



EXAMENSARBETE

Våren 2014

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 hp

Psykisk ohälsa i primärvården:

En litteraturstudie om patienters upplevelser av mötet

Författare

Arezou Bigdeli

Maria Andersson

Handledare

Ellinor Edfors

Examinator

Atika Khalaf

Psykisk ohälsa i primärvården:

En litteraturstudie om patienters upplevelser av mötet

Författare: Arezou Bigdeli & Maria Andersson

Handledare: Ellinor Edfors

Litteraturstudie

Datum 2014-06-03

Sammanfattning

Bakgrund: Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem och kan leda till stora funktionsnedsättningar och sämre livskvalitet. Sjuksköterskor inom primärvården behöver kunskap för att kunna bemöta denna patientgrupp då det vanligtvis är de som möter dessa patienter först.

Syfte: Syftet var att beskriva hur personer med psykisk ohälsa upplever mötet med primärvården.

Metod: Litteraturstudien bygger på 11 vetenskapliga artiklars resultat som analyserades med inspiration av en metasyntes.

Resultat: Fyra kategorier framkom: Upplevelsen av att bli behandlad som en hel människa, vikten av ett terapeutiskt utrymme, upplevelsen av tid och tillgänglighet samt betydelsen av kompetent personal och vikten av kontinuitet. Patienterna beskrev flera olika faktorer som påverkade mötet med vårdpersonalen.

Konklusion: Patienterna upplevde att de fick bra vård när de blev lyssnade på och sedda som individer med egna tankar och känslor. En personcentrerad vård ledde till att patienterna kände sig bekräftade.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, Primärvård, Patienters upplevelser, kommunikation, personcentrerad vård

Mental illness in Primary health care:

A literature review of patients' experiences of the introduction to primary care

Author: Arezou Bigdeli & Maria Andersson

Supervisor: Ellinor Edfors

Literature review

Date 2014-06-03

Abstract

Background: Mental illness is a growing public health problem which can cause significant disabilities and lead to poor quality of life. As primary care nurses often are the first to encounter these patients they need knowledge to be able to respond appropriately to this group.

Aim: The aim was to describe how the sufferer of mental illness experiences the introduction to primary care.

Method: The literature review was based on the results of 11 scientific articles which were analyzed with the inspiration of a metasynthesis method.

Results: Four categories emerged: the experience of being treated like a human being, the importance of a therapeutic space, the experience of time and availability as well as the importance of competent personnel and the importance of continuity. Patients described different aspects deemed important when encountering nursing staff.

Conclusion: Patients experienced that they received good care when they felt listened to and seen as individuals with their own thoughts and feelings. Person-centered care lead to patients feeling acknowledged.

Keywords: Mental illness, Primary health care, Patient experience, communication, person-centered care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Design.....	7
Datainsamling och urval	7
Genomförande och analys.....	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	9
Upplevelsen av att bli behandlad som en hel människa.....	10
Vikten av ett terapeutiskt utrymme	12
Upplevelsen av tid och tillgänglighet	13
Betydelsen av kompetent personal och vikten av kontinuitet	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	19
Konklusion	22
REFERENSER	23

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem och kan leda till stora funktionsnedsättningar och sämre livskvalitet (Socialstyrelsen, 2013). Att må psykiskt dåligt tillhör de vanligaste hälsoproblemen och problem som ängslan, oro, ångest och sömnproblem är vanliga bland både män och kvinnor i alla åldrar. Sjuksköterskor inom primärvården är vanligtvis de som först möter dessa människor vilket kräver kompetens inom området (Socialstyrelsen, 2010). Tidigare forskning visar på att det finns för lite kunskap om psykisk ohälsa hos sjuksköterskor inom somatisk vård och en del upplever rädsla, oro eller tvekan i bemötandet av patientgruppen (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). En upplevelse av att få ett dåligt bemötande skapar en ond cirkel där den som är drabbad mår sämre och drar sig undan vilket i sin tur försvårar interaktionen mellan sjuksköterska och patient ytterligare (Kim, 1983). Om patienter med psykisk ohälsa får ett bra bemötande inom primärvården och det uppmärksammas i tid kan allvarigare psykiska sjukdomstillstånd, suicid och långvarigt psykiskt lidande förebyggas (Socialstyrelsen, 2010).

Hälsa definieras enligt World Health Organization (WHO, 1948) som en upplevelse av psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom. Psykisk ohälsa behöver alltså inte betyda att det finns en underliggande sjukdom men kan ändå innebära en upplevelse av lidande (Eriksson, 1996). Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för psykiska sjukdomar, neuropsykiatriska sjukdomar, psykisk funktionsnedsättning samt olika upplevelser av psykiska besvär (Socialdepartementet, 2012). Risken för att utveckla psykisk ohälsa påverkas av både ärftliga faktorer och tidigare upplevelser (Paykel, 2003). Det finns flera underliggande faktorer till varför människor mår psykiskt dåligt och vissa grupper har större risk än andra att drabbas (Blume, Lundström & Stigling, 2008). Särskilt drabbade grupper är invandrare, arbetslösa, missbrukare samt barn och ungdomar med psykiskt sjuka eller missbrukande föräldrar. En annan stor bidragande faktor till psykisk ohälsa är brist på socialt nätverk (a.a.).

Fenomenet upplevelse kan översättas till engelskans ”experience” (Norstedts stora engelsk-svenska ordbok, 2000). Omvårdnadsteoretikern Peplau (1988) beskriver fenomenet ”experience” som en inre perception av det en människa har varit med om och den känsla det

medfört eller den slutsats som dragits av sammanhanget. Inom fenomenologisk filosofi är det upplevelsen som står i centrum och upplevelsen utgår alltid ifrån individens egen livsvärld (Birkler, 2008). Med livsvärld menas allt som ingår i individens upplevda tillvaro i ett sammanhang och det är inte sjukdomen i sig som anses viktigt utan det är upplevelsen av världen genom sjukdomen som är intressant (a.a.).

Omvårdnadsteoretikern Suzie Kim delade in omvårdnaden i fyra olika områden; klientområdet, klient-sjuksköterskeområdet, praktikområdet och omgivningsområdet (Kim, 1983). Klientområdet handlar om att identifiera faktorer och tillstånd hos individen som är avgörande för hennes omvårdnadsbehov och vikten av att utveckla kunskaper om olika fenomen som kan påverka individens upplevelser och behov. Kim ansåg även att samspelet mellan sjuksköterska och patient är en av de viktigaste aspekterna inom omvårdnad och att själva relationen är betydande för patientens upplevelse av stöd. Vidare menade Kim att sjuksköterskor behöver mer kunskap om hur samspelets kvalitet påverkas av olika fenomen för att kunna ge bättre omvårdnad och att mötet mellan sjuksköterska och patient präglas av fenomen som närvaro, empati, informationsutbyte, ömsesidighet och samarbete (a.a.). Även McCabe (2004) underströk i en litteraturstudie vikten av samspelet mellan sjuksköterska och patient och kom fram till att omvårdnad handlar om att förstå och utgå ifrån den enskilde individens upplevelser och behov. I Socialstyrelsens riktlinjer står det att kommunikation och samspel står i centrum för omvårdnad vid psykisk ohälsa, vilket i praktiken kan handla om att sjuksköterskan försöker stärka och hjälpa patienten att hantera sina känslor och tillsammans med patienten utveckla strategier för självhjälp och utveckling samt sätta upp rimliga mål utifrån individens egna resurser (Socialstyrelsen, 2010). Då sjuksköterskan i primärvården oftast är den som först möter patienten blir det sjuksköterskans uppgift att identifiera psykisk ohälsa och bedöma vem som är i behov av behandling (a.a.).

I Socialstyrelsens termbank definieras ”Primärvård”, utifrån 5§ Hälso-sjukvårdslagen (1982:763), som en hälso-sjukvårdsverksamhet som besvarar hela befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering oavsett individens ålder eller sjukdom (Socialstyrelsen 1, 2005). Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialtjänstlagen (2001:453) har den som arbetar med hälsa, vård och omsorg alltid ett personligt ansvar för de åtgärder som han eller hon utför. I Kompetensbeskrivning

för legitimerad sjuksköterska står det att sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen 2, 2005). Sjuksköterskan ska även möjliggöra för delaktighet i vård och behandling, samt uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker sina behov eller som har speciellt uttalade informationsbehov (a.a.).

I de Nationella riktlinjerna för vård av personer med depression och ångest står det att primärvårdspersonal ska inneha kompetens inom området för att kunna ge bra omvårdnad i första linjen (Socialstyrelsen, 2010). Kompetens innebär även kunskap om vad som definierar ett bra bemötande och vilka fenomen som påverkar mötet med patienten (Kim, 1983). Genom att belysa hur denna patientgrupp upplever mötet med samtlig personal inom primärvården då de söker vård för sina problem kan det leda till en ökad förståelse för patientens livsvärld och därmed förbättra omvårdnaden till personer med psykisk ohälsa (Birkler, 2008).

