



EXAMENSARBETE

Hösten 2014

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 hp

Att vilja men inte kunna

**En litteraturöversikt om vårdpersonals upplevelse av att bemöta
patienter med psykisk ohälsa inom primärvården**

Författare

Linda Thuresson

Handledare

Ellinor Edfors

Examinator

Atika Khalaf

Förord

Stort tack till Atena Shamshiri för gemensamt intresse och för gott samarbete vid skrivandet av projektplan inför uppsatsskrivning. Därefter överenskom undertecknad och Atena Shamshiri att skriva kandidatuppsatsen var för sig.

Kristianstad 2014-12-05

Linda Thuresson

Att vilja men inte kunna

Vårdpersonals upplevelse av att bemöta patienter med psykisk ohälsa inom primärvården.

Författare: Linda Thuresson

Handledare: Ellinor Edfors

Litteraturöversikt

Datum: 2015-01-16

Sammanfattning

Bakgrund: Psykisk ohälsa är vanligt förekommande hos Sveriges befolkning och räknas till en av folksjukdomarna. Personer med psykisk ohälsa kan drabbas av psykiska eller fysiska besvär och söker sig då till primärvården och kommer där att möta sjuksköterskor och annan vårdpersonal.

Syfte: Syftet var att belysa vårdpersonals upplevelse av att bemöta patienter med psykisk ohälsa inom primärvården.

Metod: En litteraturöversikt baserad på nio vetenskapliga kvalitativa artiklar genomfördes.

Resultat: Två huvudkategorier med fyra subkategorier framkom. Den första huvudkategorin ”Kommunikationens betydelse för bemötandet” bestod av subkategorierna *Verbal kommunikation* och *Icke-verbal kommunikation*. Kommunikationen, både den verbala och icke-verbala, mellan vårdpersonal och patient hade stor betydelse för hur det upplevdes att bemöta patienten. Den andra huvudkategorin ”Begränsningar som påverkar bemötandet”, bestod av följande subkategorier: *Begränsningar i den egna professionen* och *Begränsningar i organisationen*. Brist på kunskap hos personalen eller brist på resurser i organisationen påverkade personalens möjlighet att bemöta patienten så som var önskvärt.

Slutsats: Vårdpersonal behöver ta mer eget ansvar för att tillgodogöra sig ny forskning och information om bemötande och patienters sjukdomar, samtidigt bör staten fortsätta med uppmaningar och uppmuntran till utveckling av sjukvården och fortbildning av personal.

Nyckelord: Primärvård, Vårdpersonal, Psykisk ohälsa, Bemöta.

To want to but not be able to

Health care professionals' experience of encountering patients with mental illness in primary health care

Author: Linda Thuresson

Supervisor: Ellinor Edfors

Literature review

Date: 2015-01-16

Abstract

Background: Mental illness is common among the Swedish population and is one of the endemic diseases. People with mental illness can be stuck with psychological or physical inconveniences and then turn to primary health care and will there meet nurses and other health care professionals.

Aim: Was to illustrate health care professionals experience of encounter patients with mental illness in primary health care.

Method: A literature review was carried out based on nine scientific qualitative articles.

Result: Two main categories and four subcategories emerged. The first category "To experience the meaning of communication to the encounter" consisted of the subcategories *Verbal communication* and *Non-verbal communication*. The communication, both verbal and non-verbal, meant a lot for the experience to encounter the patients. The other main category: "To experience limitations that affect the encounter" consisted of following subcategories: *Limitations within the own profession* and *Limitations within the organization*. Lack of knowledge within the staff or lack of resources within the organization affected the staffs' ability to encounter patients as desirable.

Conclusion: Health care professionals have their own responsibility to utilize new research and information about the encounters with and the diseases of patients. The government should continue to request and encourage to develop the health care.

Keywords: Primary health care, Health care professionals, Mental illness, Encounter.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	6
Psykisk ohälsa	6
Primärvården	7
Patient-sjuksköterskedomänen	7
Sjuksköterskans ansvar.....	8
SYFTE	9
METOD	9
Design.....	9
Datainsamling.....	9
Urval	10
Genomförande	10
Analys.....	10
Etiska överväganden.....	11
Förförståelse	11
RESULTAT	12
Kommunikationens betydelse för bemötandet	13
Verbal kommunikation.....	13
Icke-verbal kommunikation	14
Begränsningar som påverkar bemötandet	15
Begränsningar i den egna professionen.....	15
Begränsningar i organisationen	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion	20
SLUTSATS	23
REFERENSER	25

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikter

Bilaga 3 Kategorisering

BAKGRUND

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande hos Sveriges befolkning och räknas till en av folksjukdomarna. Personer med psykisk ohälsa kan drabbas av psykiska eller fysiska besvär (Skärsäter, 2009) och söker sig då till primärvården där de kommer att möta sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Hur vårdpersonal upplever bemötandet till patienter är viktigt att reflektera över enligt Fossum (2013).

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa kan bero på en dysfunktion i hjärnans struktur, somatisk genes, eller på hur omvärlden upplevs, psykogenes (Ottosson, 2009). Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp för mildare besvär såsom oro och nedstämdhet men även för svårare psykiska sjukdomar som depression och schizofreni. Personer som lever med psykisk ohälsa upplever vardagslivet olika påfrestande beroende på symtom (Socialstyrelsen, 2013). Oro, nedstämdhet och även sorg kan upplevas av personer under kortare tid på grund av specifik händelse och då ses som normalt. Men om exempelvis sorgen inte kan bearbetas på egen hand, eller med hjälp av anhöriga, eller att personen fastnar i sörjandet kan denne behöva söka hjälp från utomstående (Worden, 2009). Denne utomstående kan vara sjuksköterska inom primärvården.

En studie av Griswold et al. (2008) undersökte hur personer med psykisk ohälsa upplevde omvårdnaden och bemötandet inom primärvården före och efter införandet av care manager. Care managern skulle överbrygga kontakten mellan personen med psykisk ohälsa och primärvården. Före införandet var de flesta erfarenheter av negativ karaktär; personerna upplevde att tillgängligheten var svår inom vården och de upplevde svårigheter i kommunikationen med personalen. De menade att personalen inte lyssnade på dem och att personalen inte kunde förklara på ett sätt de förstod. Därtill visade det sig att en del patienter inte kände sig respekterade av vårdpersonalen, det fanns dock undantag (Griswold et al., 2008).

Primärvården

I Sverige är vården uppdelad i öppen vård och sjukhusvård, så kallad sluten vård. I denna studie är fokus på primärvården, vilken är en del av den öppna vården. Primärvården har i uppgift att ge befolkningen den grundläggande omvårdnaden och medicinska behandlingen. Rehabilitering och förebyggande arbete ingår också i primärvårdens uppgifter (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 § 5). Primärvården är till för alla oavsett ålder, sjukdom eller patientgrupp. Då mer avancerad vård krävs vad gäller medicin, teknik eller kompetens krävs insatser från sjukhus (ibid.). Enligt World Health Organization ([WHO], 1978) ska primärvården bedrivas nära där människor bor och arbetar och vara till för hela befolkningen, men prioritera de personer med störst behov av vård. Primärvården utgör första kontakten till sjukvård och är ansvarig för kontinuerlig omvårdnad i form av främjande, förebyggande, botande och rehabiliterande tjänster. I dessa tjänster ingår att utbilda och informera befolkningen, att se till mat- och vattenförsörjning i området, men även att driva mödra- och barnhälsovård, att utföra vaccinerings och att ha tillgång till nödvändiga läkemedel. Dessutom kan primärvården ha i uppgift att kontrollera industrier, lantbruk och andra företag (WHO, 1978). Inom primärvården arbetar flera personalkategorier, exempelvis distriktsläkare/allmänläkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor med specialisering barn och ungdomar, allmänna sjuksköterskor och undersköterskor. Dessutom finns psykologer eller psykoterapeuter ofta tillgängliga i primärvården (Socialstyrelsen, 2010). WHO (1978) rekommenderar att de sjukvårdare, t.ex. läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, assistenter och samhällsanställda i primärvården, arbetar i team för att möta hälsobehovet i samhället.

