



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskans roll och möjlighet till hälsofrämjande åtgärder hos personer med psykisk sjukdom

Litteraturstudie

Författare: Sofia Nilsson och Towe Persdotter

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Hösten 2014

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

Sjuksköterskans roll och möjlighet till hälsofrämjande åtgärder hos personer med psykisk sjukdom

Litteraturstudie

Författare: Sofia Nilsson och Towe Persdotter

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Personer med psykisk sjukdom har ökad prevalens av bland annat övervikt, metabola syndrom och hjärtkärlsjukdomar. Hälsoproblemen relateras till antipsykotisk läkemedelsanvändning samt ohälsosam livsstil såsom rökning, osunda kostvanor och låg fysisk aktivitet. Stigmatisering och negativa attityder gör även att de inte erhåller samma somatiska vård som andra individer. Studien är en litteraturstudie med syftet att belysa sjuksköterskans möjlighet till hälsofrämjande åtgärder. Resultatet visar att sjuksköterskor inom psykisk vård är medvetna om sin betydande roll i hälsofrämjande arbete. Fokus på kost och fysisk aktivitet är mest förekommande medan en lägre prioritet uppvisas inom exempelvis reproduktiv och sexuell hälsa. Även hinder för hälsofrämjande arbete framkommer relaterat till sjukvårdssystem, psykisk sjukdom, samhälle och vårdpersonal. Aktuell studie har betydelse för klinisk omvårdnad genom att belysa möjligheter för hälsofrämjande arbete men även vilka problem som kan uppstå.

Nyckelord

Psykisk sjukdom, psykisk störning, somatisk ohälsa, hälsofrämjande åtgärder, sjuksköterskans roll, omvårdnad, hinder mot hälsofrämjande arbete, utbildning, utveckling.

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Teoretisk referensram	3
Psykisk sjukdom	4
Somatiska hälsorisker	4
Effekter av hälsofrämjande åtgärder	5
Sjuksköterskans roll	6
Stigmatisering i vård och samhälle: ett hinder för hälsofrämjande arbete	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Tabell 1: Sökschema: CINAHL	11
Tabell 2: Sökschema: PubMed/Medline	11
Tabell 3: Sökschema: PsycInfo	12
Data analys	12
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	13
Hälsofrämjande arbete	14
Önskan om utbildning och utveckling	17
Hinder för hälsofrämjande arbete	18
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	21
Slutsats och kliniska implikationer	25
Författarnas arbetsfördelning	26
Referenser	27

Introduktion

Problemområde

Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som inkluderar allvarliga psykiska störningar, psykiska sjukdomar och brist på psykiskt välbefinnande (Ottosson, 2009; Skärsäter, 2010). Psykossjukdomar, såsom schizofreni, samt allvarliga förstämningssyndrom, såsom bipolär sjukdom och egentlig depression, är exempel på allvarliga psykiska sjukdomar (ibid.).

Personer med psykisk sjukdom har en förkortad medellivslängd i jämförelse med resterande befolkning (Batty, Hamer & Der, 2012; De Hert et al., 2011). Kopplingen till förkortad medellivslängd hos individer med både psykisk och somatisk ohälsa genereras snarare av den somatiska faktorn än den psykiska (ibid.). Även Harris och Barraclough (1998) samt Brown, Kim, Mitchell och Inskip (2010) belyser detta problem. De beskriver att det föreligger en signifikant ökad dödlighet hos personer med allvarlig psykisk sjukdom (ibid.). Denna signifikanta ökning förklaras enligt Brown, Barraclough och Inskip (2000) både av riskfaktorer direkt kopplade till den psykiska sjukdomen, såsom användning av antipsykotiska läkemedel, men även av en ohälsosam livsstil.

Personer med psykisk ohälsa är dessutom i en utsatt situation, utifrån stigmatisering, diskriminering samt nedsatt hälsorelaterad livskvalitet (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). Utöver stigmatisering och nedsatt hälsorelaterad livskvalitet är det även konstaterat att personer med psykisk sjukdom inte erhåller samma somatiska sjukvård som andra individer (De Hert et al., 2011; Nankivell, Platania-Phung, Happel, & Scott, 2013). Nankivell et al. (2013) beskriver att personer med allvarlig psykisk sjukdom har en svårighet att söka vård för sin fysiska hälsa på grund av för lite tillgång till klinisk vård och att attityder samt stigmatisering förekommer.

Det faktum att individer med psykisk ohälsa även riskerar somatisk ohälsa indikerar ett behov av hälsofrämjande interventioner. Den somatiska ohälsan hos aktuell patientgrupp är ett omvårdnadsproblem eftersom en grundläggande del i sjuksköterskans dagliga arbete är att främja hälsa (Berman & Snyder, 2012).

Bakgrund

Teoretisk referensram

Människan är, i enlighet med omvårdnadsvetenskapens humanistiska människosyn, en unik varelse som utifrån ett enhetsperspektiv av kropp, själ och ande ska bemötas efter sina unika förutsättningar (Willman, 2010). Perspektivet vid omvårdnad och bemötande skall således riktas mot hela enheten människan. Fortsättningsvis står även begreppet hälsa i koppling till den hela människan och formas utifrån individens upplevelse av mening och värderingar. Genom att ha ett perspektiv där varje patient ses som en enskild individ och en enhet med unika behov, upplevelser och tankar kring sin livssituation utvecklas och främjas en personcentrerad vård (ibid.). Aktuell studie utformades utifrån ett patientperspektiv och riktades i monistisk vinkel vilken ser människan som en enhet där kropp och själ hör ihop och aldrig är opåverkade av varandra.

Omvårdnadsteoretikern Hildegard Peplau, med en personlig bakgrund inom psykiatrisk omvårdnad, bidrog enligt Tomey och Alligood (1998) med nya perspektiv genom publicering av en bok om omvårdnadens interpersonella relationer. Enligt Peplaus omvårdnadsteori, med ett psykodynamiskt fokus, är en mellanmänsklig relation mellan patient och sjuksköterska en förutsättning för att omvårdnaden ska kunna fylla sitt tänkta syfte om att vara en lärande, terapeutisk och utvecklande kraft (Berman & Snyder, 2012; Tomey & Alligood, 1998). Omvårdnadsteorin visar på betydelsen av en god relation mellan sjuksköterska och patient samt att sjuksköterskan, genom att inta olika roller och förhållningssätt, kan ha en stor betydelse och skillnad för hur varje patient upplever och utvecklas i en vårdrelation (Tomey & Alligood, 1998). Detta upplevdes viktigt inom studiens område då förbättring behöver ske utifrån de enskilda individernas upplevelser av sin situation för att motverka diskriminering och främja en personcentrerad och jämställd vård.

Psykisk sjukdom

Bakom psykiska symtom kan finnas både en psykogen och en organisk alternativt somatisk genes (Ottosson, 2009). Psykogen är relaterat till individens upplevelse och relation till sin omvärld medan somatisk/organisk genes bottnar i störningar i funktion och struktur i den drabbades hjärna. Denna tudelade genes resulterar även i att behandlingen är av två slag. Den kan antingen ha ett fokus på individens egna upplevelser, med hjälp av psykoterapi, personens omvärld genom sociala åtgärder, eller somatisk terapi som försöker ingripa i hjärnstruktur och/eller funktion (ibid.). Enligt Skärsäter (2010a) kan en psykisk sjukdom, förutom ha en biologisk etiologi, även bottna i individens psykosociala situation. Aspekter som ökar risken att insjukna i psykisk sjukdom är brist på socialt stöd, problem med ekonomin samt vardaglig stress med ett resultat av små möjligheter till självbestämmande och avkoppling (ibid.). Ottosson (2009) beskriver att en stark känsla av sjukdom, nedsättning i förmågan att fungera i samliv och arbete samt vårdinsatsbehov såsom sjukskrivning och sjukpension är några av de viktigaste kriterierna för en psykisk sjukdom. Även svårighetsgrad av individens psykiska symtom tillsammans med förändringar i hjärnans funktion och/eller struktur inkluderas bland dessa kriterier. Sammanfattningsvis krävs således att individens symtom orsakar en betydande nedsättning i funktionsförmågan och/eller ett personligt lidande (ibid.).

Skärsäter (2010) menar att en individ som drabbas av psykisk ohälsa ofta upplever oro, förvirring och ångslan relaterat till funderingar om ohälsans eventuella fysiska och psykiska påverkan. På grund av detta faktum behöver vårdpersonal inom hälso- och sjukvårdens verksamheter, även utanför psykiatrin, vara rustade för att bemöta dessa individer på ett anpassat sätt (ibid.).

