



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

# ”DET KÄNNES SOM ATT MAN BLIR BETRAKTAD SOM EN ANDRA KLASSENS MEDBORGARE”

Hur patienter med allvarlig psykisk ohälsa erfar den somatiska vården och psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar för fysisk hälsa i psykiatrisk vård

**PIA-MARIE ABRAHAMSSON**

**VIKTORIA KRON**

Akademien för hälsa, vård och välfärd  
Examensarbete inom psykiatrisk omvårdnad  
Avancerad nivå  
15 högskolepoäng  
Specialistsjuksköterskeutbildning inom  
psykiatrisk vård  
VAE063

*Handledare:* Oona Lassenius  
*Examinator:* Lena Wiklund Gustin

*Datum:* 150223

## SAMMANFATTNING

Tidigare forskning talar om förutfattade meningar, okunskap, rädsla m.m. hos somatisk vårdpersonal och om patienter som känner sig avskrivna från den somatiska vården med att det är den psykiska ohälsan som är orsak till de fysiska symtomen. Psykiatrins vårdpersonal upplever problem med att vårda den fysiska hälsan hos patienten, då deras specialitet är den psykiska hälsan. Syftet med denna studie är att beskriva hur patienter med allvarlig psykisk ohälsa erfar den somatiska vården och psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar relaterat till psykiatripatienternas fysiska hälsa. Studien bygger på nio semistrukturerade intervjuer, varav fem intervjuer med patienter och fyra intervjuer med psykiatrisjuksköterskor. Intervjuerna har analyserats utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar att patienterna känner sig sedda som sin psykiska sjukdom och upplever sig inte vara lika mycket värda som övriga patienter i den somatiska sjukvården. Psykiatrisjuksköterskorna erfar att det finns många svårigheter både teoretiskt och praktiskt för dem att ta hand om patienternas fysiska hälsa. Slutsatsen är att fördomar upplevs som tyngande för patienterna och orsakar med tiden mer psykisk ohälsa och större risker för deras fysiska hälsa. För sjuksköterskan är det en konst att skilja på vilket som tillhör psykiatriska vårdens ansvar och vad som är ämnat för den somatiska vården.

**NYCKELORD:** ansvar, erfarenheter, fysisk hälsa, kvalitativ innehållsanalys, psykiatripatienter, psykiatrisjuksköterskor, psykisk ohälsa, somatisk vård

## **ABSTRACT**

Earlier research speaks of preconceptions, ignorance, fear and more in somatic healthcare personnel and about patients who feel rejected from somatic healthcare due to their mental illness being interpreted as the main cause of the physical symptoms. The psychiatric personnel experience difficulties with treatment for physical health among the patients, since their specialty is the mental health. The aim for this study is to describe how patients with serious mental illness experience the somatic healthcare and how the psychiatric nurse experience the responsibility of care related to their patients physical health. The study is built on nine semi structured interviews, whereas five interviews with patients and four interviews with psychiatric nurses. The interviews have been analyzed based on a qualitative content analysis. The result shows that the patients feel that they are seen as their mental illness and get the impression that they are not as much valued as other patients in somatic healthcare. The psychiatric nurses experience that there are many difficulties both in theory and in practice with tending to the patients physical health in psychiatric care. The conclusion is that preconceptions are a heavy burden for the patients and causes them more mental illness and their physical health serious risks. The psychiatric nurses believe that it is a thin line between what the psychiatric responsibilities are and what is for the somatic care to deal with.

**KEYWORDS:** responsibility, experiences, physical health, qualitative content analysis, psychiatric patients, psychiatric nurses, mental illness, somatic healthcare

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>PRESENTATION AV TIDIGARE FORSKNING .....</b>	<b>2</b>
2.1	Fysisk hälsa i skymundan av den psykiska ohälsan .....	2
2.2	Patientperspektiv.....	3
2.3	Stigmat som uppstår .....	4
2.4	Vårdpersonalens perspektiv.....	4
<b>3</b>	<b>TEORETISK REFERENS RAM .....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>PROBLEMFÖRMULERING.....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>METOD OCH MATERIAL.....</b>	<b>8</b>
6.1	Design .....	8
6.2	Urval .....	9
6.3	Datainsamling.....	9
6.4	Analys och bearbetning av data.....	10
6.5	Etiska överväganden.....	12
<b>7</b>	<b>RESULTATREDOVISNING .....</b>	<b>13</b>
7.1	Hur patienter med allvarlig psykisk ohälsa erfar den somatiska vården.....	13
7.1.1	<i>Att bli bemött som sin diagnos och inte som en "vanlig" patient .....</i>	<i>14</i>
7.1.2	<i>Känslan av att den psykiska ohälsan får skulden för allt.....</i>	<i>16</i>
7.1.3	<i>Att kunna se de goda erfarenheterna som möjligheter till fortsatt god vård .....</i>	<i>18</i>
7.2	Psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar relaterat till fysisk hälsa .....	20
7.2.1	<i>Att uppleva teoretiska och praktiska svårigheter i att utföra den fysiska vården .....</i>	<i>21</i>
7.2.2	<i>Att kunna samarbeta över gränsen .....</i>	<i>22</i>
7.2.3	<i>Att uppleva en oklar ansvarsfördelning .....</i>	<i>24</i>
7.3	Resultatsammanfattning.....	25

<b>8</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>27</b>
8.1	Metoddiskussion .....	27
8.2	Etisk diskussion .....	29
8.3	Resultatdiskussion.....	29
<b>9</b>	<b>SLUTSATSER .....</b>	<b>33</b>
9.1	Implikationer för omvårdnaden .....	33
9.2	Förslag till vidare forskning.....	34
	<b>REFERENSLISTA .....</b>	<b>35</b>
	<b>BILAGA A FÖRFRÅGAN TILL VERKSAMHETSCHEF</b>	
	<b>BILAGA B MISSIVBREV TILL PATIENTER</b>	
	<b>BILAGA C MISSIVBREV TILL SJUKSKÖTERS KOR</b>	
	<b>BILAGA D INTERVJUGUIDE</b>	

# 1 INLEDNING

Vi vet idag att psykisk ohälsa finns i alla grupper av människor och alla delar av vården. Vi vet också att allvarlig psykisk ohälsa och medicinering för den är grund till många fysiska hälsoproblem. Patienterna med allvarlig psykisk ohälsa dör tidigare än övrig befolkning och har en ökad sjuklighet relaterat till övervikt, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar m.m. som i förlängningen kräver specialistvård inom somatiken (Nash, 2013; Oud & Meyboom-de Jong, 2009; Roberts, Roalfe, Wilson och Lester, 2007).

Efter sammantaget, för författarna, 7 år som sjuksköterskor där merparten av de yrkesverksamma åren varit i psykiatrisk vård har vi gång efter annan varit med om patienter med psykisk ohälsa som blivit inlagda eller fått söka hjälp i psykiatri trots att det varit den fysiska hälsan som varit grunden till att de söker. Patienter med psykisk ohälsa söker sig oftare till psykiatrisk vård då de har fysiska hälsoproblem, eftersom de blivit dåligt bemötta i den somatiska vården eller inte fått den hjälp de behöver. Författarna har varit med när patienter blivit svårt fysiskt sjuka och fått sändas till somatisk vård för utredning, men de har kommit tillbaka samma dag eller dagen efter outredda och i lika dåligt eller sämre skick. De fysiska hälsoproblemen får då sjuksköterskan inom den psykiatriska vården ta hand om efter bästa förmåga.

I psykiatrisk vård finns således frustrerad vårdpersonal som inte kan ge den vård och behandling patienten behöver på grund av den fysiska hälsan som sviktar och den vårdpersonal inom psykiatri bedriver är psykiatrisk. Vi, som personal, har varken resurser eller den kunskap för utredning av den fysiska hälsan som krävs.

Hur erfar patienter med psykisk ohälsa det själva och vilka erfarenheter har psykiatrisjuksköterskan av ansvar relaterat till psykiatripatienternas fysiska hälsa?

## 2 PRESENTATION AV TIDIGARE FORSKNING

I avsnittet presenteras tidigare forskning där fokus främst ligger på hur den fysiska hälsan hanteras i psykiatrisk och somatisk vård när det gäller patienter med psykisk ohälsa. Därefter beskrivs patientperspektivet följt av vilken effekt det har på patienterna att de ej får gehör för sin fysiska hälsa. Slutligen avslutas den tidigare forskningen med att belysa vårdpersonalens perspektiv, då med fokus på både somatisk och psykiatrisk vårdpersonal.

### 2.1 Fysisk hälsa i skymundan av den psykiska ohälsan

På grund av att personer med allvarlig psykisk ohälsa, speciellt de med bipolär sjukdom och psykotiska störningar, har svårt att ge uttryck för sina somatiska symtom eller inte kan tolka kroppens signaler söker de i lägre grad somatisk vård än vad personer utan psykiska störningar gör (Bradford et al., 2008; Drapalski, Milford, Goldberg, Brown & Dixon, 2008; Oud & Meyboom-de Jong, 2009; van Hasselt et al., 2013). Ändå är det som Oud och Meyboom-de Jong (2009) påvisar att fysiska sjukdomar hos patienter med svår psykisk ohälsa är hög, betydligt högre än hos den övriga befolkningen. Patienter i psykiatri har relativt dålig fysisk hälsa och sämre återhämtning efter fysiska störningar (Nash, 2013). Patienterna får i psykiatri värdefull fysisk vård varje dag av psykiatriens vårdpersonal i den mån som går. Nash (2013) påpekar dock att psykiatridiagnosen kan förhindra att detta sker. I hans studie återges historier från patienter som beskriver att det är deras psykiska hälsa som står först och att deras fysiska hälsa då får stå tillbaka mer än den skulle göra om de inte hade sin psykiska ohälsa. En depressionsdiagnos kan leda till att fysiska symtom som huvudvärk, yrsel och allmän sjukdomskänsla bortförklaras som biverkningar av antidepressiv medicinering. Det har sedan visat sig vara en allvarlig intrakraniell blödning vilken leder till allvarliga konsekvenser för patienten (a.a.). Eller som beskrivet i McCabe och Leas (2008) en kvinna som för 20 år sedan haft en depression som fortfarande följde med henne i en remiss till psykolog, men den stroke hon nyss haft fanns ingenstans att läsa på remissen. Detta är något som Nash (2013) menar beror på att diagnosen tillåts överskugga det en har framför sig. Patienten och dess fysiska behov kommer i skymundan då en reagerar på den tidigare diagnosen. Värdefull tid som kunde användas till att tidigt upptäcka fysiska hälsorisker läggs istället på att konfirmera en redan ställd diagnos och människor utvecklar sedan allvarliga komplikationer från sitt fysiska sjukdomstillstånd som ej blivit upptäckt i tid.

Människor med allvarlig psykisk ohälsa har en förväntat kortare livstid (Hardy & Gray, 2010), något som även påpekats av Roberts, Roalfe, Wilson och Lester (2007). De menar att trots att patienter med allvarlig psykisk ohälsa har ökade hälsorisker gentemot övrig befolkning får de varken förebyggande vård eller hälsokontroller för tidigt upptäckande av sjukdom. Det var något som sjuksköterskor i primärvård hade liten kännedom om enligt Hardy (2012). Hardy och Grey (2010) påpekar att genom en årlig hälsoundersökning kan livet hos den med psykisk ohälsa förlängas. De påpekar vikten av att sjuksköterskor i primärvård får kunskap om detta för att vara med i arbetet kring årliga hälsokontroller även

för personer med psykisk ohälsa. De menar också att sjuksköterskor i primärvård och sekundär vård behöver arbeta tillsammans för att erbjuda behandling och stödja livsstilsförändringar som bidrar till ökad fysisk hälsa (a.a). Detta stöds också av van Hasselt et al. (2013) men de menar att psykiatrisjuksköterskan kan samordna samarbetet mellan primärvård och psykiatri för att förbättra den fysiska hälsan för sina patienter. Eftersom de sett att patienter med allvarlig psykisk ohälsa har otillräcklig kontakt med sin läkare i primärvård trots en hög grad av fysiska hälsoproblem menar de att psykiatrisjuksköterskan blir en viktig länk för ett sådant samarbete mellan primärvård och psykiatri. Beecroft et al. (2001) vill understryka att det är viktigt att uppmuntra patienter med allvarlig psykisk ohälsa att träffa sin läkare i primärvård, eftersom vetskap om att det finns en ökad sjuklighet och dödlighet hos dessa patienter existerar.

## 2.2 Patientperspektiv

Patienter med allvarlig psykisk ohälsa upplever ofta hinder när det gäller att söka vård för sin fysiska ohälsa. Det kan handla om rädsla att vara ensam vid ett läkarbesök, att planera och organisera inför läkarbesöket och att förklara anledningen till att de sökt vård, vilket gäller särskilt i akuta lägen (McCabe & Leas, 2008).

Lester, Tritter och England (2003) påvisar att patienter med allvarlig psykisk ohälsa vill bli behandlade som jämlikar och vara delaktiga vid möten inom primärvården och de vill bli lyssnade till. McCabe och Leas (2008) ser att patienter istället upplever att deras fysiska hälsoproblem inte blir tagna på allvar, att läkarna är opersonliga och affärsmässiga. Det stämmer överens med Liggins och Hatcher (2005) som beskriver att patienter med allvarlig psykisk ohälsa kände sig negativt bemötta och ignorerade av vården. Patienterna har då känslan av att de ska bli behandlade annorlunda av vårdpersonal på grund av deras "etikett" som psykiskt sjuk. När patienterna uppsöker somatisk vård är det inte helt ovanligt att de upplever att personal inom primärvården är rädda för dem (Lester, Tritter & England, 2003).

Att få förståelse och empati är viktigt för alla, kanske ännu viktigare för de med allvarlig psykisk ohälsa. McCabe och Leas (2008) beskriver att patienterna önskar att personalen har mer förståelse och empati, men anser att många inte vet hur de ska relatera till en patient med allvarlig psykisk ohälsa. Många är missnöjda med vården de har tillgång till. McCabe och Leas (2008) liksom Clarke, Dusome och Hughes (2007) påvisar vikten av att behandla personer med psykisk ohälsa ur ett holistiskt perspektiv och att erkänna varje patient som en värdefull individ med komplexa medicinska och psykiska behov. Det visar sig att många patienter med fysisk ohälsa inte finner sig sedda. De upplever att somatisk sjukvårdspersonal lägger för mycket vikt vid deras psykiska symtom och bortser på så sätt från deras fysiska hälsoproblem genom att avskriva det med psykisk sjukdom. En del väljer därför att inte berätta om sin psykiska ohälsa på grund av detta (McCabe & Leas, 2008).