Patient-sjuksköterskedomänen

Enligt Kim (2010) finns fyra domäner inom omvårdnad: yrkesdomänen, omgivningsdomänen, patientdomänen och patient-sjuksköterskedomänen. Den sistnämnda handlar om mötet mellan patient och sjuksköterska, och då även om hur bemötandet från den ena parten påverkar den andra parten. Bemötandet är i fokus i denna studie. Mötet mellan patient och sjuksköterska bygger på kontakt; såväl fysisk, rumslig, kommunikativ som känslomässig kontakt från båda parter. Mötet mellan patient och sjuksköterska är ett tillfälle för utbyte av information, ömhet och energi. För sjuksköterskan är det också ett tillfälle att ge omvårdnad och för patienten att få

uppmärksamhet och omvårdnad. Kim (2010) menar också att det är viktigt att förstå att bemötandet från sjuksköterskan påverkar omvårdnaden och patientens hälsa.

Mötet mellan människor involverar deras fysiska kroppar, men också deras personliga sfärer, själar och energi. I mötet finns en medvetenhet om varandras närhet och positioner i förhållande till varandra intas. Exempelvis att patienten ligger eller sitter och sjuksköterskan står (Kim, 2010). Kroppsspråk, positioner och hur personer rör sig i förhållande till varandra tas även upp av Fossum (2013) som delar i bemötandet. Fysisk kontakt mellan patient och sjuksköterska sker exempelvis när sjuksköterskan smörjer patientens fötter, lägger en hand på patienten för att trösta eller när ett blodprov ska tas på patienten. Sjuksköterskan håller sig distanserad eller nära i den fysiska kontakten och då även i bemötandet, i förhållande till patienten (Kim, 2010). Bemötande är ett mellanmänniskt samspel och visar sig i hur personerna uppträder mot varandra i gester, ord och handling. En persons erfarenheter och förväntningar påverkar hur den bemöter den andre, likaså påverkar situationen och miljön runtomkring (SOU, 1997:51). Denna studies definition av att bemöta är hur någon, vårdpersonalen, uppträder mot den andre, patienten, det innefattar kroppsspråk, ord, lägesförhållande mellan varandra, till exempel sittande eller stående, och upplevelse och förväntan. Upplevelse kan beskrivas med synonymerna händelse och erfarenhet (Walter, 2008) och handlar om vad som erfars och känns i eller av en händelse eller situation.

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskans ansvar, enligt International Council of Nurses ([ICN], 2014), är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Sjuksköterskans primära uppgift är att ge omvårdnad till de människor som är i behov av det (ibid.). Omvårdnaden ska ges med respekt och omtanke för individen och på lika villkor för alla. Vården ska utformas i samråd med patienten så långt det är möjligt (Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) § 2; Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kap 2. § 1). Sjuksköterskan har eget ansvar för hur denne utövar sitt yrke och för att bibehålla kompetens genom hela sitt yrkesverksamma liv (ICN, 2014). Dessutom är det av stor vikt att sjuksköterskan reflekterar över upplevelsen av att bemöta patienter (Fossum, 2013).

Att som vårdpersonal reflektera över upplevelsen av att bemöta patienter kan leda till att vårdpersonalen utvärderar sin egen prestation i bemötandet, utvecklas och eventuellt gör förbättringar för kommande patienter. Eftersom vårdpersonal i primärvården, i denna litteraturöversikt med fokus på sjuksköterskor och läkare, möter alla kategorier av människor är det viktigt att ta reda på deras upplevelse av att bemöta patienter där, särskilt då patienter med psykisk ohälsa.

SYFTE

Syftet var att belysa vårdpersonals upplevelse av att bemöta patienter med psykisk ohälsa inom primärvården.

METOD

Design

Litteraturöversikten har genomförts enligt Friberg (2012), vilket inneburit att forskning inom valt omvårdnadsområde sammanställts och därmed gett en överblick.

Litteraturöversikten har utgått från vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats och från vårdpersonals perspektiv.

Datainsamling

Inledningsvis gjordes en pilotsökning där några av de använda artiklarna i denna litteraturöversikt hittades. Dessa artiklars nyckelord, MESH-termer eller Cinahl headings användes sedan som sökord i olika databaser. Sökningar gjordes i databaserna Cinahl, PubMed, PsycINFO och SveMed+. De artiklar som använts i litteraturöversikten hittades i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO. Tre artiklar hittades i mer än en sökning och slutligen uppfyllde nio artiklar kriterierna för att ingå i denna litteraturöversikt. Sökningen i PsycINFO gjordes i fritext med orden ”mental” och ”nurse experience” vilka kombinerades med boolesken AND och med begränsningarna peer reviewed, adulthood och subject: Primary health care. I Cinahl gjordes flera sökningar utifrån sökorden ”primary health care”, ”nurse-patient relations”, ”physician-patient relations” och ”depression” i Cinahl headings och ”relations” och ”mental*” i fritext. Dessa sökord kombinerades olika med

boolesken AND och begränsningarna all adult och peer reviewed. Sökningen i PubMed gjordes med MESH-termerna "nurse-patient relations", "nurse practitioners" och "primary health care" och sökordet "mental" i fritext. De två förstnämnda kombinerades med boolesken OR och sedan tillsammans med övriga två med AND och även med begränsningen all adult. Begränsning för samtliga sökningar var att artiklarna skulle vara publicerade mellan åren 2000-2014 (bilaga 1).

Urval

Inklusionskriterier för de artiklar som valdes var att de skulle ha vårdpersonals perspektiv inom primärvården och att de skulle ha mött patienter med psykisk ohälsa. Artiklar på svenska och engelska var inkluderade. Exklusionskriterier var litteraturöversikter, studier med psykiatrispecialiserad vårdpersonal, vårdpersonal som mötte patienter med demenssjukdom samt där patienter var under 18 år.

Genomförande

Första steget i urvalsprocessen var att läsa artikelns titel och i de flesta fall lästes även abstraktet då det från artikelns titel kunde vara svårt att utläsa innehållet i artikeln. I de fall där abstraktet visade på att artikeln var kvalitativ och verkade svara mot denna litteraturöversikts syfte togs artikeln fram i fulltext. Då lästes först artikelns resultat för att kontrollera att detta svarade på syftet i denna litteraturöversikt. Därefter lästes och granskades hela artikeln utifrån Röda Korsets Högskolas granskningsmall (Röda Korsets Högskola, 2005) vilket resulterade i en översikt av varje artikel (bilaga 2).

Analys

Analysarbetet inspirerades av Friberg (2012), vilket innebar att författaren läste artiklarna flera gånger för att få en helhetsuppfattning av innehållet. Därefter analyserades artiklarnas resultat, vilket innebar att stycken och meningar i resultattexten som svarade mot denna översikts syfte togs ur. Dessa stycken och meningar sammanfattades i kortare termer, vilka därefter delades in i olika grupper utefter likheter och skillnader. Detta resulterade i två teman vilka motsvarade de två huvudkategorierna. Huvudkategorierna i sin tur bestod av vars två subkategorier (bilaga 3). Under hela

analysprocessen tog författaren sin förförståelse i beaktande och var så objektiv som möjligt vid analys av datan.

Etiska överväganden

Enligt Forsberg & Wengström (2008) är det av stor vikt att de artiklar som väljs till en litteraturstudie uppfyller krav antingen om godkännande från etisk kommitté eller noggranna etiska överväganden.

