



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Distriktssköterskors möte med patienter med psykisk ohälsa i primärvården

Intervjustudie

Författare: Cajsa Lindkvist

Författare: Josefine Svensson

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Distriktssköterskors möte med patienter med psykisk ohälsa i primärvården

Intervjustudie

Författare: Cajsa Lindkvist

Författare: Josefine Svensson

Handledare: Eva Drevenhorn

Magisteruppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Distriktssköterskans roll och kompetens i mötet med patienter med psykisk ohälsa utmanas av att den psykiska ohälsan har ökat i samhället. Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors upplevelser av mötet med patienter med psykisk ohälsa samt distriktssköterskornas upplevelser av möjligheterna att främja psykisk hälsa. Studien genomfördes som en empirisk intervjustudie, där tolv distriktssköterskor deltog. Analysen gjordes genom kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att distriktssköterskorna upplevde att mötena med patienter med psykisk ohälsa kunde vara utmanande avseende upplevelsen av tidsbrist. De kunde känna rädsla, osäkerhet och maktlöshet i mötet samt upplevelser av otillräcklig kunskap om psykisk ohälsa. För att främja psykisk hälsa försökte de skapa kontinuitet, stödja och motivera patienten. En central del i slutsatsen var att distriktssköterskor behövde mer tid i patientmötena samt utbildning för att känna trygghet och främja patientens psykiska hälsa.

Nyckelord

Distriktssköterska, primärvård, psykisk ohälsa, patienter, svårigheter, hälsofrämjande, tid

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

INNEHÅLL

| | |
|-------------------------------------|----|
| Introduktion | 2 |
| Problemområde | 2 |
| Bakgrund..... | 3 |
| Hälsa | 3 |
| Teoretisk utgångspunkt | 3 |
| Folkhälsa | 4 |
| Psykisk ohälsa..... | 4 |
| Stress och utmattning | 4 |
| Depression och ångestsyndrom | 5 |
| Distriktsköterskans arbete..... | 6 |
| Omvårdnad vid psykisk ohälsa | 7 |
| Syfte..... | 8 |
| Metod | 8 |
| Urval och genomförande | 8 |
| Datainsamling..... | 9 |
| Analys | 10 |
| Förförståelse | 11 |
| Etiska överväganden | 12 |
| Resultat | 13 |
| Svårigheter i mötet | 13 |
| Utmanande möte | 13 |
| Tidsbegränsning | 14 |
| Rädsla och otillräcklighet | 15 |
| Det goda samtalet | 16 |
| Lyssna | 16 |
| Kommunicera | 16 |
| Kontinuitet | 17 |
| Insatser för att främja hälsa | 17 |
| Att stödja och inge trygghet | 17 |
| Hänvisa vidare..... | 18 |
| Se kroppen som en helhet..... | 18 |
| Diskussion..... | 19 |
| Metoddiskussion..... | 19 |
| Resultatdiskussion..... | 23 |
| Konklusion och implikationer | 26 |
| Referenser | 28 |
| Bilagor | 29 |

Introduktion

Problemområde

Den psykiska ohälsan har ökat i Sverige under de senaste tjugo åren och i allmänhet är det fler kvinnor än män som lider av psykisk ohälsa enligt Socialstyrelsen (2009), varav depression, ångest och stress är de mest förekommande diagnoserna (Regeringskansliet, 2012).

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har resulterat i stora förändringar för vilka instanser som möter patienter med psykisk ohälsa. Dessa förändringar har gjort att människor med psykisk ohälsa söker sig till primärvården. Wittchen och Jacob (2005) genomförde en europeisk litteratursammanställning som visade att primärvården möter en tredjedel av de människor som söker vård för psykisk ohälsa. Regeringens plan för åren 2012-2016 är att förbättra vård och omsorg för dessa människor genom långsiktiga förändringsarbeten (Regeringskansliet, 2012). Kommuner och landsting har en skyldighet att främja goda levnadsförhållanden för samtliga invånare samt att genom fortbildning informera vårdpersonal om vilka möjligheter till hjälp som finns nationellt och lokalt.

I distriktssköterskans kompetensbeskrivning beskrivs bland annat att möta människor med psykisk ohälsa utifrån evidensbaserade principer (Distriktssköterskeförbundet, 2008). Butler och Quayle (2007) utförde en enkätstudie med syfte att undersöka om utbildning i psykisk ohälsa kunde förändra attityderna hos distriktssköterskor gentemot patienter med psykisk ohälsa. Resultatet visade att distriktssköterskor som gått utbildningen kände sig tryggare med att prata om psykisk hälsa och ohälsa med de patienter de mötte. Haddad et al. (2005) fann i sin studie att distriktssköterskor önskade mer utbildning inom psykisk ohälsa för att kunna bemöta patienterna bättre. Wood (2008) visade i en litteratursammanställning att distriktssköterskor inte nödvändigtvis behövde ha någon speciell utbildning i psykiatri och menade att det skulle kunna räcka med grundläggande kunskaper för att stötta patienter till ett ökat välbefinnande.

På grund av att primärvården i allt större utsträckning vårdar patienter med psykisk ohälsa samt att den psykiska ohälsan ökar är det av intresse att belysa distriktssköterskors upplevelser av att möta denna patientgrupp samt hur de ser på sina möjligheter att främja patienternas psykiska hälsa.

Bakgrund

Hälsa

World Health Organization (1948) definition av hälsa lyder "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*". Fritt översatt betyder det att hälsa är ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller funktionsnedsättning. Definitionen har inte förändrats sedan år 1948. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) beskriver att "*målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen*" (2 §). Idag finns det inga nationella riktlinjer för hur vården ska bemöta och behandla personer med psykisk ohälsa. Regeringens plan för åren 2012-2016 är att med hjälp av Socialstyrelsen utveckla och kvalitetssäkra vården av dessa personer (Regeringskansliet, 2012).

Teoretisk utgångspunkt

Sociologen Antonovsky (2001) beskriver den salutogena modellen som innebär att se människan där den befinner sig i sin hälsa genom att lyfta friskfaktorer. Denna modell kan hjälpa vårdpersonalen att se och behandla hela människan. Motsatsen är den patogena modellen som beskriver riskfaktorer som orsak till sjukdomsutveckling. Antonovsky menar att dessa två modeller bör finnas jämsides i vården för att komplettera varandra.

Antonovsky (2001) beskriver begreppet KASAM, känsla av sammanhang, med hjälp av tre begrepp: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet innebär i vilken utsträckning människan kan ordna och förklara de stimuli som den möter. Med hanterbarhet menas människans resurser och hur de används för att möta stimuli. Det tredje begreppet, meningsfullhet, innebär känslomässigt engagemang för det som har betydelse och är viktigt för den enskilde människan. KASAM betraktas som en helhet där de tre underliggande begreppen hänger samman och inget av dem kan stå för sig själv. Antonovsky menar således att den människa som kan placera sig själv i ett sammanhang som är begripligt, hanterbart och meningsfullt kan ha upplevelser av ökad hälsa.

Folkhälsa

Folkhälsa är direkt relaterat till samhällets resurser och uppfattningar (Scriven, 2013). När det i samhället inklusive hälso- och sjukvården bedrivs hälsofrämjande arbete innebär det att hälsan förbättras hos den enskilda individen och hos samhället i stort. Folkhälsoarbete är målinriktat, där arbetet, ur både ett patogent och salutogent perspektiv, fokuserar på att främja hälsa och förebygga sjukdom. Att främja en människas hälsa inbegriper också sociala och ekonomiska faktorer som kan påverka hälsan, liksom levnadsvanor och andra beteenden. Det hälsofrämjande arbetet kan underlätta för människan att välja hälsosammare alternativ (Melnik et al., 2009; Scriven, 2013). Med patientundervisning och stöd kan det hälsofrämjande arbetet göra människan kapabel att ta kontroll över sin egen hälsa. En studie av Masud Rana, Wahlin, Stålsby Lundborg och Nahar Kabir (2009) genomförd i Bangladesh visade att hälsoundervisning kunde ge positivt utslag på folkhälsan och den enskilda individens upplevelse av hälsa.

Psykisk ohälsa

Haddad et al. (2005) utförde en enkätstudie med 217 deltagare där omfattningen av distriktssköterskors kontakt med patienter med psykisk ohälsa inom primärvården i England var i fokus. Resultatet visade att distriktssköterskorna mötte patienter med psykisk ohälsa vilken uttryckte sig i form av depression, ångest och demens. Även en retrospektiv studie utförd i England av Reilly et al. (2012) visade att distriktssköterskor i primärvården träffade människor med psykisk ohälsa och tenderade att möta samma patient mer än en gång per år.