## 2.3 Stigmat som uppstår

Som beskrivs ovan är patienter med allvarlig psykisk ohälsa kända för att ha svårt för att söka hjälp (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). Som patient i psykiatri är det inte ovanligt att ses för sin psykiska sjukdom snarare än att bli sedd som person och människa. Att få sina känslor och erfarenheter försummade och att bemötas oetiskt av vårdpersonal ökar på känslan av att inte vara något annat än sin sjukdom och leder till stigmatisering (Thesen, 2001). Björkman et al. (2008) menar att ålder och professionell erfarenhet har inflytande på attityder gentemot specifika sjukdomar och specifika påståenden kring allvarlig psykisk ohälsa. De belyser att den viktigaste faktorn för att påverka attityder mot dem som har allvarlig psykisk ohälsa i positiv riktning, är att ha regelbunden kontakt med dem som har allvarlig psykisk ohälsa. De menar att hälsosjukvårdspersonal som har regelbunden kontakt med personer med allvarlig psykisk ohälsa är i en viktig position vad det gäller att förändra och forma attityder mot densamma. De belyser att deras förhållningssätt kan användas som föredöme för hur en kan närma sig människor med allvarlig psykisk ohälsa (a.a).

Stereotyper som att mentalt sjuka ska vara farliga och oberäkneliga leder till en situation som för den drabbade kan generera allvarliga konsekvenser med risk för diskriminering, förlorad status och hälsorisker som resultat. Det kan innebära att personer med allvarlig psykisk ohälsa på grund av tidigare avvisning inte söker hjälp när det verkligen finns behov för det (Björkman et al., 2008). Vidare menar Björkman et al. (2008) att stereotyper, fördomar och överdrivna pessimistiska attityder gentemot personer med allvarlig psykisk ohälsa och deras möjlighet till förbättring och återhämtning ytterligare kan spä på självstigmatisering och självdiskriminering med ytterligare motstånd till att ta del av hälsovårdssystemet när de behöver. Att arbeta mot stigmatisering av personer med allvarlig psykisk ohälsa är därför en viktig sak. I USA har därför flera stora brukarföreningar prioriterat stigma som en viktig angelägenhet. Det finns även andra föreningar som har gjort stigmatisering av psykisk sjukdom till sitt primära fokus (Corrigan, 2004).

## 2.4 Vårdpersonalens perspektiv

Patienter med allvarlig psykisk ohälsa finns i alla delar av vården. Decoux (2005) menar att det måste finnas en kunskap om patienter med allvarlig psykisk ohälsa hos vårdpersonal inom somatisk vård. Det belyses även av Crisp, Gelder, Rix, Meltzer och Rowlands (2000) och Oud et al. (2009) som tar upp att vårdpersonal måste få utökad kunskap om psykisk ohälsa. Arvaniti et al. (2009) menar att det är kontakt med patienter med psykisk sjukdom och utbildning som är viktiga frågor för att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa bland hälso- och sjukvårdspersonal. För att ge den bästa vården till patienter med psykisk ohälsa behöver samarbete mellan psykiatri och den somatiska vården utökas och fungera optimalt (Bradford et al, 2008; DeCoux, 2005).

Oud, Schuling, Slooff och Meyboom-de Jong (2007) belyser att vårdpersonal inom allmänsjukvården oroar sig för att patienter med allvarlig psykisk ohälsa ska bli våldsamma.

De är rädda för sin egen personliga säkerhet samt för att patienterna ska skrämman andra patienter. Dessa fördomar med tillägg av att personer med psykisk ohälsa också har ett alkohol- eller drogberoende belyses även av Crisp et al. (2000) och är vanligt förekommande bland vårdpersonal (Björkman et al., 2008). Bland läkarkåren märks attityderna mot patienter med allvarlig psykisk ohälsa väl (Lawrie et al., 1998). Även läkarstudenter är mindre positiva till denna patientgrupp, dels p.g.a. rädsla för våldsamt, dels för att patienterna är svårare att behandla då de tar mer tid och är mindre följsamma till behandling (Dixon, Roberts, Lawrie, Jones & Humphres, 2008). Mukherjee, Fialho, Wijetunge, Checinski och Surgenor (2002) kommer även de fram till att det inte finns någon direkt skillnad i attityder mellan allmänläkare och läkarstudenter och menar att dessa attityder som framkommer kan leda till en ovilja att närma sig och interagera med människor med dessa tillstånd. Oud et al. (2009) beskriver dock att de inom allmänsjukvården för att bygga upp en effektiv läkar- och patientkontakt upprätthåller en neutral men intresserad attityd. Allmänläkare vet dock inte vad de ska göra med patienter som vägrar varje form av behandling, när patienten har en aggressiv attityd kan läkaren anse att han är oförmögen att behandla patienten. Sjuksköterskor i akutsjukvård anser att patienter med psykisk ohälsa inte är i en optimal miljö på akutmottagningen. Sjuksköterskorna upplever att de har för lite tid att ägna åt dem på grund av den hektiska arbetsmiljö de har med högt tempo och hög stimulans. De anser att patienter med psykisk ohälsa behöver en miljö som har låg stimulans, lugn och ro (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). Detta stämmer överens med Morphet et al. (2012) resultat där deltagarna menar på att psykiskt sjuka patienter ofta blir aggressiva och lämnar akutmottagningarna då det ibland kan vara långa väntetider och högt tryck. Liggins och Hatcher (2005) beskriver att psykisk sjukdom ses som skrämmande bland vårdpersonal som uttrycker rädsla för att inte kunna förutsäga hur patienten ska reagera eller bete sig och brist på kunskap identifieras.

I Reed och Fitzgerald (2005) uppger en del somatiska sjuksköterskor att de tyckte illa om att ta hand om personer med psykiska problem och skulle inte göra det om de hade ett val. De ser det som en roll de inte har fått utbildning att göra. Sjuksköterskorna är också oroad över att de faktiskt kan orsaka skador på människor med psykiska hälsoproblem i sin vård, och öka risken för fara för sig själva eller andra bara genom att säga fel saker. Ett litet antal somatiska sjuksköterskor visar dock mycket positiv inställning till att ta hand om personer med psykisk sjukdom. De tillskriver detta till sin livserfarenhet och erkännandet av att psykisk hälsa är en integrerad del av holistisk omvårdnad (a.a.). Lester, Tritter och Sorohan (2005) beskriver att en stor del vårdpersonal anser att vården av människor med allvarlig psykisk sjukdom är alltför specialiserad för primärvården och hör hemma i psykiatrisk vård. Det blir ett problem då många sjuksköterskor i psykiatrisk vård anser att de inte har rätt att ingripa då det gäller fysisk hälsa. De anser att deras roll och befogenhet centreras kring den mentala hälsan och ska endast så göra (Happell, Scott, Platania-Phung & Nankivell, 2012). Flera sjuksköterskor menar på att den fysiska hälsan blir en sekundär prioritet för dem, då det är den mentala hälsan de vanligtvis jobbar med. De ser inte på den fysiska hälsan på samma sätt som den psykiska (a.a.). Det beskrivs hur mentala hälsoproblem också prioriteras över fysiska hälsoproblem från den somatiska sidan. Även då det är den fysiska hälsan som är mest allvarlig och den somatiska vården ändå kräver bedömning från psykiatrisk vård

(Happell, Scott, Nankivell & Platania-Phung, 2013). Många sjuksköterskor i psykiatrisk vård oroar sig över vad som händer efter att de screenat patienter och upptäckt av ett fysiskt hälsoproblem görs, vad händer sedan? Ansvar att följa upp inom en viss tid och göra åtgärder, ska inte ligga på sjuksköterskan men om inget händer efter upptäckt känner sjuksköterskan ändå en viss skyldighet (a.a.). Happell et al. (2013) menar att för att sjuksköterskor i psykiatri ska medverka i screening av fysisk hälsa måste vårdgivarna inse att en effektiv uppföljning ska finnas tillgänglig.

### 3 TEORETISK REFERENSRAM

Personer med allvarlig psykisk ohälsa har ofta även fysiska hälsoproblem som de söker till sjukvården för. Då de söker vård är det viktigt att kunna ha en holistisk syn och att kunna se hela människan och uppmärksamma både fysiska och psykiska hälsoproblem. Helhetssynen är viktig p.g.a. att det fysiska och psykiska hör ihop, människan är en helhet och ska inte delas upp i delar. Watson bygger sin teori på mänsklig omsorg och hon menar att sjukvården idag fordrar att man respekterar människan som en helhet utifrån ett humanistiskt synsätt, man bör ha en bred förståelse- och kunskapsbas då man kommer nära fenomenen i hälsa och ohälsa (Watson 1993). Watson (1993) definierar begreppet ohälsa som en disharmoni i människans ande, kropp eller själ, antingen omedvetet eller medvetet. Ohälsa kan uppstå från en inre själ som är orolig eller ängslig eller har upplevelser av inre lidelse, förtvivlan, skuld känslor, utvecklingskonflikter, självförebåelser, sorg, förlust m.m. Dessa upplevelser kan resultera i sjukdom men kan även bero på genetisk sårbarhet som kan framkomma i samband med disharmoni. Begreppet hälsa definieras som en harmoni och enhet av det andliga, kroppsliga och själsliga och att man inte bara ska betrakta människan enbart av aspekter av beteende och fysiologi (Watson, 1993).

Det finns skillnader i vården, som att en del sjuksköterskor ger omsorg medan andra inte gör det. Den omsorgsfulla sjuksköterskan kännetecknas genom att hon/han är lyhörd och ser människan som en unik individ och tar vara på dennes känslor och skiljer denna från det ordinära (Watson, 1993). Den mänskliga närvaron lämnar aldrig någon oberörd, medkänsla och omsorg är inte bara ord som talas eller ögon som ser. Blicken och rösten är ett uttryck i sig, vad som sägs kan vara välkomnande och bekräftande men det kan även vara ett likgiltigt möte, man tittar bort, man möter inte patienten och dess tillstånd (Watson, 2003).

Watson (1993) anser att stor vikt ska läggas mellan relationen av sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan är en del av den mänskliga omsorgsprocessen. Processen innebär en moralisk syn på omsorg som leder till att bevara den mänskliga autonomin och vördnaden för den. Sjuksköterskor som bygger sin omsorg på vårdande relationer är kapabla till att ha en kärleksfull, omtänksam och lyhörd kontakt med patienter. Människor söker ofta en helhet för deras välbefinnande, inte bara steril, opersonlig eller ren medicinsk vård (Watson, 2009).

Watson (1993) menar att omvårdnadens mål är att få patienten att uppnå en harmoni i ande, kropp och själ genom att sjuksköterskan är stödjande i sin omvårdnad. Watson (1993) definierar begreppet omvårdnad som kunskap, ansvar och handlingar, värde, filosofi, omtanke och hängivenhet. Sjuksköterskan måste förstå att de arbetar med sin egen och andras livskraft och energi. Således är sjukdom, smärta, lidande, förtvivlan, ångest, sårbarhet, födelse och död en människas existentiella andliga dilemma som i slutändan var och en av oss delar och måste möta. Omvårdnad är i slutändan en andlig tillämpning (Watson, 2002).

Författarna anser att Watsons teori skildrar en bra vård som ser hela människan och inte bara fokuserar på det aktuella problemet utan ser till helheten och möter människan och försöker skapa en harmoni i ande, själ och kropp. Författarna menar att teorin lämpar sig för studiens syfte då det i tidigare forskning visat sig att man tenderar att dela upp människan i vården, istället för att vårda utifrån ett helhetsperspektiv.

## 4 PROBLEMFORMULERING

Forskningen talar om förutfattade meningar, okunskap, rädsla m.m. hos somatisk vårdpersonal och om patienter som drar sig för att söka för sin fysiska ohälsa p.g.a. bemötande och rädsla för att inte bli trodd. Att de känner sig avskrivna med att det är den psykiska ohälsan som är orsak till symtomen. Även den psykiatriska vårdpersonalen nämns i forskningen som är gjord. De upplever problem med att vårda den fysiska hälsan hos patienten, då det helt enkelt är den psykiska hälsan som är central för dem och deras ansvar.

Watson (2003) talar om vikten av att vårda med en öppen attityd mot det okända och att vara lyhörd mot den andre och se till helheten. Författarna ser i tidigare forskning att just den biten oftast saknas då fördomar och rädsla för det okända kommer i första rummet. Problemet som blir är att patienten inte får den somatiska vård som behövs för sin fysiska hälsa, vilket leder till allvarliga konsekvenser som kan bli bestående, leda till försämringar och i värsta fall döden. Något som skulle kunna stoppas ifall patienten får behandling i tid. En annan konsekvens blir att patienten hamnar i den psykiatriska vården när den söker för sin fysiska hälsa, där det inte alltid finns den kompetens eller utrustning och personal som behövs. Watsons teori tar upp vikten av att bry sig om patienten som en helhet och att se människan både fysiskt och psykiskt (Watson, 2009).

Sjuksköterskan måste lyssna på patienten och se dennes problem och behov för att kunna bidra till en bättre vård. Patienternas erfarenheter kan ge oss en förståelse för hur det är att vara en patient med psykiatrisk diagnos i vården. Vad behöver vårdarna tänka på när de träffar dessa människor och hur vill de bli bemötta? Psykiatrisjuksköterskans ansvar gentemot dessa patienter blir stort då de ofta kommer till den psykiatriska vården med

fysiska hälsoproblem. Hur ser sjuksköterskan på det ansvaret, behövs det ett samarbete mellan den psykiatriska och somatiska vården?

## 5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att beskriva hur patienter med allvarlig psykisk ohälsa erfar den somatiska vården och psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar relaterat till psykiatripatienternas fysiska hälsa.

Studien söker svar på följande frågeställningar:

Vilka erfarenheter av den somatiska vården beskriver patienter med allvarlig psykisk ohälsa?