SYFTE

Syftet var att beskriva hur personer med psykisk ohälsa upplever mötet med primärvården.

METOD

Design

En systematisk litteraturstudie gjordes baserat på relevanta vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats för att fånga patienternas upplevelser. En systematisk litteraturstudie innebär att resultatet från flera vetenskapliga artiklar sammanställs till ett nytt resultat (Forsberg & Wengström, 2008).

Datainsamling och urval

En systematisk litteratursökning gjordes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo, men inga artiklar som svarade på syftet hittades i PsycInfo. Sökord som användes för hitta artiklarna var mental disorders, mental health, depression, mental illness, patient attitudes, patient satisfaction, patient perspective, primary health care, primary care, nursing, clinicians,

clinician*, qualitative, kvalitet*, satisfaction, trust, stigma, quality of health care, focus groups och continuity of care (Bilaga 1). Sökningar gjordes både med MeSH-termer och fritextord. MeSH-termer användes för att identifiera nyckelord i de vetenskapliga artiklarna och * (trunkeringstecken) för att utöka sökningen och inte missa användbart material (Friberg, 2006). Även manuella sökningar genomfördes genom andra litteraturstudiers referenslistor. De artiklar som handlade om individer över 18 år som hade sökt vård på grund av psykisk ohälsa inkluderades. Andra inklusionskriterier var att artiklarna skulle ha en kvalitativ design och utgå ifrån ett patientperspektiv (Olsson & Sörensson, 2011). Artiklar publicerade tidigare än år 2000, som inte hade patientperspektiv, hade kvantitativ ansats eller på annat sätt inte svarade mot syftet exkluderas. Totalt 30 artiklar valdes ut för vidare granskning och 11 artiklar valdes ut som underlag för resultatet. De utvalda artiklarna handlade om fenomenet upplevelse utifrån ett patientperspektiv och svarade mot litteraturstudiens syfte (Friberg, 2006). De identifierade artiklarna granskades först enskilt av författarna och oberoende av varandra med hjälp av Röda korsets högskolas granskningsmall (Röda korsets högskola, 2005) och diskuterades sedan tillsammans för att komma överens om 11 artiklar som svarade på syftet och hade tillräcklig kvalitet. Kvaliteten bedömdes utifrån teoretiska utgångspunkter, problemformulering, studiens syfte, beskriven metod och genomförande samt hur forskarna presenterat sitt resultat (Friberg, 2006). Alla artiklarna var peer-reviewed vilket innebär att de hade granskats av sakkunniga innan de publicerats, men egna bedömningar av den vetenskapliga kvaliteten gjordes av författarna med hjälp av röda korsets högskolas granskningsmall (Friberg, 2006; Röda korsets högskola, 2005).

Genomförande och analys

De utvalda artiklarna analyserades med inspiration av en metasyntes, med syfte att sammanställa tidigare forskning till ett nytt resultat (Friberg, 2006). Resultatet i de valda vetenskapliga artiklarna lästes flera gånger enskilt och tillsammans och för att hitta de nyckelfynd som bäst svarade mot syftet. Därefter gjordes artikelöversikter (Bilaga 2) för att få en överblick av funnet material och lättare kunna strukturera upp de nyckelfynd som identifierats. Nyckelfynden skrevs sedan ner på ett separat papper, likheter och skillnader identifierades och färgkodades för att klippas ut, delas in och bilda 6 nya kategorier passande till det som skulle undersökas. De nya kategorierna skrevs upp på ett nytt papper och fynden skrevs in under varje kategori för att sedan diskuteras en gång till utifrån syftet. 2 kategorier

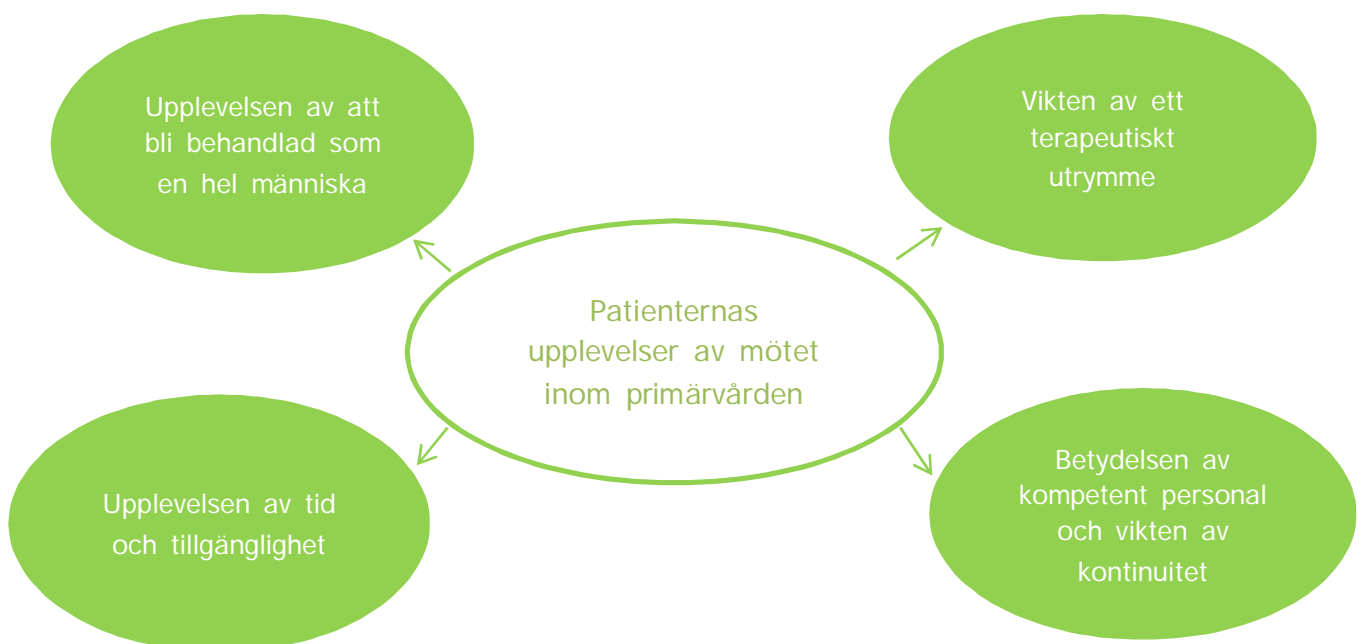
föll bort efter diskussion då författarna var överens om att de inte svarade mot syftet och kvar blev 4 kategorier (a.a.).

Etiska överväganden

De valda artiklarna uppfyllde kraven på etiska principer för forskning. Det innebär att krav på begriplig information, samtycke, konfidentialitet samt nyttjande var uppfyllda (Olsson & Sörensen, 2011). Båda författarna hade före litteraturstudiens början en uppfattning av att bemötandet vid psykisk ohälsa kan vara bristfälligt inom primärvården. Vår uppfattning var även att patientens upplevelse av mötet med primärvården kan påverkas av patientens mående och tillstånd. Under litteraturstudiens gång försökte författarna lägga sin förförståelse åt sidan och artiklar med både positiva och negativa erfarenheter togs med i litteraturstudien.

RESULTAT

Deltagarna i artiklarna berättade om hur de upplevde mötet med vårdpersonalen och pekade ut flera viktiga upplevda faktorer i mötet med primärvården. I analysen framkom fyra kategorier; Upplevelsen av att bli behandlad som en hel människa, vikten av ett terapeutiskt utrymme, upplevelsen av tid och tillgänglighet samt betydelsen av kompetent personal och vikten av kontinuitet.



Figur 1. Visar hur patienter upplever mötet med primärvården.

Upplevelsen av att bli behandlad som en hel människa

Deltagarna berättade att de kände sig betydelsefulla för vårdpersonalen när de blev behandlade med respekt och omtanke (Galon & Graor, 2012; Dahlöf, Simonsson, Thorn & Larsson, 2013). De som hade en bra relation till sin vårdgivare beskrev dem som omtänksamma, icke-dömande, lyssnande, lugnande och att de blev behandlade på ett empatiskt sätt. I en studie av Gaillard, Shatell & Thomas (2009) beskrev deltagarna hur de upplevde det när vårdgivarna inte såg dem i ögonen, inte gav någon feedback och inte lyssnade på dem. Detta fick deltagarna att känna sig objektifierade och många upplevde att vårdgivarna utgick helt från den skrivna journalen och behandlade dem som ett problem som skulle lösas utan att se orsaken eller människan bakom sjukdomen (a.a.).

