kommer till självkänsla och självförtroende hos individer med psykisk ohälsa (Högberg m.fl., 2012; Bipeta m.fl., 2020). Stigmatisering kan leda till rädsla att bli kategoriserad, diskriminerad och socialt isolerad vilket också var några av orsakerna varför några av studiedeltagarna valde att inte eller undvek att söka vård, då de inte ville bli illa bemött av vårdpersonal (Bipeta m.fl., 2020). Stigmatiserande attityder går att förbättra enligt en studie genom en direkt kontaktintervention. Det är flera punkter som måste följas för att interventionen ska vara effektiv. Det medför att trots upprepd kontakt med patienter med psykisk ohälsa förbättras inte stigmatiserande attityder hos vårdpersonal om det inte görs en korrekt utförd intervention (Martínez-Martínez m.fl., 2019).

2.3 **Somatisk vård ur andras perspektiv**


2.3.1 **Vård till patienter med psykisk ohälsa ur läkares perspektiv**

Patienter kommer oftast in för akuta infektioner eller liknande och fokuset i läkares arbete ligger i att behandla endast somatiska besvär. När sedan patienter med fysisk och psykisk samsjuklighet kommer in för somatisk vård upplever läkare svårigheter att våarda denna patientgrupp, då de sällan kommer i kontakt med psykisk ohälsa och inte vet hur de ska hantera situationer där psykiska sytom förhindrar utförandet av den fysiska vården (Jego m.fl., 2019). Vidare tar läkare upp att de också upplever svårigheter på grund av att deras kunskap, erfarenhet och resurser inte upplevs tillräcklig för denna patientgrupp (Loeb m.fl., 2012; Jego m.fl., 2019). Läkare känner även en frustration när de inte kan lista ut om patienters sytom är kopplat till den fysiska eller psykiska ohälsan. Det gör det svårare för dem att veta vad som är orsaken till
det aktuella problemet och försvårar att ge en korrekt behandling till patienter. De upplever även svårigheter att få vissa patienter med psykisk ohälsa att ta emot mediciner eller acceptera vård för deras somatiska besvär på grund av exempelvis paranoiditet (Loeb m.fl., 2012). Läkare upplever ett obehag att vårda patienter med psykisk ohälsa när dessa patienter presenterar psykiska symtom såsom psykoser och akuta vanföreställningar. De upplever även att patienter med dessa, klassat enligt läkare själva, allvarliga psykiska symtom ofta blir utan rätt eller tillräcklig vård och ofta skickas iväg till psykiska avdelningar eller sjukhus trots att patienter är inlagd för somatiska besvär (Jego m.fl., 2019). Läkare upplever att samarbete med personal från psykiska hälsoservice (mental health services) underlättar och stödjer deras arbete med att ge korrekt och god somatisk vård till patienter med psykisk ohälsa. Dessa läkare har antingen personal på plats eller kan ringa då de har behov för extra stöd (Loeb m.fl., 2012; Oud., 2007). Däremot upplever andra läkare svårigheter att få tag på personal från psykiska hälsoservice och få stöd vid behov vilket lett till att de ibland känner sig utelämnade och osäkra (Jego m.fl., 2019). Samtliga läkare uppskattar och finner det värdefullt att kunna rådfågo och ha samarbete med personal från psykiska hälsoservice när de vårdar patienter med psykisk och fysisk samsjuklighet. De vill gärna ha ett fortsatt ökat samarbete och även ha möjlighet till att vidareutbilda sig i bland annat kommunikationsverktyg och symptomdifferentiering mellan psykiska och somatiska symtom av personal från psykiska hälsoservice, vilket de upplever skulle kunna leda till ökad trygghet och korrekt somatisk vård till patienter med psykisk ohälsa (Loeb m.fl., 2012; Oud., 2007; Jego m.fl., 2019).

2.3.2 Patienter med psykisk ohälsas perspektiv

Patienter med psykisk ohälsa upplever att vårdpersonal är diskriminerande på flera olika sätt. Saker som nämnas var nonchalant och skeptiskt betende mot patienters besvär, domande gentemot patienter efter psykisk ohälsa blivit känd och en attityd där vårdpersonal inte är villiga att lyssna på patienter och inte trott på det patienter sagt (Morgan m.fl., 2016). Det sistnämnda är något som utvecklas, den tilltro som patienter med psykisk ohälsa har för vårdpersonal är dock, men försvinner snabbt när de utsätts för sådant beteende (Happell m.fl., 2016). Patienter med psykisk ohälsa upplever att de blivit skickade mellan avdelningar för att få vård men att inget samarbete funnits mellan avdelningarna vilket lett till att patienter inte fått rätt vård, utebliven vård eller medicinering (Björk Brämberg m.fl., 2018). Likaså upplever patienter att de blivit skickad vidare för att vårdpersonal vill undvika dem och inte behöva vårda dem på grund av deras psykiska ohälsa (Morgan m.fl., 2016). Ett annat problem är att patienter med psykisk ohälsa inte söker vård för deras somatiska symtom då de upplever att de inte blir tagna på allvar av vårdpersonal när de tar kontakt med sjukvården. En stor oro för patienter med psykisk ohälsa var att så fort vårdpersonal får reda på att de har psykisk ohälsa, skulle den psykiska sjukdomen prioriteras och användas som ramverk för att förklara de somatiska symtomen. Detta leder till att somatiska symtom kopplas ihop med den psykiska sjukdomen och en ordentlig undersökning uteblev (Björk Brämberg m.fl., 2018). Vidare har somatiska besvär och symtom förbisett så fort en psykisk sjukdom hos patienter blivit känd (Happell m.fl., 2016). Somatiska symtom relateras till den psykiska sjukdomen och tanken på att somatiska sjukdomar kan vara orsaken har förbisett helt och hållet, vilket lett till att somatiska symtom inte har undersömts eller behandlats (Happell m.fl., 2016; Morgan m.fl., 2016).
2.4 Vårdvetenskapligt perspektiv


Vårdprocessen bygger på en helhetssyn av människan som består av delarna kropp, själ och ande. Det innebär att tillgodose alla aspekter av människan oavsett om vårdbehovet är lokaliserat till en specifik kroppsdel. Genom att försöka förstå patienters livssituation i sin helhet och inte enbart från en enhet, kan en patients psykiska ohälsa bli sedd tillsammans med sin somatiska ohälsa och vårdas mer enhetligt som en människa. Vidare är det patienters egen hälsa som är den referens sjukvårdar ska utgå från och inte jämföras mot andra patienter, då allas upplevelse av hälsa är unik. Genom att upplevelsen av hälsa är unik behöver varje människa kunna få tillgång till individuell vård när ohälsa uppstår.