Stress och utmattning

Utmattning kan förstås som ett resultat av olika arbetsmiljöfaktorer som arbetsmängd, dåliga relationer och respektlöshet mellan arbetskamrater (Gustafsson, 2012). van Daalen, Willemsen, Sanders och van Veldhoven (2009) gjorde en studie för att undersöka hur jobbrelaterade situationer och familjekonflikter kunde påverka utmattning och psykisk hälsa. Resultatet visade att personer med lågt stöd från kollegor och samtidigt svåra familjekonflikter upplevde större utmattning än de med stort stöd från kollegor och samtidigt svåra familjekonflikter. Konflikter inom familjen ökade prevalensen för psykisk ohälsa.

Sandmark (2011) menade att för att minska risken för att bli utmattad var det viktigt för människan att se till sitt eget bästa, ta hand om sig själv och ge sig tid för återhämtning.

En studie av Jonsdottir et al. (2013) jämförde kognitiv funktion hos patienter som hade tydliga symtom av stress med en frisk kontrollgrupp. Resultatet visade att patienter med stress hade signifikant sämre koncentrationsförmåga samt signifikant sämre mental kontroll och arbetsminne. Det logiska minnet var också försämrat hos de med stressyndrom. Konsekvenser av långvarig stress kan vara nedstämdhet, trötthet, olust, sömnproblem, yrsel, tryck över bröstet och depression (Socialstyrelsen, 2009).

Depression och ångestsyndrom

Den globala förekomsten av egentlig depression som lett till funktionsnedsättning har ökat under de senaste tjugo åren (Ferrari et al., 2013). I Sverige är depression och ångestsyndrom vanligt förekommande och cirka 10 % av befolkningen lider av detta i någon form (Socialstyrelsen, 2010). Depression och ångest kan drabba människor i alla åldrar. En fokusgruppstudie utfördes av Maxwell et. al (2013) med syftet att undersöka distriktssköterskors, läkares och verksamhetschefers upplevelser av att använda screeningprogram för att finna depression hos kroniskt sjuka patienter i primärvården. Av resultatet framgick bland annat att distriktssköterskorna hade svårt för att använda sig av screeningprogrammet då de upplevde att det störde samspelet mellan dem och patienterna. Distriktssköterskorna upplevde också att de hade en bristande kunskap om psykisk ohälsa vilket gjorde det svårare för dem att använda screeningprogrammet. Utifrån en metaanalys visade Mitchell och Kakkadasam (2011) att sjuksköterskor inom primärvården och i kommunen kunde identifiera 27,9 % av de patienter med depression som de mötte. Borowsky et al. (2000) fann i en tvärsnittsstudie att primärvårdsläkare lättare identifierade depression hos sina patienter om dessa uppvisade mycket svåra symtom jämfört med om patienterna hade mildare symtom.

Socialstyrelsen (2010) beskriver olika typer av depression med en spännvidd från depressiva symtom till svår depression. Depressiva symtom innebär att en människa exempelvis lider av sorgsenhet, ångest, sömn- och koncentrationssvårigheter och överdriven självkritik, där medelsvår till svår depression orsakar så stora besvär att människan är nästan eller helt oförmögen att sköta sitt vardagsliv och sina grundläggande behov. Här kan även förekomma

själv mordstankar, vilket innebär att en svår depression är en livshotande sjukdom. För att en person med svår psykisk ohälsa inte ska begå självmord anser Socialstyrelsen (2010) att samhällets system för att hantera risker för självmord behöver förbättras för att ingen människa ska gå obehandlad eller underbehandlad i sin psykiska sjukdom. I en tvärsnittsstudie (Colton & Manderscheid, 2006) med syfte att undersöka dödligheten hos människor med psykisk ohälsa jämfört med övriga befolkningen, framkom att människor med någon form av diagnostiserad psykisk ohälsa löpte större risk att dö i ung ålder i trafikolyckor och självmord jämfört med den övriga befolkningen. Luoma, Martin och Pearson (2002) undersökte i en litteraturöversikt frekvensen av patienters kontakt med primärvården och psykiatrien innan de begick självmord. Resultatet visade att överlag hade 45 % av patienterna sökt primärvården och 19 % sökt psykiatrien inom en månad innan självmorden, medan 77 % hade sökt primärvården och 32 % sökt psykiatrien inom ett år innan självmorden.

Distriktssköterskans arbete

Distriktssköterskans arbete bygger på möten med människor där bland annat närvaro och lyhördhet är viktiga faktorer (Distriktssköterskeförbundet, 2008). Distriktssköterskans främsta uppdrag är att främja hälsa och förebygga sjukdom samt lindra lidande och återställa hälsa, men också att göra bedömningar av patienternas omvårdnadsbehov. Genom att arbeta patientcentrerat och med god samtalsmetodik kan distriktssköterskan främja psykisk och fysisk hälsa genom att stödja och stärka patienter till ett hälsofrämjande synsätt.

Distriktssköterskans arbete styrs av nationella lagar och föreskrifter, bland annat HSL (SFS 1982:763) som belyser att vården ska vara av god kvalitet, respektera patienters autonomi och integritet och tillgodose goda kontakter mellan patient och vårdpersonal samt behovet av kontinuitet och säkerhet.

Distriktssköterskan kan till exempel komma i kontakt med patienter med psykisk ohälsa via telefonrådgivningen (Region Skåne, 2014) eller när patienter remitteras till vårdcentralen från psykiatrien. Region Skåne har ett utarbetat underlag för att underlätta samarbetet mellan specialistpsykiatrien och primärvården (Region Skåne, 2006). I det underlaget beskrivs vilka patientgrupper som bör vårdas inom primärvården respektive psykiatrien för sin psykiska ohälsa.

Distriktssköterskan kan i sitt arbete med patienter med psykisk ohälsa applicera Antonovskys (2001) resonemang kring KASAM för att göra bedömningar och välja omvårdnadsåtgärder för patienten. Genom att ha ett salutogent förhållningssätt kan distriktssköterskan se patientens resurser och tillsammans med sina kunskaper inom patogenes ge stöd och främja patientens hälsa. Av den anledningen har denna modell använts som teoretisk utgångspunkt i denna studie.

Omvårdnad vid psykisk ohälsa

I omvårdnaden av människor med psykisk ohälsa är målet att reducera symtom och att stödja tankarna om ökad hälsa (Distriktssköterskeförbundet, 2008). Genom att vara öppen inför patientens livshistoria kan sjuksköterskan ge stöd till patienten för att öka välbefinnande och lindra lidande (Hogg & Warne, 2010). Relationen mellan vårdgivare och patient är av stor betydelse då den påverkar hur patienten kommer att utveckla och stärka sin förmåga till egenvård och personlig utveckling i framtiden.

För vissa människor går problematiken över spontant men ibland behövs insatser från hälso- och sjukvården med samtalsstöd, antidepressiva läkemedel, kognitiv beteendeterapi och/eller fysisk aktivitet (Skärsäter, 2012). Wood (2008) visade att omvårdnad genomförd av distriktssköterskor i primärvården skulle kunna hjälpa den enskilda individen att göra hälsosamma val för att undvika att förvärra sin depression. Haddad et al. (2005) konstaterade att distriktssköterskor önskade mer utbildning inom psykisk ohälsa för att bättre kunna bemöta och känna igen symtomen. Detta stöds i en litteraturstudie av Mead, Bower och Gask (1997) som visade att distriktssköterskor behövde ökad kompetens inom psykisk ohälsa för att uppfylla patienternas behov av vård. Med hänsyn till resultaten från ovan nämnda studier är det av intresse att undersöka hur distriktssköterskor i primärvården i Skåne upplever mötet med patienter med psykisk ohälsa och hur de kan använda sin specifika profession för att främja den psykiska hälsan hos dessa patienter.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors upplevelser av mötet med patienter med psykisk ohälsa samt distriktssköterskornas upplevelser av möjligheterna att främja psykisk hälsa.

Metod

Föreliggande studie är en kvalitativ empirisk intervjustudie med en induktiv ansats. Den kvalitativa studien ger den enskilda individen möjlighet att dela sin levda kunskap och på så sätt skapa en förståelse för sammanhang och fenomen (Creswell, 2013; Malterud, 2009).