Somatiska hälsorisker

Enligt Buhagiar, Parsonage och PJ Osborn (2011) ses fysisk hälsa som en mindre viktig livsprioritering av människor med allvarlig psykisk sjukdom. De beskriver även att denna patientgrupp är mer benägna till rökning och mindre benägna att höja sin egen nivå av fysisk aktivitet än personer med icke-psykotisk psykisk sjukdom (ibid.). Även Brown, Birtwistle, Roe och Thompson (1999), Hedström, Sameby och Söderberg (2006) samt McCreadie et al.

(1998) belyser dessa hälsorisker hos personer med allvarlig psykisk sjukdom. De beskriver att patientgruppen, i en jämförelse med resterande befolkning, har en benägenhet till mindre grad av fysisk aktivitet, sämre matvanor, ökad tendens till rökning och en ökad prevalens av övervikt (ibid.). Även en ökad risk för och prevalens av fetma förekommer (Dickerson et al., 2006; Limosin, Gasquet, Leguay, Azorin & Rouillon, 2008). Den ökade prevalensen av övervikt och fetma är enligt Brown et al. (2010) en betydelsefull riskfaktor för den höga förekomsten av kardiovaskulära sjukdomar för denna patientgrupp. De Hert et al. (2011) påvisar ytterligare sjukdomar som har en högre prevalens hos personer med allvarlig psykisk sjukdom relaterat till livsstil och behandlingsspecifika orsaker, såsom biverkningar av psykofarmaka. Hjärtkärlsjukdomar, metabola syndrom, luftvägssjukdomar, sexuell dysfunktion och fetmarelaterade cancerformer är några exempel som belyses (ibid.).

På grund av dessa somatiska hälsorisker är det, enligt Hedström et al. (2006), av stor vikt att rutiner för att upptäcka och behandla somatisk ohälsa finns och tillämpas.

Interventionsprogrammet i den aktuella studien visade att många av de deltagande psykospatienterna, trots en prioriterad önskan om viktreducering, upplevde hinder till att aktivt arbeta för en livsstilsförändring i form av sjukdomsknutna kognitiva svårigheter (ibid.). Dessa hinder visar på vikten av att sjuksköterskan arbetar med hälsofrämjande åtgärder.

Effekter av hälsofrämjande åtgärder

Brown och Chan (2006) redovisar en studie där en studiepopulation med personer med allvarlig psykisk sjukdom fick genomgå ett hälsofrämjande interventionsprogram en gång i veckan under sex veckor, vilket sedan jämfördes med en kontrollgrupp utan denna aktiva behandling. Programmet var utformat enligt manualen för Lillys Meaningful's day och innehöll bland annat motiverande samtal, viktkontroll, hälsoundervisning om kost och motion samt daglig aktivitet och missbruk individualiserat efter den enskilda studiedeltagaren. Det förekom ett stort bortfall i båda grupperna där deltagarna avbokade sina tider eller inte dök upp. Efter avslutad interventionsperiod kunde de deltagare som fullföljde interventionsprogrammet uppvisa en liten, men signifikant, viktreducering och en ökad motionsgrad i jämförelse med kontrollgruppsdeltagarna. Personerna som fullföljde interventionsperioden fick dessutom, förutom signifikanta förbättringar i subjektivt

välsmående, en förbättrad kost med mer fibrer och mindre mättat fett (ibid.). Även Verhaeghe, Clays et al. (2013) beskriver hur ett 10-veckor långt interventionsprogram bestående av sunda matvanor och fysisk aktivitet resulterade i signifikanta, dock relativt små, minskningar av midjemått, fetthalt, kroppsvikt och BMI hos studiedeltagarna i interventionsgruppen.

I ytterligare en studie (Hjorth et al., 2014) undersöktes effekten av ett 12-månader långt interventionsprogram för att förbättra fysisk hälsa hos långtidsbehandlade patienter inom psykiatri. I studien ingick en interventionsgrupp samt en kontrollgrupp som enbart erhöll sin vanliga behandling under studieperioden. Både patienter och vårdpersonal ingick i interventionssessionerna, dock separerade från varandra. Sessionerna var utformade med exempelvis information om hälsorisker, möjligheter till hälsoprevention, korrekt användning av antipsykotiska läkemedel, hur vårdpersonalen kan främja rökavvänjning samt hur individen själv kan sätta upp hälsoåtgärder för att främja sin fysiska hälsa. Informationen och de insatta hälsoåtgärderna resulterade i en minskning av midjemåttet hos studiedeltagarna i interventionsgruppen. Denna minskning var liten men ej signifikant. Eftersom midjemåttet ökade i kontrollgruppen drog studiens författare slutsatsen att insatta interventioner i alla fall håller midjemåttet konstant. Även en positiv sänkning av andra mätvärden, såsom LDL och diastoliskt blodtryck, gick att finna i interventionsgruppen efter avslutat interventionsprogram. Studiens resultat påvisar därför att det är möjligt att minska risken, alternativt skjuta upp riskfaktorer, för både diabetes och kardiovaskulära sjukdomar genom information och adekvata hälsoinsatser (ibid.).

Sjuksköterskans roll

Ett av sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är i enlighet med *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, 2009) att främja hälsa. Fysisk hälsa är enligt Hultsjö och Syren (2013) svårt att verbalisera och förstå för personer med psykisk sjukdom. Att vara medveten om fysiska hälsorisker är i sin tur en nödvändig grund för att vara motiverad och kunna utföra livsstilsförändringar (ibid.). Sjuksköterskan bör stötta och hjälpa patienten genom att ge information om kost och motion, erbjuda stresshantering samt motivera till rökavvänjning (Hedström et al., 2006). Genom att arbeta hälsoförebyggande på detta vis kan risken för utveckling av somatiska följsjukdomar minskas (ibid.).

Sjuksköterskan har även en hälsofrämjande roll för den aktuella patientgruppen genom att finnas som stöd, vara lyhörd, främja trygghet samt ingjuta hopp (Skärsäter, 2010). I en studie av Hultsjö och Syren (2013) uppges motivation, målmedvetenhet och ett positivt tänkande som viktiga faktorer för patienter för att upprätthålla en god hälsa. När motivationen saknades hos individerna var vårdpersonalen ett viktigt stöd och de förlitade sig på att vårdpersonalen tog ett ansvar över deras hälsa. De uppgav också att en kreativitet var ett fundament för att finna personcentrerade hälsostrategier (ibid.).

Stigmatisering i vård och samhälle: ett hinder för hälsofrämjande arbete

Enligt Björkman et al. (2008) har vårdpersonal inom den somatiska verksamheten en högre grad av negativa attityder gentemot patienter med psykisk ohälsa jämfört med vårdpersonalen inom psykiatrin. Negativa attityder utgör hinder för somatisk vård vilket påverkar patienter eftersom de inte bemöts och behandlas med samma respekt som övrig population (Skärsäter, 2010). Stigmatisering och diskriminering utgör således ett stort hinder för integrationen med samhället för patienter med psykisk sjukdom (ibid.). Hultsjö och Syren (2013) uppger att personer med psykosjukdomar upplevde en begränsad möjlighet att kunna delta i samhället och i arbetslivet. Detta relaterat till en subjektiv upplevelse av att sakna tillräcklig styrka till delaktighet, rädsla för att tvingas till ett jobb som individen inte klarar av eller att på grund av sårbarhet för stress uppleva en rädsla för att återinsjukna i psykos (ibid.). Sjuksköterskan har här en viktig roll och kan genom en god vårdrelation utgöra ett viktigt stöd för individen (Skärsäter, 2010). I enlighet med *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, 2009) skall sjuksköterskan vårda med respekt utan att påverkas av faktorer som till exempel individens sjukdom, funktionsnedsättning eller social ställning.

Det är således framträdande att personer med psykisk sjukdom har större förekomst av somatisk ohälsa såsom exempelvis övervikt (Brown et al., 1999; McCreadie et al., 1998), fetma (Dickerson et al., 2006; Limosin et al., 2008), hjärtkärlsjukdomar (Brown et al., 2010; De Hert et al., 2011), metabola syndrom och sexuell dysfunktion (De Hert et al., 2011) relaterat till ohälsosam livsstil och antipsykotisk läkemedelsanvändning. Detta har i sin tur samband med dessa individers kortare livslängd och ökad dödlighet i jämförelse med resterande befolkning (Batty et al., 2012; Brown et al., 2010; De Hert et al., 2011; Harris &

Barracough, 1998). I samhället förekommer även stigmatisering och diskriminering av denna patientgrupp, vilket enligt Björkman et al. (2008) även förekommer inom vården. Den fysiska vården hos aktuell patientgrupp blir enligt Nankivell et al. (2013) ofta försummad på grund av denna stigmatisering och negativa attityder, vilket är exempel på möjliga hinder för hälsofrämjande arbete. Detta visar på vikten av att sjuksköterskan arbetar hälsofrämjande, i överensstämmelse med aktuellt ansvarsområde (Berman & Snyder, 2012; Svensk sjuksköterskeförening, 2009), och bemöter dessa individer efter unika förutsättningar utifrån en humanistisk människosyn där kropp, själ och ande är en enhet (Willman, 2010). Adekvata hälsofrämjande interventioner kan exempelvis utgöras av hälsoundervisning samt hälsoåtgärder inom kost, motion och rökavvänjning (Brown & Chan, 2006; Hjort et al., 2014). Genom att sjuksköterskan på ett personcentrerat sätt motiverar och informerar sina patienter kan vårdrelationen, i enlighet med Peplaus omvårdnadsteori, utgöra en utvecklande och terapeutisk källa för individen (Berman & Snyder, 2012; Tomey & Alligood, 1998). En positiv upplevelse och en främjande individuell utveckling kan i sin tur bidra till en större motivation och målmedvetenhet, vilket enligt Hultsjö och Syren (2013) är viktiga byggstenar för att personer med psykisk ohälsa ska kunna vidmakthålla en god fysisk hälsa.