2.5 Styrdokument

I sjuksköterskors arbete finns det olika styrdokument och lagar att följa. En av dessa är Sjuksköterskors etiska kod som är en grund för att ge en vägledning för etisk övervägande, ställningstaganden och beslutsfattande i professionen. Sjuksköterskors etiska kod är fastställd av International Council of Nurses som är ett förbund för nationella sjuksköterskeföreningar. Koderna har inte för avsikt att ge svar på hur sjuksköterskor bör uppföra sig i en specifik situation utan består av riktlinjer som ska stödja sjuksköterskor i deras arbete. Det finns fyra
områden som omfattar dessa etiska koder: Sjuksköterskor och personer i behov av omvårdnad; Sjuksköterskor och yrkesutövning; Sjuksköterskor och professionen, samt Sjuksköterskor och global hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). I detta arbete kommer ett större fokus läggas på vissa av de etiska koder som återfinns i området Sjuksköterskor och personer i behov av omvårdnad. Dessa är: kod 1.3 som innebär att sjuksköterskor ska säkerställa att information som ges till patienter och närstående är korrekt och begriplig utifrån, bland annat, patienters språkliga, psykiska och fysiska behov. Detta för att stödja patienter till deras beslut om samtycke till vård och behandling; Kod 1.8 där sjuksköterskor ska visa bland annat respekt, rättvisa, omsorg, empati och tillit samt stödja och respektera patients värdighet och rättigheter; och kod 1.10 där sjuksköterskor ska ge evidensbaserad och personcenterad vård till alla faser i patients liv genom att använda sig av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).


2.6 Problemformulering

Inom somatisk vård möter sjuksköterskor patienter med olika hälsobakgrunder. Sjuksköterskor tar del av patienters hälsotillstånd och ska ge patienten den vård som passar bäst för just dem. Dock har tidigare forskning visat på att när patienter kommer in med samsjuklighet av psykisk ohälsa och somatiska sjukdomar blir vården ibland bristfällig och rätt vård kunnat uteblir för dessa patienter. Patienters erfarenheter visar att de upplever diskriminerande behandling och även undviker att söka vård för somatiska besvär då de inte upplever att de blir tagna på allvar på grund av sin psykiska ohälsa. Dessa patienter tillhör även en riskgrupp där de löper större risk i att dö tidigare av somatiska sjukdomar. Sjuksköterskor ska utifrån etiska koder ha en kompetens att se patienter i sin helhet, både det fysiska och psykiska, när vård ska utföras. Även det valda vårdvetenskapliga perspektivet berör vikten av att se patienters fysiska och psykiska delar tillsammans, vilket möjliggör att vårda patienter som en hel människa och tillgodose de unika omvårdnadsbehoven. När sjuksköterskor på somatiska vårdavdelningar saknar kunskap och förståelse för patienter med psykisk ohälsa förblir vården bristande och patienter har fortfarande ökad risk att dö tidigare av sina somatiska besvär. Genom att beskriva vilka upplevelser sjuksköterskor har av att vårda dessa patienter synliggörs områden som kan
förbättras och även möjliggör ökad kunskap om att ge patienter med psykisk ohälsa somatisk vård utifrån deras unika vårdbehov.

3 SYFTE

Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med psykisk ohälsa inom somatisk vård.

4 METOD


4.1 Datainsamling och Urval


Efter att urvalet skett kontrollerades artiklarna i ULRICHSWEB (2023) för att säkerställa att dessa hade genomgått en peer reviewed. Efter detta kvalitetsgranskade artiklarna med frågor av Friberg granskningssågr från Fribergs granskningssågr för kvalitativa artiklar där dessa gav en bra grund för vad som ska undersökas i en kvalitetsgranskning (Friberg, 2022b). Alla öppna frågor från Fribergs granskningssågr justerades om för att kunna besvara dem med Ja och NEJ då det gav en tydligare översikt. Frågorna kunde besvaras med JA eller NEJ och för varje JA fick artikeln 1 poäng och NEJ gav 0 poäng. Det var totalt 14 frågor och poänggränsen var 0–4 poäng för låg kvalitet, 5–9 poäng för medel kvalitet och 10–14 poäng för god kvalitet (se Bilaga B).
Kvalitetsgranskning). Samtliga artiklar som genomgått kvalitetsgranskning och bedömdes ha god kvalité inkluderades i detta arbete och sammanställdes i en artikelmatris (Se Bilaga C. Artikelmatris). Avslutningsvis för att se över om relevanta artiklar har missats inom området under sökprocessen i datainsamlingen användes databasen PubMeds funktion “similar articles” där en sökning gjordes på samtliga artiklar med god kvalitet i kvalitetsgranskningen. Likaså användes PubMeds funktion “cited by” där det går att se vilka andra författare som har citerat de artiklar som fått god kvalitet på kvalitetsgranskningen för att hitta liknande artiklar (se Bilaga A: Sökmatri.

4.2 Genomförande och analys


I fjärde fasens två steg beskrev alla teman och subteman i text. För att avgöra om beskrivningen är korrekt återkopplade innehållet tillbaka till sin originalforskning för att säkerställa korrekthet. Exempel från originalforskningen skrevs in i de olika teman för att stärka fynden som framkommit (Evans, 2002). Efter att teman och subteman fastställdes beskrev dessa i text genom att referera fenomenets nyckelfynd till artiklarna. I varje subtema citerades även minst ett nyckelfynd för att stärka att subteman var korrekt förstått. Dessa lästes igenom vid
äterkommande tillfällen och diskuteras för att säkerställa att artiklarnas helhet samt detaljer blev korrekt presenterade i fenomenet.

Tabell 1: Exempel på nyckelfynd

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nyckelfynd</th>
<th>Tema</th>
<th>Subtema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>The lack of communication skills and confidence toward psychiatric patients in nurses affects their willingness to care.</td>
<td>Kompetens</td>
<td>Kommunikation</td>
</tr>
<tr>
<td>The nurse felt unprepared for the challenges of caring for a mentally ill patient in a general hospital setting.</td>
<td>Försörjning</td>
<td>Förkunskap</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4.3 Etiska överväganden


stämmer överens med de valda artiklarnas innehåll. Författarna har även valt ut nyckelfynd tillsammans under diskussion för att undvika enbart ett perspektiv, egna tidigare erfarenheter och egna värderingar i sökandet av nyckelfynd och därmed försöka förebygga från ett förvrängt resultat på grund av författarnas förförståelse.