Designen ansågs lämplig i förhållande till syftet med studien och intervju som datainsamlingsmetod upplevdes fördelaktig då målet var att finna bredd och djup i informanternas berättelse för att på så sätt skapa förståelse och besvara studiens syfte. Den induktiva ansatsen innebär att studiens analys utgick från det insamlade datamaterialet, det vill säga empirin med människors upplevelser och inte ifrån en förutbestämd teori eller modell (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Urval och genomförande

Urvalet i en kvalitativ studie bör vara representativt i förhållande till problemområdet (Malterud, 2009). Målet är att urvalet ska ge variationer i materialet för att tillföra ny kunskap och belysa fenomenet utifrån syftet (Kvale & Brinkmann, 2009; Creswell, 2013). Med stöd av ovanstående gjordes ett strategiskt urval där distriktssköterskor med kunskaper och erfarenheter från att möta patienter med psykisk ohälsa i primärvården kom att delta i studien. Verksamhetschefer i Skåne, både i offentliga och privata verksamheter, som hade kontaktinformation tillgänglig på sina hemsidor kontaktades via e-post eller telefon. Verksamhetscheferna erhöll skriftlig information om studien med förfrågan om tillstånd att genomföra studien i deras verksamhet. Skriftligt medgivande från verksamhetscheferna erhöles innan kontakt inleddes med informanterna. I vissa fall fungerade verksamhetscheferna som mellanhand då de tillhandahöll kontaktuppgifter till intresserade distriktssköterskor och när distriktssköterskor själva tog kontakt med författarna. I övriga fall tog författarna själva

kontakt med distriktssköterskor på vårdcentralerna. De distriktssköterskor som var intresserade av att delta i studien tog först emot skriftlig information om studien och i samband med intervjun gavs muntlig information och därefter lämnade de skriftligt samtycke till deltagande i studien. Kontakt togs med 46 vårdcentraler där tio verksamhetschefer lämnade skriftligt medgivande. Av dessa verksamheter var det vid nio stycken som distriktssköterskor visade intresse att delta. Totalt tackade 26 verksamheter nej via e-post eller telefon och tio svarade inte på förfrågan efter tre kontaktförsök.

Kvale och Brinkmann (2009) menar att om syftet är att förstå världen utifrån en individs perspektiv räcker det med en informant i studien, men en kvalitativ studie bygger ofta på intervjuer med 5-25 informanter (Malterud, 2009; Kvale & Brinkmann 2009). Till denna studie intervjuades tolv kvinnliga distriktssköterskor från både offentliga och privata vårdcentraler. Allmänsjuksköterskor och andra specialistutbildade sjuksköterskor som arbetade på vårdcentralerna exkluderades från studien då deras medverkan inte skulle komma att svara på studiens syfte. Medelåldern hos distriktssköterskorna var 49,5 år och i medeltal hade de varit verksamma som distriktssköterskor vid vårdcentraler i sju år. De hade gått sin specialistutbildning till distriktssköterska i Halmstad, Kristianstad, Lund, Lund/Helsingborg, Stockholm och Trollhättan.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade individuella intervjuer som utfördes under två perioder. Åtta intervjuer genomfördes våren 2014 och fyra under hösten 2014. En semistrukturerad intervju innebär att den kretsar kring specifika teman (Malterud, 2009). En intervjuguide (*Bilaga 1*) skapades som innehöll ämnesområden och nyckelbegrepp för att ge intervjuarna stöd att täcka in fokus för intervjun. Den semistrukturerade intervjuguiden lämnade öppenhet för informanten att utveckla sina svar utifrån sin egen upplevelse och gav möjligheter till följdfrågor. I enlighet med Creswell (2013) och Kvale och Brinkmann (2009) spelades intervjuerna in med ljudupptagare för att dokumentera informanternas egna ord. Intervjuerna genomfördes avskilt utan störande moment i ett sammanhang där informanten kände sig trygg att tala. Tillgång till lokal för intervju erbjöds på Lunds universitet men informanterna fick också möjlighet att själva föreslå lämplig plats för intervjun, vilket resulterade i att samtliga intervjuer genomfördes på informanternas arbetsplats. Båda

författarna deltog vid de två första intervjuerna, där den ena intervjuade och den andre observerade. Därefter utfördes intervjuerna enskilt av var och en författare. Intervjuerna varade mellan 21 och 36 minuter.

En pilotintervju (Creswell, 2013) genomfördes för att testa intervjuguiden och inspelningstekniken. Justeringar gjordes genom att förslag på eventuella följdfrågor förstärktes i intervjuguiden. Inspelningstekniken fungerade problemfritt. Pilotintervjun kom att ingå i analys och resultat då den bedömdes vara av god kvalitet (Malterud, 2009).

Analys

Enligt Malterud (2009) ska transkribering av intervjuer göras i nära anslutning till intervjun. Med detta i åtanke transkriberades intervjuerna inom en till två veckor efter genomförandet. Transkribering innebär att intervjun skrivs ner ordagrant inklusive pauser, skratt och andra känslouttryck. Genom att intervjuerna själva utförde transkriberingen blev det ett steg i analysprocessen och möjlighet gavs att bekanta sig med materialet. Transkribering genomfördes av den författare som genomfört intervjun i största möjliga mån. Vid två tillfällen gjordes den av den andra författaren för att fördela arbetet författarna emellan. Efter transkriberingen jämfördes det nedskrivna materialet med inspelningarna för att upptäcka eventuella felaktigheter. Därefter tog den andra författaren del av det transkriberade materialet.

Analysen av textmaterialet skedde genom en latent kvalitativ innehållsanalys med stöd av Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Den kvalitativa innehållsansalysens mål är att identifiera skillnader och likheter i textberättelserna som sedan utmynnar i kategorier och eventuella teman. Detta gör det till en lämplig metod för att granska och tolka texter som till exempel utskrivna intervjuer. Det manifesta innehållet i en text är det uppenbara som går att utläsa, medan det latent är det som går att utläsa mellan raderna: det underliggande. Den latent analysen innehåller en djupare subjektiv tolkning jämfört med den manifesta.

Analysprocessen inleddes med att textmaterialet lästes igenom flera gånger för att ge en känsla av och en möjlighet att reflektera över innehållet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Meningsbärande enheter, meningar eller stycken av texter som hänger ihop, plockades

ut. De meningsbärande enheterna bröts sedan ner och kondenserades för att göra texten kortare och mer lätthanterlig. Att sätta koder som beskrev innehållet i enheterna blev nästa steg för att sedan finna likheter och skillnader. Därefter bildades kategorier och underkategorier som skiljde sig åt avseende kodernas innehåll (*Tabell 1*). Teman nåddes inte i analysprocessen. Var och en av författarna identifierade meningsbärande enheter, kondenserade och kodade enskilt samtliga intervjuer initialt, därefter jämfördes och diskuterades dessa i förhållande till syftet tills konsensus uppnåddes mellan författarna.

Tabell 1. Exempel på studiens analysprocess

| Meningsenhet | Kondenserad meningsenhet | Kod | Underkategori | Kategori |
|--|--|---------------------|------------------------------|-------------------------------|
| så jag tror många fall hade de räckt om man hade haft lite mer tid å bara prata | Jag tror det hade räckt om man haft tid för att prata | Tidsbrist | Tidsbegränsning | Svårigheter i mötet |
| Då kan jag känna mig lite osäker, jaha gjorde jag rätt nu, sa jag rätt nu, nådde jag fram? | Jag kan känna mig lite osäker, gjorde jag och sa jag nu rätt, nådde jag fram | Känsla av osäkerhet | Rädsla och otillräcklighet | Svårigheter i mötet |
| Jag känner att jag kan va stöd för stunden... | Jag känner att jag kan vara ett stöd för stunden | Tillfälligt stöd | Att stödja och inge trygghet | Insatser för att främja hälsa |

Förförståelse

Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att det finns olika tankar kring förförståelse. Förförståelsen kan vara värdefull för trovärdigheten i en studie om forskaren är insatt i ämnet vilket kan ge möjlighet för att göra rimliga tolkningar. Det kan även vara ett hinder om förmågan att tolka påverkas av att forskaren inte kan lägga förförståelsen åt sidan och därför förväntar vissa resultat. Värdefull data som framkommer mellan raderna kan då gå förlorad. Förförståelsen presenteras så att läsaren kan göra en egen bedömning av de tolkningar som gjorts. Förförståelse ligger dels i teoretisk kunskap och dels att en av författarna arbetat inom den psykiatriska slutenvården.

Etiska överväganden

Etiska överväganden har gjorts enligt Helsingforsdeklarationen (2008) och SFS 2003:460, vilka säger att allt deltagande inom forskning ska bygga på frivillighet och möjligheten att avbryta deltagandet utan att behöva uppge skäl. En viktig aspekt för forskning är att deltagarnas hälsa och välmående ska vara i fokus och forskarna har en skyldighet att värna om detta under forskningsprocessen. Innan studiens start fick deltagarna information om studiens syfte samt vilka som utförde den. De erhöll praktisk information, både muntlig och skriftlig, kring deltagandet, vem som hade tillgång till uppgifterna som lämnades och om studien kunde medföra några risker för den enskilde deltagaren. När deltagarna var införstådda med sina rättigheter fick de lämna ett skriftligt samtycke.