Vilka erfarenheter har sjuksköterskan inom psykiatrisk vård av att vårda patienter med allvarlig psykisk ohälsa när de kommer med fysiska hälsoproblem?

## 6 METOD OCH MATERIAL

Avsnittet börjar med att ta upp hur författarna beskriver designen på studien och går vidare med hur urvalet gjordes och vilka urvalskriterier författarna utgick från. Datainsamlingen beskriver hur författarna med hjälp av semistrukturerade intervjuer fick fram data som sedan analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys. Slutligen tas etiska överväganden upp som rör studien.

### 6.1 Design

Eftersom författarnas önskan var att få kunskap om andra människors erfarenhet av ett visst fenomen är en kvalitativ ansats lämplig, då det handlar om hur fenomenet tolkas, erfars och vilken betydelse just det fenomenet haft för människorna i studien (Henricson & Billhult, 2013). Denna studie belyser vilka erfarenheter som finns när det gäller somatisk vård och patienter med allvarlig psykisk ohälsa och deras fysiska hälsoproblem samt hur psykiatrisjuksköterskan ser på ansvar kring den fysiska hälsan.

Författarna ville genom intervjuer med de berörda få fram vilka erfarenheter som fanns av den somatiska vården för patienterna med allvarlig psykisk ohälsa och hur psykiatrisjuksköterskornas erfarenheter av ansvar kring den fysiska hälsan såg ut. Genom

intervjuer gavs deltagarna möjlighet att delge sina erfarenheter genom att ge sin syn på vården och olika situationer de varit med om, med sina egna ord (Danielson, 2013a).

## 6.2 Urval

Författarna skickade ut en förfrågan (se bilaga A) till verksamhetschefen i psykiatrin om att få utföra studien. När författarna fått ett godkännande skickades informationsblad ut till psykiatrins personal om att författarna sökte patienter med allvarlig psykisk ohälsa som informanter till studien. Psykiatripersonalen gav i sin tur ut ett informationsbrev (se bilaga B) till sina patienter med författarnas kontaktuppgifter.

För att få tag på psykiatrisjuksköterskor gick författarna ut med ett mail till sjuksköterskor inom psykiatrin som innehöll ett informationsbrev (se bilaga C), de som sedan var intresserade av att delta kontaktade författarna.

Inklusionskriterierna för informanterna som ingick i patientgruppen var att de hade en allvarlig psykisk ohälsa som kräver specialistvård och att de haft kontakt med den somatiska vården på grund av sin fysiska hälsa, vilket framgick av vårt informationsbrev som gick ut till patienter via deras kontaktpersoner. Patienterna skulle heller inte vara ineliggande vid intervjutillfället då detta kunde påverka intervjufrågornas svar på grund av att patienterna kunde må så pass psykiskt dåligt under ineliggande vård. Författarna fick efter dessa inklusionskriterier ut fem patienter varav fyra var kvinnor och en var man. Författarna valde att använda sig av samtliga patienter till studien för att få ett brett erfarenhetsperspektiv.

Inklusionskriterierna för informanterna som ingick i psykiatrisjuksköterskegruppen var att de arbetade i psykiatrisk vård, antingen öppenvård eller slutenvård, vilket framgick av informationsbrevet. Med psykiatrisjuksköterskor avsågs sjuksköterskor som arbetar i psykiatrisk vård, det var ej ett krav att de hade specialistutbildning. Författarna fick efter dessa inklusionskriterier ut fyra psykiatrisjuksköterskor och samtliga var kvinnor, författarna valde att använda sig av samtliga psykiatrisjuksköterskor.

## 6.3 Datainsamling

Datainsamlingen utfördes genom att författarna först delade in informanterna i två grupper: patienter med allvarlig psykisk ohälsa och psykiatrisjuksköterskor. Intervjuer gjordes med patienter med allvarlig psykisk ohälsa där deras erfarenheter av den somatiska vården beskrevs och med psykiatrisjuksköterskor där deras erfarenheter om ansvar relaterat till psykiatripatienternas fysiska hälsa beskrevs.

Intervjuerna genomfördes på en av informanterna önskad plats, vilket kunde innebära patientens/sjuksköterskans eget hem eller på sjukhuset. Författarna gjorde semistrukturerade intervjuer, vilket innebar att intervjuerna hade öppna frågor (se bilaga D)

och kunde skilja sig åt något från intervju till intervju. Det var inte samma frågor i patient respektive psykiatrisjuksköterskeintervjuerna. De behövdes inte tas i samma ordning utan anpassades efter varje intervjutillfälle och det som kom fram under det (Danielson, 2013a). Intervjuerna varade mellan 10-35 minuter och spelades in och transkriberades ordagrant. Författarna utförde den första intervjun tillsammans och delade därefter upp intervjuerna jämnt sinsemellan och transkriberade sina egna utförda intervjuer.

## 6.4 Analys och bearbetning av data

Materialet från intervjuerna sammanställdes i relation till studiens syfte utifrån en kvalitativ innehållsanalys (Danielson, 2013b). De semistrukturerade intervjuerna transkriberades och avkodades så att de inte kan kopplas till någon enskild individ. Författarna använde sig av Graneheim och Lundmans (2004) metod för innehållsanalys för att få ut ett resultat (tabell 1).

Samtliga intervjuer lästes av bägge författarna ett antal gånger för att få en tydlighet i det som skulle analyseras. Författarna diskuterade sedan och delade upp bearbetningen av intervjuerna genom att ta varsin deltagargrupp. Därefter bearbetades intervjuerna i mallar där innehållet först delades upp i meningsenheter. En meningsenhet är meningar eller stycken som innehåller aspekter som är relaterade till varandra genom deras innehåll och sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Sedan kortades meningsenheterna ner till kondenserade meningsenheter där författarna tänkte på att bevara kärnan av det väsentliga i meningsenheterna. Ur de kondenserade meningsenheterna utvann författarna olika koder. En kod tillåter att tänka på data på nya och annorlunda sätt, händelser och andra fenomen kan tilldelas en kod (Graneheim & Lundman, 2004). Utifrån dessa koder skapade författarna gemensamt alla subkategorier och kategorier, vilket är kärnan i kvalitativ innehållsanalys. Utifrån dessa koder skapades subkategorier och kategorier, vilket är kärnan i kvalitativ innehållsanalys. Koderna grupperades efter deras likheter och bildade då underlag för kategorisering av texten. När det var flera grupper av koder som hörde samman bildade de subkategorier och av subkategorierna bildades sedan kategorier (Danielson, 2013b). En kategori innehåller grupper av ord som delar en gemensamhet. Graneheim och Lundman (2004) menar att inga uppgifter om ändamålet bör uteslutas på grund av brist på lämpliga kategorier eller att uppgifterna faller mellan två kategorier eller passar in i flera. Kategorierna skiljdes från varandra, vilket innebär att liknande innehåll inte finns i två kategorier, för att man ska kunna särskilja på innebörden (Danielson, 2013b).

Enligt Danielson (2013b) framkommer det ibland att det finns något mer i den analyserade data och hon menar att det då är viktigt att man inte bara ger en beskrivning av kategorierna som framkommit utan att man fortsätter att tolka även dem. På det viset kan man då finna ett övergripande tema som binder samman kategorierna som en röd tråd (a.a.).

Tabell 1: Exempel på analysprocess

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad Meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Subkategor i</b>	<b>Kategori</b>
”han peka i nån sån här uppslagsbok om ..... om mina mediciner att man kunde ehh ... eh att man kunde bli våldsam av ehh...”	Han såg att mina mediciner kunde göra att jag blev våldsam.	Medicinering som orsakar våldsamhet.	Att bli bedömd utifrån psykiatrisk diagnos och läkemedel	Att bli bemött som sin diagnos och inte som en ”vanlig” patient
”alltså de drar ju gärna alla över en kam ... Jag menar bara för att man har en psykisk ohälsa, det finns ju så många olika sorters psykisk ohälsa och de vet ju oftast inte vad de pratar om ...”	Alla dras över en kam. Det finns många sorters olika psykisk ohälsa och de vet ju inte vad de pratar om oftast.	Vet inte vad de pratar om.	Att inte kunna lita på personalens kompetens	Känslan av att den psykiska ohälsan får skulden för allt
”Är det så jäkla hemskt att man är psykiskt sjuk så de tycker att det ska ha någon roll i det hela.. ja men då får de kanske blanda in psykiatrisk, ja alltså ... psykiatrisk vård också då. Då får de väl samarbeta.”	Blanda in den psykiatriska vården om det är så hemskt att man är psykiskt sjuk. De får väl samarbeta.	Samarbeta med den psykiatriska vården.	Att se möjligheter till förbättring av vården	Att kunna se de goda erfarenheterna som möjligheter till fortsatt god vård
”Jaaeehh ... ibland kan det vara rent praktiska svårigheter att vi faktiskt inte har samma tillgång till syrgas eller till	Ibland kan det vara praktiska svårigheter som att vi inte har samma tillgång till syrgas och dropp.	Praktiska svårigheter.	Att inte ha praktiska förutsättningar	Att uppleva teoretiska och praktiska svårigheter i att utföra den fysiska vården



alltså diverse olika dropp..”				
”Sen kan man ju samarbeta med dem ... för att kanske ... får följa patienten till mottagningen för att bli trygg med en distriktssköterska eller diabetessjuksköterska”	Sen kan vi ju samarbeta med dem, följa patienten till mottagningen.	Vi kan samarbeta med dem.	Att vilja samarbeta	Att kunna samarbeta över gränsen
”idag är vi bara ren vård och chop, chop, chop så ska de hem igen, jag tror att den vågen kommer komma tillbaka. Vi kommer behöva gå in mycket mer och se hela patienten.”	Bara ren vård, vi behöver gå in och se hela patienten.	Se hela Patienten.	Att se hela människan	Att uppleva en oklar ansvarsfördelning

## 6.5 Etiska överväganden

Författarna skickade ut en förfrågan till verksamhetschefen inom den psykiatriska vården för att få ett godkännande att studien kunde utföras i verksamheten (se bilaga A). Författarna fick ett godkännande och kunde gå vidare med sitt arbete. Författarna gick därefter ut med ett informationsblad som gavs ut till kollegor och medarbetare till författarna, för att spridas till patienter som därefter tog kontakt med författarna om de ville medverka.

Informationen till patientgruppen gavs sedan både skriftligt (se bilaga B) och muntligt en tid före och även vid intervjutillfället av författarna.

Författarna hade en medvetenhet om att det kunde uppstå problem med att hitta deltagare med psykisk ohälsa som ville vara en del av studien på grund av att de kunde känna sig obekväma eller inte ville dela med sig av sina erfarenheter till författarna som även är sjuksköterskor inom psykiatrin. Därför valde författarna att i första hand välja patienter som de inte var kontaktpersoner till för att det skulle kännas så neutralt som möjligt. Författarna och deltagarna skrev på ett dokument om samtycke (se bilaga B & C) där det stod att medverkan var frivillig och kunde avbrytas. Det stod även att personerna som deltar var anonyma för alla utom för författarna som inte kommer att röja deras identitet samt kommer att strimla allt insamlat intervjumaterial när studien är klar.

Deltagarna gavs möjligheten att avbryta sin medverkan närhelst under arbetet med insamlingen av data och kunde då också begära att deras medverkan helt togs bort ur studiematerialet. Ingen av deltagarna har begärt att uteslutas ur studien. Intervjufrågorna (se bilaga D) hölls neutrala så att ingen skulle känna sig förnärad och författarna pratade noga igenom utformandet av intervjuerna med varandra.

## 7 RESULTATREDOVISNING

Författarna väljer här att följa syftet och redovisar först hur patienterna erfar den somatiska vården. Därefter följer psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar relaterat till psykiatripatienternas fysiska hälsa. Författarna har därefter en kort sammanfattning av de båda resultaten där de kopplas ihop och ställs mot varandra och Watsons teori om mänskligt omhändertagande.

### 7.1 Hur patienter med allvarlig psykisk ohälsa erfar den somatiska vården

Resultatet från patientintervjuerna är uppdelat i tre kategorier med subkategorier, enligt tabell 2. Författarna använder utvalda citat ur intervjuerna för att illustrera resultatet. När det är en paus i citatet använder författarna ... och när text utelämnas i ett citat används [...].

Tabell 2: Kategorier och subkategorier – patienternas erfarenheter

Kategorier	Subkategorier
Att bli bemött som sin diagnos och inte som en "vanlig" patient	Att bli bedömd utifrån psykiatrisk diagnos och läkemedel
	Att inte bli tagen på allvar
	Att inte ha samma rätt
Känslan av att den psykiska ohälsan får skulden för allt	Att få sin fysiska hälsa bortförklarad
	Att känna sig misstrodd på grund av sin diagnos
	Att inte kunna lita på personalens kompetens
Att kunna se de goda erfarenheterna som möjligheter till fortsatt god vård	Att känna sig mottagen och trygg
	Att se möjligheter till förbättring av vården
	Att skämta bort det svåra

### 7.1.1 **Att bli bemött som sin diagnos och inte som en "vanlig" patient**

Patienterna berättar att de känner sig bemötta efter hur deras sjukdomshistoria ser ut istället för hur det är för dem just nu. För patienterna innebär det *att bli bedömd utifrån psykiatrisk diagnos och läkemedel* vilket innebär att de blir sedda som en diagnos och läkemedlen de har utgör en källa för bedömning av deras nuvarande status. *Att inte bli tagen på allvar* leder till att de ofta riskerar sin fysiska hälsa då de inte tycker det är någon idé att söka hjälp. Känslan de får när de erfar den somatiska vården på det här sättet är *att inte ha samma rätt till vård och behandling* som övrig befolkning.

#### **Att bli bedömd utifrån psykiatrisk diagnos och läkemedel**

När patienterna besöker den somatiska vården för sin fysiska hälsa erfar de att deras besök handlar om deras psykiska ohälsa istället för de fysiska hälsoproblem som de söker för. Att det är det första som nämns på ett besök i den somatiska vården är för patienterna svårt att förstå, särskilt som de då känner att besöket handlar om något helt annat än det de är där för – det fysiska måendet. Patienterna menar att, från att det nämns psykisk ohälsa så har vårdgivaren bilden klar för sig och det som var primärt för patienten blir sekundärt för den som ska ge vård. Den somatiska vården har bilden klar för sig och bedömer patienterna utefter deras diagnos och läkemedel.