”She has a good tone (to her voice), smiles, gives eye contact, and addresses me by name. Nobody wants to feel like a case file, nobody wants to feel like a number. Everybody wants to feel like they are special... like you are actually taking an interest in me.”(Galon & Graor, 2012 s. 277)

En annan patient uttryckte det så här:

*”...I want you to treat my story. I am a continuous being. I didn't just stop where you're able to write down the conclusion of what happened in my office visit.”
(Gaillard et al., 2009, s. 195)*

Deltagarna upplevde även att de blev sedda som kompetenta och trovärdiga människor när vårdgivarna lyssnade på vad de hade att säga (Galon & Graor, 2012). Andra beskrev däremot upplevelser av att vissa vårdgivare var paternalistiska eller behandlade dem som barn, att de inte blev sedda som trovärdiga eller som människor med förmåga att fatta egna beslut (Gaillard et al., 2009). Det upplevdes som en besvikelse då vårdgivarna gav förenklade råd när de uttryckte sina känslor eller öppnade sig. Många

upplevde att de hade svårt att lita på primärvården då det handlade om psykisk ohälsa och att de var tvungna att hitta på fysiska orsaker eller att läkarna endast visade intresse för fysiska sjukdomar (Kravitz et al., 2011). För att kunna prata om psykisk ohälsa krävdes att deltagarna kände att vårdgivarna visade ett intresse för dem och hade ett empatiskt förhållningssätt (a.a.).

”The doctors and the staff treat some of the people with a mental health problem like they are scared half to death. They don’t listen to what they have to say... I mean, they just flat out don’t pay any attention.” (Kravitz et al., 2011, s. 5)

Deltagarna upplevde att vårdgivarna inte såg människan bakom sjukdomen och att de tolkade allt de sa utifrån deras psykiska tillstånd (Gaillard et al., 2009). Några deltagare upplevde en konstant frustration över att inte bli förstådda av vårdgivarna och de blev upprörda när de skulle beskriva sin frustration över detta (a.a.).

”It’s a little frustrating when you’re not understood. Because you try to get a message across to somebody... and they just don’t hear what you’re saying, and so you’re never sure if that’s my method of communication or if it’s the receiver... which is also really frustrating, because you’re the recipient of what they’re providing, and they need to understand why you’re there and what you want, and what your goals are for your care. And it seems to me like they always have their own agenda.” (Gaillard et al., 2009, s. 196)

Deltagarna i en studie om deras upplevelse av att bli triagerade direkt till en psykolog upplevde däremot att de hade mer kontroll över situationen (Dahlöf et al., 2013). Deras egen intention var att få träffa en psykolog och vid mötet med sjuksköterskan upplevde de att de blev lyssnade på utan några fördomar, att de fick den hjälp de behövde och hade förväntat sig. Att bli förstådda, trodda på och lyssnade på ledde till att deltagarna kände sig trygga och respekterade (Dahlöf et al., 2013; Nolan & Badger, 2005). Känslan av att bli betrodda och lyssnade på fick deltagarna att känna att de hade mer makt över sin situation (Dahlöf et al., 2013).

"Yes she listened to what I wanted, I told her the suggestion and she listened to it. She thought that was the best too. It was probably because I was so targeted and already knew..." (Dahlöf et al., 2013 s.5)

Vikten av ett terapeutiskt utrymme

Deltagarna beskrev vikten av att vara delaktiga i beslut, bli informerade om olika alternativ och få kunskap om sitt tillstånd (Galon & Graor, 2012). Då det handlade om att skapa ett terapeutiskt utrymme betonade de vikten av öppna och ärliga relationer där de blev accepterade på den nivå där de befann sig. En deltagare sa: *"She may want me to do something but she accepts where I'm coming from. It's give and take."* (Galon & Graor, 2012, s. 278) Att vara delaktig i sin vård skapade en känsla av att räknas och att ses som trovärdig och kunnig. I en annan studie beskrev deltagarna flera barriärer för att skapa ett terapeutiskt utrymme (Keeley, West, Tutt & Nutting, 2014). Dessa var bristande kontinuitet, dålig kommunikation mellan patient och vårdgivare, samt bristande kommunikation mellan de som var inblandade i deras vård. Några av deltagarna menade att depressionen i sig kunde vara en bidragande orsak till dålig kommunikation och en barriär för att skapa ett terapeutiskt utrymme (a.a.).

Deltagarna kände sig sårbara i relationen med sin vårdgivare och vågade inte berätta om sina känslor och tankar av rädsla för att bli missförstådda och sedda som psykiskt sjuka, vilket gjorde att de valde att censurera både ord och handlingar som kunde leda till missförstånd (Gaillard et al., 2009).

"I just felt like it was razor edge... having to watch every word you say in every way you phrase something so that it could not somehow be construed the wrong way." (Gaillard et al., 2009, s. 195)

Känslan av att behöva censurera sig skapade enligt deltagarna negativa känslor som frustration, förbittring och obehag. Medan möjligheten att kunna uttrycka sin oro, diskutera och förhandla om sina valmöjligheter hjälpte till i uppbyggnaden av ett terapeutiskt utrymme (Kai & Crosland, 2001). Att bli lyssnad på, bli visad empati och förståelse var centralt för utvecklingen av ett terapeutiskt utrymme. Det var även viktigt

för deltagarna att vara delaktiga i sin vård genom att få information och kunna diskutera sina problem med vårdgivarna. ” *She [the GP] just used to sit and talk and explain everything and what was happening, and everything. She was really helpful*” (Kai & Crosland, 2001, s. 732) Erfarenheten av att känna att där fanns ett terapeutiskt utrymme gav i sin tur en känsla av att ha kontroll över sina problem och sig själv (a.a.).

I en annan studie där deltagarna hade fått träffa en psykiatrisjuksköterska i primärvården betonade deltagarna vikten av att känna att de hade ett känslomässigt stöd och kunde ventilerat känslor och tankar med en utomstående person (Blomberg & Hedelin, 2007). Psykiatrisjuksköterskan upplevdes som ett bollplank där deltagarna kunde se på sig själva i ett nytt perspektiv och bli mer medvetna om sina problem. Genom att där fanns ett fungerande terapeutiskt utrymme upplevde deltagarna att de i relationen med psykiatrisjuksköterskan fick bekräftelse och att de vågade uttrycka sina svårigheter och framsteg i behandlingen (a.a.).

”Först var ju allt bara den här röran, men när man satt där så fick man ju i alla fall lite utvägar... och så kom man tillbaka och prata lite mer och blev det lite distans, och så mådde man lite bättre,... det kändes som jag kunde lägga undan en del av det jag kände skuld för... varje gång jag var där så kändes den här ryggsäcken lite mindre tung.” (Blomberg & Hedelin, 2007, s.27)

Upplevelsen av tid och tillgänglighet

En del av deltagarna upplevde ingen skillnad om de sökte för fysisk eller psykisk ohälsa. Däremot upplevde andra deltagare att det var svårt att få en tid till en läkare då de mådde psykiskt dåligt och de kände att de behövde överdriva sina symptom av rädsla för att bli sjukare och behöva läggas in akut om de inte fick en tid, vilket i sin tur upplevdes plågsamt (Lester, Tritter & Sorohan, 2005).

”Don´t just tell me OK, that you,ve got to wait because other people are dying. That´s the thing about physical illness. It´s seen as more important... I mean they can relate to a broken leg whereas they can´t relate to severe anxiety.” (Lester et al., 2005, s. 3)

Deltagarna beskrev även en känsla av sårbarhet när de väl erkände för sig själva att de hade problem och uppskattade därför att de fick hjälp snabbt på vårdcentralen (Dahlöf et al. 2013). De kände sig ofta nervösa innan de kontaktade vårdcentralen och hade både positiva och negativa förväntningar över vilken hjälp de skulle få. De kände sig laddade och var beredda att kämpa för att få den hjälp de behövde (a.a.).