Då forskaren ansvarar för att bevara och säkra deltagarnas autonomi, integritet och personuppgifter (Kvale & Brinkmann, 2009) behandlades deltagarnas privata uppgifter konfidentiellt och ingen utomstående hade tillgång till uppgifterna. För att skydda deltagarnas personuppgifter förvarades dessa inlåsta utifrån de tekniska möjligheter som fanns (SFS 1998:204), vilket innebar att materialet förvarades på lösenordsskyddad dator i hemmet. Informanterna fick information om att det inspelade materialet förstörs efter avslutad och godkänd magisteruppsats. Materialet avidentifierades så att möjlighet till igenkännande av informant eller arbetsplats inte finns.

Innan studiens start reflekterade författarna över nyttan med studien i förhållande till de eventuella risker som kunde finnas. Nyttan för distriktssköterskorna kunde vara att de under intervjun fick möjlighet att reflektera över mötet med patienter med psykisk ohälsa i sin profession och därigenom se potentiella förbättringsmöjligheter för sitt arbete. Riskerna för distriktssköterskorna kunde vara att de under intervjun skuldbelade sig själva utifrån sin eventuellt bristande förmåga och möjlighet att kunna främja patientens psykiska hälsa. Genom att följa ovanstående etiska riktlinjer gjordes bedömningen att studien kunde generera ny kunskap och förståelse samt belysa tidigare forskning. Därmed bedömdes nyttan vara större än riskerna. Projektplanen skickades till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttranden och inga invändningar framfördes, VEN 29-14.

Resultat

Resultatet utmynnade i tre kategorier med underkategorier, vilka används som rubriker i presentationen (*Figur 1*).

Figur 1. Översikt över kategorier och underkategorier.

| Kategorier | Underkategorier |
|-------------------------------|--|
| Svårigheter i mötet | Utmanande möte Tidsbegränsning Rädsla och otillräcklighet |
| Det goda samtalet | Lyssna Kommunicera Kontinuitet |
| Insatser för att främja hälsa | Att stödja och inge trygghet Hänvisa vidare Se kroppen som en helhet |

Svårigheter i mötet

Utmanande möte

Mötena med patienter med psykisk ohälsa i primärvården kunde vara bra möten när distriktssköterskorna uppfattade att de kunde bemöta patienterna på rätt sätt samtidigt som det kunde vara svårt. Mötena kunde vara spännande och intressanta samtidigt som de också kunde vara utmanande. En del möten kunde vara energikrävande och känsloladdade då distriktssköterskorna upplevde att de blev påverkade i mötena med patienterna. ”... när det då är femte samtalet å det är samma sak, det tar jätteenergi” (Informant 2). Ibland kände de att det kunde ha varit de själva som var drabbade av den psykiska ohälsan. I mötena med unga människor kunde distriktssköterskorna tycka att det var beklämmande att så många unga människor mådde dåligt eftersom de tyckte att unga skulle vara ute och njuta av livet och inte lida av psykisk ohälsa.

Vidare upplevde distriktssköterskorna att det kunde vara svårt att hantera alla uttryck och känslor som de mötte i samtalen med patienterna. Vissa möten kunde kännas märkliga

beroende på vilken psykisk ohälsa eller diagnos patienten hade. Distriktssköterskorna kunde uppleva att patienterna var känsliga, ibland överkänsliga, och ibland bli otrevliga och agiterade. Dessa möten upplevdes som jobbiga. Distriktssköterskorna beskrev också upplevelser av frustration i mötet, till exempel när patienterna hade svårigheter att vänta på sin tur och därmed störde annat arbete distriktssköterskorna hade att utföra på vårdcentralen. ”... de måste ha sin medicin, här och nu och väntar inte alltid på sin tid och det kan också bli lite frustration ”ja men du ser ju att jag har en patient som jag håller på med, du kan inte bara störta in genom dörren, att jag ska ha min medicin nu”.” (Informant 10).

Tidsbegränsning

Det framkom i resultatet att distriktssköterskorna upplevde att mötena med människor med psykisk ohälsa var svåra då mötena var korta till följd av organisationens uppsatta tidsramar som fokuserade på kostnadseffektivitet och antalet besök per dag. Drog en patient över tiden påverkade detta resten av dagens planering.

“Jag skulle vilja ha mer tid att sitta ner och lyssna på dem, men inom primärvården är det ju väldigt styrt med kvartar och halvtimmar hit och dit och det är inte lätt att bara sätta sig ner och ta den tiden det tar” (Informant 10).

De korta mötena resulterade i att distriktssköterskorna kände sig begränsade och upplevde att de inte lärde känna patienterna och därmed fick svårare att bedöma dem. ”... ska man gå in på ett område eller prata om någonting då måste man ha tid annars behöver man inte gå in på området kan jag känna ibland.” (Informant 12). Att inte hinna lära känna sina patienter kändes inte bra och tidsbristen gjorde också att distriktssköterskorna ibland kunde avstå från djupare samtal med patienten. De önskade att de hade mer tid för att sitta ner och lyssna för att få kännedom om vad som låg bakom patientens psykiska ohälsa samt göra en större insats för att främja patientens allmänna hälsa. Distriktssköterskorna kände sig stressade av tiden när de upplevde att ett patientmöte riskerade att ta längre tid än planerat, vilket gjorde att patienterna riskerade ett bemötande med korta svar och att ingen distriktssköterska ville lyssna på dem.

Distriktssköterskorna ansåg att de ibland fick försöka ta sig tid till ett längre samtal då behov fanns. De tillät då att mötet drog över den bokade tiden, vilket sedan kunde vara svårt att

motivera för chefer och medarbetare. När inte detta var möjligt erbjöd de ibland en ny tid, där extra tid kunde avsättas för patienten. För att främja den psykiska hälsan hos patienterna ansåg distriktssköterskorna att tid till ett längre samtal kunde räcka. De patienter som blev väl bemötta och hade fått tid i mötet upplevdes som nöjdare och gladare efteråt.

Rädsla och otillräcklighet

Distriktssköterskorna menade att de inte fick vara rädda för att hjälpa till, samtidigt som de uttryckte att de hade upplevt rädsla i mötet med en del patienter med psykisk ohälsa. En rädsla som kunde infinna sig i möten där patienterna inte uppträdde som förväntat eller där det fanns en risk för aggressivt beteende. Distriktssköterskorna kände oro över att de inte skulle veta hur de skulle uppträda eller hantera det i så fall. Det fanns en rädsla hos distriktssköterskorna att bemöta patienterna på fel sätt och det kunde vara jobbigt och ge en känsla av osäkerhet över att inte veta vilka frågor de skulle ställa till patienten för att nå fram. *“Ja ibland kan det ju vara jobbigt, asså man vet inte vad man ska säga å ställa för frågor för att hjälpa dem...”* (Informant 1). Det fanns även en oro hos distriktssköterskorna över vilka frågor som patienten kunde komma att ställa till dem och hur de då skulle bemöta dessa. Distriktssköterskorna uttryckte att det inte fanns någon manual för bemötande av människor med psykisk ohälsa och de var rädda för att välja fel ord och fråga för mycket. Denna rädsla grundade sig på att de inte ville försämra patienternas psykiska hälsa genom att prata om något som patienten kunde uppleva som jobbigt. Distriktssköterskorna upplevde att det var en större rädsla för att göra fel i mötet med människor med psykisk ohälsa jämfört med de med god psykisk hälsa. *”men jag är nog mer rädd för att göra fel å bemöta fel mot en patientgrupp som kanske har det lite jobbigt innan, eh, än dem som inte mår lika dåligt psykiskt...”* (Informant 10).

I mötet med människor med psykisk ohälsa kunde distriktssköterskorna ibland känna att de räckte till och då uppleva en positiv känsla av att kunna använda sin kunskap och erfarenhet av att möta människor. Men oftast kände de sig begränsade när det rörde sig om svårare fall, på grund av bristande kunskap, vilket gjorde att de backade från situationen istället för att möta den. Begränsningen låg i att de inte visste hur de skulle hjälpa patienterna, vilket gav en känsla av maktlöshet. *“Man känner sig maktlös kanske de är känslan, att man känner sig maktlös att man inte kan hjälpa dem som man skulle vilja...”* (Informant 4).

Distriktssköterskorna upplevde också en känsla av otillräcklighet. Kunskapsbristen gjorde det svårt för dem att hantera situationen och de visste inte hur de skulle hjälpa patienterna vidare.

Distriktssköterskorna önskade att de hade haft mer kunskap och erfarenhet av psykisk ohälsa för att på ett bättre sätt kunna hjälpa patienterna. *”jag känner mig otillräcklig där för att jag inte har den här kunskapen...”* (Informant 6). Känslan hos distriktssköterskorna var att det fanns mer att göra för att främja patienternas psykiska hälsa.