'ah ja men hon har en psykisk ohälsa och e ...' det är typ bland det första de tar upp med en.. 'Jag ser här liksom att du precis har blivit utskrivnen' säger han på smärtenheten till exempel, det första han säger.

För patienterna innebär det att de känner att vården inte behandlar dem likvärdigt. De uppfattar det som att på grund av diagnos och läkemedel hoppar den somatiska vården över att undersöka patienterna ordentligt och går direkt till slutsatsen att det inte är så allvarligt med den fysiska hälsan. Patienterna får känslan av att deras hälsoproblem undermineras av att de har en psykisk ohälsa i grunden.

En vecka senare så träffar jag läkaren och han sitter vid datorn, så säger han 'jaahaa, oj vad många blodprover du har fått lämna in?'. Alltså att det var typ beställt från psykiatrisk mottagning där och liksom ... [...] Så efter att han hade sett det så var de typ bara 'jaha, hur mår du nu liksom?' och jag ba 'jag är väl inte mer stressad än vanligt' typ. Så kollade han knappt på handlederna och tyckte han att 'men det är ju inte så svullet men du kan ju..vad vill du ha hjälp med?'

Patienterna ser det som att den somatiska vården använder deras psykiska ohälsa som orsak till varför de sökt vård. Den psykiska ohälsan får ta smällen för att de mår som de gör och när en orsak redan är funnen finns det ingen anledning att undersöka saken närmare. Det är för patienterna en tuff sits att vara i. Då det i och för sig är så att den psykiska hälsan påverkar den fysiska hälsan, men den psykiska ohälsan blir också påverkad av deras fysiska hälsa. Det missar den somatiska vården att uppmärksamma.

Jag vet inte..men dels så tror jag väl att det kanske är någon bild om att mår man dåligt så gnäller man liksom och man känner efter och sådär ... å sen så tror jag också att det är en smidig utväg liksom, du vet inte exakt vad det är nämen då skyller vi på det. För där står det ju på svart på vitt redan innan att det finns i den problematiken. Det tror jag. Kanske allra mest att det är.

Patienterna erfar att deras psykiska diagnos behandlas mer i mötet med den somatiska vården än det som patienterna faktiskt söker för, deras fysiska hälsa. Att bli bedömd utefter vad diagnos och läkemedel innebär gör att patienterna ser sig bemötta som sin diagnos och inte som en patient som söker vård för sin fysiska hälsa.

### ***Att inte bli tagen på allvar***

Patienterna känner att deras fysiska ohälsa är oviktig för vården. Deras förtroende är så skadat för vården att många av dem känner att de drar sig för att söka dit. Känslan av att veta att ingen tror på en på grund av deras psykiska ohälsa gör att de lever med en stor risk för allvarliga komplikationer för den fysiska hälsan. En risk de blir villiga att ta för att slippa känslan av att inte tas på allvar.

Jag har inget förtroende, knappt, för vården längre. Deet asså det ... det har försvunnit där mer och mer för varje gång man liksom ... man drar sig från att ringa dit..även ifall man verkligen behöver det. För att man vet ju att..det är ingen som kommer ta mig på allvar ändå.

För patienterna är det en stor kränkning att komma till insikt med att de inte blir trodda av den somatiska vården. Det tar mycket energi för patienterna och de får kämpa dubbelt med både sin psykiska ohälsa och de fysiska hälsoproblemen som de inte får gehör för.

Det är inte roligt att inte bli trodd, det är liksom inget roligt. ... Att inte bli trodd är det värsta. I: Och det tror du har att göra med din diagnos, att du har dina mediciner från psykiatrin? P: Ja. Jag tycker inte att det blev bra att de satte dit det på ... (suck) på listan sådär. Inom akut sjukvård kan jag förstå men inte på vårdcentral och så där.

Patienternas diagnos är det som först bedöms och därefter formas bemötandet och hjälpen de söker uteblir. Patienterna känner sig inte tagna på allvar när de hela tiden behöver hävda sin rätt till vård.

### ***Att inte ha samma rätt***

För patienterna ökar utanförskapet, när de söker vård och erfar att de inte får samma vård som "vanliga" människor. Det som är självklart för andra människor, blir för patienterna något de känner sig utan rätt till. Som att de har den vård de ska ha i psykiatrin och varken behöver eller har rätt till den somatiska vården.

Det känns som att man blir betraktad som en andra klassens medborgare, att man inte har rätt till samma vård som andra. Jag blir förbannad och frustrerad och ... ahh, man blir deppig..

Ilskan och frustrationen byts snart ut mot en känsla av deppighet, och en nedåtgående spiral i deras psykiska välmående startar. Patienterna känner att de inte kan visa sitt missnöje eller ilska, eftersom den somatiska vården visar sina fördomar mot dem tydligt. Som patient vill en inte utsätta sig för mer förutfattade meningar och drabbas av ytterligare skam, även om en egentligen har full rätt till att visa sina känslor och ge uttryck för sitt missnöje.

Jag har inte det stödet på somasidan liksom. [...] jag vågade inte va ehh ... man ska ju vara mer förbannad och så ju, men jag vågar inte

Det patienterna erfar av bemötandet leder till att de känner maktlöshet över sin situation. Med maktlösheten kommer en hopplöshet och det enda de kan göra är att lägga saken åt sidan. De ger upp. De låter saken bero; att inte ha samma rätt är att inte göra något väsen av sig.

Nä egentligen ingen dum fråga, men vad ska man säga ... Maktlös liksom på nåt sätt. Man vill ta tag i saker och så blir man bemött så..då kan man ju lika gärna skita i det. Det ... ah..hopplöst.

Patienterna känner sig orätt bemötta när de bemöts utifrån sin diagnos och sina läkemedel. De känner sig berövade rätten till en jämlik och värdig vård.

### 7.1.2 ***Känslan av att den psykiska ohälsan får skulden för allt***

I den förra kategorin låg fokus på erfarenheter av att bli sedd som sin diagnos snarare än som person. Erfarenheter av att bli osynliggjord som människa stod med andra ord i centrum. I den här kategorin riktas uppmärksamheten mot hur ett ensidigt fokus mot den psykiska ohälsan får konsekvenser i relation till vård och behandling. Patienterna erfar *att få sin fysiska ohälsa bortförklarad* av den somatiska vården för att det finns en psykisk diagnos. För patienterna innebär det *att känna sig mistrodd på grund av sin diagnos* och för patienterna leder det till *att inte kunna lita på personalens kompetens* inom den somatiska vården.

#### ***Att få sin fysiska ohälsa bortförklarad***

Patienterna blir när de söker vård för den fysiska hälsan ofta avskrivna med att det är deras psykiska ohälsa som orsakat hälsoproblemen, att det är psykosomatiskt. Ofta sker det utan att det utförs någon närmare bedömning av problemet de för tillfället har. Där andra patienter får en ordentlig genomgång och en förklaring får patienterna istället en hänvisning till den psykiatriska vården. Psykiatriska vården ställer sig ofta frågande till det, då patienterna ofta tagit upp sina fysiska hälsoproblem där först och blivit bedömda som att det är ett fall för den somatiska vården.

Försökte få det å låta som att det skulle va..psykosomatiskt..Som man är van vid, man får ju inte ha nån annan sjukdom när man är psykiskt sjuk.

Så jag tänker ah men jag har fortfarande lite ont så skulle jag förlänga sjukskrivningen då. Då tyckte han det att 'nämen vi såg ingenting på blodproverna så att eh vi, jag förlänger inte din sjukskrivning' så..Åh jag ba..'nähe vad ska jag göra då?' 'Du får ringa din läkare uppe på psyk, så får hon fixa det.' Mmm..å jag ba...'jaha, men varför ska hon göra det?' 'Nämen, som sagt jag hittade ingenting. Jag bedömer att det är psykosomatiskt'.

Patienterna uttrycker att de inte kan se en anledning till att det är på det här viset. De kräver att det blir ändring. Att vara psykiskt sjuk innebär inte att en skonas från fysisk sjukdom eller att det är ett psykiskt symptom som ger sig tillkänna.

Så det ... det måste ju bli nån ändring nånstans tycker man ju ... För att bara för att man ... jag menar en som är psykiskt sjuk kan ju likaväl ha en annan sjukdom också.

Patienterna menar att deras psykiska ohälsa hindrar den somatiska vårdpersonalen från att se den person som finns bakom symtomen. Personalen hindras att se hela människan och stannar inte upp och tänker efter. För patienterna blir det som att deras psykiska ohälsa skuldbeläggs och de får ytterligare hinder att jobba med.

### ***Att känna sig misstrodd på grund av sin diagnos***

På grund av sin diagnos upplever patienterna att de får ett annat bemötande. De blir misstrodda, får svårare att få adekvata undersökningar och behandling för sina somatiska hälsoproblem.

när jag bodde i \_\_\_\_\_ och mina ryggproblem när de började och även när jag flyttade tillbaka i stan och då hade jag ju inte nån diagnos än. Och då fick jag ju liksom röntgen och gå till ortopeden och det var ju allt, ett helt annat bemötande än vad det är nu.

Det är svårt för patienterna att acceptera att bemötandet från en stund till en annan förändras i den graden. Allt på grund av att deras grunddiagnos är psykisk ohälsa. Något som alla kan drabbas av, även sjukvårdspersonal.

Ja, det hade de, för att eh..jag gick ju med på sånt där..man skulle ha dela journal liksom..eller att alla..sådär. Och jag tycker väl att det har blivit annorlunda sen dess också.

Patienterna uttrycker att det är deras psykiska ohälsa som är det stora hindret när de söker vård för sin fysiska hälsa. Det blir särskilt påtagligt när de tänker tillbaka på hur det var innan någon diagnos från psykiatrisk vård fanns där och de då fick mer hjälp och förståelse för sin fysiska hälsa.

### **Att inte kunna lita på personalens kompetens**

Patienterna berättar att de upplever att det finns stora kunskapsbrister om psykisk ohälsa i den somatiska vården. Det är mer fördomar än ren fakta bakom vårdpersonalens oro för den psykiska ohälsan hos patienterna. Det som kanske i välmening ska skydda patienterna blir istället en förmodad oavsiktlig kränkning. Istället för att dra egna slutsatser kan det vara värt att prata med patienten som är framför en, som en människa som alla andra.

Å grejen var ju att 'vi har ju faktiskt haft ett suicidfall här i länet'. Jaha, och vad fan har det fallet med mig att göra? Så det känns lite sådär då när man kommer då med ... det är ingen idé. Eller att om jag ber om hjälp så spelar det ändå ingen roll.

Patienterna ser kunskapsbristen mycket tydligt och de önskar att all vårdpersonal i somatisk vård sätter sig in mer i vad psykisk ohälsa innebär och börjar arbeta med sina fördomar. Psykisk ohälsa innebär många olika tillstånd och de skiljer sig åt lika mycket som människor över lag skiljer sig från person till person.

..alltså de drar ju gärna alla över en kam..Jag menar bara för att man har en psykisk ohälsa, det finns ju så många olika sorters psykisk ohälsa och de vet ju oftast inte vad de pratar om

det kan ju va att en behöver inga mediciner medan en annan behöver jättemycket mediciner, en har adhd och är jätteuppåt en har add och är jätteneråt och de kan ju egentligen bara dra alla 'ja du har haft psykisk ohälsa så..'. Liksom..det måste ju isåfall va mer insatta i det för att kunna uttala sig om det liksom tycker jag..

Patienterna ser att det finns mycket kvar att lära om psykisk ohälsa inom somatisk vård. De menar att kunskapsbristerna är orsaker till att deras psykiska ohälsa får skulden för allt som inte står rätt till hos dem, det psykiska trumfar det fysiska.

#### **7.1.3 Att kunna se de goda erfarenheterna som möjligheter till fortsatt god vård**

Patienterna har också positiva erfarenheter vilket för dem innebär *att känna sig mottagen och trygg*. De positiva erfarenheterna får dem *att se möjligheter till förbättring av vården*, både från den somatiska vården och även den psykiatriska vårdens sida. *Att skämta bort det svåra* innebär att patienterna ibland bemöts skämtsamt och det kan fungera väl i vissa fall, men i andra kan det bli helt fel.

#### **Att känna sig mottagen och trygg**

För patienterna är mottagandet viktigt. Att känna sig säker på att få vård, trots att de vet om ens psykiska ohälsa gör mycket. Det hedrar personalen när de kan bortse från vad som står i journalen och istället fokusera på den person som de har framför sig. Patienterna känner sig i de fall trygga och vågar lita på att de utför sitt jobb korrekt. Ett bra bemötande gör att patienterna känner att de kan komma tillbaka om de behöver det.

I: Okej, eeh, när du har kommit då till ehm eh akuten då antar jag. Hur, hur blev du mottagen där av personal? P: Jag tyckte det var rätt bra faktiskt. Mmm. I: Vet du, hade du nån känsla av att de visste nånting (näå) om (nej) din psykiska (nejnej) bakgrund? P: Nejnejnej. Och det bekymrar mig egentligen inte heller så mycket för att det står nog, det stod säkert i min eh, min lilla vad heter det..journal! Men det var inget som bekymra mig för att eh, de har ju tystnadsplikt som de följer så att eh, det var ju inget som jag oroar mig direkt över.

Nej utan jag tycker bara att de är super på vita lasarettet att dom har eh kan sina jobb och att jag alltid kan lita på det å så.

När patienterna tidigare varit med om att inte bli tagen på allvar av sjukvårdspersonal, blir de mycket glada och vågar ha tilltro till vården igen när det sker. Det betyder mycket att känna sig trygg i vårdsituationen. Att mötas med acceptans och öppenhet är viktigt för patienterna. Att få vara sig själv och öppet gå in i en vårdsituation underlättar för patienterna och deras känsla av att vara där på lika villkor. Det ger dem trygghet, så att de vågar komma tillbaka när det behövs.

Jaa, de har vart helt underbara ... För att eh, jag har ju fått..de jobbar ju på såna team där på käkkirurgen och jag har ju fått sånt som vet om folk som har skräck då..sen så har jag ju varit öppen om min psykiska ohälsa hur det är att jag har mycket ångest och sånt..