Enligt Vetenskapsrådet (2002) bör forskning om och med människor överväga hur deltagarna, individerna, i studien kan skyddas från exempelvis psykisk och fysisk skada. Detta krav på individskydd består av fyra delar, vilka är krav på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Informationskravet innebär att forskaren ska informera deltagarna om forskningen, dess syfte och tillvägagångssätt. Dessutom ska forskaren berätta att deltagandet är frivilligt och att deltagarna har rätt att avbryta när de vill (Vetenskapsrådet, 2002). Kravet om samtycke handlar om att deltagarna har rätten att bestämma villkor för sitt deltagande och hur länge de vill delta i studien. Det är forskarens uppgift att inhämta samtycke från deltagarna. Konfidentialitetskravet innebär att de uppgifter forskningen inhämtar från och om deltagarna ska förvaras på ett sådant sätt att ingen obehörig kan komma åt uppgifterna. Uppgifterna ska inte heller kunna identifieras av utomstående. Det fjärde kravet, nyttjandekravet, handlar om att de uppgifter som samlats in inte får användas till annat syfte än forskning (ibid).

Vid urval av artiklar har inte författarens förförståelse styrt urvalet (Olsson & Sörensen, 2011), därför togs samtliga vetenskapliga artiklar som svarade mot denna studies syfte med i urvalet, oavsett om resultatet stärker eller försvagar författarens förförståelse.

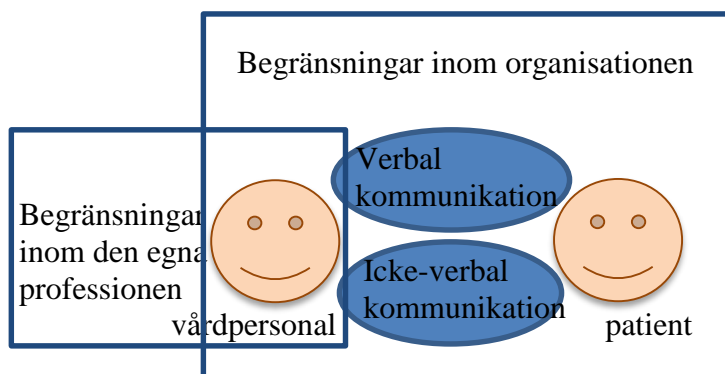
Förförståelse

Författaren till denna studie har under verksamhetsförlagd utbildning upplevt en brist hos sjuksköterskor i den kliniska verksamheten vad gäller bemötandet gentemot patienter med psykisk ohälsa. Särskilt hos sjuksköterskor som arbetar inom primärvården. Bristerna tros många gånger ha berott på rädsla eller okunskap för patientens

sjukdom och personlighet. En annan aspekt var att de sjuksköterskor som arbetar inom somatiska sjukvården ofta valt det för att undvika psykiatrin. Dessa sjuksköterskor hade ett intresse i de fysiska sjukdomarna och inte i de psykiska. Dessutom kan de psykiska sjukdomarna upplevas mer diffusa, eftersom det inte går att röntga eller ta ett blodprov för att påvisa psykisk ohälsa, som det ofta går att göra för att påvisa fysiska sjukdomar. Utöver rädsla och okunskap har författaren erfårit att många sjuksköterskor även visat ett ointresse och oförståelse gentemot patienterna med psykisk ohälsa och deras situation.

RESULTAT

Genom analys av artiklar som behandlade vårdpersonalens upplevelse av att bemöta patienter med psykisk ohälsa i primärvården, framkom två huvudkategorier med fyra subkategorier. Den första huvudkategorin ”Kommunikationens betydelse för bemötandet” bestod av subkategorierna *Verbal kommunikation* och *Icke-verbal kommunikation*. ”Begränsningar som påverkar bemötandet”, den andra huvudkategorin, bestod av följande subkategorier: *Begränsningar i den egna professionen* och *Begränsningar i organisationen*. Nedan finns en figur (figur 1) över hur subkategorierna kan ses i förhållande till vårdpersonal och patient. Därefter följer presentation av var huvudkategori och dess subkategorier.



Figur 1. Bemötandet mellan patient och vårdpersonal bestod av *Verbal* och *Icke-verbal kommunikation* vilka påverkades av *Begränsningar inom den egna professionen* och *Begränsningar inom organisationen*.

Kommunikationens betydelse för bemötandet

I några av de studier som ingick i denna litteraturöversikt upplevde vårdpersonalen svårigheter i att kommunicera med patienter med psykisk ohälsa (Burroughs et al., 2006; Lester, Tritter & Sorohan, 2005; Waidman, Marcon, Pandini, Bessa & Paiano, 2012; Wittink, Givens, Knott, Coyne & Barg, 2011). Att som personal kunna lyssna på patientens berättelse och samtidigt avsiktligt kunna fråga om situationen, var viktigt enligt White & Ferszt (2009). Hyvönen & Nikkonen (2004) menade att verbal och icke-verbal kommunikation var förenliga; att vårdpersonal visade med hela sitt fysiska väsen att den var närvarande och intresserad av den andre.

Verbal kommunikation

I Waidman et al., (2012) beskrev sjuksköterskorna det som att patienterna inte ville tala med sjuksköterskorna om sin sjukdom, trots att sjuksköterskorna gjorde försök till samtal och att de även gått hem till patienten och knackat på utan att patienten öppnat för dem.

Vårdpersonalen i studien av Lester et al. (2005) menade att det var svårt att kommunicera på ett effektivt vis med patienter med allvarlig psykisk sjukdom, vilket försvårade vården av dessa patienter. Både Burroughs et al. (2006) och Wittink et al. (2011) redogjorde för att vårdpersonal upplevde svårigheter att samtala med patienter om dennes diagnos.

Vårdpersonalen menade att det blev till en förhandling mellan dem och patienten, där personalen försökte övertyga och ”sälja in” diagnosen till patienten. Att ”sälja in” diagnosen till patienten kändes inte alltid bekvämt för personalen och andra menade att det kunde skada relationen mellan läkare och patient (Wittink et al., 2011).

”While convincing was a prevailing component of the way the providers described their conversations about treatment, and most of these discussions centered on treatment form of medication, some providers noted that they were not always comfortable with selling the biomedical model of depression.” (Wittink et al., 2011, s. 432)

Om vårdpersonal berättade något personligt för patienten, uppmuntrade och stöttade det patienten att själv berätta och det blev en mellanmänsklig dialog. Det skulle kännas onaturligt om vårdpersonalen aldrig nämnde något om sig själv vid en längre kontakt (Hyvönen &

Nikkonen, 2004). I studien av Secker et al. (2000) upplevde sjuksköterskor att en del patienter kom till dem för att prata av sig, speciellt om det var kvinnliga patienter som hade en manlig läkare. Enligt White & Ferszt (2009) upplevde sjuksköterskor i deras studie att det var viktigt att som personal ställa frågor och aktivt föra fram ”förlusten” i samtal med patienter i sorg. En sjuksköterska kände lättnad när en kvinna fick berätta om när hon förlorade sitt barn: *”It felt like a relief because I felt there was something that, we were pouring medications into ... like this bottomless dark place and nothing was working and when she told the story, everything seemed to clear”* (White & Ferszt, 2009, s. 237).