Det goda samtalet

Lyssna

Distriktssköterskorna ansåg att det var viktigt att lära sig att lyssna på patienternas berättelser och ge patienterna möjlighet att tala genom att bjuda in dem. De upplevde också att det enda de kunde göra för att hjälpa patienterna med psykisk ohälsa var att lyssna. *”... det enda jag kan göra är i princip å lyssna å låta dem prata... det e inte så mycket mer jag kan göra än låta dem få ur sig det de går med...”* (Informant 7). Distriktssköterskorna såg sig själva som en resurs för patienterna genom lyssnandet. De lät dem uttrycka sina känslor, tog dem på allvar och på så sätt kunde distriktssköterskorna hjälpa patienterna ett steg mot upplevelsen av bättre psykisk hälsa. Distriktssköterskorna menade att de inte behövde säga så mycket, utan att det räckte med att lyssna. Detta upplevde de att de skulle kunna göra i större utsträckning. När distriktssköterskorna lyssnade på patienternas berättelser upplevde de att det var värdefullt för patienterna som upplevdes bli lugnare och må bättre efteråt.

Kommunicera

Distriktssköterskorna upplevde att patienterna var i behov av samtal och att det var en utmaning att kommunicera med människor med psykisk ohälsa. Distriktssköterskorna fick anstränga sig i samtalen och locka patienterna till att berätta, men även att vara inkännande och gå varsamt fram i mötena genom att tänka på hur de uttryckte sig då patienterna kunde upplevas som känsliga. I samtalet önskade distriktssköterskorna att patienterna själva skulle fundera kring sin hälsa och eventuellt finna lösningar kring hur de kunde hantera och förbättra hälsan. *”... att man lyfter upp det lite grann så de själv kan se orsaken eller problemet eller hur man ska kunna tackla det själv eller komma med egna lösningar...”* (Informant 9). Vid förändringsarbete brukade distriktssköterskorna använda sig av spegling som verktyg, för att patienterna skulle få höra sina egna ord. Distriktssköterskorna menade att de kunde gjort det lätt för sig och inte ställt frågor om patienternas hälsa men de menade också att det var viktigt att inte vara rädd för att ställa frågor; detta innebar också att våga ställa frågor som kunde

upplevas som obekväma och svåra för distriktssköterskorna. Dessa frågor kunde till exempel beröra symtom som hallucinationer och suicidtankar.

Vidare upplevde distriktssköterskorna att det var bra att låta patienterna uttrycka sig i samtalet och därefter bedöma deras behov och bekräfta dem, då detta kunde ha positiv effekt på patienternas psykiska mående. *“Gäller ju å se dem och bekräfta dem. Prata med dem. Det vinner vi mycket på oavsett vad det gäller.”* (Informant 3).

Kontinuitet

Distriktssköterskorna upplevde att det tog tid att bygga upp ett förtroende hos patienterna men att förtroendet gjorde att de öppnade sig mer och vågade ta upp saker om sitt psykiska mående. Detta kunde innebära att patienterna kunde söka för olika åkommor några gånger innan huvudbekymret framträdde. För att främja att patienterna skulle våga samtala om sin psykiska ohälsa ansåg distriktssköterskorna att kontinuitet var av stor vikt.

”... å de man har förmånen att följa under flera besök, att de, man lär känna varandra på ett sätt och då vågar dem berätta mer mm om vad de, om vad som liksom ligger till grund.”
(Informant 11).

För att främja kontinuiteten kunde distriktssköterskorna boka in patienten till den kollega som de visste att patienten hade en förtrolig relation till om någon sådan fanns.

Distriktssköterskorna menade att både verksamheten och patienterna vann på att en kontinuitet fanns.

Insatser för att främja hälsa

Att stödja och inge trygghet

Eftersom distriktssköterskorna kunde vara den första som patienterna mötte på vårdcentralen när patienter sökte för någon form av psykisk ohälsa menade de att det var deras uppgift att förmedla lugn och trygghet för att ge möjlighet för patienterna att förstå att det finns hjälp att få, samt uppmuntra och stödja patienterna till att söka hjälp vid behov.

”... Uppmuntra folk till att det inte är när man blir gammal, man ska inte gå hela livet och må dåligt. Idag kan du få hjälp säger jag, så då åh så det tycker jag, det måste vi kunna säga till va.” (Informant 5).

Ett sätt att främja psykisk ohälsa kunde vara att distriktssköterskorna gav patienten stöd genom att peppa och inge mod. ”jag känner att jag va stöd för stunden...” (Informant 6). När det var motiverat upplevde distriktssköterskorna att de kunde använda kroppskontakt som stöd om patienterna till exempel behövde en klapp på axeln eller en kram. Stöden kunde också yttra sig i form av praktiska råd i vardagen, men också att distriktssköterskorna säkerställde att patienterna fick omvårdnad och insatser i hemmet som de kände sig trygga med, till exempel att patienten fick timer till spisen. Distriktssköterskorna tyckte att det var viktigt att patienterna kände sig trygga med att de skulle få hjälp inom en snar framtid.

Hänvisa vidare

För att främja patienternas psykiska hälsa ansåg distriktssköterskorna att det enda de kunde göra ibland var att slussa patienterna vidare till annan instans eller profession inom verksamheten eller utanför. ”... man kan liksom förmedla en ny kontakt om det skulle behövas” (Informant 9). Exempel på professioner de kunde erbjuda, förmedla eller hänvisa till, var kurator eller psykolog för utökat samtalsstöd när behov fanns. Distriktssköterskorna kunde även rekommendera och informera om stödjande och sociala verksamheter i samhället som till exempel kommunens, bibliotekens och kyrkans verksamhet som patienten kunde vända sig till på egen hand.

Se kroppen som en helhet

I arbetet för att främja den psykiska hälsan hos patienterna kunde distriktssköterskorna samtala med patienterna om levnadsvanors inverkan på kropp och själ. Vidare försökte distriktssköterskorna kartlägga patienternas vardag för att se hur de hade det. Målet med att prata om levnadsvanor och dess samband med kropp och själ var att förmedla en positiv hälsoinställning till patienterna samt förmedla att det går att få det bättre. När det inte gick att ändra på saker försökte distriktssköterskorna få patienterna att ändra sitt förhållningssätt för att lära sig hantera livet igen. ”... för att få en hälsoinställning istället va. Inte se sig som sjuk, utan vi har de här symtomen och hur kan jag ändra för å få förbättring.” (Informant 2). Distriktssköterskorna kunde rekommendera avslappningsövningar, yoga och mindfulness för

att öka det psykiska välbefinnandet. De ansåg att det kunde främja patienternas hälsa att delta i gruppverksamhet. Gruppverksamheten kunde vara i primärvården, till exempel grupp om levnadsvanor eller fysisk aktivitet, eller annan grupp i samhället som kyrkan, biblioteket och föreningslivet. Denna verksamhet gjorde i så fall att patienterna fick befinna sig i ett sammanhang, vilket i sig kunde öka upplevelsen av psykisk hälsa.

Distriktssköterskorna menade att patienterna behövde må bra i kroppen för att må bra i själen och rekommenderade därför fysisk aktivitet. Patienterna kunde upplevas som svåra att motivera men distriktssköterskorna försökte väcka ett intresse för att få dem att intressera sig för något, som fysisk aktivitet eller annan hobbyverksamhet. När patienterna upplevde att det psykiska måendet tillfälligt var försämrat bad distriktssköterskorna dem att aktivera sig i någon form och inte vara ensamma.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors upplevelser av mötet med patienter med psykisk ohälsa samt distriktssköterskornas upplevelser av möjligheterna att främja psykisk hälsa. För att besvara syftet valdes en kvalitativ studiedesign som syftar till att skapa förståelse för sammanhang, fenomen och erfarenheter, vars mål är att förstå istället för att förklara (Creswell, 2014; Malterud, 2009). Alternativet hade varit en kvantitativ design som syftar till att hitta samband, orsak och effekt. Eftersom det inte finns många svenska studier inom det område som föreliggande studie har undersökt blev den kvantitativa designen inte ett lämpligt alternativ då det var svårt för författarna att i förväg veta vad frågorna skulle komma att beröra.

Studien erhöll tio medgivanden från verksamhetschefer trots att kontakt togs med 46 stycken runt om i Skåne. Diskussioner har förts kring val av annan kontaktmetod, som att besöka verksamhetscheferna personligen för att kunna informera om studien samt överlämna projektplan och informationsbrev till verksamhetschef och mellanhand. Om fler medgivanden skulle ha getts med den typen av förfaringssätt är omöjligt att veta, men det är ett

tillvägagångssätt som skulle kunna övervägas vid liknande studier av antingen författarna eller andra. Anledningarna till att verksamhetscheferna inte gav sitt medgivande till att genomföra intervjuerna på deras arbetsplatser varierade. I åtta fall uppgavs ingen anledning, i övriga fall berodde det bland annat på nytt journalsystem som tog mycket energi, sjukskrivningar, brist på distriktssköterskor och hård belastning på vårdcentralerna. En svarade att de inte mötte tillräckligt stor grupp människor med psykisk ohälsa och upplevde därför att de inte kunde tillföra något till studien. En annan anledning kan möjligen vara att magisterstudier för specialistutbildning med inriktning till distriktssköterska inte är något som prioriteras av verksamhetscheferna i primärvården.