5 RESULTAT


Tabell 2: Tema och subtema

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tema</th>
<th>Subtema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Känslor</td>
<td>Fara</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Frustration</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Missmod</td>
</tr>
<tr>
<td>Kompetens</td>
<td>Kommunikation</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Förkunskap</td>
</tr>
<tr>
<td>Vårdmiljön</td>
<td>Fysiska miljön</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tid</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.1 Känslor

När sjuksköterskor skulle utföra vård till patienter med psykisk och somatisk samsjuklighet uppstod det upplevelser i mötet med dessa patienter. Första subtemat beskriver hur sjuksköterskor upplever att de är i fara på grund av hur patienter beter sig. Det andra temat beskriver hur sjuksköterskor upplever frustration av att ge somatisk vård till dessa patienter. Varav det sista subtemat Missmod beskrev bland annat den hopplöshet sjuksköterskor kan känna av att vårda patienter med samsjuklighet.
5.1.1 Fara

Sjuksköterskor upplevde flera gånger att de kunde utsättas för fara eller var i fara när de skulle utföra somatisk vård till patienter med psykisk ohälsa. Denna upplevelse framkom då patienter betedde sig hotfullt, aggressivt, krävande och oförutsägbara, likväl som när de försökte attackera sjuksköterskor eller annan personal (Alwar & Addis, 2022; Brunero m.fl., 2017; Chou & Tseng, 2020; MacNeela m.fl., 2012; Poggenpoel m.fl., 2011). Dessa patienter kunde exempelvis börja slåss, bitas och greppa tag i sjuksköterskor. Denna upplevelse av att vara i fara ledde till känsla av rädsla för att vara i närheten av patienter med psykisk ohälsa (Alwar & Addis, 2022; Chou & Tseng, 2020; Poggenpoel m.fl., 2011; Zolnierek & Clingerman, 2012). Sjuksköterskor upplevde att andra patienter kunde bli utsatta för fara och riskerade att skadas, vilket skapade oro för inte bara sjuksköterskors egen utan även för andra patienters säkerhet (Alwar & Addis, 2022; Brunero m.fl. 2017; Chou & Tseng, 2020; Holmberg m.fl., 2020; Poggenpoel m.fl., 2011). Denna oro för andra patienters säkerhet kunde vara emotionellt krävande och i längden kunde leda till utbrändhet hos sjuksköterskor (Poggenpoel m.fl., 2011). Sjuksköterskor upplevde att fara mot sin egen och andra patienters säkerhet skapade rädsla och stress i mötet med patienter med psykisk ohälsa, men även att sjuksköterskor ville undvika dessa patienter. Detta kunde hindra en öppenhet att nå patienter med psykisk ohälsa, vilket ledde till risken att viktiga saker kunde missas i bedömning av patienten och även kunde påverka vården som gavs till dessa patienter (Alwar & Addis, 2022; Holmberg m.fl., 2020; Rivera-Segarra m.fl, 2019). “Hence, the respondents then needed to safeguard their own and others’ safety when the patient might behave threateningly or violently, having a negative impact on the openness in the patient assessment.” (Holmberg m.fl., 2020, s. 157). Sjuksköterskors upplevelse av fara gjorde att de behövde konstant vara medvetna om säkerheten när de skulle utföra vård till patienter med psykisk ohälsa. Detta inte endast för sin egen och andra patienters säkerhet, utan också för patienter med psykisk ohälsa egna skull eftersom de riskerar att skada sig själva (Holmberg m.fl., 2020; Zolnierek & Clingerman, 2012).

5.1.2 Frustration

Frustration var också en upplevelse som togs upp flera gånger av sjuksköterskor. Deras frustration kom från när patienter med psykisk ohälsa var fysiskt och verbalt kräkande, osamarbetsvilliga och hade oförutsägbara beteende. Patienter kunde även vara svåra att hantera, samt hade andra åsikter om hur sjukhus skulle fungera vilket gick emot sjuksköterskors syn angående hur vård på sjukhus fungerar (Aebi m.fl., 2021; Alwar & Addis, 2022; Chou & Tseng, 2020; Brunero m.fl., 2017; Poggenpoel m.fl., 2011).

“In this research it was evident that mental health challenges played a role in a patients behaviour and this was probably the cause of frustration for RNs who did not have the knowledge and skills to manage such behaviours. ... They found these patients to be unpredictable and disruptive and difficult to cope with.” (Poggenpoel m.fl., 2011, s. 953)

Sjuksköterskor kände behov av att alltid övervaka patienter då det oförutsägbara beteendet från patienter orsakade störning på avdelningar vilket ledde till en känsla av brist på kontroll över situationen (Brunero m.fl., 2017; MacNeela m.fl., 2012; Poggenpoel m.fl., 2011; Zolnierek &
Clingerman, 2012). Sjuksköterskor upplevde frustration av att patienter med psykisk ohälsa skrek, svor och argumenterar mot sjuksköterskor under behandlingar och samtal (Alwar & Addis, 2022; Chou & Tseng, 2020; Poggenpoel m.fl., 2011). När sjuksköterskor undersökte patienter med psykisk ohälsa som svor och var otrevliga blev de frustrerade på dessa patienter samt förlorade både empati och tålmod (Poggenpoel m.fl., 201; Holmberg m.fl., 2020). Sjuksköterskor upplevde frustration samt ilska och stress av att de inte kunde utföra sina vårduppgifter, att vårdkvaliteten blev negativt påverkad och att det inte var en del av deras roll att avleda eller kontrollera oförutsägbar beteende (Alwar & Addis, 2022; Brunero m.fl., 2017; Poggenpoel m.fl., 2011). Frustration och ovilja att ge somatisk vård till patienter med psykisk ohälsa uppstod när det förekom konflikter mellan sjuksköterskor och patienter. Det var många olika negativa känslor uppstod hos sjuksköterskor, vilket ledde till att de tappade humöret mot dessa patienter vid konflikter och kunde säga åt patienter att hålla tyst när patienter skrek åt dem (Aebi m.fl., 2021; Alwar & Addis, 2022; Chou & Tseng, 2020; Poggenpoel m.fl., 2011). Men sjuksköterskor försökte även hantera sina känslor mot patienter för att undvika att konflikter med dessa patienter blev värre (Alwar & Addis, 2022).

5.1.3 Missmod

Sjuksköterskor upplevde missmod när de vårdade patienter med psykisk och somatisk samsjuklighet då de hade sämre behandlingsresultat och ofta kom tillbaka. Detta ansåg sjuksköterskor att det hängde ihop med att patienter med psykisk ohälsa inte visade lika mycket följsamhet eller engagemang i sin egen vård (Aebi m.fl., 2021; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; Zolnierek & Clingerman, 2012). Konsekvensen till att dessa patienter inte har lika mycket följsamhet syns i “As stated by our interviewees, patients suffering from mental–somatic multimorbidity were less likely to adhere to their somatic conditions treatment, leading to lower treatment success” (Aebi m.fl., 2021, s. 4). Sjuksköterskor upplevde att patienter med psykisk ohälsa har svårare att återhämta sig på ett socialt plan som gör att de kan fungera i samhället. Patienterna borde vara på ett boende där de kan få stöd och hjälp för att återhämta sig fysiskt (Rivera-Segarra m.fl., 2019). Upplevelser av missmod framkom hos sjuksköterskor när de inte kunde se att patienter bli bättre i sin hälsa. Patienter kom ofta tillbaka och sjuksköterskor kände att de fick någon tillfredsställelse då de såg att dessa patienter aldrig blev bra, de kände att de inte kunde hjälpa patienter med psykisk ohälsa. Sjuksköterskor kände även meningslöshet, de ansåg att det riktiga problemet inte blev behandlat hos patienter med psykisk och somatisk samsjuklighet, det psykiska behovet hos patienter blev inte tillräckligt tillgodosett. Sjuksköterskor ansåg att detta ledde till att patienter inte kan behålla sin fysiska hälsa och det blir en meningslös strävan att få patienterna bättre (Aebi m.fl., 2021; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; Zolnierek & Clingerman, 2012).