Syfte

Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans möjlighet till hälsofrämjande åtgärder för att förbättra somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom samt att identifiera eventuella hinder som kan uppstå i samband med detta arbete.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie med ett resultat byggt på vetenskapliga artiklar. Studietypen valdes för att redovisa aktuell kunskapsöversikt inom valt problemområde (Friberg, 2012).

Urval

Artikelsökningen genomfördes i databaserna CINAHL, PubMed/Medline och PsycInfo för att få en bred kunskapsgrund (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Litteraturstudien avgränsades till att enbart inkludera omvårdnadsvetenskapliga artiklar. Studiens metodologiska ansats var att både kvantitativa och kvalitativa artiklar som svarade på studiens syfte skulle inkluderas. Enligt Segesten (2012) är detta en bra metod när ett problemområde är för ospecifikt för att kategoriseras enbart inom kvalitativ eller kvantitativ forskning och när ett kunskapsläge ska kartläggas. En inledande sökning visade att problemområdet har studerats med både kvalitativ och kvantitativ utgångspunkt. En bred sökning som inkluderar båda metodologiska ansatserna var därför indikerat för att fastställa kunskapsläget utifrån en bred synvinkel (Segesten, 2012). Genom en sådan bred analys och sammanställning kan studiens resultat bidra med kunskap angående praktiskt vårdarbete från flera olika synvinklar (ibid.). Inklusionskriterier var artiklar som belyser sjuksköterskans möjlighet till hälsofrämjande åtgärder, utbildnings- och utvecklingsbehov samt eventuella hinder mot det hälsofrämjande arbetet. Författarna beslutade att exkludera artiklar som handlar om barn och artiklar som är över tio år gamla, med andra ord publicerade innan 2004. Motivering till dessa exklusionkriterier var att studien skulle inriktas på vuxna och att en inledande litteratursökning visade flertalet studier publicerade under senaste åren. För att erhålla tillförlitligt material och inkludera bästa tillgängliga och uppdaterade evidens var nyskrivna artiklar således en nödvändighet.

Datainsamling

Sökord som användes vid sökningen i databaserna CINAHL, PubMed/Medline och PsycInfo var ”Mental disorders/mental disorder”, ”Mental illness”, ”Health promotion”, ”Physical illness”, ”Mental health”, ”Physical health”, ”Health care practioners”, ”Education”, ”Nursing”, ”Physical health care”, ”Boundaries”, ”Training needs” och ”Nurse’s role”. Sökorden användes dock i olika stor utsträckning i databaserna (se tabell 1, 2, 3). Motiveringen till att författarna valde att använda sig av både sökordet ”Mental illness” och ”Mental disorders” är att både psykiska sjukdomar och psykiska störningar skulle inkluderas,

vilka särskiljs i olika axlar vid diagnos (Ottosson, 2009). Genom att göra sökningar utifrån båda orden kunde författarna därför minska risken för att relevanta artiklar inte togs tillvara.

En Heading-termssökning i databasen CINAHL genomfördes med följande termer: "Mental Disorders" [Heading] och "Health Promotion" [Heading]. Motsvarande termer enligt MeSH och Thesaurus användes i databaserna PubMed/Medline och PsycInfo (Willman et al, 2011). Motivering till val av både fritextsökning och sökning med databasernas specifika termer var att få en så bred datainsamling som möjligt (Willman et al, 2011).

Vid sökningen i databasen CINAHL fann författarna ett gott urval av relevanta artiklar utifrån uppsatta kriterier och 14 stycken valdes ut till ett första urval. I fortsatt litteratursökning i resterande databaser fann författarna sex stycken artiklar i PubMed och två i PsycInfo som även valdes ut i det primära urvalet.

Efter att ha läst samtliga artiklar och exkluderat de som inte upplevdes relevanta återstod nio artiklar från CINAHL samt varsin artikel från PubMed/Medline och PsycInfo utifrån ett gemensamt val författarna emellan. Sammanfattningsvis återstod således elva utvalda artiklar till studiens resultat varav fem utförda enligt kvantitativ design och resterande sex utifrån en kvalitativ utgångspunkt.

En granskning av valda artiklarna utfördes sedan med hjälp av kvalitetsgranskningsprotokoll för kvantitativa respektive kvalitativa studier (Willman et al., 2011). För att säkerställa en god kvalitetsbedömning genomfördes granskningen först enskilt och sedan gemensamt. För varje fråga i protokollet som besvarades positivt tilldelades ett poäng. Noll poäng genererades vid negativa samt "vet ej" svar. Författarna räknade sedan ut den totala poängsumman för varje studie och jämförde detta med maximalt antal poäng med hjälp av procenträkning. Efter detta tilldelades artiklarna en kvalitetsgrad där grad I motsvarade hög vetenskaplig kvalitet med 80-100 % positiva svar och grad II medelhög kvalitet med 70-79 % positiva svar. En låg vetenskaplig kvalitet, grad III, motsvarade 60-69 % positiva svar. Samtliga utvalda artiklar uppnådde grad I och hög vetenskaplig kvalitet vid avslutad kvalitetsbedömning.

Ett sökschema för den utförda litteratursökningen redovisas nedan (tabell 1, 2, 3).

Tabell 1. Sökschema: CINAHL

Databas CINAHL	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
#1	“Mental disorders”[Heading]	112356			
#2	“Health promotion” [Heading]	7644			
#3	#1 AND #2	138	138	2	
#4	“Mental disorder” AND “Health promotion” (fritext)	41	41	1	
#5	“Mental illness” AND “Health promotion” (fritext)	134	134		
#6	“Mental illness” AND “Physical health” (fritext)	1135			
#7	“Mental illness” AND “Physical health” AND “Boundaries” (fritext)	6	6	1	1
#8	“Mental illness” AND “Physical health care” (fritext)	373			
#9	“Mental illness” AND “Physical health care” AND “Nurses role” (fritext)	45	45	8	6
#10	“Mental illness” AND “Training needs” (fritext)	53	53	1	1
#11	“Mental illness” AND “Training needs” AND “Nursing” (fritext)	27	27	1	1

Tabell 2. Sökschema: PubMed/Medline

Databas PubMed/ Medline	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
#1	“Health promotion”[MeSH]	10367			
#2	“Mental disorders”[MeSH]	184117			
#3	#1 AND #2	2085			
#4	#1 AND #2 AND Physical health (fritext)	207	207	3	1
#5	“Health promotion” AND “Mental disorders” (fritext)	5400			
#6	“Health promotion” AND “Mental disorders” AND “Nursing” (fritext)	275	275		
#7	“Health promotion” AND “Mental illness” (fritext)	1852			

#8	“Health promotion” AND “Mental illness” AND “Physical illness” (fritext)	283	283	2
#9	“Mental health” AND “Physical health” AND “Mental illness” AND “Health care practitioners” AND “Education” (fritext)	17	17	1

Tabell 3. Sökschema: PsycInfo

Databas PsycInfo	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
#1	“Mental disorders”[Thesaurus]	12891			
#2	“Health promotion”[Thesaurus]	6247			
#3	#1 AND #2	100	100	2	1
#4	“Mental illness” AND “Health promotion” (text)	759			

Dataanalys

Analysen fördes enligt en deduktiv ansats och gick från abstrakt och generellt till konkret och specifikt (Segesten, 2006). En deduktiv ansats innebär enligt Polit och Beck (2010) att författarna, utifrån allmänna principer, utvecklar specifika förutsägelser. Friberg (2012) beskriver ett tillvägagångssätt för analys av inkluderade artiklar. Analysprocessen innefattade tre steg vars syfte var att identifiera övergripande områden. Steg 1 innebar att valda studier lästes och sammanfattades i en schematisk översikt för att säkerhetsställa att studiernas information och väsentliga delar hade fångats upp och sammanställts. Genom att arbeta på detta sätt utfördes en form av pendling mellan de tidigare helheterna i respektive studier och den nya helheten i studiens resultat via delar, i form av det schematiska översiktsbladet/matrisen. Följande steg bestod av att urskilja likheter och skillnader hos de valda studierna, vilka sedan sammanställdes. Tredje och sista steget inkluderade sortering av detta sammanfattade material, vilket sedan redovisas i studiens resultatdel (ibid.). Studiens resultat sammanställdes i en integrerad analys (Polit & Beck, 2010). Teman skapades genom att författarna sorterade information som belyste samma sak under användbara rubriker (Friberg, 2012).