Initialt uppskattades intervjuerna ta mellan 30 och 60 minuter. Intervjuerna i studien tog mellan 21 och 36 minuter och var således till stor del kortare än beräknat vilket kan ses som en svaghet i studien. Svagheten syftar på att några intervjuer eventuellt inte blivit så djupa som en kvalitativ studie önskar vara, vilket kan påverka studiens resultat. Anledningarna till varför intervjuerna blev kortare än beräknat kan vara många. Den mest troliga kan vara intervjuarnas oerfarenhet av att utföra semistrukturerade intervjuer. Författarna upplevde att det fanns informanter som hade lätt för att uttrycka sig och prata om sina upplevelser, medan andra informanter hade svårigheter att sätta ord på sina tankar och upplevelser. Som nybörjare på att utföra intervjuer upplevde författarna att de intervjuer som var "tystare" påverkade författarna till viss stress att ställa fler frågor, vilket i efterhand kan ses som en svaghet då dessa frågor riskerade att bli något ledande och därmed inte gav möjlighet för spontana beskrivningar av upplevelser. Förmågan att utföra intervjuer förbättrades efter hand som författarna blev tryggare med intervjutekniken och kunde vänta in informantens tystnad samt fånga upp essensen i informantens berättelse och ställa följdfrågor. När den som utför intervjuer känner sig trygg med situationen blir det lättare att vara en aktiv lyssnare och bygga upp en förtroendeingivande relation till informanten (Kvale & Brinkmann, 2009). Detta leder till att informanten känner sig trygg och vågar tala fritt vilket kan ge djupare svar. Ovanstående resonemang speglar att författarna upplevde ett lärande och intervjutekniken förbättrades efter hand vilket kan stärka resultatet då några intervjuer därmed kom att få ett djupare innehåll.

Som beskrivits ovan tog intervjuerna kortare tid än beräknat. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) brukar det ingå 5-25 informanter i en kvalitativ studie. Om intervjuerna inte uppnår

samma djup behöver fler intervjuer utföras. Därmed kom det i denna studie att ingå tolv distriktssköterskor. Intervjuerna skedde vid två olika perioder utifrån magisterkursens upplägg samt att hänsyn togs till tidsramen då transkribering och analys är tidskrävande moment. Författarna kan inte se att resultatet i studien skulle ha påverkats av att datainsamlingen skedde under två olika perioder, då dessa perioder låg nära varandra i tiden.

Flertalet intervjuer utfördes av författarna enskilt på grund av tidsmässiga och praktiska skäl bland annat då intervjuer tog plats på skilda geografiska områden i Skåne vilket gjorde restiden för den eller andre författaren lång i förhållande till magisterstudiens omfång. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att tillförlitligheten kan påverkas då det är flera personer som utför intervjuerna. Därför gjordes de två första intervjuerna tillsammans för att uppnå någon form av likhet i intervjuprocessen, samt att intervjuguiden fanns med som stöd för båda författarna. Samtidigt menar Lundman och Hällgren Graneheim (2012) att det kan vara positivt för en studies resultat att olika personer utför intervjuerna då till exempel informanterna fått olika följdfrågor vilket kan ge upphov till att fler variationer av upplevelsen fångas.

För att samla in data till studien valdes semistrukturerade individuella intervjuer. Den semistrukturerade intervjun kretsar kring specifika teman och strävar efter att informanten med sina egna ord ska få dela med sig av sina tankar och upplevelser kring ett specifikt tema (Malterud, 2009). Hade en strukturerad intervjuguide använts hade informanten endast svarat på de frågor som ställts vilket inte hade gett informantens egna perspektiv på fenomenet, det vill säga den levda kunskapen. En fördel som sågs med den semistrukturerade intervjun var att den möjliggjorde följdfrågor, vilket användes i studien för att få ökat djup i datainsamlingen. Till exempel kunde informanten uppmuntras att "berätta mer", "utveckla", "ge exempel" eller förklara "på vilket sätt".

Alternativ till datainsamlingsmetod i den kvalitativa designen för att besvara studiens syfte kunde ha varit fokusgruppsintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2009). Fokusgruppsintervjuns fördel skulle kunna vara att gruppinteraktionen kan bidra till associationer som skapar berättelser. Gruppinteraktion kan även göra känsliga ämnen lättare att prata om vilket upplevelsen av mötet med psykisk ohälsa kan vara. Likväl som gruppinteraktion kan ha en positiv inverkan kan den även hindra att andra åsikter än gruppens

gemensamma lyfts fram. Moderatoren får en viktig roll att styra så att intervjun håller sig till ämnet, samt att alla deltagare får möjlighet att prata. Denna metod valdes bort utifrån att författarna inte har någon erfarenhet av att intervjua sedan tidigare. Ytterligare ett alternativ kunde ha varit frågeformulär med öppna svar som enligt Malterud (2009) kan underlätta för den anonyma informanten att svara på känsliga frågor och ge negativt laddade svar jämfört med att möta en person ansikte mot ansikte vid en intervju. Med hänsyn till att frågeformulär med öppna frågor riskerar att ge ett begränsat datamaterial helt beroende på hur långt och djupt informanten väljer att skriva samt att inga följdfrågor kan ställas valdes denna metod bort som datainsamlingsmetod. Materialet hade också riskerat att bli ytligt vilket kunde resulterat i minskad trovärdighet av tolkningar och analys.

Transkriberingsarbetet var en tidskrävande process, där varje intervju transkriberades i nära anslutning till intervjutillfället. Författarna såg transkriberingen som en del i analysprocessen: ett sätt att bekanta sig med innehållet. Vid varje moment i analysen där forskaren hanterar datamaterialet riskerar forskaren att sätta sin prägel på materialet, vilket kan påverka dess innehåll enligt Malterud (2009). Varje intervju lyssnades därför igenom ett flertal gånger för att i transkriberingsprocessen få en så korrekt återgivning som möjligt. Transkriberingen skedde till största del av den författare som utfört intervjuerna och bara två intervjuer transkriberades av den andre författaren. Detta gjordes för att det skulle bli en jämn arbetsfördelning mellan författarna, samt att ljudupptagaren skulle användas till en ny intervju. Att den som intervjuar utför transkriberingen har sina fördelar bland annat att forskaren kanske kommer ihåg moment som i det inspelade materialet är otydliga, till exempel känslouttryck eller specifika ordval (Malterud, 2009). Att två intervjuer transkriberades av den som inte gjort intervjun kan därmed ses som en risk, då värdefull icke-verbal kommunikation kan ha gått förlorad. Då författaren som utförde intervjun kontrollerade och tog del av transkriberingen efteråt bedömde författarna att detta inte skulle komma att påverka resultatet eller dess trovärdighet.

Analysen skedde genom en latent kvalitativ innehållsanalys med stöd av Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Författarna valde denna typ av analys med en tolkande ansats med en högre abstraktionsnivå för att den ger en ökad förutsättning för att se sammanhang och mönster i det insamlade materialet. I samtliga moment av bearbetning av en text sker en viss tolkning från start. Den manifesta metoden hade inte gett utrymme för detta, vilket i sig

kunde resulterat i att helheten skulle gå förlorad med en allt för detaljerad kodning. Att teman inte uppnåddes i den latent kvalitativa innehållsanalysen bedömer författarna inte påverkar analysens trovärdighet eller studiens resultat, då detta inte alltid är rimligt att uppnå på magisterstudienivå. Att författarna i analysprocessen först arbetade på egen hand för att sedan reflektera och diskutera kring till exempel tolkningar ökar tillförlitligheten i studien enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012). Författarnas handledare tog del av två intervjuer, samt analys av dessa med meningsbärande enheter, kondensering, kodning och kategorisering. Att en tredje part granskar analysen mot texten, det vill säga analysenheten, ökar trovärdigheten gällande giltigheten i studien. För att ytterligare stärka giltigheten i studien, presenterades utvalda citat från intervjuerna i studiens resultatdel.

I en kvalitativ studie kan inte forskaren se sig själv som distanserad då delaktigheten är ett verktyg i datainsamlingen. Resultatet blir därmed inte oberoende av forskaren. Författarna till denna studie har försökt underlätta för läsaren att bedöma trovärdighet och överförbarhet till andra primärvårdsverksamheter genom att ge en tydlig beskrivning av urval, datainsamling, analysprocess samt genom att presentera författarnas förförståelse i metoddelen.