Icke-verbal kommunikation

Icke-verbal kommunikation innefattade det vårdpersonalen upplevde som delar av bemötandet utöver det talade ordet. Enligt Hyvönen & Nikkonen (2004) upplevde vårdpersonal att deras uppförande till patienter med psykisk ohälsa var extra viktigt vid första mötet, då det var avgörande för det fortsatta samarbetet, till exempel att presentera sig och ta i hand. Även att ge utrymme, både i form av tid och plats, för att låta patienten berätta och att då som personal aktivt lyssna nämndes i flera studier som en viktig del i bemötandet (Hyvönen & Nikkonen, 2004; Maxwell, 2005; Secker et al., 2000; White & Ferszt, 2009). I studien av Secker et al. (2000) menade sjuksköterskor att det var till hjälp för patienten om de kunde lyssna eftersom det inte alltid var nödvändigt för patienten att gå på rådgivning; *”... Then listening is helpful but it is not always necessary to go to the counsellor.”* (s.52).

En del vårdpersonal menade att det var viktigt med jämlikhet i patient-personal-mötet och att det då ibland var nödvändigt att avstå distans, auktoritet och professionalism (Hyvönen & Nikkonen, 2004). Vårdpersonalen uppmärksammade hur de gjorde gester och ansiktsuttryck och om de satt eller stod. De uppmärksammade även sin klädsel och sminkning och hur detta påverkade bemötandet. En läkare uttryckte att han kände sig självsäker och mer övertygande om denne var klädd som läkare (ibid). Sjuksköterskor upplevde att de hade svårigheter att närma sig patienter med psykisk ohälsa och att de hade svårt att handskas med dem (Waidman et al., 2012). En läkare i studien av Hyvönen & Nikkonen (2004) kände att denne inte var glad åt att behandla patienter med psykisk ohälsa. Läkaren menade att om denna känsla fanns skulle det bli ett misslyckat försök att bemöta patienten.

”The most important thing is the attitude in the sense that if you don’t want to deal with mental issues, you’re sure to fail. It’s so much easier to deal with physical problems ... I’m not very happy to deal with mental patients...”(Hyvönen & Nikkonen, 2004, s. 518)

Därtill upplevde vårdpersonal att det krävdes att de var intresserade av patienten och dennes situation och psykiska hälsa för att kunna ge bra vård (Hyvönen & Nikkonen, 2004; Secker et al., 2000). Detta intresse visades genom att vårdpersonalen var närvarande med hela sitt fysiska väsen (Hyvönen & Nikkonen, 2004).

Begränsningars betydelse för bemötandet

I ett flertal av de studier som analyserats i denna litteraturöversikt framkom det att vårdpersonal upplevde begränsningar hos sig själva och den egna professionen (Burroughs et al., 2006; Lester et al., 2005; Maxwell, 2005; Miedema, Tatemichi, Thomas-MacLean & Stoppard, 2004; Secker et al., 2000; Waidman et al., 2012). Dessutom upplevde personalen begränsningar i organisationen, framförallt inom primärvård men även inom sekundär, specialiserad, sjukvård (Burroughs et al., 2006; Lester et al., 2005; Maxwell, 2005; Miedema et al., 2004; Secker et al., 2000).

Begränsningar i den egna professionen

Den begränsning vårdpersonalen upplevde i att bemöta patienter med psykisk ohälsa, berodde på kunskapsbrist och brist på yrkesmässiga förmågor (Burroughs et al., 2006; Lester et al., 2005; Maxwell, 2005; Miedema et al., 2004; Secker et al., 2000; Waidman et al., 2012). En läkare i studien av Lester et al. (2005) uttryckte sin begränsning av att bemöta patienter med psykisk ohälsa som följer: *”I know that I cannot look after people with severe and enduring mental health problems. I do not have the skills or the knowledge. I couldn’t do it well”* (s. 3). I en studie av Burroughs et al. (2006) beskrev de flesta sjuksköterskor sig som ”allmänna” då de menade att de inte hade någon specialistkunskap i psykiatrisk hälsa. Denna brist på kunskap innebar att sjuksköterskorna och annan vårdpersonal kände en osäkerhet i att bemöta patienter med psykisk ohälsa (ibid.). Bristen eller avsaknaden på kunskap i psykiatrisk hälsa togs även

upp av Waidman et al. (2012) och här menade sjuksköterskor att de kände sig obekväma och okapabla att vårda patienter med psykisk ohälsa och fann detta vara en svårighet, samtidigt ville de kunna bemöta och vårda dessa patienter. Det fanns en minoritet av läkare som kände sig bekväma i att vårda patienter med psykisk ohälsa (Burroughs et al., 2006).

”The only time I saw mental health was in college and it was very little I think I have a blockage by not knowing. It is not due to being afraid, it is due to lack of knowledge itself and how to handle these patients. I have great difficulty.” (Waidman et al., 2012, s. 349)

Distriktssjuksköterskor kände en besvärlighet med att det fanns större behov hos patienterna än vad vårdpersonalen räckte till (Secker et al., 2000). En del vårdpersonal menade att de fick tänja gränserna för yrkesrollen för att tillmötesgå patienters behov trots att de egentligen inte hade kunskapen eller förmågan (Maxwell, 2005; Secker et al., 2000). En läkare nämnde att det kändes givande att se patienter förbättras, men det kändes frustrerande och ledsamt när denne inte kunde hjälpa patienten (Maxwell, 2005). I många fall hänvisade vårdpersonal vidare till annan personal med mer utbildning då de kände att det övergick deras förmåga att hjälpa (Burroughs et al., 2006; Secker et al., 2000).

”It’s very rewarding to treat depression and see it improve But there are some people you will never help; they are just unhappy, and that’s very sad and it’s frustrating that you can’t help them. But a lot of the problems that they have, the contributing factors, are beyond my limit.” (Maxwell, 2005, s. 68)

Begränsningar i organisationen

Personalen upplevde att de inte kunde bemöta patienter med psykisk ohälsa så som var önskvärt på grund av begränsningar i organisationen (Burrougs et al., 2006; Lester et al., 2005; Maxwell, 2005; Miedema et al., 2004; Secker et al., 2000). De begränsningar primärvårdspersonal upplevde inom den egna organisationen gällde; möjlighet att

remittera patienter till sekundär vård och bristen på resurser inom den egna kliniken. Möjligheten att remittera patienter till sekundär vård upplevdes svår då det krävdes att patienten var allvarligt psykiskt sjuk, ”*There isn’t really any further care ... the mental health service won’t see anybody who hasn’t got severe and enduring mental illness*” (Burroughs et al., 2006, s. 374). Omorganisation och bristen på tillgång till offentliga psykiatriska kliniker och tjänster gjorde det svårt för läkare att remittera patienter till sekundär vård (Lester et al., 2005; Miedema et al., 2004). Dessa svårigheter innebar att läkare kände stress för patienternas skull (Lester et al., 2005).

Inom den egna kliniken upplevdes brister i att det inte fanns manualer för vårdandet eller diagnostisering av patienter med psykisk ohälsa. Brist på personal utgjorde en begränsning i vården av patienter med psykisk ohälsa och innebar att den personal som arbetade inom primärvården fick ha hand om flera patienter (Burroughs et al., 2006; Maxwell, 2005; Secker et al., 2000). Sjuksköterskor menade att de inte alltid kunde spendera den tid de önskade med att bemöta patienter med psykisk ohälsa (Secker et al., 2000). I studien av Miedema et al. (2004) menade några läkare att de inte kände att de fick ersättning i förhållande till den tid de la ner på patienter, å andra sidan menade de flesta att ersättningen inte spelade någon roll, ”*I don’t think that the remuneration is an issue. I think it’s time and I think that the money is fine*” (s. 41). En läkare kände ingen förbittring över att ha lagt tid på patienter oberoende av om det ledde till förbättring hos patienten eller inte (Maxwell, 2005).