Sjuksköterskor kunde ibland kännas sig så pass emotionellt påverkade av att vårdade patienter med psykisk ohälsa att de tog med sig sina känslor från arbetet. Några exempel var att de kände sig oroliga för patienters hälsa efter utskrivning, mådde psykiskt dåligt från händelser som skett i vårdsituationer och kunde behöva prata om arbetet i terapisessioner (Foye m.fl., 2020; Zolnierek & Clingerman, 2012). “The discomfort was severe at times. The nurse describes experiencing moral distress as she participated in coercive treatment.” (Zolnierek & Clingerman, 2012, s. 231). Sjuksköterskor som mådde dåligt på arbetsplatsen kunde ha svårt att utföra sina uppgifter, att
hålla en professionell attityd och att förstå patienter med psykisk ohälsa, vilket i sin tur ledde till känsla av maktlöshet, osäkerhet och att vara utan stöd (Aebi m.fl., 2021; Poggenpoel m.fl., 2011). Stöd och samarbete från andra professioner kom inte så ofta eller uteblev trots att sjuksköterskor bad om hjälp. Detta innebar att det dröjde innan patienter blev diagnostiserade och fick rätt anpassad vård. Likaså kände sjuksköterskor att de behövde stöd från personer i position motsvarande enhetschef eller teamledare när de mådde dåligt eller saknade kunskap om psykisk ohälsa (Aebi m.fl., 2021; Alwar & Addis, 2022; Foye m.fl., 2020; Passos Pereira m.fl., 2019).

5.2 Kompetens

I detta tema lyfts två kompetenser hos sjuksköterskor när de skulle utföra somatisk vård till patienter med psykisk ohälsa. Första subtemat fokuserade på kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter och det andra temat Förkunskap tog upp hur utbildningar påverkar sjuksköterskors kunskap och erfarenhet av att vårdas patienter med psykisk ohälsa.

5.2.1 Kommunikation

Sjuksköterskor upplevde att det fanns svårigheter att kommunicera med patienter med psykisk ohälsa. Det saknades kunskap om vad som kan eller inte kan säga i samtal med patienter samt att det var brist på kommunikationsfärdsigheter. Det ledde till dåligt självförtroende hos sjuksköterskor och en ovillighet att vårdas dessa patienter (Chou & Tseng, 2020; Holmberg m.fl., 2020; Poggenpoel m.fl., 2011). Sjuksköterskor upplevde att säga fel saker kunde förvärra beteendet och göra patienter mer aggressiva. Detta ledde till att patienter kunde börja slåss och sparkas, inte för att de var fasthållna, utan enbart på grund av samtal (Brunero m.fl., 2017; Poggenpoel m.fl., 2011). I sin tur kunde det även leda till att både den psykiska och fysiska hälsan hos patienter kunde förvärras vilket återfinns i: “... particularly what nurses say and how they respond to patients with a mental illness can precipitate/cause future risky behaviour, resulting in deterioration of the patient’s mental health with likely consequences for their physical condition.” (Brunero m.fl., 2017, s. 618). Sjuksköterskor upplevde det även svårt att förstå eller lita på det patienter sa, antingen för att patienter pratade osammanhängande, mumlade, talade ett annat språk eller upprepade påhittade saker (Chou & Tseng, 2020; Holmberg m.fl., 2020). Det var svårt att utreda om patienters osammanhängande tal kom ur somatiska eller psykiska besvär. Det ledde till att problem som fanns hos patienter kunde förbises då sjuksköterskor inte hade kunskap om hur de skulle kommunicera med patienter (Holmberg m.fl., 2020). Kommunikationsfärdsigheter var något som sjuksköterskor upplevde som viktigt för att kunna bygga en relation med alla patienter, bara att det behövs mera bra kommunikation hos patienter med psykisk ohälsa för att skapa tillit i relationen (Alwar & Addis, 2022). När patienter inte kände trygghet och inte ville öppna sig för sjuksköterskor kunde sjuksköterskor erbjuda att komma tillbaka vid ett annat tillfälle för att respektera patienter. Det fanns även tillfället där samarbete mellan sjuksköterskor kunde underlätta vid kommunikationssvårigheter och patienter kunde få prata med en annan sjuksköterska (Aebi m.fl., 2021). Sjuksköterskor upplevde ett behov av arbetsplatsutbildningar om färdsigheter för hantering av patienter med psykisk ohälsa och kommunikationsfärdsigheter (Chou & Tseng, 2020; Poggenpoel m.fl., 2011). Med mer support och träning skulle sjuksköterskor klara av
kommunikation med patienter med psykisk ohälsa (Poggenpoel m.fl., 2011). Sjuksköterskor upplevde även att kommunikation kunde fungera bra. När kommunikationen fungerade bra mellan sjuksköterskor och patienter med psykisk ohälsa använde sig sjuksköterskor av personcentrerat vårdperspektiv, holistiskt synsätt, vänlighet och empati i samtalen (Alwar & Addis, 2022). Det var viktigt att lyssna på patienter och de lät det ta mer tid i samtalen även om det var hektiskt, vilket gjorde patienter lugnare och tryggare (Alwar & Addis, 2022; Holmberg m.fl., 2020).

5.2.2 Förkunskap

5.3 Vårdmiljön

Under detta tema tas två yttre förhållande upp. Första subtemat Fysiska miljön tar upp hur sjuksköterskor upplevde att sjukhusens och/eller avdelningarnas miljöer hade för effekt vid vård av patienter med psykisk ohälsa. Det andra subtemat Tid visar hur tillgången på tid kunde påverka möjligheten till att ge god vård.