”...and I’ve sort of had to fight my way, to really prove that I need help, and with new contacts in health care it feels like... here one has to be loaded like a gun to really get noticed, and slam my fist on to the table... I need help! I’m not going to leave until I get the help I need!” (Dahlöf et al., 2013, s. 5)

När de blev bekräftade av sjuksköterskan och fick uppmärksamhet och hjälp kände många av deltagarna sig lättade och känslan av att ha fått en tid till psykologen gjorde att de kände sig bekräftade. Andra beskrev upplevelser av att det var svårt att veta vart man skulle vända sig och att de blev tappade i systemet och inte fick något stöd från vårdpersonalen (Campbell, Gatley & Gask, 2007). De upplevde att de inte fick den hjälp de behövde när de behövde det utan endast när det var akut och att de sedan glömdes bort. Många upplevde att de bara fick medicin och ingen annan behandling eller uppföljning, vilket ledde till att de utvecklade ett dåligt förtroende för vårdgivarna. En deltagare som hade väntat i 12 månader för att få rådgivning sa: *”I don’t even feel like I’m in the system to get lost in” (Campbell et al., 2007, s. 52).*

Flera deltagare upplevde att hälso-sjukvårdssystemet var splittrat och att det skapade barriärer för att få vård för depression (Keeley et al. 2014). En deltagare tyckte att det splittrade systemet gjorde att kraven blev för höga på de som söker vård. Majoriteten i samma studie upplevde däremot att de fick tillräcklig med tid att prata med sin läkare på primärvården.

Deltagarna i Blomberg och Hedelins studie (2007) upplevde att det var lätt att få en tid till psykiatrisjuksköterskan, även med kort varsel. De upplevde även att tiden de fick med henne var tillräcklig för att kunna prata fritt, reflektera och tänka.

”För ibland kan det ju vara så när man sitter och pratar att man blir pressad att säga saker och så kändes det aldrig, utan jag fick säga det jag själv ville ha sagt.” (Blomberg & Hedelin, 2007, s. 27)

Betydelsen av kompetent personal och vikten av kontinuitet

I en studie beskrev deltagarna upplevelser av att primärvårdsläkaren hade bristande kunskap om psykiatriska funktionshinder och ville att de skulle veta hur vanligt förekommande det är (O’Day, Killeen, Sutton & Hezzoni, 2005).

”There needs to be a change in attitude about the notion that, somehow, people with psychiatric disabilities are over there treated by those mental health specialists, and primary doctors don’t have to deal with them, because in fact, [people with psychiatric disabilities] are all around them.” (O’Day et al., 2005, s. 342)

Även i studien av Kravitz et al. (2011) framkom att deltagarna inte tyckte att läkarna hade den kunskap som krävdes för att kunna hjälpa dem när de drabbades av depression. Deltagarna tyckte att läkarnas synsätt var biokemiskt och att de hade svårt att se någon annan orsak till depressionen. En deltagare uttryckte det så här: *”But it’s their way, because doctors are, that’s their training, to diagnose and treat. That’s it. Just diagnose and treat” (Kravitz et al., 2011, s. 5).*

Deltagarna upplevde att bristande kontinuitet och bristande kunskap hos vårdgivare försvårade möjligheten till en bra kommunikation (O’Day et al., 2005). Att konstant byta läkare gjorde att deltagarna behövde återberätta saker flera gånger och utbilda ny vårdpersonal om sig själva och sina problem (O’Day et al., 2005; Keeley et al., 2014). Andra menade att det inte handlar om kunskap utan om människosyn: *”Even though we have psychiatric problems, we want to be treated with dignity... it’s not the knowledge; it’s how you approach your patients” (O’day et al., 2005, s. 342).*

Deltagarna menade att kontinuitet och upplevelsen av att de fick den hjälp de behövde var en förutsättning för att de skulle kunna skapa en meningsfull och tillitsfull relation till sina vårdgivare (Kai & Crosland, 2001; Lester et al., 2005; Nolan & Badger, 2005).

Genom att träffa samma läkare slapp de återberätta detaljer och kände sig inte till besvär. Kontinuitet ledde i sin tur till att deltagarna fick rätt behandling, det underlättade för kommunikationen mellan patient och vårdgivare och de slapp återberätta samma historia flera gånger (Lester et al., 2005). Vid ständiga byten av läkare upplevdes att de fick upprepa sig, vilket de upplevde frustrerande och att det påverkade deras tillstånd negativt (Kai & Crosland, 2001).

”You’ve got a familiar face who knows your story and you don’t have to start from the beginning again. She’s seen me deteriorate and come back again. I feel very safe in her hands.” (Lester et al., 2005, s. 3).

Det var viktigt för deltagarna att ha en nära relation till sin läkare och det var därför viktigt för dem att ha samma läkare vid återkommande besök (Nolan & Bagder, 2005). En deltagare beskrev hur det kändes när hon fick byta läkare hela tiden: *”Beginning to get the impression that noone is really bothered about you” (Nolan & Badger, 2005, s. 149).*

Många deltagare upplevde att de fick bättre hjälp av primärvården i jämförelse med på sjukhus (Campbell et al. 2007). De upplevde att personalen på primärvården var bättre på att ge information, bevara kontinuitet och att ta emot patienter. Däremot beskrev några att bemötandet skiljde sig beroende på vilken bakgrund patienterna hade och de tyckte att de som var välutbildade och hade hög socioekonomisk status fick ett bättre bemötande. Några upplevde även att de hade blivit feldiagnostiserade eller hade fått vänta för länge med att få behandling för sina problem (a.a.).

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturstudie valdes att göras då det ger en övergripande bild över vilken kunskap som finns om ett visst problemområde och är en lämplig metod för att hitta kunskap som kan påverka vårdarbetet (Segesten, 2006). En svaghet med att göra en litteraturstudie kan vara att resultatet färgas av författarnas förförståelse och för att minska risken för det valdes att

identifiera och beskriva förförståelsen innan artikelsökningens början och den diskuterades mellan författarna under hela studiens gång. Även om författarna hade en uppfattning om att bemötandet var bristfälligt på primärvården inkluderades alla artiklar som svarade mot syftet där deltagare beskrev både negativa och positiva erfarenheter. Resultatet visade fler positiva erfarenheter än negativa vilket styrker att författarnas förförståelse inte färgat resultatet. Då det var patienters upplevelser som skulle beskrivas användes endast artiklar med kvalitativ ansats. En risk med att använda kvalitativa studier är att den data som tolkas först tolkas av forskarna själva och sedan en gång till av andra författare (Polit & Beck, 2010). Risken för att materialet färgas av först forskarnas och sedan författarnas förförståelse finns och det är därför viktigt att vara medveten om detta. För att undvika detta diskuterade författarna sina förförståelser under litteraturstudiens gång.

Artiklar söktes i databaserna Pubmed, Cinahl och PsycInfo, men inga relevanta artiklar hittades i PsycInfo. De artiklar som hittades i PsycInfo handlade mest om psykologi och hade kvantitativ ansats. En annan orsak kan vara att författarna inte använde rätt sökord eller rätt metod för att söka i databasen. Databaserna PubMed och Cinahl innehåller artiklar inom områdena hälsovetenskap, medicin och omvårdnad och artiklarna var peer-reviewed vilket innebär att de har granskats av sakkunniga innan de publicerats vilket stärker tillförlitligheten av de valda artiklarna. En av artiklarna hittades genom manuell sökning genom en annan studies referenser. Både MeSh-termer och fritextord användes i alla databaserna och resterande artiklar hittades genom en kombination av dessa två. Flera manuella sökningar gjordes då det var svårt att hitta relevanta artiklar, men endast en artikel hittades genom en annan studie vilket stärker trovärdigheten på sökningsmetodiken. Termen upplevelse går inte översätta till endast ett engelskt ord och orden som användes för att försöka fånga patienternas upplevelser var "experience", "attitudes", "perceptions", "satisfaction" och "views" i kombination med "patient*" eller "patients". Inga valda artiklar hittades med sökordet "experience". Termen "attitudes" översätts egentligen till attityder och får då en annan innebörd än termen upplevelse, vilket kan sänka trovärdigheten på resultatet då det inte svarar mot syftet. De artiklar som hittades med den termen i kombination med andra sökord handlade ändå om patienternas upplevelser och erfarenheter av mötet med primärvården och inte deras attityd till personalen. Trunkeringstecken användes för att få med alla böjningar av orden, men risken finns att artiklar missats då inget av orden fångar själva upplevelsen. Det

var även svårt att hitta artiklar ur patienternas perspektiv och några var från både patienternas och vårdgivarnas, men vårdgivarnas perspektiv valdes bort då det inte svarade mot syftet. Den booleska termen AND användes vid alla sökningar och OR provades men gav ett för brett sökresultat. Genom att utesluta den booleska termen OR kan relevanta artiklar ha missats. Många artiklar hittades flera gånger i både Pubmed och Cinahl med olika kombinationer av sökord, vilket kan tolkas som att det inte finns mycket forskning inom det valda området och att mättnad hade uppstått.