Sjuksköterskor och läkare i studien av Burroughs et al. (2006) kände att de inte kunde erbjuda patienter med psykisk ohälsa någon hjälp från primärvården, medan läkare i Maxwells (2005) studie menade att det kändes oetiskt att inte erbjuda ”något” som kunde förbättra patientens situation. Detta ”något” var ofta att skriva ut läkemedel.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Denna studie valdes att genomföras som litteraturoversikt enligt Friberg (2012) då den ger översikt på forskning inom valda omvårdnadsområde, vårdpersonals upplevelse av att bemöta patienter. Det finns både styrkor och svagheter med att göra en litteraturoversikt, nedan

kommer dessa att diskuteras utifrån begreppen pålitlighet, trovärdighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Pålitligheten handlar om författarens förförståelse och vana att göra studier, och även om översiktens replikerbarhet (Wallengren & Henricson, 2012). Begreppet trovärdighet innefattar kritisk granskning av utomstående kolleger och att resultatet återkopplats till datan, antingen informanten eller ursprunglig artikel. Bekräftelsebarheten stärks av att urvals- och analysprocesserna finns beskrivna och även av hur lång datainsamlingstiden varit. Överförbarheten diskuterar om resultatet gäller för andra kontexter, situationer eller grupper. Dessutom ska pålitlighet, trovärdighet och bekräftelsebarhet vara säkrade för överförbarheten (ibid.).

En litteraturöversikt kan ge begränsad mängd forskning inom valda område (Forsberg & Wengström, 2008) delvis av att relevant forskning kan ha missats på grund av språkliga missförstånd och delvis på grund av de ord och begränsningar som använts vid databassökningar. Författarens modersmål är svenska men denne har även goda kunskaper i engelska språket. Detta har inneburit att en del forskning, framför allt på spanska och portugisiska, som kommit upp på träfflistor vid databassökningar har utelämnats. Vilket inneburit att samtlig forskning på området inte har använts i denna översikts resultat, vilket försvagar trovärdigheten. Att vara ärlig och hederlig och att hålla sig till sanningen är grundläggande i forskning (Kjellström, 2012). Författaren har inte medvetet förvrängt eller förändrat insamlad data, om detta har skett ändå kan det bero på språkliga missförstånd. Trots goda kunskaper i engelska kan missförståelse vid översättning förekommit. Dock har författaren i så stor utsträckning som möjligt försökt ge en rättvis översättning med hjälp av ett flertal olika lexikon och kontinuerligt gått tillbaka till den ursprungliga datan på engelska, vilket stärker trovärdigheten.

Begreppet bemöta är enligt Fossum (2013) ett abstrakt begrepp som kan vara svåröversatt till andra språk vilket även begreppet upplevelse har varit. Av denna anledning kan det ha varit svårt att finna internationella studier med fokus på upplevelse och bemöta. Istället fokuserades sökorden på relationen mellan vårdpersonal och patient; relations, nurse-patient relations och physician-patient relations. Andra sökord som skulle kunna ha använts vid dessa sökningar skulle kunna varit med fokus på ordet möte, vilket på engelska skulle ha blivit encounter. Dock i sökningar där detta ord användes var artiklarna fokuserade på möten och

vilka som möttes och behandlade inte själva upplevelsen av att bemöta. De ord som användes vid sökningar var nyckelord, MESH-termer och/eller Cinahl headings för de funna artiklar som användes i denna översikt, vilket stärker trovärdigheten. Sökningar gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO, vilka innehåller forskning inom omvårdnad, medicin, hälsovetenskap och psykologi. Att sökningar gjorts i flera databaser stärker trovärdigheten, då det funnits en större chans att finna relevanta artiklar än om sökning enbart gjorts i en databas (Henricson, 2012).

Det fanns svårigheter för författaren att finna relevanta vetenskapliga artiklar till litteraturöversiktens syfte på grund av olika anledningar. En anledning var att detta var första gången som författaren genomförde en litteraturöversikt vilket försvagar pålitligheten och en annan anledning var att tiden var begränsad för genomförandet av litteraturöversikten vilket försvagar trovärdigheten (Wallengren & Henricson, 2012). Även bekräftelsebarheten försvagas av att tiden för datainsamlingen varit begränsad. Pålitligheten i litteraturöversikten försvagas av att detta var första gången som författaren genomfört analys av data och av att författaren genomfört analys på egen hand, dock har översikten under processens gång kritiskt granskats av handledare och handledningsgrupp vilket stärker trovärdigheten (Henricson, 2012).

Före påbörjandet av arbetet med litteraturöversikten medvetandegjorde författaren sin förförståelse genom att skriva ner den. Vid val av artiklar togs förförståelsen i beaktande och den påverkade inte valet av artiklar, vilket stärker pålitligheten (Wallengren & Henricson, 2012). De artiklar som togs med i denna studie var peer reviewed vilket innebär att de är granskade innan publikation, vilket stärker pålitligheten hos artiklarna. I sex stycken av artiklarna framgår det att de har etiskt godkännande från kommitté, de övriga tre har nämnt frivilligt deltagande och informerat samtycke från deltagarna, vilket även finns nämnt hos de sex förstnämnda. I ett par artiklar diskuterar forskarna styrkor och svagheter med deras studie, vilket stärker trovärdigheten. Då kvalitativ data analyseras och sammanställs finns risken att det präglas av forskarnas förförståelse, vilket försvagar bekräftelsebarheten (Forsberg & Wengström, 2008). Vid en litteraturöversikt av kvalitativ forskning utsätts datan för risken att präglas av författarens förförståelse vid analys och sammanställning. För att minimera denna risk har författaren skrivit ner sin förförståelse och under analys och sammanställning tagit

denna i beaktande. Då resultatet visade både på att stärka och försvaga förförståelsen stärks pålitligheten (ibid.).

Artikel av Waidman et al. (2012) hade bristfällig beskrivning av genomförande och analys, vilket inneburit låg replikerbarhet och försvagad pålitlighet och bekräftelsebarhet, dock har den ett resultat som var liknande eller lika med övriga åtta artiklars resultat, vilket stärkte artikelns trovärdighet.

I denna litteraturöversikt var resultatet baserat på vårdpersonals; sjuksköterskors och läkares, upplevelser av att bemöta patienter med psykisk ohälsa. Dessa personalgrupper hade lika upplevelser av att bemöta patienter med psykisk ohälsa. De visade på både positiva och negativa upplevelser i båda personalgrupperna, detta stärker överförbarheten mellan olika personal. Av de nio artiklar som ingick i resultatet var fyra från Storbritannien och två från USA, vilket kan göra att dessa väger över resultatet, men även de övriga tre från Finland, Kanada och Brasilien hade lika eller liknande data. Detta stärker överförbarheten (Wallengren & Henricson, 2012) mellan olika länder trots skillnader i sjukvårdssystem.

Resultatdiskussion

Denna litteraturöversikt om vårdpersonals upplevelse av att bemöta patienter med psykisk ohälsa i primärvården visade på både positiva och negativa upplevelser hos vårdpersonalen. Det framkom ett övergripande fynd; att vårdpersonalen *ville men inte kunde* bemöta patienter med psykisk ohälsa så som de önskade. Nedan följer en diskussion kring tre delar av detta fynd; *att vilja, att sakna kunskap* och *att vara begränsad av organisationen*.