Forskningsetiska avvägningar

Författarnas avsikt var att utföra litteraturstudien på ett etiskt korrekt sätt. Med etiskt korrekt tillvägagångssätt menade författarna att vald litteratur beskriver studier som utförts enligt etiska principer och riktlinjer. En god forskningsetik innebär att studien ska vara godkänd av en etisk kommitté, vara av nytta samt att deltagande individer ska vara fullt informerade om sitt deltagande och sina rättigheter (Polit & Beck, 2010). Ett informerat samtycke från varje deltagare ska alltid inhämtas, om det inte finns valida anledningar till att detta inte är möjligt, och det är viktigt att författarna säkerställer att samtycket är korrekt. Studiedeltagarna får inte heller utsättas för skada eller obehag och författarna bör använda adekvata åtgärder för att förebygga all form av skada. Deltagande i en studie ska dessutom vara helt frivilligt och deltagarna måste ha möjlighet att avbryta sitt deltagande när som helst utan att behöva uppge anledning. Individer får inte under några omständigheter tvingas till att delta i en studie och en person som väljer att avbryta sitt deltagande ska kunna göra detta utan att bli bestraffad. En studiens data skall även, för att skydda deltagarnas integritet, behandlas anonymt med största säkerhet. Slutligen bör anpassade åtgärder sättas in om en studie inkluderar grupper som anses sårbara (ibid.).

Analysen av artiklarna utfördes opartiskt och studiens resultat syftade till att sanningsenligt belysa data från de granskade forskningsartiklarna. Att granskningen utfördes av två parter som sedan sammanförde sina tolkningar är en positiv aspekt då det ökar trovärdigheten i granskningen (Willman et al., 2011).

Resultat

I föreliggande litteraturstudie inkluderades elva vetenskapliga artiklar. Artiklarna härstammar från Australien, Storbritannien, USA och Belgien.

Efter utförd dataanalys enligt Friberg (2012) framträdde tre teman: *Hälsofrämjande arbete*, *Önskan om utbildning och utveckling* samt *Hinder för hälsofrämjande arbete*.

Hälsofrämjande arbete

Studier visar att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård är medvetna om den nedsatta fysiska hälsan hos personer med psykisk sjukdom i jämförelse med allmän befolkning (Ehrlich, Kendall, Frey, Kisely, Crowe, & Crompton, 2014; Happell, Platania-Phung & Scott, 2013b; Happell, Scott, Platania-Phung & Nankivell, 2012). Happell, Platania-Phung et al. (2013b) beskriver en internetbaserad enkätundersökning med 642 deltagande sjuksköterskor, varav 38 stycken från ett specifikt program kallat Mental Health Nurse Incentive Program.

Hälsoproblem som fetma, kardiovaskulär sjukdom, luftvägsbesvär, mun/tandproblem och diabetes rankades som mer förekommande hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom än resterande befolkning, enligt över 80 % av sjuksköterskorna inom MHNIP (ibid.).

I Happell, Platania-Phung och Scott (2013a), en internetbaserad enkätstudie med 643 deltagande sjuksköterskor, framkommer det att fysisk vård är ett regelbundet inslag i vården av patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Detsamma framkommer i Robson, Haddad, Gray och Gournays (2013) kvantitativa tvärsnittsstudie med 585 deltagande sjuksköterskor.

Deltagarna uppgav att livsstilsrådgivning om kost och fysisk aktivitet samt säkerhetsställande av registrering inom primärvården och en tilldelad allmänläkare var vanligt förekommande faktorer i sjuksköterskans arbete (Happell, Platania-Phung et al., 2013a; Robson et al., 2013).

Enligt Happell, Platania-Phung et al. (2013a) uppgavs även rökavvänjning, stöd angående missbruk och bedömning av den fysiska hälsan som några av de vanligast förekommande hälsofrämjande åtgärderna (ibid.). Happell et al. (2012) beskriver en kvalitativ intervjustudie utförd i fokus-grupper med 38 studiedeltagare där deltagande sjuksköterskor utöver sina egna hälsofrämjande insatser poängterade allmänläkarens viktiga roll. Sjuksköterskorna menade att de själva, genom att ge patienterna stöd till att kontakta läkare och ordna möten, kan utveckla engagemanget mellan patient och allmänläkaren. Genom att arbeta på detta sätt kunde deltagarna bidra till att en relation skapas mellan patient och allmänläkaren vilket antogs främja individens egenvård (ibid.). Robson et al. (2013) skriver att sjuksköterskorna meddelade att den tekniska förmågan, exempelvis blodprovstagning och återupplivning, var det som de upplevde som mest lätthanterligt och bekvämt inom fysisk vård. För att utföra en god somatisk vård hos personer med psykisk sjukdom kan adekvata

implementeringsstrategier vara önskvärda, såsom exempelvis screening av fysisk hälsa, enligt deltagarna i en kvalitativ explorativ intervjustudie med 36 intervjuade sjuksköterskor i Australien (Happell, Scott, Nankivell & Platania-Phung, 2013b). Deltagande sjuksköterskor uppgav att screening upplevdes viktigt för effektiv diagnos och behandling samt för ett gott

vardagligt arbete med adekvata prioriteringar. För att kunna identifiera existerande hälsorisker och fysisk sjukdom samt, mer specifikt, urskilja negativa effekter av antipsykotiska läkemedel, ansågs både screening och övervakning som viktiga komponenter (ibid.).

Sjuksköterskor belyser fysisk aktivitet och/eller sunda kostvanor som väsentliga hälsofrämjande åtgärder (Happell, Platania-Phung et al., 2013a; Leutwyler, Hubbard, Jeste & Vinogradov, 2012; Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen & Annemans, 2013). I en kvalitativ studie av Verhaeghe, De Maeseneer et al. (2013), där totalt 32 patienter och sjuksköterskor inkluderats, uppgav samtliga studiedeltagare att bra kostvanor och fysisk aktivitet upplevdes gynnsamt för fysisk hälsa. Studiedeltagarna belyste även mentala hälsofördelar såsom sociala kontakter, reducerad stress och frustration samt att de hälsofrämjande faktorerna kan utgöra en distraktionsroll (ibid.). Happell, Platania-Phung et al. (2013a) skriver att deltagande sjuksköterskor fick regelbunden utbildning inom fysisk aktivitet, kost och rökning. Deltagarna i Leutwyler et al. (2012), en kvalitativ studie med 23 deltagare, påpekade att patientens individuella psykiska hälsa är en viktig faktor för fysisk aktivitet. Deltagande sjuksköterskor betonade vikten av att aktivitetsprogram individualiseras och är uppbyggda efter individens tidigare förutsättningar. Exempelvis, hos patienter som tidigare har haft hög frekvens av inaktivt stillasittande uppgav studiedeltagarna att det är viktigt att arbeta med små steg i taget (ibid.).

Tvärtemot fysisk aktivitet och kost finns det faktorer inom fysisk vård av personer med psykisk sjukdom som inte prioriteras i samma utsträckning av sjuksköterskor. Enligt Robson et al. (2013) uppgav enbart hälften av studiedeltagarna att rökavvänjning var en av de dagliga arbetsuppgifterna. Andra mindre förekommande delar var preventivmedelstöd, råd om sexuellt överförbara sjukdomar (Happell, Platania-Phung et al., 2013a, 2013b; Robson et al., 2013) samt att se till att patienten får genomgå regelbundna synkontroller (Happell, Platania-Phung et al., 2013b; Robson et al., 2013). Happell et al. (2012) beskriver att en potentiell biverkning av användning av antipsykotiska läkemedel är sexuella svårigheter. En studiedeltagare belyste även problemet med att detta område är obekvämt att prata om för många i vårdpersonalen (ibid.).