Från början var det tänkt att alla artiklar skulle vara publicerade tidigast 2004, men då endast 10 artiklar hittades inom den tidsramen ändrades det till 2000 och den 11:e artikeln hittades. Eftersom den svarade på syftet och passade in under redan funna kategorier togs den med och borde därför inte påverka resultatets överförbarhet. Engelska är inte författarnas modersmål och risk för misstolkning vid översättning finns. För att minska risken för fel översättning användes både ordböcker och andra hjälpmedel för översättning. Under artikelsökningens gång hittades många artiklar skrivna på portugisiska, som enligt abstract svarade på syftet men de valdes bort då ingen av författarna behärskar språket. En av artiklarna var publicerad på svenska i en vetenskaplig tidskrift och den uppfyllde kriterierna för att vara en vetenskaplig artikel (Friberg, 2006).

Artiklarna granskades med hjälp av Röda korsets högskolas granskningsmall (Röda korsets högskola, 2005) för att systematiskt granska alla artiklar på samma sätt. De granskades först enskilt och sedan tillsammans för att minska risken för att författarnas förförståelse skulle påverka och för att författarna inte skulle påverka varandra. Efter granskningen diskuterade författarna artiklarna tillsammans och efter analysen var det lätt att skapa passande kategorier då likheter och skillnader var lätta att identifiera. Det visar på att artiklarna var lämpliga för det som skulle undersökas. Artiklarna speglade det som skulle undersökas, men några artiklar handlade mer om relationen mellan läkare och patient och är då inte ur ett omvårdnadsperspektiv. Artikeln av Nolan & Badger är tydliga med detta perspektiv, men då artikeln ändå visade sig ha gemensamma faktorer och samma kategorier framkom i den som i de andra artiklarna tycktes den svara mot syftet. Då det var upplevelsen av mötet med primärvårdspersonal som skulle undersökas och artikeln inte fokuserade på medicinering och diagnostik tycktes den vara relevant. Det kan även ha varit en fördel att ta med dessa artiklar

då överförbarheten blir högre eftersom resultatet då speglar flera yrkeskategorier inom primärvården.

Sjukvårdssystemet skiljer sig åt i olika länder och fem av artiklarna i resultatet var från USA, fyra från England och två från Sverige. I USA har inte alla samma tillgång till vård som i Sverige och i England fungerar det som ett mellanting mellan Sverige och USA. Deltagarnas upplevelser skiljer sig ändå inte särskilt mycket mellan länderna, men då det gällde organisatoriska hinder som tillgång till vård och kontinuitet skiljde sig forskningsresultaten åt. Då det var upplevelsen av själva mötet som skulle undersökas borde det inte påverka resultatets trovärdighet. En svaghet kan däremot vara att då alla inte har samma tillgång till vård har inte alla heller samma möjlighet att delta i studierna. Om alla artiklarna hade varit från länder med samma sjukvårdssystem hade resultatet kanske sett annorlunda ut.

I fyra av artiklarna hade deltagarna fått pengar för att delta i studierna, vilket kan tolkas som att de etiska principerna för forskning inte fullföljts då samtycket blir påverkat av att deltagarna inte deltar av rätt anledning (Olsson & Sörensen, 2011). I alla studierna skriver forskarna däremot att betalningen har skett efter intervjuerna och utan att deltagarna visste något i förväg. Deltagarna i de här studierna kan på grund av detta ha deltagit av fel anledning, vilket minskar trovärdigheten på resultatet. Författarna har även reflekterat över att personer med psykisk ohälsa kan vara extra sårbara och tror att det kan finnas en möjlighet att vissa deltagare känt sig tvungna att vara med eller av någon annan anledning inte vågat säga nej. Enligt de etiska principerna för forskning ska deltagarna alltid delta av fri vilja och ha möjlighet att avbryta när som helst under studiens gång (Olsson & Sörensen, 2011).

Resultatdiskussion

I denna litteraturstudie har flera faktorer som påverkar hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet med primärvården tagits upp. Resultatet visade både positiva och negativa erfarenheter och resultatet hade tre centrala fynd som diskuteras. Dessa var *vikten av att bli lyssnad på, upplevelsen av att bli sedd bortom sjukdomen och betydelsen av öppen och ärlig kommunikation.*

Att bli lyssnad på är en förutsättning för att skapa tillit i relationen mellan patient och vårdgivare. I merparten av de studier som ingick i vår litteraturstudie beskrev deltagarna erfarenheter av att bli lyssnade på eller inte bli lyssnade på. Att bli lyssnade på gav i sin tur en upplevelse av att bli trodda på och tagna på allvar och att patienterna kände att de fick den hjälp de behövde. Vikten av att bli lyssnad på lyftes även fram i studier av andra patientgrupper. I en studie där patienter med terminal cancer blivit intervjuade beskrevs aktivt lyssnande som en av de viktigaste aspekterna för att känna sig bekräftade och tagna på allvar (Langegard & Ahlberg, 2009). Att bli lyssnad på fick deltagarna att känna sig speciella och när vårdgivarna kom ihåg vad de hade berättat kände de sig hoppfulla och det skapade ett förtroende för vårdgivarna. Enligt socialfilosofen Martin Buber (1994) är lyssnandet en förutsättning för att kunna möta någon där de är och han menar att lyssnarens tidigare erfarenheter måste läggas åt sidan för att mötet ska bli äkta och för att hon ska förstå vad den andre har att säga (a.a.). Upplevelsen av att bli lyssnad på leder till att patienterna öppnar sig och känner sig trygga i relationen, vilket i sin tur kan leda till att sjuksköterskan får den information hon behöver för att kunna hjälpa patienten på bästa sätt.

Att bli sedd bortom sjukdomen, som en individ med egna tankar och känslor och kunskap om sig själva är viktigt för att patienter ska känna sig bekräftade som individer. Erfarenheten av att inte bli sedd bortom sin sjukdom eller sitt tillstånd gav i merparten av studierna en känsla av att inte bli förstådda vilket i några fall skapade mycket frustration. Att bli sedd som en egen individ skapade istället känslor av bekräftelse och att vårdpersonalen brydde sig om dem på riktigt. Att bli sedd och respekterad som en egen individ var även viktigt för ineliggande patienter med psykisk ohälsa (Koivisto, Janhonen & Väisänen, 2004). Deltagarna menade att det var viktigt att känna sig sedda och att sjuksköterskan förstod och gav dem stöd då de kände sig sjuka (a.a.). McCabe (2004) intervjuade patienter på en avdelning på ett sjukhus om hur de upplevde att sjuksköterskorna kommunicerade med sina patienter. Många av deltagarna upplevde att sjuksköterskorna var mer intresserade av journalerna än av att prata med sina patienter. Då sjuksköterskan däremot använde en patientcentrerad kommunikation kände de sig lugna, sedda och värdefulla som människor (a.a.). Buber menade att man i mötet med någon annan måste gå in förutsättningslöst och se den man möter som en egen och ny individ. Buber kallar detta för "Jag" och "Du"- relationen och menar att då "jag" kallar någon för "du" ser "jag" människan bakom och träder på så sätt in en relation. Om "jag" däremot

väljer att inte se människan för den hon är förblir hon ett ting och någon relation kommer aldrig att uppstå. ”Jag” deltar i att skapa ”du” genom att kalla den ”jag” möter för ”du” och på så sätt visa att ”jag” är intresserad av att veta vem ”du” är (Buber, 1994). Genom att ställa en enkel fråga kan patienterna uppleva att sjuksköterskan visar ett intresse och det är de små enkla sakerna som leder till skapandet av en terapeutisk relation. Det kan handla om att kalla patienterna vid namn eller att fråga hur det är och på så sätt visa att vi ser människan och inte bara sjukdomen.

Öppen och ärlig kommunikation är en förutsättning för att skapa ett terapeutiskt utrymme där patienterna vågar prata öppet om sina problem. I merparten av studierna betonade deltagarna vikten av öppna och ärliga relationer där de vågade prata fritt. Många upplevde att de i relationen med sin vårdgivare inte vågade uttrycka sina känslor och tankar, vilket ledde till att de kände sig frustrerade och förbittrade. Medan möjligheten att kunna uttrycka sina känslor bidrog till skapandet av ett terapeutiskt utrymme och gav dem en känsla av att ha kontroll över sig själva och sina liv. Tidigare studier visade att då patienterna kände ett förtroende för sjuksköterskorna blev de mer öppna och pratade mer (Fosbinder, 1994). Genom att sjuksköterskan visade ett intresse för patienterna och ville lära känna dem upplevde de att de mådde bättre och inte var rädda för att prata med dem. Samma studie visade att då sjuksköterskorna var öppna och ärliga kunde de hitta gemensamma intressen, vilket underlättade för byggandet av en relation. Genom att sjuksköterskorna delade med sig av sig själva skapades en relation där patienterna kände sig trygga och kunde berätta hur de kände. Buber betonade vikten av uppriktighet i samtalet och menade att de flesta samtal egentligen bara är prat där den ene endast är åhörare (Buber, 1995). För att samtalet ska vara äkta måste båda parterna vara involverade och närvarande. För att ett samtal ska kunna betecknas som ett samtal måste det finnas en äkthet hos båda parterna. Båda måste vara uppriktiga och ärliga och kunna uttrycka sina åsikter utan att försöka övertyga den andre (a.a.) I

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det att sjuksköterskan ska kunna kommunicera på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen 2, 2005). Detta innebär att sjuksköterskan måste välja vad som ska sägas och hur det ska sägas och att det är viktigt att se vad den enskilde individen klarar av. Det är också viktigt att tänka på att det är patientens behov som står i centrum och därför kan inte relationen och samtalet bli helt äkta från båda håll.