5.3.1 Fysiska miljön

Sjuksköterskor upplevde den fysiska miljön som hektisk och överstimulerande för patienter med psykisk ohälsa. Det gick inte att sluta stimulera dessa patienter då de var ständigt utsatta för mycket intryck (Brunero m.fl. 2017; Passos Pereira m.fl., 2019). Det kunde vara mycket ljud och akuta fall kunde komma in till avdelningen med kort varsel vilket påverkade arbetsbelastningen för sjuksköterskor (Alwar & Addis, 2022). Det var svårt att ha en lugn miljö med lite stimuli i den öppna miljön på akutmottagningen. Avskildhet och stillhet var något som saknades enligt sjuksköterskor (Chou & Tseng, 2020; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). Britsarna var nära varandra på akutmottagningarna och andra personer runt omkring kunde höra samtalen (Chou & Tseng, 2020). Avsaknad av avskildhet lyfts även i stycket: “In addition to the limited time, insufficient privacy and tranquility was highlighted by the nurses.” (Aebi m.fl., 2021, s. 5). Exempel på avsaknad av avskildhet och stillhet var när sjuksköterskor försökte skapa en lämplig miljö för patienter med psykisk ohälsa eftersom att kunna sitta ner i stillhet och prata med patienten utan att bli avbruten var viktigt för sjuksköterskor (Aebi m.fl., 2021). Enligt erfarenheter hos sjuksköterskor var akutvården inte en miljö gjord för att handha och ge optimal vård till patienter med psykisk ohälsa (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; Poggenpoel m.fl., 2011). De ansåg att dessa patienter behövde vårdas i korrekt miljö, såsom lämplig psykiatrisk avdelning (Poggenpoel m.fl. (2011). Sjuksköterskor upplevde att familjemedlemmar till patienter med psykisk ohälsa inte hade utrymme till att följa med och vara sällskap. Det förhindrade de anhöriga att kunna stötta och hjälpa patienter med psykisk ohälsa när de skulle få vård (Passos Pereira m.fl., 2019). Sjuksköterskor upplevde även att det var många patienter per sjuksköterska att vårda (nurse-patient ratio) och det var hög arbetsbelastning. Det var svårt att hinna med alla arbetsuppgifter och samtidigt se till att alla patienters vårdbehov blev uppfyllda på akutmottagningen (Poggenpoel m.fl., 2011). För att lättare kunna observera patienter med psykisk ohälsa placerades de nära sjuksköterskeexpeditionen, dock var det även nära akutmottagningsdörrarna och patienter kunde lätt avvika om ingen anhörig hjälpte att ha uppsikt över patienten (Chou & Tseng, 2020). Även på medicinavdelningar upplevde sjuksköterskor att det fanns brister i säkerheten när det kommer till risker att patienter kan avvika från avdelningen. De lyfter att till skillnad från psykiatriska avdelningar som har säkerhetsdörrar som kan läsas, så finns det inte någon sådan möjlighet på deras avdelningar (Poggenpoel m.fl., 2011).

5.3.2 Tid

Sjuksköterskor upplevde att patienter med psykisk ohälsa inte alltid fick optimal vård för deras behov då de bara hann ge grundläggande fysisk vård, det behövdes mer tid vilket var en knapp
resurs (Aebi m.fl., 2021; Brunero m.fl. 2017; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). Det var även begränsat med tid under patientbesöken och patienter med psykisk och somatisk samsjuklighet hade ofta behov av mera tid i jämförelse med patienter som endast hade somatisk sjukdom. På grund av begränsningen av tid upplevde sjuksköterskor att undersökningar inte blivit utförda på önskvärt eller korrekt sätt och patienter fick inte optimal vård (Holmberg m.fl., 2020; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011).

“ED nurses were concerned and frustrated that clients with a mental illness are at times not receiving optimal care as a consequence of time issues in the ED which impact their ability to provide these clients with management that is specific to their needs.” (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011, s.176)


6 DISKUSSION

I detta stycke av arbetet kommer det ske en diskussion över sjuksköterskors upplevelser av att ge vård till patienter med psykisk ohälsa utifrån detta arbetes resultat som framträtt ur de valda artiklarna. Upplevelserna kopplas även till tidigare forskning för att utforska upplevelserna i ett djupare perspektiv. Därefter sker en diskussion över den metod som valts för arbetet, samt vad författarna för detta arbete försökt göra för att utföra en forskning av god kvalitet, för att sedan avslutas med en etisk diskussion.

6.1 Resultatdiskussion

I resultatet upplevde sjuksköterskor många olika känslor vid vård av patienter med psykisk ohälsa. Det som ofta återkom i flera av resultatets artiklar var att sjuksköterskor kände rädsla
över sin och andras säkerhet av att vårda dessa patienter. I likhet med tidigare forskning förekommer stigman där patienter med psykisk ohälsa anses farliga och det förekommer ovilja att umgås med dessa patienter (Högberg m.fl., 2012; Bipeta m.fl., 2020). Patienter med psykiska ohälsa upplever att de skickas vidare för att vårdpersonal vill undvika och slippa vårda dem (Morgan m.fl., 2016). I resultatet upplevde sjukköterskor dessa patienter som farliga då de kunde börja utöva våld och bete sig hotfullt vilket ledde till att sjukköterskor konstant behövde vara vaksamma och tänka på säkerheten. Dessa patienter undveks och en öppenhet hindrades mellan sjukköterskor och patienter med psykisk ohälsa, och viktiga saker kunde missas i bedömningar och vid vård. I tidigare forskning lyfts att stigma innebär att en individ har negativa attityder som förtryck, fördomar och diskriminering mot andra personer (Perry m.fl., 2020). Konsekvensen av detta är att evidensbaserad vård inte alltid utförs till vissa patienter på grund av dessa negativa attityder mot patienten (Hansson m.fl., 2013).

Resultatet visade att sjukköterskor upplevde att patienter med psykisk ohälsa inte blev bättre i sin hälsa och återkom till sjukhuset. Det riktiga problemet blev inte behandlat och det psykiska vårdbehovet blev inte tillräckligt tillgododiset vid somatisk vård av dessa patienter, som då inte kunde behålla sin återhämtade fysiska hälsa från vårdtillfället och återkom till sjukhuset. Till skillnad mot resultatet, där den psykiska ohälsan blir förbisett hos patienter, beskriver det i tidigare forskning att det var somatiska symtom som kan bli förbisedda när det blir känt att patienter har psykisk ohälsa (Happell m.fl., 2016). De somatiska symtomen kopplas ihop med den psykiska ohälsan och det förbisågs att det kan vara somatiska sjukdomar som orsakar besvären (Björk Brämberg m.fl., 2018; Happell m.fl., 2016; Morgan m.fl., 2016). Trots att det var det somatiska hälsoproblem som förbisågs i tidigare forskning gav det i likhet med resultatet en effekt av att patienter inte sågs i sin helhet. I både tidigare forskning och resultatet fick patienter med psykisk ohälsa inte sina symtom och besvär tillräckligt undersökta och behandlade. Utifrån Erikssons vårdteoretiska perspektiv av begreppet människa ska patienter ses i sin helhet utifrån delarna kropp, själ och ande. Vilket innebär att både fysiska och psykiska aspekter ska beaktas tillsammans och vårdas enhetligt som en människa, oavsett om problemet är centrerat till en specifik kroppsdel (Eriksson, 2014). Detta leder i båda fallen att dessa patienter inte får sina vårdbehov tillgododet och inte återfår sin hälsa. I resultatet gav detta upphov till att sjukköterskor upplevde missmod, hopplöshet och saknade tillfredsställelse när de vårdade patienter och aldrig fick de bli bättre i sin hälsa. Sjukköterskor kände att de inte kunde hjälpa patienter med psykisk ohälsa i deras vård.