Att bemötas utifrån den person en är betyder mycket för patienterna. Det att se bakom diagnos och förutfattade meningar ger patienterna tilltro till vården och dess förmåga att kunna fortsätta förändras till det bättre.

### ***Att se möjligheter till förbättring av vården***

Precis som annars i samhället finns det förbättringsområden i vården som en helhet. Patienterna uttrycker t.ex. att de mer än gärna ser att den somatiska vården samarbetar med den psykiatriska vården. Detta för att underlätta vården för dem själva helt enkelt, då de upplever att de på grund av sin psykiska ohälsa inte får den vård de behöver för sin fysiska hälsa.

Nä, men det är väl lite så att..de skulle nog samarbeta kanske lite mer. För att det kan jag ju känna i psykiatrin också ibland..att vissa saker kanske blir bättre av att ... t.ex. att jag slutar röka blir ju min psykiska hälsa bättre utav och vice versa liksom ... Så allt hänger ju ihop. Så jag skulle väl tycka att det vore bra om ah..med den delen att vården gjorde det också. För det blir liksom ... Det är olika avdelningar så det är ju svårt för dem att samarbeta också.

Patienterna är väl medvetna om att deras fysiska och psykiska hälsa hör samman på många sätt och önskar att vården kunde göra detsamma. En sammankoppling mellan den somatiska och psykiatriska vården är en förbättring som patienterna tror på, även om det kanske på kort sikt är svårt att genomföra. Att vården fungerar som en helhet precis som människan är en helhet i sig.



### **Att skämta bort det svåra**

När det gäller humor och att ha en skämtsam ton i samtal med vårdpersonal, gäller det att en tänker efter lite vilken person som sitter framför en. Att börja skratta åt något som en patient berättar i ett samtal är sällan accepterat i ett *vanligt* vårdsammanhang. För patienter med psykisk ohälsa hör det mer till vardagen att ses som lite *knasig* och en del vänjer sig vid att det skrattas till under ett samtal. Det är viktigt att patienterna inte behöver känna sig förlöjligade under ett tillfälle där de söker vård. Humor kan ses på olika sätt. Humor är gott när patienten tillsammans med personal kan skratta åt någonting, men det kan inte ses som humor om personal skrattar åt patienten.

Jaa ... Alltså en del har lite humor ... ja manliga läkare brukar ha lite humor tycker jag ... ja. Det kanske inte är så kul när man har mycket å allvarliga saker å ... å berätta å de skrattar till å en patient och det inte passar in men det är ju bara en krydda egentligen men ... ja man kan ju se det på olika sätt om det är bra eller inte.

Risken finns i en del fall att humor blir en typ av skyddsmekanism och patienterna låter sig följa med i skrattet även om det kanske egentligen tar emot.

Ja nej de tycker inte alls de undrar vad jag har om vad jag har för fel. De tycker inte jag har något fel de undrar vad ni håller på med här uppe (skratt) ungefär (skratt). Och så sa en tjej som var så hära ... hon var ... hjälpte mig med kostrådgivningen och hon fatta inte varför jag var sjuk så hon sa jaha men kan du helt plötsligt tro att du heter Rut (skratt) å så hon trodde att jag hette Rut att jag var så sjuk ibland, alltså hon skoja om det.

Att visa nyfikenhet och intresse för ens psykiska diagnos, känns till en början bra för patienterna. Det är när fördomar blandas in som skrattet kan bli lite rått för en del. Det beror självklart på vilken person som sitter där om det upplevs som gott eller ont.

## **7.2 Psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar relaterat till fysisk hälsa**

Psykiatrisjuksköterskornas erfarenheter är uppdelade i tre kategorier, med subkategorier, se tabell 3. Författarna använder utvalda citat ur intervjuerna för att understryka analysen. När det är en paus i citatet använder författarna ... och när text utelämnas i ett citat används [...].

Tabell 3: Kategorier och subkategorier- sjuksköterskornas erfarenheter

Kategorier	Subkategorier
Att uppleva teoretiska och praktiska svårigheter i att utföra den fysiska vården	Att inte ha praktiska förutsättningar
	Att inte ha uppdaterad kunskap
	Att vilja utbilda och bli utbildad
Att kunna samarbeta över gränsen	Att känna motstånd och ifrågasättande

	Att vilja samarbeta
	Att leda patienterna i rätt riktning
Att uppleva en oklar ansvarsfördelning	Att inte veta vem som har ansvaret
	Att se hela människan

### 7.2.1 **Att uppleva teoretiska och praktiska svårigheter i att utföra den fysiska vården**

Som sjuksköterska inom psykiatrin stöter en på svårigheter i både teori och praktik i vården av psykiatripatienter med fysiska hälsoproblem. *Att inte ha praktiska förutsättningar* är något som sjuksköterskorna upplever inom psykiatrin vilket gör behandlingen av fysisk hälsa svår. Det är även så att de som arbetat inom psykiatrin en längre tid har känslan av *att inte ha uppdaterad kunskap* om det somatiska vårdandet som de tidigare lärt sig. *Att vilja utbilda och bli utbildad* är något sjuksköterskorna menar är viktigt, att både psykiatrisk och somatisk vårdpersonal lär sig mer om vården utanför deras egen specialitet.

#### **Att inte ha praktiska förutsättningar**

Praktiska brister är en stor anledning till varför sjuksköterskor tycker det är svårt att ge vård för den fysiska hälsan i psykiatrisk vård. Att material och utrustning saknas när den fysiska hälsan sviktar hos en patient är ingen lätt sak. När sjuksköterskan som inte har vana att vårda den fysiska hälsan står inför den vårdande utmaningen utan det som behövs är det ännu svårare att komma på en lösning för att ge god fysisk vård.

Vissa problem har man kunnat hantera på plats liksom så å andra har man väl känt att man inte riktigt ... ehh komp..ehh eller kompetens kan jag inte säga men ehh, mmm..utrustning och material och såna saker för att kunna sköta inom psykiatrin.

Det är frustrerande när det praktiska som behövs för att vårda de fysiska hälsoproblem som uppstår inte finns tillgängligt. Samtidigt anser sjuksköterskorna att det oftast inte hör till psykiatrins ansvar att utföra sådana behandlingar där det egentligen hör till ett somatiskt hälsotillstånd.

#### **Att inte ha uppdaterad kunskap**

Att inte ha uppdaterad kunskap innebär för sjuksköterskor ytterligare ett hinder vad det gäller vård för den fysiska hälsan. De upplever att de inte längre är uppdaterade på behandling för fysiska hälsoproblem och inte heller har kunskap om dem längre. Kunskapen är förlorad eller har blivit för gammal. Oron att göra fel hindrar sjuksköterskan från att se till helheten hos patienten. Det leder till att fokus ligger på det som är ens specialitet, den psykiska hälsan.

Och jag känner ju själv personligen att jag har ju tappat så otroligt mycket av det här fysiska ... liksom den kunskapen om det fysiska måendet å det har hänt så otroligt mycket under alla år som jag har varit sjuksköterska vilket ju är över tjugo år, så jag är ju inte ens uppdaterad och

det bör man också vara i sådana fall. Så att eeehhhh man är väl lite rädd åå missa någonting eller göra fel eller har för gamla kunskaper till exempel.

Rädslan att missa något eller att felbehandla patienter är stor, många av psykiatrins patienter har ett stort förtroende för psykiatrisjuksköterskor och kommer ofta med sina fysiska problem till dem. De sjuksköterskor som arbetat länge i psykiatrin upplever detta problem med rädslan om felbehandling som större än de som jobbat en kortare tid, då de nya fortfarande har sina kunskaper om fysisk hälsa färsk.

### ***Att vilja utbilda och bli utbildad***

Sjuksköterskorna pratar om sin egen brist på kunskap, vad det gäller fysisk hälsa och vården. De önskar att få utöka sina kunskaper inom området, då de ser att det finns ett ökat behov för patienterna i psykiatrisk vård. Sjuksköterskorna vill dock även att den somatiska vården och dess personal lär sig mer om vården av patienter med psykisk ohälsa, då det t.ex. skulle gagna patienterna och hur de bemöts.

Jaaa aah jag kan ju själv känna just mina egna tillkortakommanden där liksom kunskapen eller uppdateringen framförallt. Det händer ju så otroligt mycket med forskning åå sånt liksom ehhh ... just på den somatiska sidan ... så att ibland känner man att man kanske skulle gå någon, själv uppdatera sig på något vis gå någon kurs eller jag vet inte vad för någonting. Men framförallt så kanske just ... den somatiska sidan skulle behöva gå ... kurser lära sig ... lite mer om våra patienter med olika psykiatriska diagnoser, hur dom ska bemötas.

Önskan om att utbildas och att utbilda finns hos sjuksköterskorna. Förslag finns om att hospitera på somatiska vårdavdelningar och att personal därifrån kan hospitera i psykiatrin. Sjuksköterskorna i psykiatrin finner det viktigt att vårdpersonal i somatisk vård får kunskap om att psykiatripatienter inte är så svåra.

Jag tror om dom bara fick bli lite mer medvetna om att ... man kan, man kan behandla en psykiatripatient som vem som helst och inte att det är så läskigt eller farligt eller ja det är lite udda men de det är liksom inte ... inte svårt.

Sjuksköterskorna tror att det är en väg att öppna upp för ett kunskapsutbyte om de börjar med hospitering inom psykiatrisk vård och somatisk vård. Mer kunskap inom båda områdena ökar möjligheten till en vård som ser till patientens bästa.

### **7.2.2 *Att kunna samarbeta över gränsen***

Att kunna samarbeta över gränsen för att sträva efter en säkrare patientvård är något som sjuksköterskorna lyfter fram som en viktig fråga. *Att känna motstånd och ifrågasättande* ifrån somatisk vård när psykiatrin bedömer att en patient behöver somatisk inliggande vård är tyvärr något psykiatrisjuksköterskorna upplever som ett stort hinder. *Att vilja samarbeta* menar sjuksköterskorna är viktigt för att nå en förändring.

Psykiatrisjuksköterskorna arbetar mycket för och har ett tänk om samarbete där man genom att leda patienterna i rätt riktning hjälper dem till den vård de behöver för sin fysiska hälsa.

### ***Att känna motstånd och ifrågasättande***

När patienter behöver flytta mellan psykiatrisk och somatisk vård uppstår ibland konflikter mellan instanserna. Sjuksköterskorna inom psykiatrin upplever att det finns ett motstånd hos den somatiska vården till att ta emot psykiatriska patienter. Att ifrågasättas ifråga om en patients hälsotillstånd är för den som arbetar nära patienten tungt och det kan kännas som en kränkning både för sin yrkesrolls skull, men även för den sjuke patienten som inte får den vård som den är berättigad till.

Däremot vet jag att om vi får en..ehh akut sjuk patient på avdelningen som vi anser måste till eehhm somasidan på en gång eller inom en snar framtid då patienten är ineliggande, då kan jag nog känna att det är lite motstånd från somasidan att ta emot. Att de ofta ifrågasätter varför vi inte kan vårda patienterna uppe hos oss eller ehha aa så.

Kommunikation och förtroende för varandras kunskaper mellan instanserna är viktigt då det gäller att få till ett bra samarbete över gränserna.

### ***Att vilja samarbeta***

Samarbete är något som ofta nämns hos sjuksköterskorna. Att kunna samarbeta för att patienterna ska få den vård de har rätt till och för att vården ska kunna flyta på väl. Den somatiska vården ska ta vid när psykiatrin inte kan hantera de fysiska problemen. Sjuksköterskorna har mycket idéer om hur ett bra samarbete kan startas upp.

... sen kanske vi rent av ska ha några ... ja några representanter från vardera sidan som ... diskuterar till exempel akuten och ... vård eehh eller vad heter psykiatrin här hur man ska förbättra ... Att kanske enhetscheferna träffas, jag vet inte riktigt hur men det måste ju bli bättre. Den här diskussionen ska inte ens behöva förekomma.

Det är viktigt att man kan ha en dialog med den somatiska vården och att man vet att de är redo att ta emot psykiatrins patienter när behovet finns. Det är viktigt att psykiatrisjuksköterskan kan följa med de patienter som behöver stöttning till den somatiska vården för att trygga upp och få igång ett samarbete om det finns behov för detta.

Sen kan man ju samarbeta med dem ... för att kanske ... får följa patienten till mottagningen för att bli trygg med en distriktssköterska eller en diabetessjuksköterska.

Ett samarbete över gränserna där sjuksköterskorna för en dialog emellan sig för att säkra vården skulle göra att patienterna kan känna sig tryggare.

### ***Att leda patienterna i rätt riktning***

Psykiatrisjuksköterskorna ser det som deras ansvar att vägleda patienterna inom psykiatrin i rätt riktning. Att de ska få patienterna att tänka mer från ett hälsoperspektiv för sin egna fysiska hälsas skull. De ser att en del patienter med psykiatriska diagnoser har det så jobbigt med den psykiska hälsan att de inte ser eller bryr sig om sin fysiska hälsa. När patienterna inte själva ser sina behov, går sjuksköterskan in och leder in dem på rätt väg.

Eeehh dom har det jobbigt med sina psykiatriska diagnoser och då ehh då blir dom här ... fysiska problemen lite sekundära nästan. Eeehh ibland kan det vara som att vi upptäcker dom å påpekar att det finns och om inte vi insisterar på en kontakt med somatiken så blir det aldrig av.

När patienter som har blivit dåligt bemötta inom somatisk vård och har ångest samt är rädda för att gå dit finns psykiatrisjuksköterskan där som ett stöd. Många patienter vill att psykiatrinns personal ska följa med dem till somatiska vårdenheter. Detta tror sjuksköterskorna beror på att det finns ett uppbyggt förtroende psykiatripersonal och patient emellan.

Jag tror mycket är ... att man ändå följer med patienten, att man är beredd och ... lotsa in dem i vårdcentralen och deras värld ... och sen tror jag att man kanske med tiden blir trygga med det ... men att vi måste va en brygga ... till att börja med för många patienter.

När psykiatrisjuksköterskan vägleder patienten till rätt vård då krävs det att den somatiska vården tar emot patienterna för att samarbetet ska fungera.