Deltagarna i litteraturstudien betonade vikten av att bli sedda som individer och Bubers filosofi handlar om att verkligen se den enskilde individen vilket är grunden för personcentrerad vård. Personcentrerad vård är ett systematiskt arbetsätt som innebär att patienterna aktivt deltar i planering och genomförande av sin vård med utgångspunkt från sin egen anamnes (Ekman et al., 2011). Patienten ses som en egen individ som kan fatta egna beslut och har redskap för att hantera förändringar i livet. Personcentrerad vård innebär både mer inflytande för patienten och mindre kostnader för samhället då antalet vårdbesök blir mindre ju mer ansvar som läggs på patienten. Enligt Centrum för personcentrerad vård (2014) innebär personcentrerad vård förutom bättre vårdkvalitet även en mer effektiv vård och kortare vårdtider och blir därmed en vinst både på individ- och samhällsnivå. Det är även viktigt att tänka på att patienter med psykisk ohälsa kan uppleva saker annorlunda när de mår psykiskt dåligt och det kan vara svårt för någon som är djupt deprimerad eller har ångest att ta beslut och ansvar för sin egen vård. Därför är det viktigt att sjuksköterskor möter patienterna där de är på deras villkor och utgår från patienternas livsvärld.

Konklusion

Resultatet visade att kommunikation och samspel mellan patienter och vårdpersonal var centralt för hur patienterna upplevde mötet med primärvården. Patienterna upplevde att de fick bra vård när de blev lyssnade på och sedda som egna individer med egna tankar och känslor. Upplevelsen av personcentrerad vård ledde till att de kände sig bekräftade och sedda som kompetenta människor som hade förmåga att fatta egna beslut. Upplevelsen av mötet med olika personal på primärvården var central för den totala upplevelsen av vården och omvårdnaden och är därför ett viktigt område att belysa.

Det finns inte många studier om den här patientgruppens upplevelser och väldigt få studier är gjorda i Sverige. Det är ett område som skulle behövas mer kunskap inom då det är en stor patientgrupp som berörs. Studien visar på att vidare forskning inom området behövs för att öka kunskapen kring hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet med vårdpersonal i olika sammanhang. Ett förslag till forskning är en intervjustudie eller fokusgruppintervjustudie med både personal och patienter för att få en ökad förståelse och fördjupad kunskap om upplevelsen av mötet.

REFERENSER

De artiklar som resultatet bygger på är markerade med *.

*Blomberg, B., & Hedelin, B. (2007). Att få personlig vägledning- patienters erfarenheter av mötet med en psykiatrisjuksköterska inom primärvården. *Vård i Norden*, 27(2), 25-29.

Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori: en grundbok*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

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(2), 170-177.

Blume, B., Lundström, B. & Sigling, I. (2002). *Psykiatrins ABC*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.

Buber, M. (1994). *Jag och du*. (2. uppl.) Ludvika: Dualis.

Buber, M. (1995). *Det mellanmännsliga*. (2. uppl.) Ludvika: Dualis.

*Campbell, S. M., Gately, C., & Gask, L. (2007). Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. *Chronic illness*, 3(1), 46-65. doi: 10.1177/1742395307079193

Centrum för personcentrerad vård. Göteborgs universitet. (2014). *Personcentrerad vård*. Hämtad 24 maj, 2014 från <http://www.gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld/>

*Dahlöf, L., Simonsson, A., Thorn, J., & Larsson, M. E. (2013). Patients' experience of being triaged directly to a psychologist in primary care: a qualitative study. *Primary health care research & development*, 1-11. doi: 10.1017/S14634236130000339

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.

Eriksson, K. (1996). *Hälsans idè*. Liber utbildning AB, Stockholm.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2., [uppdaterade] utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Fosbinder, D. (1994). Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20(6), 1085-1093.

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

*Gaillard, L., Shattell, M., & Thomas, S. (2009). Mental health patients' experiences of being misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(3), 191-199.

*Galon, P., & Graor, C. H. (2012). Engagement in primary care treatment by persons with severe and persistent mental illness. *Archives of psychiatric nursing*, 26(4), 272-284. doi: 10.1016/j.apnu.211.12.001

*Kai, J., & Crosland, A. (2001). Perspectives of people with enduring mental ill health from a community-based qualitative study. *The British Journal of General Practice*, 51(470), 730.

*Keeley, R. D., West, D. R., Tutt, B., & Nutting, P. A. (2014). A qualitative comparison of primary care clinicians' and their patients' perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes. *BMC family practice*, 15(1), 13.

Kim, H.S. (1983). *The nature of theoretical thinking in nursing*. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts.

Koivisto, K., Janhonen, S., & Väisänen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11(3), 268-275.

*Kravitz, R. L., Paterniti, D. A., Epstein, R. M., Rochlen, A. B., Bell, R. A., Cipri, C., ... & Duberstein, P. (2011). Relational barriers to depression help-seeking in primary care. *Patient education and counseling*, 82(2), 207-213.

Langegard, U., & Ahlberg, K. (2009). Consolation in conjunction with incurable cancer. *Oncology nursing forum*, 36(2),E99-E106.

*Lester, H., Tritter, J. Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *Bmj*, 330(7500), 1122.

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 41-49.

*Nolan, P., & Badger, F. (2005). Aspects of the relationship between doctors and depressed patients that enhance satisfaction with primary care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(2), 146-153.

Norstedts stora svensk-engelska ordbok = Norstedts comprehensive Swedish-English dictionary. (3., [utök.] uppl.) (2000). Stockholm: Norstedts ordbok.

*O'Day, B., Killeen, M. B., Sutton, J., & Iezzoni, L. I. (2005). Primary care experiences of people with psychiatric disabilities: barriers to care and potential solutions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 339.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s418), 61-66.

Peplau, H.E. (1988). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. (2. ed.) Basingstoke: Macmillan Education.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2010]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Röda Korsets Högskola (2005). *Mall för vetenskaplig artikelgranskning*. Hämtad 13 maj, 2014 från http://biblioteket.rkh.se/docs/mall_granskning.pdf

Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.87). Lund: Studentlitteratur.

Socialdepartementet. (2012). *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016* [Elektronisk resurs]. Stockholm: Regeringen

Socialstyrelsen 1. (2005). *Primärvård. Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 11 februari, 2014 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=203>

Socialstyrelsen 2. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010* [Elektronisk resurs]: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut. (2013). *Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

World Health Organization. (1948). *WHO definition of health*. Hämtad 25 april, 2014 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

1982:763. *Hälso-sjukvårdslagen*. Hämtad 24 maj, 2014 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

2001:453. *Socialtjänstlagen*. Hämtad den 24 maj, 2014 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 24 maj, 2014 från
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-
Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patient sakerhetslag-2010659_sfs-2010-
659/?bet=2010:659](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patient sakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659)

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Lästa Abstract	Utvalda artiklar
20140409	Cinahl	1	Mental disorders	Peer-reviewed Abstract available -10 years	MESH-term	15865	0	0
		2	Patient experienc*		Fritext	15515	0	
		3	Primary health care		MESH-term	16830	0	
		4	1 AND 2 AND 3			95	25	
		5	1 AND 3 AND patient perspective		Fritext	2	2	
1	Mental disorders AND Primary health care AND patient attitudes	Abstract available Peer-reviewed	Fritext	28	18	”Primary care experiences of people with psychiatric disabilities: barriers to care and potential solutions”.		
20140409	Pubmed	1	Mental disorders	Abstract available -10 years	MESH-term	948147	0	0
		2	Primary health care		MESH-term	171563	0	
		3	Patient experienc*		Fritext	8895	0	
		4	1 AND 2 AND 3			16	16	
		5	Primary care		MESH-term	113985	0	
		6	Mental health		MESH-term	94608	0	
		7	Patient satisfaction		MESH-term	46832	0	
		8	5 AND 6 AND 7			526	25	
		9	5 AND 6 AND 7 AND qualitat*			70	45	
1	”Patients’ experience of being triaged directly to							