I resultatet var upplevelse av frustration något som var kopplat till hur patienter med psykisk ohälsa betedde sig mot sjukköterskor. Det var när patienter betedde sig verbalt kräkande så som att de skrek och svor, hade oförutsägbar beteende och var osamarbetsvilliga. I tidigare forskning upplever även läkare frustration när patienter med psykisk ohälsa är osamarbetsvilliga och de inte vill ta emot mediciner eller acceptera vård på grund av sin psykiska ohälsa (Loeb m.fl., 2012). I resultatet blev sjukköterskor påverkade av patienter med psykisk ohälsa som svor och var otrevliga, de blev frustrerade på dessa patienter och förlorade empati och tålmod. Det uppstod även frustration och ovilja att vårda dessa patienter när det förekom konflikter. Sjukköterskor kände att de inte kunde utföra sina uppgifter och att vården till patienter blev påverkad negativt. I tidigare forskning upplever patienter med psykisk ohälsa att vårdpersonal har ett skeptiskt och dömande beteende gentemot dem efter att deras psykiska ohälsa blivit känd. När psykisk ohälsa blir känd hos patienter ändras vårdpersonalens beteende mot dessa

I resultatet upplevde sjuksköterskor att de var otillräckligt förberedda att vårda patienter med psykisk ohälsa då deras tidigare utbildning och erfarenheter inte var tillräckliga. Den teoretiska utbildningen skilde sig från verkligheten och otillräcklig utbildning om samsjuklighet ledde till att sjuksköterskor kunde göra bristande eller felaktiga bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov, samt svårigheter att integrera med dessa patienter. I tidigare forskning visar även läkare att de upplever svårigheter att ge vård till patienter med psykisk ohälsa och sjuksköterskor kan påverka varandra negativt vilket kan leda till att vården som utförs inte blir av lika god kvalité. Eriksson lyfter att sjuksköterskors kunskap om människa och hälsa kan ha en direkt inverkan på hur vårdprocessens utförande. Förutbestämda negativa attityder, såsom stigman, kan göra att datainsamling för patientanalysen baseras på sjuksköterskor värderingar och normer istället för att vara objektiv och utgå från patienters unika omvårdnadsbehov (Eriksson, 2014).

I resultatet upplevde sjuksköterskor att de var otillräckligt förberedda att vårda patienter med psykisk ohälsa då deras tidigare utbildning och erfarenheter inte var tillräckliga. Den teoretiska utbildningen skilde sig från verkligheten och otillräcklig utbildning om samsjuklighet ledde till att sjuksköterskor kunde göra bristande eller felaktiga bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov, samt svårigheter att integrera med dessa patienter. I tidigare forskning visar även läkare att de upplever svårigheter att ge vård till patienter med psykisk ohälsa och sjuksköterskor kan påverka varandra negativt vilket kan leda till att vården som utförs inte blir av lika god kvalité. Eriksson lyfter att sjuksköterskors kunskap om människa och hälsa kan ha en direkt inverkan på hur vårdprocessens utförande. Förutbestämda negativa attityder, såsom stigman, kan göra att datainsamling för patientanalysen baseras på sjuksköterskor värderingar och normer istället för att vara objektiv och utgå från patienters unika omvårdnadsbehov (Eriksson, 2014).

I resultatet upplevde sjuksköterskor att de var otillräckligt förberedda att vårda patienter med psykisk ohälsa då deras tidigare utbildning och erfarenheter inte var tillräckliga. Den teoretiska utbildningen skilde sig från verkligheten och otillräcklig utbildning om samsjuklighet ledde till att sjuksköterskor kunde göra bristande eller felaktiga bedömningar av patienters hälsa och vårdbehov, samt svårigheter att integrera med dessa patienter. I tidigare forskning visar även läkare att de upplever svårigheter att ge vård till patienter med psykisk ohälsa och sjuksköterskor kan påverka varandra negativt vilket kan leda till att vården som utförs inte blir av lika god kvalité. Eriksson lyfter att sjuksköterskors kunskap om människa och hälsa kan ha en direkt inverkan på hur vårdprocessens utförande. Förutbestämda negativa attityder, såsom stigman, kan göra att datainsamling för patientanalysen baseras på sjuksköterskor värderingar och normer istället för att vara objektiv och utgå från patienters unika omvårdnadsbehov (Eriksson, 2014).
I resultatet upplevde sjuksköterskor även att svårigheter i kommunikationen med patienter med psykisk ohälsa gjorde att viktiga saker kunde missas i bedömningar hos dessa patienter. Patienter kunde prata osammanhängande, andra språk eller upprepa påhittade saker vilket gjorde att det blev svårt att förstå och lita på det patienter sa. Sjuksköterskor upplevde att de saknade kommunikationsfärdigheter och att det var svårt att veta vad man kan eller inte kan säga i samtal med patienter. Denna osäkerhet ledde till dåligt självförtroende och ovillighet att vårda dessa patienter, då att säga fel saker i samtalen kunde göra patienter aggressiva. Trots detta var kommunikationsfärdigheter något som ansågs som viktigt för att kunna bygga en relation och skapa tillit hos patienter med psykisk ohälsa. Därfor efterfrågrade sjuksköterskor i resultatet arbetsplatsutbildningar i kommunikationsfärdigheter för att kunna klara av kommunikation med dessa patienter. Även i tidigare forskning syns en önskan för utbildning inom kommunikationsfärdigheter hos läkare som menar att det skulle kunna leda till ökad trygghet och korrekt vård hos patienter med psykisk ohälsa (Jego m.fl., 2019; Loeb m.fl., 2012; Oud., 2007). I den etiska koden 1.3 ska sjuksköterskor framföra information till patienter på ett sätt som anpassas efter patienters språkliga, fysiska och psykiska behov. Informationen ska framföras på ett tydligt och korrekt sätt som möjliggör för patienter att kunna fatta beslut och vara delaktiga i sin egen vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). I resultatet vid de tillfällen då sjuksköterskor upplevde att kommunikation fungerade använde de sig av personcentrerat vårdperspektiv, holistiskt synsätt, vänlighet och empati i samtalen. I Erikssons vårdvetenskapliga perspektiv utgår teorin från den unika hälsan hos patienter. Genom att se patienter i sin helhet och inte jämföra med andra patients hälsa kan vårdpersonal eftersträva att nå optimal hälsa utifrån de unika vårdbehov som alla patienter har (Eriksson, 2014). I resultatet där sjuksköterskor använde sig av ett holistisk och personcentrerat perspektiv såg de, i liknelse med Erikssons vårdvetenskapliga perspektiv, patienter i sin helhet och unika hälsa. Sjuksköterskor upplevde att kommunikationen fungerade bra vid användandet av vårdvetenskapliga perspektiv.