Vårdpersonalen hade en vilja att bemöta, vårda och hjälpa patienter med psykisk ohälsa. Litteraturöversiktens resultat visade på att vårdpersonal ville bemöta patienter genom att ge tid och plats för patienter att kunna berätta. Vårdpersonalen gjorde försök att närma sig patienter genom att samtala med dem, det fanns dock svårigheter i kommunikationen och vissa patienter visade en motvilja till samtal. Denna motvilja hos patienten ledde till frustration hos vårdpersonalen. Vårdpersonalens vilja att bemöta och hjälpa patienter, en vilja att göra gott, kolliderade med patientens vilja att inte ta emot hjälpen, och personalen ställdes inför ett etiskt dilemma. Filosofen Immanuel Kant (1997) menar att den som vill göra gott bör

göra det av plikt mot andra och inte av egoistiska skäl, till exempel för ära eller beröm. Vidare menar Kant att det moraliska värdet ligger i viljan att göra gott och inte i handlingarna eller resultatet av den goda viljan. Alla varelser, människor, har frihet och egen vilja, en autonomi, vilket innebär att var och en gör sina val (Kant, 1997). Vårdpersonalens uppgift är enligt lag att ge vård till alla människor som är i behov och samtidigt visa respekt för patientens rätt att själv bestämma (Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) § 2). Vårdpersonal är bundna av lagen att vårda, och samtidigt visade vårdpersonal som ingått i litteraturöversikten att de vill göra gott och hjälpa patienter. Dessutom ska personalen enligt lag ta hänsyn till patientens rätt att själv bestämma, vilket är att ta hänsyn till patientens autonomi. Vårdpersonalens vilja och patientens vilja överensstämmer inte i alla situationer, vilket kan leda till frustration hos den ena eller hos båda parter. I en kvantitativ studie av Haddad et al. (2005) kände drygt hälften av vårdpersonalen inom primärvården det tacksamt och givande att arbeta med patienter med depression eller andra psykiska besvär. I en kvalitativ studie av Katakura, Yamamoto-Mitani & Ishigaki (2010) menade vårdpersonalen inom hemsjukvården att viljan att bemöta och vårda patienter växte till under vårdtiden, dessutom kände de att de ville vara på jämlik nivå i förhållande till patienten. I alla mellan-mänskliga möten är bemötandet av stor vikt, både inom och utom sjukvården. Inom sjukvården kan bemötandet från personal till patienter ha en stor inverkan på patientens mående (Kim, 2010). Bemötande finns mellan alla typer av vårdpersonal, oavsett titel, gentemot samtliga patienter, oavsett psykologisk eller somatisk diagnos. Filosofen Buber (1997) menar att om ett äkta och sant samtal ska komma till stånd mellan två människor krävs att de möter varandra som människor, och att de ömsesidigt accepterar varandra. Varje människa har en andlig realitet som präglar det unika hos denne, samt påverkar dennes handlingar och yttranden. Genom att verkligen vara nära den andre, att göra den andres Jag närvarande och se den andre som en helhet, och att även ens eget Jag blir närvarande för den andre, uppstår en ömsesidig förståelse och bekräftelse (Buber, 1997). För vårdpersonal innebär detta att deras Jag ska vara närvarande i mötet med patienten och att patientens Jag ska göras närvarande och att denne ska ses som en helhet.

Vårdpersonalen saknade eller hade brist på den kunskap och professionella förmåga som krävdes för att kunna bemöta patienter med psykisk ohälsa. I denna översikts resultat kände sig vårdpersonalen okapabla, obekväma och osäkra att bemöta patienter med psykisk ohälsa.

En del vårdpersonal upplevde stora svårigheter i att kunna bemöta, medan andra menade att de fick tänja på gränsen för sin yrkesroll för att kunna tillgodose patienternas behov. Vårdpersonalen ville att deras chef skulle ordna utbildningstillfällen för dem. I en studie av Westheimer, Steinley-Bumgarner & Brownson (2008) om integrerad psykiatrisk och somatisk primärvård menade personalen att de hade en begränsad kunskap och förmåga att vårda patienter med psykisk ohälsa. De önskade mer utbildning och mer stöttning i arbetet med patienter med psykisk ohälsa (Westheimer et al., 2008). Även sjukvårdspersonal på somatisk vårdavdelning upplevde att de saknade kunskap och terapeutisk förmåga för att vårda patienter med psykisk ohälsa. Personalen menade att de behövde kunskap och förmåga för att bättre kunna förstå patienten och dennes situation (Mavundla, 2000). I en studie från äldreomsorgen menade vårdpersonal att kunskap och erfarenheter underlättade vårdandet av äldre med demens (Huang, 2013). Enligt lag ska vetenskap och beprövad erfarenhet vara grunden för hälso- och sjukvårdspersonalens arbete (Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kap 2. § 1). År 2012 beslutade Regeringen att ge Socialstyrelsen i uppgift, tillsammans med andra myndigheter, att ta fram ett utbildningspaket om värdigt och professionellt bemötande, för hälso- och sjukvårdspersonal. Till detta projekt avsattes 4 000 000 kr från statsbudgeten (Regeringen, 2012). Socialstyrelsen tog sig an uppgiften, och är under utredning. Socialstyrelsen har tillsammans med andra myndigheter och Sveriges Kommuner och Landsting tagit fram webbplatsen; <http://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.aspx>. Där kan vård- och omsorgspersonal på alla nivåer tillgodogöra sig den mest aktuella kunskapen inom sjukvårdsområdet (Socialstyrelsen, 2012). Vårdpersonalen har eget ansvar för att tillgodogöra sig aktuell vetenskap och kunskap i sitt arbetsområde, så även när det gäller att tillgodogöra sig kunskap om psykisk ohälsa och att kunna bemöta dessa personer.

Vårdpersonalen upplevde begränsningar i organisationen som påverkade personalens möjlighet att bemöta patienter med psykisk ohälsa. Resultatet i denna litteraturöversikt visade att bristen på personal inom primärvården innebar att den personal som fanns att tillgå fick ta emot och vårda fler patienter. Detta ledde i sin tur att mindre tid än vad som var önskvärt kunde ges per patient. Vårdpersonalen upplevde att de inte hann samtala med patienterna på ett adekvat vis för att egentligen kunna bedöma omvårdnaden korrekt. Utöver detta upplevde vårdpersonalen att de hade bristande stöd från sina chefer i arbetssituationen. I Mavundlas

(2000) studie från somatisk sjukvårdsavdelning menade vårdpersonalen att de hade brist på personal för att kunna vårda patienter med psykisk ohälsa på avdelningen. Arbetstiden användes i första hand till de dagliga rutinerna på avdelningen och därmed fanns det inte tid att utveckla en relation till patienter med psykisk ohälsa. Även inom somatisk sjukvård finns brister liknande de inom primärvården, exempelvis upplevde sjukvårdpersonal som vårdade patienter med cancer brist på tid, dels på grund av att personalen ville ge mer tid för dessa patienter och dels för att det var brist på personal i förhållande till arbetstyngden på avdelningen (Mohan, Wilkes, Ogunsi & Walker, 2005). I studien av Griswold et al. (2008) upplevde stor del av patienterna med psykisk ohälsa att det var fördelaktigt att ha en "care manager", som höll i all kommunikation gentemot vården och vårdpersonalen. Att kunna ha en "care manager" förutsätter mer personal och mer tid för kommunikation. Enligt lag ska det finnas resurser i form av personal, lokaler och utrustning där det bedrivs hälso- och sjukvård. Dessa resurser ska vara grunden för att ge god vård (Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) § 2). God vård innebär bland annat att patientens behov av trygghet och kontinuitet i vården ska tillgodoses. Patientens autonomi och integritet ska respekteras och det ska arbetas för en god kontakt mellan patient och vårdpersonal (ibid). Detta gäller samtlig vårdpersonal och samtliga personer som söker sig till vården. Förenta Nationernas deklARATION om rättvisa från 1948 menar att alla människor har rätt till sjukvård och att få känna sig trygga vid sjukdom (Förenta Nationerna, 2008). Rättvisprincipen innebär för politiken att de resurser, men även förpliktelser och bördor, som finns fördelas lika i samhället (Stryhn, 2007). För sjukvården borde det innebära att vårdtunga vårdinrättningar bör få mer resurser än de som är mindre belastade. För den enskilde vårdpersonalen innebär rättvisprincipen att alla patienter, oavsett bakgrundshistoria, sjukdom eller orsak till skada eller sjukdom, har rätt till god omvårdnad (ibid). Sjuksköterskan har ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande hos patienter (ICN, 2014).