								psychologist in primary care: a qualitative study”.
20140410	Psycinfo	1 2 3 4	Mental disorders Patient experience Primary health care 1 AND 2 AND 3	Peer-reviewed -15 years	Nyckelord Nyckelord Nyckelord	237542 46773 36094 466	0 0 0 45	0 0 0 0
20140410	Cinahl	1 2 3 4 5	Primary care Mental health 1 AND 2 3 AND patient attitudes 4 AND qualitative	Peer-reviewed	Fritext Nyckelord	24988 53657 2993 80 23	0 0 0 20 23	0 0 0 0 3 “Att få personlig vägledning- patienters erfarenheter av motet med en psykiatrisjuksköterska inom primärvården”. “Aspects of the relationship between doctors and depressed patients that enhance satisfaction with primary care”. “Patients and health professionals views on primary care for people with serious mental illness: focus group study”.
20140410	Pubmed	1 2	Depression 1 AND clinicians AND qualitative	Abstract available		248258 124	0 80	0 1 “A qualitative

								comparison of primary care clinicians and their patients perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes”.
20140410	Pubmed	1 2 3	Mental illness Nursing 1 AND 2 3 AND patient perspective	Abstract available -10 years		626485 247662 24377 293	0 0 0 100	0 0 0 1 “Engagement in primary care treatment by persons with severe and persistent mental illness”.
20140412	Pubmed	1 2 3	Depression AND focus groups 1 AND primary care 2 AND trust	Abstract available		954 145 9	0 20 9	0 1 “Relational barriers to depression help-seeking in primary care”.
20140412	Pubmed	1	Mental health AND continuity of care AND quality of health care AND stigma	Abstract available	Fritext	15	6	1 “Perspectives of people with enduring mental illness from a community-based qualitative study”.
20140412	Manuell sökning	9			Fritext			“Mental health patients experiences of being

								misunderstood”.
20140429	Pubmed	11			Nyckelord	14	1	

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Galon, P Graor, C USA, 2012	"Engagement in Primary Care Treatment by Persons With Severe and Persistent Mental Illness"	To explore and refine the description of the SPMI patient – PCP relationship.	N= 32deltagare med SPMI (severe persistent mental illness). 17 kvinnor, 15 män 24-68 år Inklusionskriterier: Över 18 år, förmåga att tala engelska, kognitiv förmåga, ej psykotisk. Semistrukturerade intervjuer	Intervjuerna varade i 40-55 min. Beskrivande statistik för demografisk data. Ljudinspelning, samt stödanteckningar som transkriberades och analyserade enskilt av ett team av 3 forskare. Analysmetod: Grounded theory	3 Kategorier Att räknas. Att uppfattas som trovärdig och kunnig. Att arbeta tillsammans och en modell av engagemang utvecklades.	Styrkor: Väl beskrivet genomförande höjer trovärdigheten. Tillförlitligheten stärks av analysmetoden. Överförbarheten är hög då stort antal patienter med vanliga diagnoser. Svagheter: Förförståelsen otydlig vilket sänker tillförlitligheten. Syftet otydligt beskrivet. Deltagarna fick \$30 efter intervjun, men det användes inte som lockbete och borde därför inte påverka resultatet.
Keeley, R West, D Tutt, B Nutting, P USA, 2014	"A qualitative comparison of primary care clinicians and their patients' perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes".	To compare primary care clinicians' and their patients' perceptions of the patients' experiences, expectations and preferences as they try to achieve care for depression.	N= 6 vårdpersonal och 30 patienter (5 män, 25 kvinnor) från olika vårdcentraler. Inklusionskriterier: Sökt vård för depression senaste 12 mån, samma etniska bakgrund för att ha samma uppfattning av primärvård. Exklusionkriterier: Kognitivt nedsatta, allvarligt psykiskt sjuka, patienter med självmordstankar eller kunde ta skada av att delta. Datainsamlingsmetod:	Intervjuerna varade i 11-64 min. En författare och en utbildad psykolog utförde intervjuerna, som spelades in och transkriberades. 2 av författarna analyserade materialet i flera steg efterhand och diskuterade med teamet för att få nya idéer till fortsatta intervjuer. Analysmetod: Immersion/crystallization	Tre huvudkategorier: Patientens resa för att få vård för depression Att söka efter en personlig förståelse av sin depression Att skapa ett terapeutiskt utrymme där de kan motta vård	Styrkor: Välbeskriven metod och genomförande höjer trovärdigheten. Tillförlitligheten stärks av teamträffar där feedback givits på intervjuteknik för förbättra. Ett stort antal patienter från flera vårdcentraler gör resultatet överförbart. Svagheter: Ingen tydligt framskriven förförståelse sänker trovärdigheten med tanke på analysmetod.

			Semistrukturerade telefonintervjuer.			
Nolan, P Badger, F England, 2005	"Aspects of the relationship between doctors and depressed patients that enhance satisfaction with primary care".	To explore what factors lead patients to consider that they have a satisfactory relationship with their prescribing clinician, and what kind of information they find reassuring and helpful.	N= 60 patienter, 37 kvinnor och 23 män mellan 24 till 67 år. Inklusionkriterier: Nyligen haft eller har en depression, ska ha behandlats i primärvård, ska ha blivit behandlade med antidepressiva och bör inte ha någon annan betydande fysisk eller psykisk diagnos. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer	56 av 60 intervjuades i sina egna hem. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades av en av författarna, inte intervjuaren, för att undvika bias. Analysmetod: Kvalitativ innehållsanalys	Ett bra bemötande från behandlande läkare innebar enligt patienterna att de blev lyssnade på, att läkaren var hjälpsam, ställde frågor och brydde sig om dem. Att bli förstådd och lyssnad på ledde till att de kände sig trygga i relationen med sin läkare. En förutsättning var även kontinuitet för att slippa berätta samma sak igen.	Styrkor: Bra beskriven metod och genomförande höjer trovärdigheten. Intervjuaren var inte iblandad i analysen vilket förstärker tillförlitligheten. Resultatet är överförbart då många patienter intervjuats, men resultatet borde varit större. Svagheter: Längden på intervjuerna ej presenterade, sänker pålitligheten. Ingen förförståelse beskriven.
Blomberg, B Hedelin, B Sverige, 2007	"Att få personlig vägledning- patienters erfarenheter av att möta en psykiatrisjuksköterska inom primärvården"	Syftet med denna studie var att beskriva patienters erfarenheter av att möta en psykiatrisjuksköterska inom primärvården.	N= 19 patienter, 13 kvinnor (29-56 år) och 6 män (31-60 år) med depression och/eller ångesttillstånd, stress- och relationsproblematik. Antal besök hos psykiatrisjuksköterskan 3-14 ggr under 1-14 månader. Datainsamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer	Intervjuerna gjordes 2-3 månader efter sista besöket. Varade i 30-60 min. och spelades in och transkriberades. Kvalitativ innehållsanalys	Övergripande tema: Att få personlig vägledning. 3 kategorier med subkategorier: Kunskap: Både personlig och allmän kunskap för att få nya perspektiv och lösningar. Stöd: Praktiskt och känslomässigt stöd både innanför och utanför primärvården. Att kunna ventiler tankar och känslor. Tid och närhet: Att uppleva tid och närhet och faktisk tid och närhet.	Styrkor: Bra beskriven metod och genomförande höjer trovärdigheten. Etiska aspekter tydligt diskuterade. Överförbarheten är hög då resultatet går att använda av all vårdpersonal till olika patienter. Svagheter: Analysen har endast gjorts gemensamt vilket sänker tillförlitligheten.
Gaillard, L Shatell, M	"Mental Health	The purpose was to examine	N= 20 engelsktalande individer mellan 21-65 år,	Deltagarna fick i originalstudien fritt	3 teman inom erfarenheten av att bli	Styrkor: Väl beskriven metod av originalstudien och