Studier har lyft fram begreppet motivation som en central komponent i hälsofrämjande arbete (Leutwyler et al., 2012; Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013). Verhaeghe, De Maeseneer et

al. (2013) beskriver hälsofrämjande interventioner som en process där sjuksköterskan försöker ändra patienternas ohälsosamma livsstil genom diskussion och motivation. Deltagande sjuksköterskor ansåg sig själva som mest lämpliga att hjälpa patienter att förändra en ohälsosam livsstil. Upplevt ansvarsområde angående detta skiljde sig dock åt mellan studiedeltagarna. Några antydde att sjuksköterskan måste stimulera patienter till en hälsosam livsstil, men att patienten alltid har det huvudsakliga ansvaret. Sjuksköterskan ska dock finnas som en stödjande pelare (ibid.). Även Leutwyler et al. (2012) visar på vikten av motivation. Deltagarna i denna studie uppgav att de som vårdpersonal ofta behövde agera motiverande källa på grund av att patienternas egen motivation till fysisk aktivitet ofta var bristfällig. För att motivera sina patienter till fysisk aktivitet var personalen själva delaktiga i de aktiviteter som de försökte engagera sina patienter i och de ansträngde sig även för att visa en positiv inställning till aktuell aktivitet (ibid.).

Studier belyser även utbildning som en central aspekt i hälsofrämjande arbete (Happell, Scott, Nankivell & Platania-Phung, 2013a; Happell, Platania-Phung & Scott, 2013c; Robson et al., 2013). Happell et al. (2013c) beskriver att 65 % av totalt 643 deltagande sjuksköterskor i en kvantitativ elektronisk undersökningsstudie uppgav att utbildning om uppgifter och ansvar på arbetsplatsen hade ett signifikant värde. Enligt Robson et al. (2013) uppgav 96 % av de 585 intervjuade sjuksköterskorna att de deltagit i grundläggande livsuppehållande utbildning. Ytterligare utbildning inom fysisk hälsovård hade dock enbart 20 % av studiedeltagarna genomgått under senaste fem åren (ibid.). Vidare, har studier undersökt huruvida en grundutbildning respektive specialistutbildning ger tillräcklig befogenhet att säkerställa att hälsofrämjande arbete kan utföras (Happell et al., 2012; Happell, Scott et al., 2013a). Deltagare i studien av Happell et al. (2012) uppgav att sjuksköterskor specialiserade inom psykiatri hade låg behörighet att utföra somatisk vård på grund av minskad möjlighet till träning och utbildning. Happell, Scott et al. (2013a) beskriver en kvalitativ studie där en av 38 deltagare vid gruppdiskussion uppgav att en generell grundutbildning gav en god kunskapsgrund och färdigheter för att främja fysisk hälsa hos personer med allvarlig psykisk sjukdom. En annan deltagare, som hade examen inom psykiatrisk omvårdnad, uttryckte istället att en generell bakgrund med grundutbildning inte alltid är tillräcklig för det praktiska arbetet och att ytterligare utbildning är indikerat (ibid.).

Önskan om utbildning och utveckling

I flertalet studier framkommer ett behov av utbildning för sjuksköterskans möjlighet till hälsofrämjande arbete för personer med psykisk sjukdom (Happell, Scott et al., 2013a; Happell et al., 2013c; Robson et al., 2013). Enligt Happell, Scott et al. (2013a) uttrycktes ett starkt behov av regelbunden utbildning inom fysisk hälsovård eftersom vården är i ständig utveckling och förändring. Deltagarna i resterande två studier uppgav att de hade störst intresse för utbildningsområdena diabetes och kardiovaskulär hälsa hos patienter inom psykiatrisk vård (Happell et al., 2013c; Robson et al., 2013). I Robson et al.'s. (2013) studie uppgav sjuksköterskorna även ett högt intresse om utbildning inom nutrition. Utbildning inom reproduktiv hälsa, sexuell hälsa och rökavvänjning var de områden som studiedeltagarna hade lägst intresse för (ibid.). Utbildning om droganvändning som en hälsorisk var även enligt Happell et al. (2013c) inkluderad i områdena med lägst intresse. Bortsett från utbildning om motion och diabetes, hade antal år som sjuksköterska inom psykiatrisk vård anknytning till ett något lägre intresse för utbildningsområdena (Happell et al., 2013c). Sjuksköterskor uppgav att flexibilitet är en central komponent för utbildnings utveckling och införande (Happell, Scott et al., 2013a). Många av deltagarna meddelade dock att de föredrog att ha utbildning ansikte-mot-ansikte med ett diskussions- och hands-on perspektiv. Studiedeltagarna uttryckte att utbildning online kunde vara positivt men de poängterade att online-utbildning enbart fick ses som ett komplement till ansikte-mot-ansikte utbildning och inte ersätta den (ibid.).

Andra studier (Happell, Platania-Phung & Scott, 2013d; Happell, Scott et al., 2013b) belyser vikten av utveckling och införandet av strategier för att förbättra fysisk hälsa hos personer med allvarlig psykisk sjukdom. I en kvantitativ studie med 643 deltagande sjuksköterskor föreslogs nio strategier för att förbättra fysisk hälsa hos personer med allvarlig psykisk sjukdom (Happell et al., 2013d). Metoderna inkluderade bland annat fysiska aktivitets- och viktkontrollprogram, arbetsplatsutbildning, hälsobuss, rökavvänjning, samlokalisering och minskning av stigmatisering. Samtliga stöttades av 39 % av deltagarna. En stor grupp var positiv till sju strategier men hade åtskilda svar angående de strategier som innefattade antipsykotiska läkemedel. Var tionde deltagare var negativ till minskad användning av antipsykotiska läkemedel, men positiv till resterande åtta strategier. 17 % av deltagarna var negativa till båda strategierna som berör antipsykotiska läkemedel, det vill säga minskad användning samt förespråka utveckling av antipsykotiska läkemedel med reducerat antal negativa effekter (ibid.). I Happell, Scott et al.'s. (2013b) studie framgick det att screening av

fysisk hälsa upplevdes positivt och föreslogs som en hälsofrämjande strategi i sjuksköterskans dagliga arbete. Deltagarna belyste många fördelar med införandet av en sådan implementering, däribland att tillsammans med patienten kunna samarbeta om hälsofrämjande åtgärder (ibid.).

Hinder för hälsofrämjande arbete

Studier har visat på hinder för införande av hälsofrämjande åtgärder, innefattande hinder relaterade till sjukvårdssystemet (Ehrlich et al., 2014; Robson et al., 2013; Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013), den psykiska sjukdomen (Ehrlich et al., 2014; Leutwyler et al., 2012; Robson et al., 2013; Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013), samhället samt vårdpersonalen (Ehrlich et al., 2014; Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013).

Ehrlich et al. (2014) beskriver en kvalitativ intervjustudie med 50 deltagande sjuksköterskor där hinder relaterade till sjukvårdssystemet belystes i form av bristande resurser på personal, geografiskt läge, antal vårdplatser och väntetider. Enligt Verhaeghe et al. (2013) är även tidsbrist framträdande inom denna aspekt. Happell et al. (2012) beskriver ytterligare hinder såsom ständiga personalomställningar samt prioritering av finansiering och resurser. I Happell et al. (2013) anger dock endast en liten del av de deltagande sjuksköterskorna att den egna arbetsbelastningen var en barriär mot att utföra fysisk vård.

Individernas psykiska sjukdom kunde även vara en påverkande faktor där exempelvis bristande energi (Verhaeghe, De Measeneer et al., 2013), en minskad motivation, insyn och ett bristande intresse (Ehrlich et al., 2014) sågs som hinder. Däremot, angav enbart en liten del av sjuksköterskorna i Robson et al's. (2013) studie att patientens egen motivation var en upplevd barriär mot somatisk vård. Enligt Leutwyler et al. (2012) kunde patientens psykiska hälsa, förutom att vara ett hinder till fysisk aktivitet, även vara en facilitator. Några sjuksköterskor beskrev att personer med psykisk sjukdom, i detta fall schizofreni, på grund av sin sjukdom kunde känna sig motiverade till fysisk aktivitet som ett sätt att bemästra sina sjukdomssymtom. Studiedeltagarna poängterade även behovet av att betrakta patienternas säkerhet som ett hinder till fysisk aktivitet. Deltagarna belyste även den positiva sidan med detta. Att patienterna, genom att få möjlighet till fysisk aktivitet, kunde reducera sina egna säkerhetsfarhågor och att det i detta fall fungerar som en facilitator istället (ibid.).