SLUTSATS

Vårdpersonal upplevde att de ville bemöta patienter med psykisk ohälsa, men att de inte alltid kunde göra på det viset de önskade. Detta berodde på brister hos personalen själv och i organisationen, men det berodde även på att patienter inte ville ta emot den vård och hjälp som erbjöds. Litteraturoversikten kan användas som inspiration för vårdpersonal inom

primärvård, men även inom annan sjukvård, för att vilja lära sig mer om patienter med psykisk ohälsa. Vårdpersonal behöver ta mer eget ansvar för att tillgodogöra sig ny forskning och information om bemötande och patienters sjukdomar, samtidigt bör arbetsgivaren ge möjlighet och utrymme för personalen att fördjupa sina kunskaper. Staten bör fortsätta med uppmaningar och uppmuntran till utveckling av sjukvården och fortbildning av personal.

Om litteraturoversikt skulle genomföras igen utifrån denna studies syfte rekommenderas ytterligare tid för att kunna göra ännu fler och djupare databassökningar än vad som hunnits med denna gång, för att finna fler studier på området. Vidare forskning skulle behandla vårdpersonals upplevelse av att bemöta patienter med psykisk ohälsa före och efter att de tillgodogjort sig utbildning i bemötande och psykisk ohälsa. Detta för att undersöka om det finns någon signifikant skillnad i vårdpersonals upplevelse, om de har eller inte har utbildning.

REFERENSER

Buber, M. (1997). *Distans och Relation*. Ludvika: Dualis

Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A. & Chew-Graham, C. (2006). Justifiable depression: How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice*, 23(3), 369-377.
doi:10.1093/fampra/cm1115

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

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande: Vad är bemötande? I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (s. 30-46). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Förenta Nationerna. (2008). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Hämtad 2015-01-05, från
<http://www.fn.se/PageFiles/7177/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>.

Griswold, K.S., Zayas, L.E., Pastore, P.A., Smith, S.J., Wagner, C.M. & Servoss, T.J. (2008) Primary care after psychiatric crisis: a qualitative analysis. *Annals of Family Medicine* 6 (1), 38–43. Doi: 10.1370/afm.760

Haddad, M., Plummer, S., Taverner, A., Gray, R., Lee, S., Payne, F. & Knight, D. (2005). District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: a three-

area cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 976-985. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hkr.se/10.1111/j.1365-2702.2005.01196.x>.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 471-479). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Huang, H.L., Shyu, Y.I., Huang, H.L., Chen, S.T., Li, H.J., Shiu, M.N. & Pong M.C. (2013). Factors associated with dementia care practices among community health nurses: Results of a postal survey. *International Journal of Nursing studies*, 50(9), 1219-1228. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.016

*Hyvönen, S. & Nikkonen, M. (2004). Primary health care practitioners' tools for mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 514-524. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00746.x

Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, § 2. Hämtad 2014-09-08, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/.

Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, § 5. Hämtad 2014-09-11, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763.

ICN. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Tryck: Åtta45, 2014. Hämtad 2014-09-11, från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf.

Kant, I. (1997). *Grundläggning av sedernas metafysik*. Göteborg: Daidalos.

Katakura, N., Yamamoto-Mitani, N. & Ishigaki, K. (2010). Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. *International Journal of*

Mental Health Nursing, 19(2), 102-109. Doi:

<http://dx.doi.org.ezproxy.hkr.se/10.1111/j.1447-0349.2009.00641.x>

Kim, H.S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. (3. ed.) New York: Springer Pub. Co..

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 69-92). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område kap 2. § 1.
Hämtad 2014-09-12, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1998531-om-yrkesverksam_sfs-1998-531/.

*Lester, H.E., Tritter, J.Q. & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 330(1122). Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38440.418426.8F>

Mavundla, T.R. (2000). Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1569-1578. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01661.x

*Maxwell, M. (2005). Women's and doctors' accounts of their experiences of depression in primary care: the influence of social and moral reasoning on patients' and doctors' decisions. *Chronic Illness*, 1(1), 61-71. Doi: 10.1179/174239525X19617

*Miedema, B., Tatemichi, S., Thomas-MacLean, R. & Stoppard, J. (2004). Barriers to treating depression in the family physician's office. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(1), 37-46. Hämtad 2014-12-13, från <http://cjcmmh.metapress.com/app/home/contribution.asp?backto=issue,3,8;journal,19,65;linkingpublicationresults,1:120150,1>.

Mohan, S., Wilkes, L.M., Ogunsiji, O. & Walker, A. (2005). Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 256-263. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00566.x

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

Ottosson, J. (2009). *Psykiatri*. (7. uppl.) Stockholm: Liber.

Rosvall, M., Grahn, M., Modén, B., & Merlo, J. (2009). Hälsöförhållanden i Skåne: Folkhälsoenkät Skåne 2008. Malmö: Region Skåne. Från http://www.skane.se/upload/Webbplatser/folkhalsa/102923_fh-08_INL.pdf

Regeringen. (2012). *Uppdrag att ta fram ett utbildningspaket för vårdpersonal om bemötande*. Hämtad 2015-01-14, från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/19/65/90/249a1d5b.pdf>.

Röda korsets högskola. (2005). Röda korsets granskningsmall. Hämtad 2014-09-16, från http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf.

*Secker, J., Pidd, F., Parham, A. & Peck, E. (2000). Mental health in the community: roles, responsibilities and organisation of primary care and specialist services. *Journal of Interprofessional care*, 14(1), 49-58. Doi: 10.1080/713678542

Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa: Samsjuklighet. I A. Edberg & H. Wijk (red.) *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (s. 724-726). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2010). Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning. (2010-02-10). Hämtad 2015-01-14, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-2-10/Documents/2010-2-10.pdf>.

Socialstyrelsen. (2012). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2012*. (2012-2-2). Hämtad 2014-09-11, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18585/2012-2-2.pdf>.

Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg*. (2013-5-43). Hämtad 2014-09-11, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>.

SOU 1997:51. *Brister i Omsorg – en fråga om bemötande av äldre: Delbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2014-12-17, från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/18/b7c30f1c.pdf>.

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2015-01-1, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

*Waidman, M.A.P., Marcon, S.S., Pandini, A., Botura Bessa, J. & Paiano, M. (2012). Nursing care for people with mental disorders, and their families, in Primary Care. *Acta Paul Enferm*, 25(3), 346-351. Hämtad 2014-11-20, från http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300005&script=sci_arttext&tlng=en.

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 481-496). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Walter, G. (2008). *Bonniers synonymordbok: [vidgar och varierar ditt ordförråd]*. ([4., helt rev. utg.]). Stockholm: Bonnier.

Westheimer, J.M., Steinley-Bumgarner, M. & Brownson, C. (2008). Primary care providers' perceptions of and experiences with an integrated healthcare model. *Journal of American College Health*, 57(1), 101-108. Hämtad 2014-12-16 från <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0057a6c9-5036-406b-9a5d-13da3301e2d7%40sessionmgr112&vid=16&hid=105>.

*White, P. & Ferszt, G. (2009). Exploration of nurse practitioner practice with clients who are grieving. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(4), 231-240. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00398.x

WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Hämtad 2015-01-14 från http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf?ua=1.

*Wittink, M.N., Givens, J.L., Knott, K.A., Coyne, J.C. & Barg, F.K. (2011). Negotiating depression treatment with older adults: Primary care providers' perspectives. *Journal of Mental Health*, 20(5), 429-437. Doi: 10.3109/09638237.2011.556164

Worden, J.W. (2009). *Sorgerådgivning och sorgeterapi en bok för alla som möter och vill hjälpa sörjande*. Johanneshov: TPB.