### **7.2.3 *Att uppleva en oklar ansvarsfördelning***

Sjuksköterskorna inom psykiatrin ser att det finns ett ansvar av att vårda patienten både fysiskt och psykiskt, *att inte veta vem som har ansvaret* gör att man inte vet var gränserna går mellan psykiatrin och den somatiska vårdens ansvar. Den fysiska och psykiska hälsan hör ihop och *att se hela människan* skulle kunna få vården att bli bättre.

#### ***Att inte veta vem som har ansvaret***

Det är svårt att se var gränsen går för vad psykiatrin ska göra och vart den somatiska vården tar vid. Det finns en tro att patienter med psykiatrisk diagnos bäst hör hemma inom psykiatrin oavsett om deras problem är psykiska eller fysiska. När det inte finns resurser inom psykiatrin att vårda alla fysiska problem så måste den somatiska vården ta över.

Ja framförallt just det att det är ju inte vårt bord egentligen om man får säga så eeehh det kan låta hårt men så är det ju alltså vi tar ju hand om den psykiska ... det psykiska måendet..åå ehhh både vi och våra doktorer är ju ändå specialiserade på ... den psykiatriska hälsan.

Sjuksköterskorna tycker inte den somatiska vården tar så stort ansvar som det behövs när det gäller psykiatrins patienter. De berättar om patienter som blivit skickade till psykiatrien istället för att bli inlagda på en somatisk vårdavdelning då de har fysiska problem. Det finns ett visst tänk inom psykiatrien där man gör hälsoundersökningar och när något somatiskt upptäcks kontaktas den somatiska vården, men sjuksköterskorna inom psykiatrien får ändå ta hand om många fysiska problem.

Det är väl en risk att de inte får den bästa vården ... eehm ... våra läkare är kanske inte alltid uppdaterade om de nya rönen ... och inte vi omvårdnadspersonal heller ... om det är saker man ska följa upp ... utan det kanske vårdcentralen ibland är bättre på att följa upp ...

Mycket av ansvaret av den psykiatriska patientens fysiska hälsa läggs på psykiatrisjuksköterskan, den somatiska vården behöver ta mer ansvar för att förebygga att allvarliga komplikationer uppstår.

### **Att se hela människan**

Sjuksköterskorna upplever att de behöver gå in och se hela människan och inte bara utföra "ren vård". Hälsoundersökningar ska vara en del i vården och dess information ska användas och uppföljningar ska göras. Patienten ska ses som en hel människa och fokus ska finnas på patientens hälsa både fysiskt och psykiskt. Sjuksköterskorna vill att man inom psykiatrien kommer igång med hälsogrupper, hälsoupplysningar och kostvanor m.m. för att främja patientens fysiska och psykiska hälsa. De känner att vården ska fokusera på hela människan.

Eeehhh vi kan kanske inte ... dela upp dem så mycket som vi gör nu. Jag menar på en sjuksköterskeutbildning lär vi oss se helheten av människan men hela tiden delar man upp psyket och somatik, så jag tror att vi behöver komma tillbaka till en mer helhetssyn och att vi ehhh inom psykiatrien också kommer behöva bli lite mer fokuserade på ... på att få hjälpa till med den fysiska hälsan också för att få den mentala biten också att va bättre liksom de hör ju ändå ihop ehh till mångt och mycket.

Den fysiska och psykiska hälsan hör ihop, att bara bota det ena hjälper ofta inte patienten helt utan sjuksköterskan bör se till helheten för att patienten ska må bra på alla plan.

## **7.3 Resultatsammanfattning**

Sammanlagt sex kategorier beskriver hur erfarenheterna från de olika perspektiven ser ut. Se tabell 4 där författarna satt ihop de båda tabellerna för att lättare kunna se samtliga kategorier och subkategorier i relation till varandra.

Resultatet tydliggör vad patienterna erfar när de söker vård för sin fysiska hälsa och det visar på att de många gånger upplever att de särbehandlas i negativ bemärkelse. Det patienterna

uppfattar är att de inte är lika mycket värda och det ger dem känslan av att de skulle vara en typ av andra klassens medborgare. Resultatet visar att det finns likheter i hur patienterna erfar den somatiska vården och psykiatrisjuksköterskornas erfarenheter av ansvar relaterat till den fysiska hälsan hos patienterna. Patienterna erfar att deras psykiska ohälsa hindrar den somatiska vården från att se deras fysiska hälsobehov de har och vården där ser istället på psykiatrisk diagnos och läkemedel. Patienterna menar att den somatiska vården skyller allt på deras psykiska ohälsa och lämnar ansvaret till den psykiatriska vården.

Den somatiska vården har enligt patienterna tappat helhetssynen och behöver hitta tillbaka till att se hela människan igen. De behöver se att oavsett diagnos kan det finnas problem med den fysiska hälsan också. Innan den somatiska vården blir medveten om dessa problem, fortsätter det att orsaka att patienterna upplever sig mindre värda. De får svårare att vända sig till den somatiska vården när de behöver det för sin fysiska hälsa och då vänder sig en del av dem till psykiatrisk vård istället. Där sjuksköterskorna berättar att det finns mycket svårigheter både teoretiskt och rent praktiskt för dem att ta hand om patienternas fysiska hälsa. Mycket av deras kunskaper känner de har blivit för gammal och de oroar sig för att patienterna ska bli felbehandlade eller att de ska missa något som är viktigt för deras fysiska hälsa. Sjuksköterskorna precis som patienterna uttrycker att det är önskvärt med utökade kunskaper om psykisk ohälsa i den somatiska vården och ser gärna att de olika vårdinstanserna börjar samarbeta mer med varandra för patienternas skull.

Sjuksköterskorna ser därför även ett behov för den psykiatriska vården att utöka eller repetera upp sina kunskaper i somatisk vård och ger förslag på att de ska börja med hospitering hos varandra. De båda informantgrupperna uttrycker att de vill att vården ska ägna sig åt att se hela människan och inte vara så uppdelad som den just nu är. Samtidigt så ser de att det inte är en lätt fråga och att ansvaret ändå till viss del kräver en uppdelning.

Tabell 4: Samtliga kategorier och subkategorier

	Kategorier	Subkategorier
Patient	Att bli bemött som sin diagnos och inte som en "vanlig" patient	Att bli bedömd utifrån psykiatrisk diagnos och läkemedel
		Att inte bli tagen på allvar
		Att inte ha samma rätt
	Känslan av att den psykiska ohälsan får skulden för allt	Att få sin fysiska ohälsa bortförklarad
		Att känna sig misstrodd på grund av sin diagnos
		Att inte kunna lita på personalens kompetens
	Att kunna se de goda erfarenheterna som möjligheter till fortsatt god vård	Att känna sig mottagen och trygg
		Att se möjligheter till förbättring av vården
		Att skämta bort det svåra

Personal	Att uppleva teoretiska och praktiska svårigheter i att utföra den fysiska vården	Att inte ha praktiska förutsättningar
		Att inte ha uppdaterad kunskap
		Att vilja utbilda och bli utbildad
	Att kunna samarbeta över gränsen	Att känna motstånd och ifrågasättande
		Att vilja samarbeta
		Att leda patienterna i rätt riktning
	Att uppleva en oklar ansvarsfördelning	Att inte veta vem som har ansvaret
		Att se hela människan

## 8 DISKUSSION

Avsnittet diskussion inleds med metoddiskussion, där författarna diskuterar vald metod relaterat till syftet och genomförandet av studien. Vidare följer den etiska diskussionen, där författarnas etiska reflektioner under arbetets gång diskuteras. Därefter förs diskussion över resultatet, där författarna ställer studiens resultat mot tidigare forskning och Watsons teori om mänsklig omsorg.

### 8.1 Metoddiskussion

För att besvara syftet valde författarna att göra en kvalitativ studie med intervjuer för att få fram erfarenheterna. Författarna hade först tänkt att studien skulle inkludera patienter med allvarlig psykisk ohälsa och sjuksköterskor inom somatisk vård och deras erfarenheter av vårdmötet. Författarna gick ut med ett missivbrev till verksamhetscheferna inom somatisk vård som sedan skickade vidare informationen till enhetscheferna. Författarna fick dock ingen intresseanmälan från någon sjuksköterska som ville delta i studien. Det som kan ha spelat roll kan ha varit att informationen tog stopp hos enhetscheferna eller att intresse saknades då sjuksköterskorna inte fick delta i studien på arbetstid utan fick använda sin fritid. Detta är dock spekulationer av författarna. Efter många försök att genom mail och telefonkontakt få tag på deltagare blev tiden knapp och författarna kände att de var tvungna att ändra sitt syfte. Författarna valde då att använda sig av patienter med allvarlig psykisk ohälsa och sjuksköterskor inom psykiatrin. Istället för att fokusera på det tidigare tänkta vårdmötet valde författarna att syftet skulle belysa erfarenheter av vården av patienternas fysiska ohälsa och psykiatrisjuksköterskans ansvar. Ändringen av syftet gjorde att författarna inte fick så mycket tid till att utföra intervjuer med psykiatrisjuksköterskorna, det som gjorde saken positiv var dock att det var ett stort intresse från psykiatrins håll att ta del av studien.



Författarna sökte deltagare till studien gällande patienternas erfarenheter genom psykiatrisjuksköterskor och rekryterade fem patienter som var positiva till att delta i studien och som hade rätt inklusionskriterier. Deltagarna bestod av fyra kvinnor och en man i olika åldrar och med olika psykiska diagnoser, vilket kan ha gjort att svaren som författarna fick fram skilde sig lite åt beroende på vilken diagnos patienterna hade. Det faktum att det var mest kvinnliga deltagare kan ha påverkat resultatet till en viss del och det hade varit intressant att fått fram om det var någon skillnad. För att få deltagare till studien gällande psykiatrisjuksköterskans erfarenheter, gick författarna ut med ett mail till sjuksköterskorna. Det var många som var intresserade men det var svårt att få till en tid att kunna utföra intervjuerna, då sjuksköterskorna har en ganska hög arbetsbelastning. Författarna rekryterade fyra sjuksköterskor i deltagargruppen, de var alla kvinnor som har arbetat 2-25 år inom psykiatrisk vård. De olika långa erfarenheter de haft inom det psykiatriska yrket gjorde att författarna fick fram ett brett perspektiv. Författarna tror inte det hade blivit någon större skillnad om det hade varit med någon manlig deltagare men det hade ändå varit intressant för att se om de trots författarnas förutfattade meningar haft andra erfarenheter.

Författarna använde sig av en intervjuguide, se bilaga 4, med semistrukturerade frågor så de kunde anpassas efter deltagarnas svar. Intervjuerna tog mellan 10-35 minuter. Trots den korta intervjutiden och det lilla antalet intervjuer fick författarna fram mycket och fyllig information som var användbart i studien. Mycket av den intressanta informationen fick dock tas bort, då det inte följde syftet helt och fullt.

Materialet från intervjuerna sammanställdes sedan utifrån Graneheim och Lundmans (2004) metod för innehållsanalys. Författarna tycker det var svårt att ta ut relevanta meningsenheter som hörde till syftet då det finns mycket annat i intervjuerna som väckte intresse, genom hjälp av sin handledare kom författarna på rätt spår och kunde koncentrera sig på det väsentliga i intervjuerna utifrån syftet. Författarna fick fundera mycket för att kunna namnge kategorierna så de skulle täcka innehållet, när kategorierna väl fått namn var det lättare att få subkategorierna på rätt plats.

En studies trovärdighet ökar om resultaten presenteras på ett sätt som gör det möjligt för läsaren att leta efter alternativa tolkningar. En rik och fyllig presentation av resultaten tillsammans med lämpliga citat ger en bra överförbarhet. För att underlätta överförbarheten ytterligare är det värdefullt att ge en klar och tydlig beskrivning av kultur och kontext, urval och egenskaper, deltagare, datainsamling och analysprocess (Graneheim och Lundman, 2004). För att uppnå en tillförlitlighet utifrån Graneheim och Lundman (2004) behövs trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Författarna anser att studien är trovärdig då syftet besvaras, resultatet har citat som styrker kategorierna och det finns tidigare forskning som stödjer resultatet. Pålitligheten visas på att författarna har fokuserat på syftet när analyserna av intervjuerna har gjorts. Det som hade gjort det ännu mer tydligt var om författarna även hade fått med den somatiska vårdpersonalens erfarenheter.

## 8.2 Etisk diskussion

Författarna har diskuterat ett flertal gånger om hur patienterna skulle förhålla sig till det att författarna själva arbetar som sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Om det är fel att göra intervjuer med patienter som ibland är ineliggande på avdelning där författarna jobbar, eller att det kan ge en trygghet för patienterna att de redan känner till oss och vet vilka vi är. Då författarna valt att beskriva hur patienterna erfar den somatiska vården kom vi fram till att det förmodligen inte skulle ha så stor inverkan på patienternas berättelser. När intervjuerna genomfördes visade det sig att patienterna inte hade några problem med att dela med sig av sina erfarenheter. De var positiva till att få vara med, och det upplevdes som att de var trygga med författarna.

Arbetet med att hitta benämningar till kategorierna innefattade en del etiska reflektioner. När kategorierna namngavs fick en kategori namnet, *Att bli bemött som sin diagnos och inte en "vanlig" patient*, denna kategori diskuterades först som att namnges *att bli bemött som sin diagnos och inte en "vanlig" människa*. Det valdes dock bort med tanke på att patienterna i kategorin mest använder ordet patient själva. Att använda *"vanlig" patient* diskuterades också då det kan ge en negativ klang och låta som att meningen innebär att de skulle skilja sig åt från övriga patienter i vården. Författarna valde att använda det eftersom det var så patienterna själva beskrev att det var. Deras erfarenheter visar att de är åtskilda från den somatiska vårdens övriga patienter, de som inte har psykisk ohälsa i sin grunddiagnostik.

## 8.3 Resultatdiskussion

Författarna anser att resultatet följer syftet med studien som är att beskriva hur patienter med allvarlig psykisk ohälsa erfar den somatiska vården och psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar relaterat till psykiatripatienternas fysiska hälsa. För att få en överskådlighet i resultatdiskussionen delar författarna in diskussionen i tre delar med utgångspunkt utifrån Watsons omvårdnadsteori.