Samhällets attityder uppgavs också vara en barriär för patienter att integrera med olika verksamheter, exempelvis idrottsföreningar (Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013). Enligt Ehrlich et al. (2014) förekom det stigmatisering från samhället som inte enbart påverkade personer med allvarlig psykisk sjukdom utan också den personal som jobbade med patienterna, vilket resulterat till en negativ riktning för hälsobefrämjande arbete. Även sjuksköterskans egen inställning kunde vara ett hinder mot införande av hälsofrämjande åtgärder (Ehrlich et al., 2014; Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013). I dessa fall bestod hindrena bland annat av sjuksköterskornas personliga åsikter och attityder mot de hälsofrämjande åtgärder som skulle införas (Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013). Ytterligare ett hinder var att sjuksköterskorna gav somatiska hälsofrämjande aktiviteterna lägre prioritet till förmån för psykisk och social vård som upplevdes behöva det största vårdfokus (Ehrlich et al., 2014). Ytterligare ett hinder är enligt Happell et al. (2012) att sjuksköterskor inom psykiatrin upplevde den psykiska hälsovården som sitt centrala kunskapsområde och att de på grund av detta hade svårt att ingripa i fysiska hälsoproblem. Detta relaterat till en uppfattning av bristande befogenhet inför detta arbete (ibid.)

Sekundärt till direkta hinder för hälsofrämjande arbete, belyses även sjukvårdsrelaterade barriärer för utbildning och implementering, vilket i sin tur blir ett hinder för införandet av hälsofrämjande interventioner (Happell, Scott et al., 2013a; Happell, Scott et al., 2013b). Sjuksköterskor uppgav att screening bara är av värde om ansvarig vårdare vidtar lämpliga åtgärder (Happell, Scott et al., 2013b). Dessa åtgärder uteblev på grund av brist på resurser, begränsad tillgång på tjänster och otydlighet kring roller och ansvar. Sjuksköterskorna uttryckte en oro över nedsatt effektivitet av dessa typer av implementeringar på grund av uppföljningsbrist. Det uppkom även starka reaktioner från sjuksköterskorna då de kom i kontakt med ett exempel på screeningverktyg av fysisk hälsa, eftersom det kopplades till mer administrativt arbete (ibid.). Enligt Happell, Scott et al. (2013a) uppgav sjuksköterskorna att vårdpersonalens vardagliga arbete skapade problem för möjlighet och tillgång till hälsofrämjande utbildning. Deltagarna var positiva till utbildning men de betonade problemet med att släppa iväg sjuksköterskor från det dagliga arbetet för utbildningsmöjligheter. Deltagarna poängterade att tidsbrist, skift-rotationer, osäkra händelser och frånvarande personal är aspekter inom sjukvårdssystemet som utbildningsprogram skulle behöva ta hänsyn till. De menar att utbildningsscheman hade varit svåra att följa eftersom vårdmiljön präglas av omedelbara behov av att växla mellan olika vårdaktiviteter (ibid.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie med syftet att sammanställa rådande kunskapsläge inom aktuellt forskningsområde. En litteraturstudie valdes framför en eventuell empirisk studie med argumentet att en empirisk studie blir mer avgränsad än en litteraturöversikt. Genom att utföra en litteraturstudie kunde författarna belysa och ställa samman befintlig kunskap inom valt forskningsområde, med ett bredare fokus som belyste forskningsläget utifrån både motsättningar och samsyn (Friberg, 2012). Den valda metoden fyllde sitt syfte om att ge en bred och god kunskapsöversikt till föreliggande studie.

Sökning efter vetenskapliga artiklar genomfördes i databaserna CINAHL, PubMed/Medline och PsycInfo. Författarna började med att söka i CINAHL med motiveringen att databasen har ett fokus på omvårdnadsvetenskapliga artiklar vilket upplevdes kunna stämma bra överens med uppsatta önskemål och kriterier för datainsamling. Vid fortsatt sökning i databaserna PubMed/Medline och PsycInfo återkom flertalet av de artiklar som redan blivit funna i sökningen i CINAHL. Detta ansågs positivt då det visar på en tillförlitlig datainsamling med väl valda sökord då flertalet valda artiklar återfanns i alla eller två av databaserna. Att nio av elva utvalda artiklar hämtades ifrån databasen CINAHL såg inte författarna som en negativ faktor då artiklarna ansågs högst relevanta, hade god kvalitet och återfanns även i de andra nämnda databaserna. Att studiens resultat grundas på artiklar från alla tre databaser kan ses som en styrka för datainsamlingen. Ytterligare en styrka för utfört urval av data är att artiklar med både kvantitativ och kvalitativ forskningsdesign valdes att inkluderas. Genom att inkludera båda metodtyperna hade författarna befogenhet att belysa och kartlägga hela det aktuella kunskapsläget inom valt problemområde (Segesten, 2012).

En eventuell svaghet hos föreliggande studie är att sju av elva valda artiklar är skrivna av i stort sett samma forskargrupp. Tre av författarna har tillsammans skrivit fyra av artiklarna, och även resterande tre artiklar med ytterligare en författare inkluderad. Detta faktum kan möjligen ha resulterat i att urvalet blivit något begränsat. Dessa sju artiklar upplevdes dock ha ett högt värde för studien då de stämde överens med kriterierna för datainsamling, hade en bra

kvalitet och var högst relevanta för studiens syfte. Författarna tog därför beslutet att inte exkludera artiklarna enbart på grund av författarnamnen då även detta hade kunnat minska tillförlitligheten i studien. Vid litteratursökningen återkom dessa författare regelbundet vilket kan vara en indikation på att ett fåtal forskargrupper intresserat sig för detta område. Med tanke på detta kunde det ha varit motiverat att studien istället utfördes som en empirisk studie, för att insamla nya aspekter till forskning. Att dessa författare var återkommande kan även ha en naturlig förklaring såsom att denna forskargrupp i hög grad har varit aktiva inom aktuellt område och därför ligger bakom en stor del av forskningsområdets betydelsefulla artiklar.

En annan eventuell begränsning i föreliggande litteraturstudie är att författarna tvingades välja bort artiklar på grund av bristande tillgång och kostnadsfrågor. Detta med risk för att relevant data som hade kunnat tillföra ytterligare information till studien inte inkluderades.

Slutligen kan studiens arbetsupplägg och författarnas arbetsfördelning, med enskilt granskningsarbete följt av diskussion författarna emellan, ha ökat resultatets reliabilitet. Eftersom båda författarna läst och granskat artiklarna var för sig har olika synvinklar och aspekter kunnat fångas upp och tolkats på olika sätt för att sedan sammanföras i en gemensam diskussion. Detta har troligen gett fler infallsvinklar än vad ett ständigt gemensamt arbete hade kunnat bidra med.

Diskussion av framtaget resultat

Samtliga granskade studier bekräftar sambandet mellan sjuksköterskan och hälsofrämjande arbete. Genom att belysa antingen befintligt arbete, utvecklings- och utbildningsbehov eller de hinder som begränsar möjligheten till hälsofrämjande interventioner bidrar litteraturstudien till en ökad förståelse inom valt problemområde. Resultatet i föreliggande studie visar på sjuksköterskans väsentliga roll, som en motiverande, ansvarstagande och stödjande gestalt, inom hälsofrämjande arbete för individer med psykisk sjukdom. I enlighet med Peplaus omvårdnadsteori är denna mellanmänskliga och goda relation parterna emellan en grundläggande byggsten för omvårdnadsrelationens utvecklande kraft och patientens upplevelser (Berman & Snyder, 2012; Tomey & Alligood, 1998).

Litteraturstudien visar att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård är medvetna om den nedsatta fysiska hälsan hos personer med psykisk sjukdom (Ehrlich et al., 2014; Happell, Platania-Phung et al., 2013b; Happell et al., 2013). Patientgruppens somatiska hälsoproblem har bekräftats i studier vilka beskriver att personer med allvarlig psykisk sjukdom har en tendens till mindre fysisk aktivitet, ökad benägenhet till rökning och en förhöjd prevalens av övervikt (Brown et al., 1999; Buhagiar et al., 2011; McCreadie et al., 1998). Psykiskt sjuka som lider av fysisk ohälsa får enligt Batty et al. (2012) en förkortad medellivslängd relaterat till den somatiska aspekten. Ett behov av hälsofrämjande arbete är indikerat och i föreliggande studie belyses exempel på förekommande interventionsarbeten. Fysisk aktivitet, livsstilsrådgivning, stöd angående missbruk, rökavvänjning, fysiska hälsobedömningar, sunda kostvanor samt säkerhetställande av registrering inom primärvården var exempel på förekommande sjuksköterskearbete (Happell, Platania-Phung et al., 2013a; Leutwyler et al., 2012; Robson et al., 2013; Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013). Leutwyler et al. (2012) poängterar vikten av individualiserade aktivitetsprogram med ett fokus på den enskilde personens förutsättningar. Detta går att knyta an till *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, 2009) som menar att sjuksköterskan alltid, oberoende av patientens sociala ställning, funktionsnedsättning eller sjukdom, skall vårda med respekt.