Resultatet visade att sjuksköterskor var begränsade i besöken och undersökningarnas tidstillgång samt att de hade en hög arbetsbelastning med många patienter per sjuksköterska att vårda samtidigt. Sjuksköterskor kände att patienter med psykisk ohälsa tog mer tid och att de hamnade efter i omvårdnaden med andra patienter. I resultatet var tid en knapp resurs och även läkare i tidigare forskning upplever att det inte finns tillräckligt med resurser för denna patientgrupp (Loeb m.fl., 2012; Jego m.fl., 2019). Begränsningen i tid gjorde att sjuksköterskor i resultatet upplevde att undersökningar inte blev utförda på önskvärt eller korrekt sätt och att patienter med psykisk ohälsa inte fick optimal vård. Detta skulle utifrån tidigare forskning inskränka på kravet av god vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen där den personal som behövs ska finnas tillgänglig och att det ska utföras vård av god kvalitet (SFS 2017:30). Något som också kunde påverka utförandet av god vård var att sjuksköterskor i resultatet upplevde att den fysiska miljön inte var anpassad för patienter med psykisk ohälsa. Miljön upplevdes hektisk och slutade aldrig att stimulera dessa patienter då det förekom mycket ljud och intryk. Miljön på akutvården var inte lämpad för att handha och ge optimal vård till dessa patienter och att de istället behövde vårdas i korrekt miljö, såsom en psykiatrisk avdelning. Att skicka iväg patienter till andra avdelningar kan ha nackdelar enligt tidigare forskning om det inte utfördes på ett bra sätt. Läkare upplever att patienter med psykisk ohälsa blir skickade till psykiatriska avdelningar eller sjukhus trots att patienter är inlagda för somatiska besvär. Detta leder till att patienter blir

6.2 Metoddiskussion


Under arbetets analys av de valda artiklarnas resultat var den språkliga barriären viktig att ha i åtanke, då det språk artiklarna är skrivna på kan påverka tolkningen av artiklarnas resultat (Kjellström, 2023). De artiklar som valts för detta arbete är på engelska vilket kan leda till misstolkningar trots god språkförståelse då engelska inte är ett modersmål för författarna till detta arbete. Genom användande av engelsk-svenskt lexikon, samt stöd av synonymer, så har en
bättre förståelse för orden i deras kontext skapats under diskussioner mellan författarna för detta arbete. Detta arbete har eftersträvat att använda sig av god kvalitativ forskningsmetod vid genomförandet utifrån termerna Trovärdighet (Credibility), Pärlighet (Dependability), Bekräftelsebarhet (Confirmability) och Överförbarhet (Transferability). Detta innebär att forskningen som utförs ska genomgå kriterier för att stärka sin trovärdighet.


6.3 Etisk Diskussion

Författarna för detta arbete har under skrivprocessen skapat sig en djupare förståelse för området. Bakgrunden har därför försökt presenteras så att läsare utan tidigare kunskap om
området kan få en övergripande inblick för att göra det möjligt att ta del av detta arbetes resultat. Reflektion och diskussion har skett mellan författarna för detta arbete vad gäller sortering, översättning och presentation av de fynd som framkommit. Väldigt få positiva upplevelser framkom i artiklarna vilket skapade fundering och reflektion över om författarna för detta arbete endast uppmärksammade negativa aspekter vid vård av patienter med psykisk ohälsa. Artiklarna lästes igen där det aktivt söktes efter positiva upplevelser för att utreda om det hade missats. Det förekom positiva upplevelser av att vårdas patienter med psykisk ohälsa men det var mycket få. De presenterades i slutet av subteman för att lyfta att det förekommer positiva aspekter av att vårdas dessa patienter även om det endast var en artikel som lyfte den positiva upplevelsen. Detta för att undvika att vinkla resultatet genom att endast använda negativa upplevelser hos sjuksköterskor.

7 SLUTSATS

8 FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING

I resultatet när sjuksköterskor upplevde att de nådde fram till patienter, samt att vård till patienter med psykisk ohälsa fungerade bra, använde de sig av kunskap om psykisk ohälsa, tog sig tid, använde vårdvetenskapligt perspektiv och av vänlighet. Sjuksköterskor efterfrågar mer utbildning inom psykisk ohälsa för att minska sin osäkerhet och veta hur de ska göra för att ge patienter god vård. Ett förslag på vidare forskning är en utbildningsintervention för att bedöma om utbildning kan förbättra sjuksköterskors känsla av säkerhet och kunskap om hur de ska bemöta och utföra god vård till patienter med psykisk ohälsa. I tidigare forskning finns stöd på att korrekt utförda interventioner kan förbättra stigmatiserande attityder hos vårdpersonal mot psykisk ohälsa, vilket antyder att en utbildningsintervention kan ha en gynnande effekt vid vårdande av patienter med psykisk ohälsa.
REFERENSLista

*= resultatartiklar


Nationalencyklopedin, somatisk. (u.å.). Hämtad 2022-10-02 från http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/somatisk


https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112974

https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01300.x


World Health Organization (2021) Mental Health. Hämtad 2021-03-10 från https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1


## BILAGA A: SÖKMATRIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>NR</th>
<th>DATABAS</th>
<th>DATUM</th>
<th>SÖKORD</th>
<th>BEGRÄNSNINGAR</th>
<th>ANTAL TRÄFFAR</th>
<th>ANTAL LÄSTA ABSTRAKT</th>
<th>ANTAL LÄSTA FULLTEXT</th>
<th>ANTAL KVALITETS-GRANSKADE</th>
<th>ANTAL VALDA ARTIKLAR</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>CINAHL PLUS</td>
<td>15/9–23</td>
<td>mental unhealth or mental illness or mental ill health AND: nurse or nurses or nursing AND: somatic care or general hospital AND: nurses experience</td>
<td>Peer reviewed År 2011–2023</td>
<td>41</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>CINAHL PLUS</td>
<td>15/9–23</td>
<td>nursing (SU: subject) AND: experiences of nurses AND: mental illness AND: nursing practice AND: caring</td>
<td>Peer reviewed År 2011–2023</td>
<td>35</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>MEDLINE</td>
<td>15/9–23</td>
<td>nurses experience AND: patient with mental illness AND: general hospital</td>
<td>Peer reviewed År 2011–2023</td>
<td>51</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>CINAHL PLUS</td>
<td>15/9–23</td>
<td>nursing care or nursing role (SU: subject) AND: general hospital or somatic ward or acute care setting or hospital AND: experience or attitude AND: mental ill patients or mental illness</td>
<td>Peer reviewed År 2011–2023 Språk: Engelska</td>
<td>136</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>NOT: children or adolescents or youth or child or teenager</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>----------------------------------------------------------</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td><strong>MEDLINE 16/9–23</strong> patients with mental illness or mental disorder AND: nurse perspective or experiences or view or attitudes AND: nurse or nurses or nursing (SU: Subject) NOT: children or adolescents or youth or child or teenager AND: interview AND: somatic care or general hospital</td>
<td>Peer reviewed År 2011–2023</td>
<td>49</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td><strong>CINAHL PLUS 15/9–23</strong> Focus Groups AND: acute care setting or hospital AND: mental health or mental illness (SU: Subject) NOT: children or adolescents or youth or child or teenager AND: hospital ward</td>
<td>Peer reviewed År 2011–2023</td>
<td>34</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td><strong>PubMed 16/9–23</strong> “Categorising Patients Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward: A Focus Group Study.” See all similar articles:</td>
<td>Full text År 2011–2023 Språk: Engelska</td>
<td>63</td>
<td>12</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td><strong>PubMed 16/9–23</strong> “&quot;Somebody else's business&quot;: The challenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgical wards&quot; Cited by:</td>
<td>Inga begränsningar då &quot;Cited by&quot; inte var modifierbar i denna sökning</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>CINAHL PLUS 18/9–23</td>
<td>nurses experience or perspective or view or attitude NOT: emergency department or emergency care NOT: children or adolescents or youth or child or teenager AND: renal NOT: substance use disorder AND: mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness</td>
<td>Peer reviewed År 2013–2023 Språk: English</td>
<td>74</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>PubMed 18/9–23</td>
<td>health professionals serious mental illness physical care</td>
<td>Peer Reviewed År 2013 - 2023</td>
<td>53</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### BILAGA B: KVALITETSGRANSKNING