Resultatdiskussion

Det framkom i resultatet att distriktssköterskorna upplevde det som utmanade att möta människor med psykisk ohälsa i primärvården. De tryckte bland annat på en upplevelse av tidsbegränsning och de önskade att de hade mer tid att möta och ta hand om människor med psykisk ohälsa som sökte vård. En studie av Maxwell et al. (2013) visade på liknande resultat avseende tidsramen för mötena med patienter med psykisk ohälsa i primärvården. Sjuksköterskorna upplevde att tiden för möten var för kort när patienter uppvisade symtom på psykisk ohälsa och tidsramen gjorde att de ibland valde att ignorera patientens symtom. Distriktssköterskorna i föreliggande studie sa dock att mötena med patienter med psykisk ohälsa fick dra ut på tiden om det fanns ett behov av det. Informanterna i en intervjustudie genomförd av Medina, Kullgren och Dahlblom (2014) speglar de båda ovanstående resonemangen där några distriktssköterskor upplevde att ingen vill ta hand om besvärliga patienter och andra uppgav att de var mer flexibla med sin tid och noterade när patienter med psykisk ohälsa var i behov av mer stöd, samtidigt som de kunde uppleva att de saknade kunskap i bemötandet av framförallt patienter med suicidrisk.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie uttryckte att det var svårt att hantera sina känslor i mötena med patienterna med psykisk ohälsa och att en del möten upplevdes som jobbiga, framförallt när patienterna blev otrevliga och agiterade. De kunde också känna en oro och rädsla i mötet med människor med psykisk ohälsa. En rädsla eller oro kunde vara att bemöta patienterna fel, vilket kunde leda till osäkerhet kring vilka frågor som skulle ställas. Detta skulle kunna kopplas till upplevelsen av tidsbegränsning, det vill säga att distriktssköterskorna väljer att skylla på tidsbrist så att de slipper svåra och jobbiga möten med människor med psykisk ohälsa. Det kan också ligga okunskap bakom både den upplevda rädslan, osäkerheten och den upplevda tidsbristen. Här har det inte undersökts huruvida distriktssköterskorna upplevde tidsbrist även i mötet med människor med god psykisk hälsa, något som hade varit av intresse att studera vidare för att kunna dra några slutsatser. De uttryckte att de kände sig maktlösa när de inte visste hur de skulle hjälpa patienterna med psykisk ohälsa och att denna maktlöshet kunde grunda sig på okunskap om psykisk ohälsa. Även i studien av Maxwell et al. (2013) kunde denna maktlöshet infinna sig hos sjuksköterskorna, men när de hade fått erfarenhet av eller utbildning i psykisk ohälsa kände de sig trygga i sin roll att möta människor med psykisk ohälsa. Känslan av maktlöshet beskrivs av Medina et al. (2014) tillsammans med känslor av sorg, ledsenhet och frustration över att inte kunna hjälpa patienterna. Ett perspektiv på forskningsmöjligheter skulle kunna vara en interventionsstudie som undersöker samband och/eller upplevelsen av mötet efter handledning kring möten med patienter med psykisk ohälsa.

I en studie av Secker, Pidd, Parham och Peck (2000) kombinerades fokusgrupper bestående av distriktssköterskor med individuella intervjuer med allmänläkare verksamma i primärvården i England. Distriktssköterskorna upplevde att de inte alltid kunde använda så mycket tid till patienterna med psykisk ohälsa som de önskade, då de ibland var tvungna att prioritera annat arbete. De upplevde att utbildning och information kring psykisk ohälsa skulle kunna underlätta för dem att veta när de skulle hänvisa patienterna vidare till personal med annan kompetens. I föreliggande studie såg distriktssköterskorna sina begränsningar då de uppgav att det enda de kunde göra ibland var att hänvisa patienterna med psykisk ohälsa vidare till andra professioner både inom och utanför sin verksamhet. På liknande sätt upplevde informanterna i studien av Medina et al. (2014) att de behövde mer utbildning om psykisk ohälsa för att kunna vårda patienterna väl. McIlrath, Keeny, McKenna och McLaughlin (2009) genomförde en multiprofessionell enkätstudie vars syfte var att identifiera riktmärken

för hur primärvården skulle kunna effektivisera sin vård av människor med depression. Resultatet av studien utmynnade i ett antal rekommendationer där bland annat utbildning till distriktssköterskor inom depression samt samarbete mellan primärvården, psykiatri och andra instanser rankades högt.

Regeringskansliet (2012) uppgav i sin plan för riktade insatser, med bland annat kompetensutveckling för personal, inom psykisk ohälsa för åren 2012-2016 att personer med psykisk ohälsa ska få vård av hög kvalitet och baseras på bästa tillgängliga kunskap samt att de patienter som primärvården inte har resurser att vårda ska få komma till specialistvården. Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att de saknade kunskap kring psykisk ohälsa och hade önskat mer för att kunna hjälpa patienterna med psykisk ohälsa på ett bra sätt medan Wood (2008) kom fram till att distriktssköterskor inte nödvändigtvis behövde ha någon utbildning i psykiatri för att kunna ge stöd till patienter med psykisk ohälsa. Detta tyder på att det kan behövas mer forskning på hur distriktssköterskor upplever sin kunskapsnivå och deras möjligheter att möta och vårda patienter med psykisk ohälsa i primärvården. En studie skulle exempelvis kunna äga rum åren 2016-2017 för att utvärdera distriktssköterskornas kunskapsläge efter Regeringskansliets (2012) riktade insatser för att patienter med psykisk ohälsa ska bemötas med bästa tillgängliga kunskap.

Distriktssköterskorna upplevde att deras möjligheter att främja psykisk hälsa bland annat låg i deras förmåga att lyssna på patienterna och att detta var viktigt för att hjälpa dem mot en upplevelse av bättre psykisk hälsa. Informanterna i Medina et al.'s studie (2014) upplevde däremot att lyssnandet kunde ge en känsla av otillräcklighet när de inte hade något annat att erbjuda patienten samtidigt som de kunde känna en lättnad när de nådde fram till patienterna. Lyssnandet är ett användbart verktyg för distriktssköterskan enligt Secker et al. (2000) och det upplevdes inte alltid som nödvändigt att slussa patienterna vidare till annan profession. Genom att lyssna och samtala med patienterna med psykisk ohälsa kunde distriktssköterskorna i studien utforska patienternas inställning till förändring av levnadsvanor för att på så sätt kunna få en positiv inverkan på det psykiska måendet. Jallinoja et al. (2007) visade med sin enkätstudie att 95 % av de sjuksköterskor som deltog ansåg att patienterna själva måste vilja göra en förändring av sina levnadsvanor för att kunna vara mottaglig för behandling av till exempel högt blodtryck.

Distriktssköterskorna i föreliggande studie kartlade patienternas vardag och samtalade kring levnadsvanor och det var ett bra sätt för att få fram eventuell motivation till förändring hos patienterna. Om patienterna var motiverande till en förändring av sina levnadsvanor kunde distriktssköterskorna rekommendera fysisk aktivitet eller hobby. Distriktssköterskornas rekommendationer om aktivitet får stöd av Annerstedt et al. (2012) som i sin studie bland annat visade att fysisk aktivitet kunde minska risken för psykisk ohälsa hos kvinnor. Den salutogena modellen (Antonovsky, 2001) innebär att se människan där den befinner sig och lyfta friskfaktorer och det kan kopplas till distriktssköterskornas uttalanden i föreliggande studie om att hjälpa patienterna att inte se sig som sjuka utan istället se friskfaktorer. Vidare kan detta kopplas till begreppet KASAM, som står på de tre benen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Genom att distriktssköterskorna hjälpte patienterna med psykisk ohälsa att se sina friskfaktorer och uppmuntrade dem till fysisk aktivitet och/eller andra hobbyer kunde de hjälpa patienterna att uppnå ett ökat välbefinnande. Att distriktssköterskor ser friskhetsfaktorer hos människor med psykisk ohälsa innebär att arbeta hälsofrämjande, vilket i sin tur innebär att hälsan hos den enskilda människan förbättras men i förlängningen också att folkhälsan förbättras. Genom att ge stöd till patienter med psykisk ohälsa kan det enligt Melnyk et al. (2009) leda till att patienterna får en positiv inställning till sitt problem som kan hjälpa dem att ta kontroll över sin egen hälsa. Föreliggande studies resultat får därmed stöd av Annerstedt et al. (2012) och Melnyk et al. (2009) gällande distriktssköterskornas syn på de hälsofrämjande insatser som de kan erbjuda patienten i primärvården. Däremot kan uppföljande forskning av hälsoeffekterna av givna råd från distriktssköterskor vara av intresse att studera utifrån ett patientperspektiv, samhällsekonomiskt perspektiv eller folkhälsoperspektiv. Främjar det stöd och råd distriktssköterskorna ger patienterna med psykisk ohälsa den enskilda patientens hälsa och därmed folkhälsan i samhället?