Thomas, S USA, 2009	Patients' Experiences of Being Missunderstood"	mental health patients' experiences of being missunderstood.	som själva uttryckt sig ha olika psykiatriska diagnoser. 8 män, 12 kvinnor. De flesta hade aldrig varit inlagda på grund av psykisk sjukdom. Datainsamlingsmetod: Sekundär analys av intervjuer	berätta om deras upplevelse av interaktionen mellan dem och vårdgivare. En sekundär analys av materialet har gjorts med en annan frågeställning och med ett existentiellt fenomenologiskt synsätt.	missförstådd: Att skydda sig från sårbarhet. Att ses som objekt som kan lagas. Att bli behandlad som ett barn. Konstant frustration.	tillvägagångsätt vid sekundär analys höjer trovärdigheten. Samma forskare gör sekundäranalysen med hjälp av en ny författare. Resultatet kan överföras till andra patienter med liknande symtom. Svagheter: Titeln kan ge en vinklad bild, men förklaras av att originalstudien handlar om erfarenheten av att bli förstådd. Deltagarna fick \$ 20 efter att ha deltagit i intervjun.
Kravitz, R Paterniti, D Epstein, R Rochlen, A Bell, R Cipri, C Fernandez y Garcia, E Feldman, M Duberstein, P USA, 2011	"Relational barriers to depression help-seeking in primary care"	To identify attitudinal and interpersonal barriers to depression care-seeking and disclosure in primary care and in so doing evaluate the primary care paradigm for depression care in the United states.	N=116, mellan 25-64 år som antingen själva eller närstående har haft depression. Majoriteten kvinnor, men även män. Från 4 olika geografiska områden i USA. Datainsamlingsmetod: Frågeformulär och Fokusgruppintervjuer	12 fokusgruppintervjuer som varade i 75-110 min och spelades in digitalt. Deltagarna fick öppna frågor baserade på tidigare forskning samt forskarnas expertis. Vägledande frågor om patienters vilja att söka vård för depression hos primvårdsläkare. Analysmetod: Constant comparison	Förutom organisatoriska hinder framkom tre relationshinder: Uppfattning om läkarens kompetens Uppfattning om läkarens öppenhet Patient- läkarförtroende	Styrkor: Väl beskriven metod och analys ökar trovärdigheten. Många forskare med olika expertis ökar verifierbarheten. Överförbarheten stärks av många deltagare samt flera geografiska områden. Svagheter: Svårt att utläsa hur många kvinnor och män. Ingen tydlig förståelse presenteras vilket kan minska trovärdigheten. Deltagarna fick \$35 efter att ha deltagit i studien.
O'Day, B Killeen, M Sutton, J Iezzoni, L USA, 2005	"Primary care experiences of people with psychiatric disabilities: Barriers to care and potential	The goal of this study was to explore the perspectives of people with psychiatric disabilities about their	N= 16 deltagare som angett att de har ett psykiskt funktionshinder. 37-59 år, 8 män och 8 kvinnor. De skulle kunna tala engelska, haft kontakt med vårdgivare och vilja	4 fokusgruppintervjuer varade i ungefär 2 timmar och spelades in. Materialet transkriberades och kodades. Kvalitativ innehållsanalys enskilt och sammanställning i	Alla fyra grupper identifierade liknande problem och delas in i fyra huvudkategorier: Kommunikationen mellan läkare och patient Läkarens kunskap om psykiatriska	Styrkor: Tydliga kategorier och presentation av deltagare ger hög tillförlitlighet. Svagheter: Svårt att följa med i metod och genomförande kan minska trovärdigheten. Deltagarna

	solutions”.	experiences seeking and obtaining primary health care services and solicit their suggestions about overcoming the barriers they face.	berätta om sina upplevelser och känslor. Datasamlingsmetod: Fokusgruppintervjuer	grupp.	funktionshinder, symptom och mediciner Att söka primärvård och att bibehålla en hälsosam livsstil Personligt ansvar	erbjöd \$75 samt reseersättning för att delta, vilket kan påverka deras anledning att vara med i studien. Överförbarheten är låg, lågt deltagarantal för fokusgrupper minskar överförbarheten till ett större antal patienter.
Dahlöf, L Simonsson, A Thorn, J Larsson, M Sverige, 2013	“Patients’ experience of being triaged directly to a psychologist in primary care: a qualitative study”.	The aim of this study was to examine the patients’ experience of being triaged directly to a psychologist for assessment.	N= 20 patienter, 14 kvinnor och 6 män, 21-53 år. Diagnostiserade med depression, ångest eller kombinerat depression och ångest. Inklusionskriterierna var att de skulle ha blivit bokade direkt till en psykolog av en sjuksköterska. Datasamlingsmetod: Semistrukturerade intervjuer	Intervjuerna var individuella och varade i 20-45 min. Utfördes av en psykologstudent med erfarenhet och spelades in. Materialet transkriberades och bearbetades med kvalitativ innehållsanalys med en induktiv metod.	3 teman hittades med underkategorier: Uppskattar snabb tillgång när det är krävande att söka hjälp: Sjuksköterskan svarar på patientens avsikt Lättnad och besvikelse när olika förväntningar möter bedömningen.	Styrkor: Väl beskriven metod och genomförande ger hög trovärdighet. Tydliga kategorier i resultatet gör det tillförlitligt. Flera författare gör resultatet verifierbart. Överförbarheten är hög då urvalet är representativt och resultatet kan användas i liknande miljöer. Svagheter: Ingen förståelse beskriven vilket kan påverka trovärdigheten.
Campbell, S Gately, C Gask, L Storbritanien, 2007	“Identifying the patient perspective of the quality of mental health care for common chronic problems: a qualitative study”.	To identify which aspects of quality are important to individual patients with common chronic mild-to-moderate mental health problems presenting to general practice and the best	N=16 patienter, 32-82 år, 12 kvinnor och 4 män. 44 patienter svarade på en enkät, men endast 16 ville intervjuas. Av de 16 hade majoriteten depression. Datasamlingsmetod: Intervjuer	Intervjuerna gjordes med hjälp av ett frågeformulär med teman som framkommit av enkätsvaren. Induktiv metod där teman konstant jämfördes under analysprocessen.	Patienter med vanliga psykisk ohälsa har en tydlig uppfattning av vad som utgör kvalitet i primärvården. 4 kategorier framkom: Tappade i systemet Icke-tillgodosedda behov Egenskaper för en bra läkare/service Kvalitetsbrister	Styrkor: Intervjufrågorna byggde på deltagarnas enkätsvar och gav en fördjupning av det de själva upplevde var ett problem ökar tillförlitligheten. Svagheter: Ostrukturerad beskrivning av genomförande och svårtolkat syfte kan minska trovärdigheten, samt att flera deltagare valde att inte bli intervjuade. Ingen förståelse beskriven.

		method of involving patients with chronic mental health problems in the research process, and to contrast the relevance of a generic questionnaire developed previously with these individual patient narratives.				Överförbarheten är ändå hög då urvalet är representativt för många.
Lester, H Tritter, J Sorohan, H Storbritannien, 2005	"Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study".	To explore the experience of providing and receiving primary care from the perspectives of primary care health professionals and patients with serious mental illness respectively.	N= 45 patienter, 39 allmänläkare och 8 sjuksköterskor. Patienterna var mellan 19-61 år, 24 kvinnor och 21 män. De vanligaste diagnoserna var schizofreni och depression och alla hade träffat en allmänläkare senaste 12 månaderna och behandlades av både allmänläkare och psykiatrin. Datainsamlingsmetod: Fokusgruppintervjuer	Fokusgrupperna var både kombinerade och separata och pågick tills datan var mättad. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades av två av författarna.	3 teman framkom: Tillräckligt bra primärvård Att förvänta sig att få vård och förhandla om tillträde Hantering av kronisk sjukdom kontra återhämtning	Styrkor: Bra beskriven metod och genomförande ger trovärdighet. Materialet analyserades i flera steg och inte av alla författarna vilket höjer tillförlitligheten. Överförbarheten är hög då det är många deltagare med vanliga psykiska diagnoser. Svagheter: Ingen förståelse beskriven vilket minskar tillförlitligheten.
Kai, J Crosland, A England, 2001	"Perspectives of people with enduring mental ill health from a community-based qualitative	To explore experiences and perceptions of health care of people with enduring mental ill health	N= 32 patienter från 4 olika vårdcentraler. 18 män och 14 kvinnor från 20 år till 70+ med olika typer av psykisk ohälsa. Deltagarna skulle vara heterogena i ålder, kön och psykisk ohälsa, skulle vara	Intervjuerna varade mellan 45 min och 2h och genomfördes av en av författarna. De spelades in och transkriberades och analyserades av båda författarna med en	6 kategorier: Kommunikation om en viktig faktor i byggandet av en terapeutisk relation Kontinuitet i den terapeutiska relationen Att brottas med stigma	Styrkor: Bra beskriven metod ger trovärdighet. Författarna diskuterar trovärdigheten och har använt 3 metoder för triangulering för att öka tillförlitligheten. Överförbarheten är hög då deltagandet är högt och

	stud.”		<p>registerade på 1 eller 2 vårdcentraler. Exkluderades gjorde de som enligt läkaren kunde må dåligt av att vara med. Datainsamlingsmetod: Djupintervjuer</p>	induktiv metod.	<p>och påverkan av var vården ges Värdet av ömsesidigt stöd för patienter och psykiatri Upplevelsen av social utslagning Möjligheter med en professionell vård</p>	<p>gruppen är heterogen. Svagheter: Ingen förförståelse tydligt beskriven och etiska frågeställningar har ej tagits upp.</p>
--	--------	--	--	-----------------	---	---