Föreliggande studie visar att sjuksköterskor uppger sig själva som bäst kvalificerade att tillsammans med sina patienter förändra ohälsosamma livsstilar (Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013), vilket går i enlighet med sjuksköterskans ansvarsområde om att främja hälsa (Berman & Snyder, 2012; Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Studiedeltagarna var dock oeniga om hur stort ansvar sjuksköterskan har i detta arbete. Exempelvis uttrycktes att patienten alltid har huvudsakligt ansvar i förändringsarbete men att sjuksköterskan behöver stötta och stimulera till en hälsosam livsstil (Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013). Detta synsätt bekräftas även utifrån patientens perspektiv i en tidigare studie där deltagande patienter uppgav att de förlitar sig på att vårdpersonalen tar hälso-ansvaret när deras egen motivation saknas (Hultsjö & Syren, 2013). I detta läge skulle eventuella problem kunna uppstå med osäkerhet och delade meningar angående vem som bör ta detta ansvar. Risken här skulle därför kunna vara att hälsofrämjande arbete uteblir.

Att litteraturstudiens resultat visar en föreliggande medvetenhet hos sjuksköterskor om individernas nedsatta somatiska hälsa samt inställningen att sjuksköterskeprofessionen själva

är bäst kvalificerade att förändra ohälsosamma livsstilar, skapar en frågeställning varför patientgruppens hälsoproblem fortfarande är så omfattande. En eventuell anledning till detta kan antas vara skillnad i kultur och inställning inom begreppet hälsa mellan sjuksköterskor som jobbar inom psykisk vård och sjuksköterskor inom andra vårdinrättningar. Exempelvis har studier påvisat att sjuksköterskor inom psykiatrisk verksamhet har en tendens att röka mer än andra sjuksköterskor (Bloor, Meeson & Crome, 2006; Rowe & Clark, 2000), vilket kan misstänkas påverka sjuksköterskornas inställning till sina patienters rökning. Detta bekräftas av Dwyer, Bradshaw och Happell (2009) som visar att sjuksköterskor inom psykisk vård som själva röker var mindre övertygande om att vårdinrättningar bör arbeta med metoder för anti-rökning än sjuksköterskor som inte röker. Enbart 44 % av sjuksköterskorna som röker instämde till detta hälsofrämjande arbete, jämfört med 83 % av icke rökarna. De sjuksköterskor som inte rökte var dessutom mer övertygade om yrkesgruppens kompetens till att främja rökavvänjning än de som själva var rökare. Synen på att agera förebild inom rökavvänjning var också delad mellan de olika sjuksköterskegrupperna där en del av rökarna upplevde sin egen rökning som en hjälp i integrationen med patienterna. Sjuksköterskorna som var icke-rökare poängterade istället i högre grad vikten av att personal och vårdverksamheten agerar förebilder och främjar en rökfri miljö, exempelvis genom att begränsa platser för rökning men även att personalen enbart röker på avstånd från patienter (ibid.). Detta faktum kan således vara ett hinder för hälsofrämjande arbete och det kan vara indikerat att undersöka huruvida sjuksköterskor med sådan inställning bör ha i uppgift att arbeta hälsobefrämjande. Detta problem kan möjligen lösas genom bättre utbildning och information till sjuksköterskeprofessionen om deras viktiga roll som förebilder. Genom en ökad kunskap och insikt kan sjuksköterskorna därför få en ökad befogenhet att arbeta hälsofrämjande.

Vidare, visar litteraturstudien att preventivmedelsstöd samt råd om sexuellt överförbara sjukdomar angavs som mindre förekommande hälsofrämjande arbete (Happell, Platania-Phung et al., 2013a, 2013b; Robson et al., 2013). Happell, Platania-Phung et al. (2013a) beskriver även att sjuksköterskor inom psykiatrisk vård regelbundet får motta hälsoutbildning inom kost, fysisk aktivitet och rökning. Det kan därför antas att utbildning inom sexuell och reproduktiv hälsa inte prioriteras av verksamheten utifrån ett utbildningsperspektiv. Att deltagande sjuksköterskor, trots att de meddelat ett övergripande utbildningsbehov, hade lågt intresse för utbildning inom sexuell och reproduktiv hälsa (Happell et al., 2013c; Robson et

al., 2013) skulle således kunna vara kopplat till verksamhetens egna prioriteringar där ett bristande fokus från vårdverksamhetens sida kan ha en negativ påverkan på enskilda sjuksköterskors utbildningsintresse. Det kan därför vara motiverat att misstänka att ett ökat intresse från verksamhetens sida hade verkat främjande på sjuksköterskornas engagemang inom området. Att området blir mer belyst på arbetsplatser skulle även kunna ha en påverkande roll på sjuksköterskornas inställning till att diskutera ämnet. En annan möjlig utgångspunkt är att sexuell hälsa eventuellt inte har en prioriterad plats i sjuksköterskeutbildningen, vilket kan resultera i minskat intresse och en upplevelse av minskad befogenhet att arbeta med detta ämne. Detta bekräftas av Ford, Barnes, Rompalo och Hook (2013) samt Shindel och Parish (2013) som menar att sexuell hälsa har fått en bristande uppmärksamhet inom olika vårddyrkesutbildningar. Införande av mer utbildning inom sexuell hälsa skulle därför kunna fylla behovet av kunskap och på så vis främja sjuksköterskornas trygghet till att belysa detta ämne i omvårdnadsarbetet. Även detta antagande bekräftas av Saunamäki, Andersson och Engström (2010) som påvisar att sjuksköterskor med vidareutbildning var mer positiva till att diskutera sexuella frågor med sina patienter i jämförelse med de sjuksköterskor som enbart genomgått en grundutbildning.

Att personer med psykisk sjukdom är föremål för stigmatisering är sedan tidigare känt (Björkman et al., 2008). Individer med psykisk sjukdom har beskrivit en framträdande hälsorisk i form av en upplevd begränsad möjlighet att integrera med samhället (Hultsjö & Syren, 2013). Detta problem framkommer även i föreliggande litteraturstudie där attityder i samhället uppges som ett hinder för deltagande i idrottsföreningar och andra verksamheter (Verhaeghe, De Maeseneer et al., 2013). Detta skulle kunna minska individernas möjlighet att utföra hälsofrämjande aktiviteter på egen hand, vilket gör att samhällets stigmatisering blir problematiskt både ur diskrimineringssynpunkt men även utifrån ett hälsoperspektiv. Detta kan på så sätt även försvåra sjuksköterskans hälsofrämjande arbete och ställa högre krav på sjuksköterskan om att vara en motiverande och stödjande pelare. Nankivell et al. (2013) har påvisat att personer med psykisk ohälsa även har en minskad tillgång till fysisk vård än resterande befolkning. I föreliggande studie inkluderades emellertid artiklar där deltagande sjuksköterskor uppger att patienter med allvarlig psykisk sjukdom regelbundet mottar somatisk vård i form av exempelvis livsstilsrådgivning (Happell, Platania-Phung et al., 2013a; Robson et al., 2013), vilket är positivt ur ett hälsofrämjande perspektiv.

I aktuell studie framkommer slutligen en mångfald av hinder för hälsofrämjande arbete och utbildning. Bristande motivation och låg energi hos patienter relaterat till den psykiska sjukdomen samt sjuksköterskornas inställning är exempel på barriärer som angavs (Ehrlich et al., 2014; Verhaeghe, De Measeneer et al., 2013). Tidsbrist, osäkra händelser, frånvarande personal och skift-rotationer uppgavs som faktorer som inverkade negativt på sjuksköterskans möjligheter att gå på utbildning (Happell, Scott et al., 2013a). Författarna misstänker därför detta som en prioriteringsfråga hos verksamheten som bör uppmärksammas och åtgärdas med mer personal för att öka vårdpersonalens möjlighet till utbildning. Detta kan antas vara en ekonomi- och resursfråga där verksamheten eventuellt inte prioriterar nyttan med utbildning framför kostnaden att ta in mer personal för att frisläppa vårdpersonal till utbildning. Detta uppstår då som ett hinder för vårdpersonalen då makten förskjuts till ledningens händer. För införandet av hälsofrämjande interventioner för personer med psykisk sjukdom krävs därför att många faktorer fungerar tillfredsställande. Ett framgångsrikt införande av hälsofrämjande interventioner har god förutsättning till positiva resultat såsom viktreducering, förbättrat välbefinnande, minskning av midjemått, reducereing av BMI och förbättrade kostvanor (Brown & Chan, 2006; Verhaeghe, Clays et al., 2013). Genom att sjuksköterskor kan belysa och hantera den fysiska aspekten hos personer med psykisk sjukdom, uppfylls enhetsperspektivet av kropp, själ och ande vilket även går i samråd med omvårdnadsvetenskapens humanistiska människosyn (Willman, 2010).