### ***Att närvara i vårdandet***

Författarna ser att patienterna med allvarlig psykisk ohälsa känner sig sedda som sin psykiska sjukdom och de ger intrycket av att de inte upplever sig vara lika mycket värda som övriga patienter i den somatiska sjukvården. Watson (2003) menar att det är viktigt med den mänskliga närvaron i vården, den lämnar ingen oberörd, medkänsla och omsorg är inte bara ord som talas och ögon som ser. Vad som sägs kan vara välkomnande och bekräftande men det kan även vara ett likgiltigt möte, man tittar bort och möter inte patienten och dess tillstånd. Thesen (2001) menar att det orsakar en ökad stigmatisering av dessa patienter ju fler gånger de söker vård och då inte tas emot för bedömning och adekvat behandling. Det överensstämmer med patienternas egna erfarenheter där de själva uttrycker att de upplever det som att de är andra klassens medborgare och inte har samma rätt till vård som andra

vanliga patienter. Watson (1993) tar i sin teori upp att sjuksköterskan måste vara lyhörd och se människan som en unik individ, ta vara på människans känslor och skilja denna från det ordinära.

### ***Kunskapens betydelse i vårdandet***

Patienterna berättar att de ser att det finns en kunskapsbrist hos den somatiska vårdpersonalen som yttrar sig i ett överdrivet fokus på deras psykiatriska diagnos och läkemedelsbehandling. Detta kan ses som att den somatiska vården styrs av sina fördomar gentemot personer med psykisk ohälsa, vilket förhindrar patienternas möjligheter till förbättring och återhämtning i sin fysiska hälsa. Det spår dessutom ytterligare på patienternas motstånd till att ta del av hälsovårdssystemet och leder till ytterligare risker för deras fysiska såväl som den psykiska hälsan (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008).

Watson (1993) menar att hälsa är som en harmoni av det andliga, kroppsliga och själsliga och att man inte enbart ska betrakta människan av aspekter av beteende och fysiologi.

Patienterna själva uttrycker att de drar sig för att söka vård för den fysiska hälsan eftersom de upplever att de inte tas på allvar och känner att det inte spelar någon roll om de blir allvarligt sjuka. Här måste sjuksköterskan förstå att de arbetar med sin egen och andras livskraft och energi, där bland annat sjukdom, smärta, lidande och sårbarhet är människans existentiella andliga dilemma som i slutändan var och en av oss delar och måste möta (Watson, 2002). Det är allvarligt att patienterna inte söker vård med tanke på att som Oud och Meyboom-de Yong (2009) påvisar att fysiska sjukdomar är betydligt högre hos patienterna med psykisk ohälsa, än för befolkningen utan psykisk ohälsa. Att de dessutom har en förväntat kortare livstid (Beecroft et al., 2001; Roberts, Roalfe, Wilson & Lester, 2007; Hardy & Gray, 2010) gör att behovet av en mer mottagande och kunnig vård är stort.

Patienternas erfarenheter pekar på att det stämmer som Hardy (2012) kommer fram till, att vårdpersonalen i somatisk vård inte har kunskap om att den fysiska hälsan hos patienter med psykisk ohälsa har allvarliga brister. Det patienterna i aktuell studie erfar visar på att det stämmer som flera andra studier visar, att attityderna mot patienterna och deras psykiska ohälsa är övergripande lika oavsett vilken arbetsroll i somatisk vård personalen har (Lawrie et al., 1998; Mukherjee, Fialho, Wijetunge, Checinski & Surgenor, 2002; Dixon, Roberts, Lawrie, Jones & Humphreys, 2008) vilket innebär att fördomarna om psykisk ohälsa har ett starkt fäste i den somatiska vården. Omvårdnaden vars kunskap är att ge mänsklig omsorg skiljer sig från kunskapen om det medicinska, men dessa två kunskaper ska kunna komplettera varandra (Watson, 1993).

Psykiatrisjuksköterskornas erfarenheter styrker vad ett flertal andra studier visar. Att de i sin roll många gånger får guida patienterna på rätt väg vad det gäller deras fysiska hälsa, då de kan ha svårt att tolka signalerna från kroppen eller har svårt att förklara de somatiska symtomen (Bradford et al., 2008; Drapalski, Milford, Goldberg, Brown & Dixon, 2008; Oud & Meyboom-de Jong, 2009; van Hasselt et al., 2013). Det är som Nash (2013) påpekar att den psykiatriska diagnosen kan hindra att patienterna får värdefull fysisk vård; han menar då att den risken även finns i psykiatrisk vård. Det stämmer förvisso med vad

psykiatrisjuksköterskorna säger också. Men de menar dock att det snarare handlar om att den psykiatriska vården har mer praktiska och teoretiska brister för att ge en god somatisk vård än att de ser patienternas psykiska ohälsa som enda anledning till att patienterna uttrycker att de mår dåligt fysiskt. Dock uttrycks en viss rädsla från psykiatrisjuksköterskorna att missa något allvarligt eller göra något fel i fråga om patienternas fysiska hälsa, vilket enligt Nash (2013) kan hända om det är patientens historik som blir det som styr istället för patientens egen utsaga. Det är en liknande situation som sjuksköterskorna i somatisk vård har enligt Reed och Fitzgerald (2005) som finner att de är oroliga för att de ska orsaka skador på patienterna med psykisk ohälsa eller sig själva och andra bara genom att säga fel saker. Patienterna erfar visserligen att vårdpersonalen säger fel saker och det orsakar dem men. Det är dock inte anledning nog för att de inte ska få erhålla vård för sin fysiska hälsa i somatisk vård. Ändå uppstår sådana situationer i den somatiska vården mycket ofta för patienterna i aktuell studie, deras symtom och mående får då stå tillbaka på grund av deras psykiatriska diagnos och historik. Omvårdnad handlar om kunskap, handlingar och ansvar, värde, filosofi, omtanke och hängivenhet (Watson, 1993).

Som Crisp, Gelder, Rix, Meltzer och Rowlands (2000), Decoux (2005), och Oud et al (2009) påpekar är det viktigt att kunskap om patienter med allvarlig psykisk ohälsa finns även hos somatisk vårdpersonal, vilket psykiatrisjuksköterskorna styrker i personalresultatet. De vill att vården satsar mer på att utbilda i de frågorna och föreslår själva ett utbyte mellan somatisk och psykiatrisk vård, med hospitering exempelvis. Med tanke på vad Arvaniti et al. (2009) kommer fram till är det ett bra förslag från psykiatrisjuksköterskornas sida, då de menar att kontakt med patienter med psykisk sjukdom och utbildning kring det är det bästa sättet för att minska hälso- och sjukvårdspersonals fördomar om psykisk ohälsa.

Psykiatrisjuksköterskorna menar att de också behöver repetition för sina kunskaper inom somatisk vård och att ett utbyte skulle kunna vara ett sätt som ökar samarbetet mellan de olika vårdinstanserna. Till viss del stämmer det överens med vad Happell, Scott, Platania-Phung och Nankivell (2012) kommer fram till att psykiatrisjuksköterskorna ser på den fysiska hälsan som en sekundär prioritet eftersom deras arbete främst kretsar kring det mentala, dock är psykiatrisjuksköterskorna villiga att utföra hälsoundersökningar och screeningar och gör redan mycket av den sortens arbete. De vill dock som Happell, Scott, Nankivell och Platania-Phung (2013) kommer fram till, ha en effektiv uppföljning av det som eventuellt upptäcks. Psykiatrisjuksköterskorna i aktuell studie erfar att den somatiska vården känner ett motstånd till att ta emot patienterna med psykisk ohälsa och enligt Lester, Tritter och Sorohan (2005) kan motståndet bero på att de helt enkelt anser att vården av patienter med allvarlig psykisk ohälsa är för specialiserad och därför hör hemma i psykiatrisk vård. Psykiatrisjuksköterskorna ser därför att ett samarbete mellan psykiatrisk och somatisk vård är en viktig utvecklingsfråga. Patienterna i studien är även de inne på att samarbete mellan den psykiatriska och somatiska vården är något att satsa på, då de känner att kunskapsbristerna leder till en sämre och orättvis vård för deras del.

Vad som är intressant här är att deltagarna i studien pratar om vikten av att psykiatrisk vård och somatisk vård samarbetar, det är dock ingen av deltagarna som tar upp vikten av att patienterna själva är med i samarbetet. Det kan möjligen vara så att deltagarna ser det för

självljart, men det urskiljer sig från Corrigan (2004) som verkligen får med sig vad patienter och brukare själva kräver av vård och samhälle.

### ***Att se helheten i vårdandet***

Patienternas erfarenheter är inte enbart negativa. Som McCabe och Leas (2008), Clarke, Dusome och Hughes (2007) påvisar blir erfarenheterna positiva när de blir behandlade ur ett helhetsperspektiv där de blir erkända som individer och sedda för sina behov. Watson (2009) tar upp att människor ofta söker en helhet för deras välbefinnande inte bara ren, opersonlig, steril vård. Sjukvården fordrar respekt för människan som en helhet utifrån ett humanistiskt synsätt (Watson, 1993). När patienterna känner att de kan vara öppna om sin psykiska ohälsa är vårdpersonalen på rätt spår. Stor vikt ska läggas mellan relationen sjuksköterska och patient, det ska finnas en syn på omsorg som leder till att bevara den mänskliga autonomin och vördsnaden för den (a.a).

Precis som Lester, Tritter och England (2003) finner att patienterna upplever att personal i somatisk vård är rädda för dem, belyser patienterna i aktuell studie att de är oroliga för att visa sina känslor och vilka de är eftersom de oroar sig över den somatiska vårdpersonalens reaktioner. Watson (2002) tar upp att det är viktigt som sjuksköterska att kunna be om hjälp och vägledning när man är osäker, förvirrad och rädd, för att själv kunna växa och hantera svåra situationer. Oud, Schuling, Slooff och Meyboom-de Jong (2007) liksom Liggins och Hatcher (2005) visar på att personal i somatisk vård oroar sig för att patienter med psykisk ohälsa ska bli våldsamma och de är rädda för sin egen säkerhet samt tror att de ska skrämra andra patienter. Fördomarna om den psykiska ohälsan och dess patienter som är drabbade är många. Många av dem uppstår i välmening, att personalen menar att patienter med psykisk ohälsa mår bäst av att vistas i en miljö med låg stimulans, lugn och ro. De övergår sedan i en mer fördömande ton och menar då att patienterna inte klarar av ett högt tryck och långa väntetider utan kan bli aggressiva och lämna akutmottagningen (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; Morphet et al., 2012).

Resultatet i aktuell studie talar för att fördomarna påverkar patienterna i en mycket negativ bemärkelse och som redan nämnt behöver en insats för att öka kunskapsnivån om psykisk ohälsa i somatisk vård komma till skott. Watson (2002) tar upp att sjuksköterskan bör anstränga sig lite för att se vem patienten är bakom ytan, sträva efter att få en omtänksam kontakt och ge av sin närhet en stund.

Corrigan (2004) nämner i sin studie att det i USA pågår arbete med att minska stigmatiseringen av psykisk sjukdom, främst via brukarföreningarna men även andra föreningar har det som fokus. Författarna tänker att i arbetet med att öka kunskapsnivån i den somatiska vården är det viktigt att bjuda in patienterna i det arbetet, vilket styrks av patienterna själva och även tidigare forskning (Lester, Tritter & England, 2003). Det är patienterna som är experter på hur deras erfarenheter ser ut och de är mycket kapabla att göra sina röster hörda. Så länge det finns människor som är villiga att lyssna, är möjligheterna stora att kunna förändra.

Det patienterna erfar i den somatiska vården med osäkerheten kring deras psykiska ohälsa, är inte så olik från vad psykiatrisjuksköterskorna upplever kring vården av patienternas fysiska hälsa. Watson (1993) menar att sjuksköterskan ska ha ett öppet sinne och våga vårda även det okända. I aktuell studie ser författarna att psykiatrisjuksköterskorna inte heller är riktigt där, precis som de i den somatiska vården inte heller har ett helhetsperspektiv i vårdandet av patienterna.

## **9 SLUTSATSER**

Författarna anser att aktuell studie gett svar på studiens syfte.

Patienterna har rätt till en god och säker vård, att istället bemötas med okunskap och fördomar är mycket tungt för patienterna och orsakar med tiden mer psykisk ohälsa och större risker för deras fysiska hälsa.

Det behövs ett ökat samarbete mellan psykiatrisk och somatisk vård. Uppdelningen av ansvaret för vad som är psykiatri och vad som tillhör somatisk vård måste ändras på. Det ska inte bero på vad patienten har för grundproblematik utan på vad patienten har för besvär just nu för vilken del av vården patienten ska tillhöra för tillfället.

Patienterna måste göra sina röster hörda och psykiatrisjuksköterskorna kan i samarbete med patienterna utöka kunskaperna för den somatiska vården.

Det är en sak att skilja på vilket som tillhör psykiatrisk vård och vad som är somatisk vård, det som inte får skiljas åt är synen på patienten. Människan som söker hjälp, har rätt att få hjälp oavsett om denne har tillhörighet i psykiatrisk vård också.

Det finns behov för ökade kunskaper både för psykiatrisk vårdpersonal om somatisk vård men även för den somatiska vårdpersonalen om psykisk ohälsa. Det skulle för patienterna innebära en ökad säkerhet i vården och ge dem trygghet till att söka vård när de behöver.

### **9.1 Implikationer för omvårdnaden**

Resultatet visar att den somatiska vården brister i sitt omhändertagande av de patienter med psykisk ohälsa som ingår i studien. Bristerna är sådana som går att rätta till. Det är troligt att med mer kunskap och interaktion med människor med psykisk ohälsa kunna komma till rätta med problemen. Författarna tror att studien utgör ett bra underlag till att arbeta fram ett samarbete mellan psykiatrisk och somatisk vård, studien visar på att behovet finns.

Med hjälp av vårdteorier, så som till exempel Watsons teori om mänskligt omhändertagande, synliggörs personen och den hela människan. Detta kan vara viktig vägledning i fortsatt utvecklingsarbete för att stärka reducering av människan i vården.