Konklusion och implikationer

Föreliggande studie visar att de intervjuade distriktssköterskorna upplevde ett behov av ökad kunskap kring psykisk ohälsa. Den visar också på ett behov av utökad dialog mellan distriktssköterskor och huvudmän för att kunna öka förståelsen för att distriktssköterskorna behöver ge patienterna med psykisk ohälsa mer tid i kontakten med primärvården. Detta som ett led i att främja den psykiska hälsan. Distriktssköterskorna behöver känna sig trygga med att möta patienter med psykisk ohälsa om de ska kunna utföra sitt arbete på bästa sätt, det vill

säga främja hälsa och lindra lidande. Dagens vård ska bygga på evidens, varför nationella riktlinjer och vårdprogram för arbete med psykisk ohälsa behöver utvecklas för att möta ökningen av psykisk ohälsa i dagens samhälle. Denna studie överensstämmer med tidigare forskning om att distriktssköterskor upplever tidsbrist och att de har bristande kunskap om psykisk ohälsa. Samtidigt visar den, precis som tidigare forskning, också på att distriktssköterskorna gav patienter med psykisk ohälsa stöd genom att lyssna och uppmuntra fysisk aktivitet för att ge möjlighet för ett ökat välbefinnande.

Referenser

Annerstedt, M., Östergren, P-O., Björk, J., Grahn, P., Skärbäck, E. & Währborg, P. (2012). Green qualities in the neighborhood and mental health - results from a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Public Health*, 12:337. doi: 10.1186/1471-2458-12-337.

Antonovsky, A. (2001). *Hälsans mysterium*. (1:11. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Borowsky, S.J., Rubenstein, L.V., Meredith, L.S., Camp, P., Jackson-Triche, M. & Wells, K. (2000). Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *Journal of General Internal Medicine*, 15(6): 381-388. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x

Bulter, M.P. & Quayle, E. (2007). Training primary care nurses in late-life depression: knowledge, attitude and practice changes. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1). 25-35. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00054.x.

Colton, C.W. & Manderscheid, R.W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease* (3)2. Från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/pdf/PCD32A42.pdf>

Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. (3. uppl.). London: Sage.

Distriktssköterskeföreningen. (2008). *Kompetensbeskrivning*. [Broschyr]. Sverige. Från <http://www.distriktsskoterska.se/>

Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G., Murray, C.J.L., ... & Whiteford, H.A. (2013). Burden of depressive disorders by county, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLOS Medicine*, 10(11). doi: 10.1371/journal.pmed.1001547

Gustafsson, G. (2012). Stress, utbrändhet och utmattningssyndrom. I: I. Skärsäter. (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå*. (1:4. uppl., s. 23-38). Lund: Studentlitteratur.

Haddad, M., Plummer, S., Taverner, A., Gray, R., Lee, S., Payne, F. & Knight, D. (2005). District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: A three-area cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* 14, 976–985. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01196.x

Helsingforsdeklarationen. (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki*. Från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>.

Hogg, C. & Warne, T. (2010). Ordinary people, extraordinary voices: The emotional labor of lay people caring for and about people with a mental health problem. *International Journal of Mental Health Nursing* (10)19, 297-306. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00683.x

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25: 244-249. doi: 10.1080/0281343070161778

Jonsdottir, I.H., Nordlund, A., Ellbin, S., Ljung, T., Glise, K., Währborg, P. & Wallin, A. (2013). Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion. *Stress*, 16(2): 181-190. doi: 10.3109/10253890.2012.708950

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:2. uppl., s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Luoma, J. B., Martin, C.E. & Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159: 909-916. doi:10.1176/appi.ajp.159.6.909

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion*. (2:1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Masud Rana, A.K.M., Wahlin, Å., Stålsby Lundborg, C. & Nahar Kabir, Z. (2009). Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. *Health Promotion International* 24(1), 36-45. doi: 10.1093/heapro/dan042

Maxwell, M., Harris, F., Hibberd, C., Donaghy, E., Pratt, R., Williams, C., ... Burton, C. (2013). A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. *BMC Family Practice*, 14(46). doi: 1186/1471-2296-14-46

McIlrath, C., Keeney, S., McKenna, H. & McLaughlin, D. (2009). Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2): 269-281. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05140.x

Mead, M., Bower, P. & Gask, L. (1997). Emotional problems in primary care: What is the potential for increasing the role of nurses? *Journal of Advanced Nursing*, 1997(26), 879-890. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.00417.x

Medina, C.O., Kullgren, G. & Dahlblom, K. (2014). A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. *BMC Family Practice*, 15(29). doi: 10.1186/1471-2296-15-29

Melnyk, B.M., Jacobson, D., Kelly, S., O'Haver, J., Small, L. & Mays, M.Z. (2009). Improving the mental health, healthy lifestyle choices, and physical health of Hispanic adolescents: A randomized controlled pilot study. *Journal of School Health*, 24(12), 575-584. doi: 10.1111/j.1746-1561.2009.00451.x.

Mitchell, A.J. & Kakkadasam, V. (2011). Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes: A meta-analysis of routine clinical accuracy.

International Journal of Nursing Studies, 48, 359-368. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.012

Regeringskansliet. (2012). *PRIO Psykisk ohälsa: Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016*. Stockholm: Socialdepartementet. Från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/19/37/97/644e4dfe.pdf>

Region Skåne. (2006). *Kliniknytt NV Skåne*. Primärvården Skåne Nordväst. Hämtad 9 oktober, 2014. Från https://www.skane.se/Public/AKO_och_vardprogram/Helsingborg/KN-06nr11%20Psyksamv%20NV%20Sk%C3%A5ne.pdf

Region Skåne. (2014). *Distriktssköterskans arbetsuppgifter*. Primärvården Skåne. Hämtad 9 oktober, 2014. Från http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Primarvarden_Skane/Vardcentraler/Vara-varcentraler/Malmo/Vardcentralen-Rosengarden/Distriktsskoterska/Distriktsskoterskans-arbetsuppgifter/

Reilly, S., Planner, C., Hann, M., Reeves, D., Nazareth, I. & Lester, H. (2012). The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. *PLoS ONE*, 7(5). doi: 10.1371/journal.pone.0036468.

Sandmark, H. (2011). Health, sleep, and professional career in female white-collar workers back to work after long-term sick-listing due to minor mental disorders. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 823–829. doi: 10.1177/1403494811424609

Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnett Hälsoarbete*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Secker, J., Pidd, F., Parham, A. & Peck, E. (2000). Mental health in the community: roles, responsibilities and organization of primary care and specialist services. *Journal of Interprofessional Care*, 14(1): 49-58. doi: 10.1080/jic.14.1.49.58

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 5 februari 2014, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Hämtad 21 november, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 21 november, 2013, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Skärsäter, I. (2012). Förstämmningssyndrom. I: I. Skärsäter. (Red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå*. (1:4. uppl., s. 67-89). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen. (2010). *Depression och ångestsyndrom: Vad du kan göra och vad vården bör göra. Rekommendationer ur nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18071/2010-6-17.pdf>

van Daalen, G., Willemsen, T.M., Sanders, K. & van Veldhoven, M.J.P.M. (2009). Emotional exhaustion and mental health problems among employees doing “people work”: the impact of job demands, job resources and family-to-work conflict. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82: 291-303. doi: 10.1007/s00420-008-0334-0.

Wittchen, H-U. & Jacob, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15: 357-376. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012

Wood, S. (2008). The contribution of nursing to public health practice in the prevention of depression. *Nursing and Health Sciences*, 2008 (10), 241–247. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00401.x

World Health Organization. (1948). *WHO definition of health*. Hämtad 6 februari 2014, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

INTERVJUGUIDE

Hur upplever Du mötet med människor med psykisk ohälsa i primärvården?

Hur upplever Du Din möjlighet att främja hälsa hos människor med psykisk ohälsa?

Teman

Mötet med människor med psykisk ohälsa i primärvården.

Möjligheter till att främja den psykiska hälsan.

Förbättringsmöjligheter för att främja den psykiska folkhälsan i samhället ur ett distriktssköterskeperspektiv.

Utbildning tillräcklig för att genomföra omvårdnadsprocessen hos människor med psykisk ohälsa.

Demografiska data

- Ålder?
- Antal år som distriktssköterska med tjänst inom primärvården?
- Utbildningsort för sjuksköterskespecialisering med inriktning distrikt?
- I vilken grad ingick psykiatri i utbildningsplanen?

Eventuella följdfrågor:

- Kan du förklara närmre?
- På vilket sätt...?
- Skulle du vilja berätta mer..?
- Skulle du vilja ge några exempel?
- Skulle du kunna utveckla det?