Slutsats och kliniska implikationer

Aktuell studie kan delge användbar kunskap för utveckling av omvårdnadsarbete och sjuksköterskans bemötande av personer med psykisk sjukdom. Litteraturstudien ger förslag på hur sjuksköterskeprofessionen, med hjälp av hälsofrämjande åtgärder, kan identifiera och förbättra den somatiska ohälsan hos personer med psykisk sjukdom. Även de hinder för detta arbete som belystes i studien delger viktig kunskap för att kunna utveckla strategier för förändringsarbete. Studiens resultat lyfte fram begreppet motivation vilket bör ses som en betydelsefull byggsten för att sjuksköterskan ska lyckas med sitt hälsofrämjande arbete. I litteraturöversikten framkom även att sjuksköterskor upplever ett stort utbildningsbehov, men att de ser det dagliga arbetets struktur som ett hinder där exempelvis tidsbrist resulterar i mindre möjligheter för utbildningsdeltagande. Detta faktum innebär att även

vårdverksamheterna behöver ta sitt ansvar för att utveckling av hälsofrämjande arbete ska kunna ske och implementeras. Sjuksköterskor som arbetar med personer med psykisk sjukdom kan behöva hjälp att motiveras till förändring samt frigöras från dagligt arbete när möjligheter för hälsofrämjande utbildning erbjuds. Genom en ökad kunskap och förståelse hos vårdpersonalen kan patienternas hälsa främjas och onödigt lidande lindras, vilket är två av de grundläggande ansvarsområdena inom sjuksköterskeprofessionen enligt *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeföreningen, 2009). En informerad sjuksköterska med god kunskap har dessutom bättre förutsättningar att, utifrån Peplaus omvårdnadsteori, verka för en god vårdrelation som kan utgöra en utvecklande kraft för patienten (Berman & Snyder, 2012; Tomey & Alligood, 1998).

Författarnas arbetsfördelning

En likvärdig fördelning mellan författarna har gjorts under arbetet med denna litteraturstudie. Studiens primära datainsamling utfördes gemensamt. Efter ett första urval genomfördes granskning samt tolkning av data först enskilt och sedan tillsammans för att sammanföra författarnas tolkningar och sammanställningar. Genom att arbetet lades upp på detta sätt kunde författarna även säkerställa att hantering och sammanställning av data har utförts på ett adekvat och korrekt sätt utifrån båda författarnas åsikter. Under en dialog författarna emellan togs sedan ett gemensamt beslut om vilka artiklar som skulle inkluderas till studien. Även skrivarbetet har utförts gemensamt och författarna har, i samråd med varandra, turats om att författa innehållet i studien med den andra författaren som observatör och granskare.

Referenser

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Berman, A., & Snyder, S. (red) (2012). *Fundamentals of Nursing: concepts, process and practice*. Upper Saddle River: Pearson.

Batty, G.D., Hamer, M., & Der, G. (2012). Does somatic illness explain the association between common mental disorder and elevated mortality? Findings from extended follow-up of study members in the UK Health and Lifestyle Survey. *Journal of epidemiology and community health*, *66*, 647-649.

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.

Bloor, R.N., Meeson, L., & Crome, I.B. (2006). The effects of non-smoking policy on nursing staff smoking behaviour and attitudes in a psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *13*, 188–196.

Brown, S., Barraclough, B., & Inskip, H. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 212 – 217.

Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, *29*, 697 – 701.

Brown, S., & Chan, K. (2006). A randomized controlled trial of a brief health promotion intervention in a population with serious mental illness. *Journal of Mental Health*, *15*(5), 543-549.

Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2010). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *196*, 116–121.

Buhagiar, K., Parsonag, L., & PJ Osborn, D. (2011). Physical health behaviours and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with nonpsychotic mental illness. *BMC Psychiatry*, *11*, 104-113.

De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H.J., Ndeti, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, *10*(1), 52-77.

Dickerson, F.B., Brown, C.H., Kreyenbuh, J.A., Fang, L., Goldberg, R.W., Wohlheiter, K., & Dixon, L.B. (2006). Obesity among individuals with serious mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(4), 306-313.

Dwyer, T., Bradshaw, J., & Happell, B. (2009). Comparison of mental health nurses' attitudes towards smoking and smoking behavior. *International Journal of Mental Health Nursing, 18*, 424–433.

Ehrlich, C., Kendall, E., Frey, N., Kisely, S., Crowe, E., & Crompton, D. (2014). Improving the physical health of people with severe mental illness: Boundaries of care provision. *International Journal of Mental Health Nursing, 23*, 243–251

Ford, J.V., Barnes, R., Rompalo, A., & Hook, E.W. (2013). Sexual health training and education in the U.S. *Public Health Reports, 128*, 96-101.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. Friberg, F. (red). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013a). Are Nurses in Mental Health Services Providing Physical Health Care for People with Serious Mental Illness? An Australian Perspective. *Issues in Mental Health Nursing, 34*, 198-207.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013b). Mental Health Nurse Incentive Program: Facilitating physical health care for people with mental illness? *International Journal of Mental Health Nursing, 22*, 399–408.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013c). Physical health care for people with mental illness: Training needs for nurses. *Nurse Education Today, 33*, 396-401.

Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013d). Proposed nurse-led initiatives in improving physical health of people with serious mental illness: a survey of nurses in mental health. *Journal of Clinical Journal, 23*, 1018-1029.

Happell, B., Scott, D., Nankivell, J., & Platania-Phung, C. (2013a). Nurses' Views on Training Needs to Increase Provision of Primary Care for Consumers With Serious Mental Illness. *Perspectives in Psychiatric Care, 49*, 210–217.

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

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.

Harris, E.C., & Barraclough, B.M. (1998). Excess mortality of mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 173*, 11-53.

Hedström, M., Sameby, G., & Söderberg, H. (2006). *Metabola riskfaktorer hos psykiskt långtidssjuka - upptäckt och behandling utifrån ett psykiatriskt behandlingsperspektiv* [Reviderad upplaga]. Göteborg: Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Hjorth, P., Davidsen, A.S., Kilian, R., Pilgaard Eriksen, S., OW Jensen, S., Ø Sørensen, H., & Munk-Jørgensen, P. (2014). Improving the physical health of long-term psychiatric inpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(9), 861-870.

Hultsjö, S., & Syren, S. (2013) Beliefs About Health, Health Risks and Health Expectations from the Perspective of People with a Psychotic Disorder. *The Open Nursing Journal*, 7, 114-122.

Leutwyler, H., Hubbard, E.M., Jeste, D., & Vinogradov, S. (2012). “We’re Not Just Sitting on the Periphery”: A Staff Perspective of Physical Activity in Older Adults With Schizophrenia. *The Gerontologist*, 53(3), 474-483.

Limosin, F., Gasquet, I., Leguay, D., Azorin, J.M., & Rouillon, F. (2008). Body mass index and prevalence of obesity in a French cohort of patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 19–25.

McCreadie, R., Macdonald, E., Blacklock, C., Tilak-Singh, D., Wiles, D., Halliday, J., & Paterson, J. (1998). Dietary intake of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland: Case control study. *British Medical Journal*, 317, 784 – 785.

Nankivell, J., Platania-Phung, C., Happell, B., & Scott, D. (2013). Access to Physical Health Care for People with Serious Mental Illness: A Nursing Perspective and a Human Rights Perspective-Common Ground? *Issues in Mental Health*, 34, 442-450.

Ottosson, J-O (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Robson, D., Haddad, M., Gray, R., & Gournay, K. (2013). Mental health nursing and physical health care: A cross-sectional study of nurses’ attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 409–417.

Rowe, K., & Clark, J.M. (2000). The incidence of smoking amongst nurses: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1046–1053.

Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses’ attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316.

Segesten, K. (2006). *Vårdforskningens begrepp, engelsk-svensk, svensk-engelsk*. Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-100). Lund: Studentlitteratur.

Shindel, A.W., & Parish, S.J. (2013). Sexuality education in North American medical schools: Current status and future directions. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 3-18.

- Skärsäter, I. (2010). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - På grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Skärsäter, I. (2010a). Inledning. Skärsäter, I. (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – På grundläggande nivå* (s. 24-38). Lund: Studentlitteratur.
- Svensk sjuksköterskeförening (2009). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Brommatryck & Brolins.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (red.) (1998). *Nursing Theorists And Their Work*. St. Louis: Mosby.
- Verhaeghe, N., Clays, E., Vereecken, C., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., De Bacquer, D., & Annemans, L. (2013). Health promotion in individuals with mental disorders: a cluster preference randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 13, 657-670.
- Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., & Annemans, L. (2013). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1569–1578.
- Willman, A. (2010). Evidens och personcentrerad omvårdnad. Edvardsson, D. (red). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.