## 9.2 Förslag till vidare forskning

Författarna anser att de har fått fram många erfarenheter som kan användas i fortsatta studier för att säkerhetsställa att psykiatripatienternas fysiska vård uppfyller samma krav som för övrig befolkning.

En studie eller ett projektarbete för ett förbättrat samarbete mellan psykiatrisk och somatisk vård skulle vara av stort intresse. Det skulle även vara intressant att få reda på vad den somatiska vårdpersonalen själv erfar i vårdandet av allvarligt psykiskt sjuka, vilket var ett av ursprungssyftena med studien. Intressant vore även att genomföra en kvantitativ studie för att få ett bredare kunskapsunderlag som komplement till den djupare kunskap som kvalitativa studier kan ge.

## REFERENSLISTA

- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44:658-665.
- Beecroft, N., Becker, T., Griffiths, G., Leese, M., Slade, M., & Thornicroft, G. (2001). Physical health care for people with severe mental illness: The role of the general practitioner (GP). *Journal of Mental Health*, 10, 1, 53-61.
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22; 170-177.
- Bradford, D. W., Kim, M. M., Braxton, L. E., Marx, C. E., Butterfield, M., & Elbogen, E.B. (2008). Access to Medical Care Among Persons With Psychotic and Major Affective Disorders. *Psychiatric Services*, doi: 10.1176/appi.ps.59.8.847.
- Clarke, D. E., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 126-131.
- Corrigan, P. W. (2004). Target-Specific Stigma Change: A Strategy for Impacting Mental Illness Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28:2 113-121.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177:4-7.
- Danielson, E. (2013a). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (2013) *Vetenskaplig teori och metod från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.



Danielson, E. (2013b). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (2013) *Vetenskaplig teori och metod från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

DeCoux, M. (2005). Acute versus primary care: The health care decision making process for individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 26:935-951, 2005.

Dixon, R. P., Roberts, L. M., Lawrie, S., Jones, L. A., & Humphreys, M. S. (2008). Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. *Medical Education*, 42; 1080-1087.

Drapalski, A. L., Milford, J., Goldberg, R. W., Brown, C. H., & Dixon, L. B. (2008). Perceived Barriers to Medical Care and Mental Health Care Among Veterans With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, doi: 10.1176/appi.ps.59.8.921.

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

Happell, B., Scott, D., Nankivell, J., & Platania-Phung, C. (2013). Screening physical health? Yes! But...: nurses' views on physical health screening in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2286–2297, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04325.x

Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012) Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 202–210  
doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00799.x

Hardy, S., & Gray, R. (2010). Adapting the severe mental illness physical Health Improvement Profile for use in primary care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 350-355.

- Hardy, S. (2012). Training practice nurses to improve the physical health of patients with severe mental illness: Effects on beliefs and attitudes. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 259-265.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2013). Kvalitativ design. I Henricson, M. (2013) *Vetenskaplig teori och metod från ide till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Lawrie, S. M., Martin, K., McNeill, G., Drife, J., Chrystie, P., Reid, A., Wu, P., Nammary, S., & Ball, J. (1998). General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychological Medicine*, 28, 1463-1467.
- Lester, H., Tritter, J. Q., & England, E. (2003). Satisfaction with primary care: the perspectives of people with schizophrenia. *Family Practice*, 20: 508-513.
- Lester, H. E., Tritter, J. Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *The British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.38440.418426.8F.
- Liggins, J., & Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 27, 359-364.
- Marynowski-Traczyk, D., & Broadbent, M. (2011). What are the experiences of Emergency Department nurses in caring for clients with a mental illness in the Emergency Department?. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14, 172-179.
- McCabe, M. P., & Leas, L. (2008). A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. *Psychology, Health and Medicine*, 13(3): 303-312.
- Morphet, J., Innes, K., Munro, I., O'Brien, A., Gaskin, C. J., Reed, F., & Kudinoff, T. (2012). Managing people with mental health presentations in emergency departments- A

- service exploration of the issues surrounding responsiveness from a mental health care consumer and carer perspective. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15, 148-155.
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K., & Surgenor, T. (2002). The stigmatization of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*, 26:178-181.
- Nash, M. (2013). Diagnostic overshadowing: a potential barrier to physical health care for mental health service users. *Mental Health Practice*, 17:4.
- Oud, M. JT., Schuling, J., Slooff, C. J., & Meyboom-de Jong, B. (2007). How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients?. *BioMed Central Family Practice*, 8:37.
- Oud, M. JT., & Meyboom-de Jong, B. (2009). Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BioMed Central Family Practice*, 10:32.
- Oud, M. JT., Schuling, J., Slooff, C. J., Groenier, K. H., Dekker, J. H., Meyboom-de Jong, B. (2009). Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BioMed Central Family Practice*, 10:29.
- Reed, F., & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 249-257.
- Roberts, L., Roalfe, A., Wilson, S., & Lester, H. (2007). Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Family Practice*, 24: 34-40.
- Thesen, J. (2001). Being a psychiatric patient in the community - reclassified as the stigmatized "other". *Scandinavian Journal of Public Health*, 29: 248-255.

van Hasselt, F. M., Schorr, S. G., Mookhoek, E. J., Brouwers, J. R. B. J., Loonen, A. J. M., & Taxis, K. (2013). Gaps in health care for the somatic health of outpatients with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 249-255.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad - omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Watson, J. (2003). Love and Caring, Ethics of Face and Hand - An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity. *Nursing Administration Quarterly*, vol 27, no 3, 197-202.

Watson, J. (2009). Caring science and human caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. *Journal of health and human services administration*, vol 31, no4, 466-483.

Watson, J. (2002). Intentionality and Caring-Healing Consciousness: A Practice of Transpersonal Nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16(4): 12-19.

# **BILAGA A**

## **FÖRFRÅGAN TILL VERKSAMHETSCHEF**

Till Vederbörande Verksamhetschef.

### **Förfrågan om tillåtelse att genomföra studie**

Vi heter Pia-Marie och Viktoria. Vi är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Eskilstuna/Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är att beskriva hur patienter med allvarlig psykisk ohälsa erfar den somatiska vården, samt psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar relaterat till psykiatripatienternas fysiska hälsa.

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet. Rent konkret skulle det innebära att vi intervjuar sjuksköterskor och patienter hos er, en intervju beräknas ta 10-60 minuter. De som önskar delta blir då inbjudna till en enskild intervju.

Deltagande i projektet är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring. All insamlad data kommer att hanteras med beaktande av forskningsetiska krav, samt aidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

Eventuella nackdelar kan kopplas till att deltagande tar av verksamhetens tid, men då vi är flexibla förlägger vi det gärna efter vad som kan fungera för er verksamhet och deltagarnas. Fördelar hänger samman med att genom en ökad förståelse för vad sjuksköterskor och patienter inom psykiatrin har för erfarenheter av den fysiska vården få kunskaper som kan utveckla vården.

Sjuksköterskorna och patienterna får möjlighet att lyfta ev. problem eller belysa vad som fungerar bra vilket kan delas av övrig personal.

Vi hoppas kunna använda resultatet till att utveckla en bättre vård för patienterna.

Resultaten kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid Mälardalens högskola. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

### **Ytterligare information lämnas av**

Pia-Marie Abrahamsson, Viktoria Kron

Studenter, Mälardalens högskola

Sjuksköterskor, Psykosenheten

Tel: 0155-247672

E-post: piamarieviktoria@gmail.com

Oona Lassenius

Handledare

Mälardalens Högskola

Tel: 021-107346

E-post: oona.lassenius@mdh.se

## **Samtycke till genomförande av projektet ”psykisk ohälsa i somatisk vård”**

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen och att ställa frågor.

Jag ger därför min tillåtelse att studien genomförs på i min verksamhet,

---

**Ort och datum**

---

**Underskrift**

**Namnförtydligande**

# **BILAGA B**

## **MISSIVBREV TILL PATIENTER**

### **Tillfrågan om deltagande i studie**

Vi heter Pia-Marie och Viktoria. Vi är sjuksköterskor och studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Eskilstuna/Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är att beskriva hur patienter med allvarlig psykisk ohälsa erfar den somatiska vården, samt psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar relaterat till psykiatripatienternas fysiska hälsa.

Vår fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.

Att delta i projektet skulle för din del innebära en 10-60 minuter lång intervju som spelas in, intervjun skrivs sedan ned ord för ord för att sedan analyseras och kodas för att kunna jämföras med andra intervjuer och slutligen bilda kategorier. Intervjun sker i sådana fall någon gång i oktober, enligt avtalad tid.

Tidsåtgången kan upplevas som ett problem, men vi försöker lägga intervjun anpassad efter vad som passar för dig. Fördelar med medverkan i studien är att vi får material som förhoppningsvis kan bidra till en utökad förståelse av patienter med psykisk ohälsa erfarenheter av fysisk vård och på sikt utveckla en bättre vård.

Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak. Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data kodas och förvaras inlåst så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till enskilda personer eller enheter.

Om du ger ditt muntliga samtycke till att ditt namn och telefonnummer får lämnas ut till oss, kommer vi att via telefon ta kontakt med dig för att ge ytterligare information om studiens syfte och genomförande.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare, Oona, se nedan.

Med vänliga hälsningar

Pia-Marie Abrahamsson och Viktoria Kron  
Studenter, Mälardalens högskola  
Sjuksköterskor, Psykosenheten  
Tel: 0155-247672  
E-post: [piamarieviktoriam@gmail.com](mailto:piamarieviktoriam@gmail.com)

Oona Lassenius  
Handledare  
Mälardalens Högskola  
Tel: 021-107346  
E-post: [oonalassenius@mdh.se](mailto:oonalassenius@mdh.se)

## **Samtycke till att delta i projektet ”psykisk ohälsa i somatisk vård”**

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag får också en kopia på den skriftliga informationen om projektet och på detta samtyckesformulär.

Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange orsak, kan avbryta mitt deltagande i studien.

- JA, jag vill delta i projektet och jag samtycker till att de uppgifter jag lämnas behandlas på det sätt som beskrivits på föregående sida.

---

Datum

---

Underskrift

---

Namnförtydligande



# BILAGA C

## MISSIVBREV TILL SJUKSKÖTERSKOR

### Tillfrågan om deltagande i studie

Vi heter Viktoria och Pia och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i psykiatrisk vård vid Mälardalens högskola, Eskilstuna/Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår studie är att beskriva hur patienter med allvarlig psykisk ohälsa erfar den somatiska vården, samt psykiatrisjuksköterskans erfarenheter av ansvar relaterat till psykiatripatienternas fysiska hälsa.

Vår fråga till dig är om du vill delta i denna studie.

Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.

Att delta i projektet skulle för din del innebära att du intervjuas. Intervjun spelas in och kommer att vara konfidentiell, inspelningen kommer att raderas när arbetet är klart och intervjuavaren kommer att behandlas så att ingen av respondenterna skall kunna identifieras. Svaren kommer sedan att jämföras med andra intervjuer för att få fram kategorier om vilka erfarenheter som finns. Resultatet kommer enbart att användas i forskningssyfte. Intervjun kommer att ske någon gång i Oktober 2014, enligt avtalad tid.

Tidsåtgången kan upplevas som ett problem, men vi försöker lägga intervjun anpassad efter vad som passar dig. Fördelen med medverkan i studien är att vi får material som ger en ökad förståelse för vad sjuksköterskor i psykiatri uppmärksammar om patienternas fysiska hälsa när de träffar dem i sitt arbete.

Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak. Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data kodas och förvaras inlåst så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till enskilda personer eller enheter.

Om du ger ditt muntliga samtycke till att ditt namn och telefonnummer får lämnas ut till oss, kommer vi att via telefon ta kontakt med dig för att ge ytterligare information om studiens syfte och genomförande.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Viktoria Kron & Pia-Marie Abrahamsson  
Studenter , Mälardalens högskola  
Sjuksköterskor, Psykosenheten Nyköping  
Tel: 0155-247672  
E-post: [piamarieviktoriam@gmail.com](mailto:piamarieviktoriam@gmail.com)

Oona Lassenius  
Handledare  
Mälardalens högskola  
Tel: 021-107346  
E-post: [ona.lassenius@mdh.se](mailto:ona.lassenius@mdh.se)

## **Samtycke till att delta i projektet, ”allvarlig psykisk ohälsa i somatisk vård”**

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag får också en kopia på den skriftliga informationen om projektet och på detta samtyckesformulär.

Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange orsak, kan avbryta mitt deltagande i studien.

- JA, jag vill delta i projektet och jag samtycker till att de uppgifter jag lämnas behandlas på det sätt som beskrivits på föregående sida.

---

Datum

---

Underskrift

---

Namnförtydligande

# BILAGA D

## INTERVJUGUIDE

### Frågor till patienter (exempel på följdfrågor under ”huvudfråga”)

- Hur ser dina erfarenheter av vården utanför psykiatrin ut?  
Vad fick du för bemötande?  
Hur kändes det då?  
Fick du hjälp för det du sökte för?  
Vad gjorde du efter det?  
Hur känns det nu?
- Vad tänker du om vården nu?
- Vad kunde gjort din erfarenhet av den somatiska vården bättre?  
På vilket sätt skulle psykiatrin kunna vara till hjälp?  
Varför? /Varför inte?
- Hur påverkas du av de erfarenheter du haft?  
Hur vanligt tror du detta är?
- Vad skulle du vilja tillägga?

### Frågor till psykiatrisjuksköterskor

- Hur har du varit med om att patient/er kommit till dig med fysiska hälsoproblem?  
Varför kom patienten/erna till dig?  
Hur hanterade du det?
- Vad ser du för svårigheter med att hjälpa/behandla patienternas fysiska hälsa i psykiatrin?  
Vilka möjligheter finns det?
- Hur kan psykiatrin bli mer anpassad för att ta hand om den fysiska hälsan hos patienterna?
- Hur ser du på den somatiska vårdens ansvar?  
Vad tror du är anledningen till att patienterna blir hänvisade till psykiatrin?  
Hur kan psykiatrin arbeta med det?  
På vilket sätt tror du bemötande spelar in för om patienterna klarar att söka för sin fysiska hälsa framöver, direkt till den somatiska vården?
- Om du fick spåna helt fritt, vad skulle du vilja göra för att patienterna ska få en så bra vård som möjligt, både fysiskt och psykiskt?
- Har du något mer du vill dela med dig av?





**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)