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frågor</th>
<th>1.</th>
<th>2.</th>
<th>3.</th>
<th>4.</th>
<th>5.</th>
<th>6.</th>
<th>7.</th>
<th>8.</th>
<th>9.</th>
<th>10.</th>
<th>11.</th>
<th>12.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>NEJ</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>NEJ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven?</td>
<td>NEJ</td>
<td>NEJ</td>
<td>NEJ</td>
<td>NEJ</td>
<td>JA</td>
<td>NEJ</td>
<td>NEJ</td>
<td>NEJ</td>
<td>NEJ</td>
<td>JA</td>
<td>NEJ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Finns det en metod tydlig beskriven?</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>NEJ</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>NEJ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Är resultatet tydligt framfört?</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
<td>JA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Poäng</strong></td>
<td>13/14</td>
<td>13/14</td>
<td>10/14</td>
<td>13/14</td>
<td>14/14</td>
<td>14/14</td>
<td>13/14</td>
<td>13/14</td>
<td>13/14</td>
<td>13/14</td>
<td>10/14</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## BILAGA C: ARTIKELMATRIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr</th>
<th>Författare</th>
<th>År</th>
<th>Titel</th>
<th>Tidskrift/Land</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod</th>
<th>Resultat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Aebi, Caviezel, S., Schaefert, R., Meinlschmidt, G., Schwenkglenks, M., Fink, G., Riedo, L., Leyhe, T., &amp; Wyss, K.</td>
<td>(2021)</td>
<td>A qualitative study to investigate Swiss hospital personnel’s perceived importance of and experiences with patient’s mental–somatic multimorbidities.</td>
<td>BMC Psychiatry</td>
<td>This study investigated hospital personnel’s perceived importance of and experiences with patients having mental–somatic multimorbidities in general hospital settings in Basel, Switzerland.</td>
<td>Ansats: Kvalitativ studie</td>
<td>Psykisk ohälsa var något som inte alltid upptäcktes hos de komorbid patienterna. Desto längre en sjukhusvistelse varade, desto mer framträdde psykiska symtom. Sjukköterskorna kunde känna bland annat osäkerhet, frustration, ilska och rädsla när de vårdade denna patientgrupp. Sjukköterskor upplevde att tidigare utbildning inte speglade verkligheten och hjälpte dem inte i jobbiga situationer.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Alwar, A., &amp; Addis, G.</td>
<td>(2022)</td>
<td>Renal nurses’ experiences of patients with severe mental health conditions receiving acute</td>
<td>Journal of Renal Care</td>
<td>To explore renal nurses' experiences of nursing patients with SMI receiving acute haemodialysis, and to identify factors that facilitate</td>
<td>Ansats: Kvalitativ beskrivande tillvägagångssätt.</td>
<td>Resultatet presenterar 4 stycken teman. “Perspectives of mental illness” där sjukköterskornas olika uppfattningar av vad psykisk ohälsa är beskrivs. “Patient and staff safety concerns”: patienternas oberäkneliga</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Urval: 16 medicin kirurgiska sjuksköterskor från två vårdavdelningar.  
Datainsamling: Ljudinspelade fokusgruppsintervjuer.  
Dataanalysen: Diskursanalys | Sjuksköterskornas erfarenheter presenteras i fyra kategorier, 'The managed', 'The unpredictable', 'The emotional' och 'The dangerous'. Sjuksköterskorna finner att vissa patienter inte försvårar vården men att andra patienter är besvärliga, mentalt energikrävande, tidskrävande och farliga som försvårar eller förhindrar dem från att utföra vård till patienterna. |
| 4 | Chou, H., & Tseng, K. (2020) | The Experience of Emergency Nurses Caring for Patients with Mental Illness: A Qualitative Study | International journal of environmental research and public health Switzerland | Therefore, the aim of this study is to examine the experience of emergency department nurses in caring for emergency psychiatric patients. | Ansats: Kvalitativ studie Urval: 17 sjukskötterskor som arbetar på akutvårdsavdelningar. Datainsamling: Enskilda intervjuer med öppna intervjufrågor. Dataanalysen: Tematisk innehållsanalys. | Sjuksköterskorna upplever obehag, frustration och rädsla att vårda dessa patienter då patienterna uppvisar ofta aggression och våld. Sjuksköterskorna finner det även svårt att kommunicera med dessa patienter vilket försvårar att utföra vård. |
| 6 | Holmberg, M., Hammarbäck, S., & Andersson, H. (2020) | Registered nurses’ experiences of assessing patients with mental illness in emergency care: | Nordic Journal of Nursing Research United Kingdom of Great Britain & | The aim of the study was to describe RNs’ experiences of assessing patients with mental illness in EC. | Ansats: Kvalitativ metod. Urval: 28 registrerade sjukskötterskor från akutvården. Datainsamling: Individuella intervjuer med öppna frågor | Resultatet visade att det var svårt för sjukskötterskan att nå fram till patienten på grund av tidsbrist och patientens psykiska ohälsa. Sjuksköterskorna upplevde även osäkerhet då dem inte visste hur dem skulle göra och kunskapsbrist om |

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Poggenpoel M., Myburgh, C. P. H., & Morare, M. N. (2011) | Registered nurses’ experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg | Journal of Nursing Management South Africa | The aim of this research was to explore and describe RNs-experiences of interacting with patients with mental health challenges in medical wards of a public hospital in Johannesburg. | Ansats: Kvalitativ design  
Urval: 8 legitimerade sjuksköterskor på medicinska avdelningar.  
Datainsamling: Individuella fenomenologiska intervjuer.  
Dataanalysen: Transkriptionerna blev analyserade enligt Tesch’s metod. | Resultatet blev kategoriserad i tre teman;  
Tema 1: Sjuksköterskor upplever frustration när de interagerar med patienter med psykiska utmaningar på grund av deras uppfattning att patienternas beteende är oförutsägbart.  
Tema 2: På grund av brist på resurser upplevde legitimerade sjuksköterskor olycklighet och rädsla vid interaction med patienter med psykiska utmaningar.  
Tema 3: På grund av brist på kunskap och färdigheter upplevde legitimerade sjuksköterskor fara och förvirring när de interagerade med patienter med psykiska utmaningar, vilket ledde till känslor av rädsla och ilska. |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nummer</th>
<th>Författare</th>
<th>Titel</th>
<th>Tidskontaktpunkt</th>
<th>Ansats</th>
<th>Urval</th>
<th>Datainsamling</th>
<th>Dataanalysen</th>
<th>Resultatbeskrivning</th>
</tr>
</thead>
</table>
sina uppgifter då patienten tog upp mycket tid och gjorde det svårt att planera och utföra all arbetsuppgifterna under dagen.