Bilaga 1

Sökschema för systematisk datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar/da tabasfilter	Typ av sökning)	Antal träffar	Lästa Abstract	Utvalda artiklar
2014-12-03	PsycINFO	1 2 3 4	Mental* AND Nurse experience	Peer reviewed Publication date: 2000-2014 Age: Adulthood Subject: Primary Health Care	Fritext	3033 2668 1783 77	77	3
2014-12-09	Cinahl	1 2 3 4 5 6	Primary health care 1 AND relations 2 AND mental*	Age: all adult Published date: 2000-2014 Peer reviewed	Cinahl headings Fritext Fritext	30073 2874 286 101 97 95	75	2
2014-12-09	Cinahl	1 2 3 4	Primary health care AND nurse-patient relations	Published date: 2000-2014 Age: All adult Peer reviewed	Cinahl headings	226 191 66 60	60	2 (varav en funnen tidigare)
2014-12-11	PubMed	1 2 3 4	Nurse-patient relations OR nurse practitioners 1 AND Primary health care 2 AND Mental*	Age: Adult 19+ Published date: 2000-2014	MESH-term MESH-term Fritext	45787 3653 186 141	110	2 (båda funna tidigare)
2014-12-12	Cinahl	1 2 3 4	Physician-patient relations 1 AND Primary health care 2 AND Depression	Published date: 2000-2014, Age: All adult Peer reviewed	Cinahl headings Cinahl headings Cinahl headings	16043 932 71 38	38	3

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land, År Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A. & Chew- Graham, C. Storbritannien, 2006 Justifiable depression: How primary care professionals and patients view late- life depression? A qualitative study	To explore the ways that primary care professionals and patients view the causes and management of late-life depression*	Ändamålsurval, 15 personal från ett primärvårds- distrikt (9 läkare, 3 sjuksköterskor (ssk), 2 distrikts- sköterskor och 1 kommunssk). Semi-strukturerade intervjuer.	Etiskt godkännande från lokal etisk forskningskommitté och från myndigheten i distriktet. Inbjudan skickades till all personal i distriktet, de som aktivt samtyckte att delta i studien intervjuades. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Innehållsanalys. Tolkning och kodning gjordes av huvudförfattarna, HB och CCG, först enskilt sedan gemensam diskussion där slutgiltiga teman framkom. Analysprogrammet N-Vivo 34 användes för att hantera och arrangera data.	Ssk beskrev sig som ”allmänna”, att de inte hade den kompetens som krävs i att möta patienter (pat) med depression och de hänvisade gärna pat till annan personal, då de ansåg att de inte kunde erbjuda någon behandling. Både läkare och ssk ansåg att de hade otillräckligt med tid för patientmöte och de upplevde en svårighet att diskutera diagnosen med pat. En minoritet av läkarna kände sig bekväma att bemöta pat.	<i>Svagheter:</i> Trovärdigheten sänks då ingen återkoppling eller granskning av utomstående nämns. Överförbarheten för- svagas eftersom de hade ett nytt arbetssätt. <i>Styrkor:</i> Då analysen skedde enskilt och därefter gemensamt stärks trovärdigheten. Det fanns en följsamhet mellan citat och övrig text vilket stärker tillförlitligheten. Bekräftelsebarheten stärks då analysprocessen var väl beskriven. Etiskt godkännande finns.
Hyvönen, S. & Nikkonen, M. Finland, 2004 Primary health care practitioners' tools for mental health care	The purpose of this study was to describe and analyse the content of mental health care from the practitioner' s point of view.	Snöbollsurval. 7 läkare och 22 ssk inom primärvården, med 5 års erfarenhet av att arbeta med psykiskt sjuka, varav en man, 36- 58 år gamla. Ostrukturerade (9 st)och tematiska (24 st) intervjuer, varade 1,5-2 timmar.	Frivilligt deltagande, samtycke till intervju och inspelning. Första kontakten togs med ansvarig eller redan kända personer inom primärvård. Personer kontaktades via telefon och informerades om studien, bestämde sig på de ostrukturerades resultat. Intervjuer spelades in och transkribera- des. Återkopplades till deltagare Kvalitativ innehållsanalys. Meningar kodades, grupperades och kombinerar- des efter liknande innehåll. Abstraktionen pågick så länge det var meningsfullt och möjligt.	Ssk menade att professiona- liteten var viktig men ibland fick sättas till sidan för att underlätta samtal. Möte med pat byggdes på att ssk visade intresse för pat, lyssnade, förstod, såg individen, och att det fanns gott om tid avsatt. Det var viktigt att bemöta vänligt och artigt. Både verbal och icke-verbal kommunikation var av stor vikt.	<i>Svagheter:</i> Inget etiskt godkännande. Ingen förståelse fanns omnämnd vilket sänker tillförlitligheten. Överförbarheten sänks då sammanhanget var ett specifikt område i Finland. <i>Styrkor:</i> Då metod och analys var väl beskrivet ger det en god möjlighet att replikera vilket stärker tillförlitligheten. Bekräftelsebarheten stärks av återkoppling till deltagarna och av att forskarna hållit sig objektiva. Överförbarheten stärks av att urvalet och sammanhanget var väl beskrivet. Forskarna diskuterade validitet och överförbarhet för studien.

Författare Land, År Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Waidman, M.A.P., Marcon, S.S., Pandini, A., Botura Bessa, J. & Paiano, M. Brasilien, 2012 Nursing care for people with mental disorders, and their families, in Primary Care	The objective of this study was to know how the nurses who work in the FHS perceive their education for assisting the person with mental disorders and his family, and to identify the activities developed by them.	Ändamålsurval. 17 ssk (varav 16 kvinnor), arbetar med Family Health Strategy (FHS) Åtta var specialistut- bildade i folk- hälsa. 23-46 år gamla. Semi- strukturerade intervjuer.	Etiskt godkännande och deltagarna gav signerat samtycke. Intervjuerna genomfördes på respektive arbetsplats. Innehållsanalys.	Ssk upplevde svårigheter med att ha att göra med pat med psykiska sjukdomar, de menade att de inte var kapabla eller förberedda att vårda dessa pat pga att de hade bristfällig eller ingen utbildning i området. Några sa att de inte hade färdigheter att vårda dessa pat och att de kände sig obekväma att närma sig dem. Ssk menade att de försökte nå dessa pat, men pat ville inte eller var svåra att nå, tex vid samtal.	<i>Svagheter:</i> Bekräftelsebarheten sänks då analysen är bristfälligt förklarad. Trovärdigheten sänks då ingen återkoppling till deltagarna omnämns. Överförbarheten sänks då det är en studie specifikt för denna grupp sjuksköterskor inom ett specifikt arbetsområde. <i>Styrkor:</i> Tillförlitligheten stärks av att intervjufrågorna finns uppskrivna. Hade etiskt godkännande och frivilligt deltagande. I och med att urvalet och sammanhanget var väl beskrivet stärks överförbarheten.
White, P. & Ferszt, G. USA, 2009 Exploration of nurse practitioner practice with clients who are grieving	The purpose of this study was to describe the clinical practice of Nurse Practitioners in primary care with clients who were grieving the death of a significant person.	Ändamålsurval. 9 kvinnliga ssk, minst 5 års arbete i primärvården med erfarenhet av att möta pat i sorg. 30-59 år gamla. Semi- strukturerade intervjuer, varade 1-1,5 timmar.	Lokalt godkännande. Vårdlärare och sjuksköterske-organisationer förmedlade kontakt med ssk som kom att delta i studien. Informerat samtycke. Intervjuerna genomfördes på ssk's arbetsplats, spelades in och transkriberades. Deltagarna fick frågorna i förväg för att kunna förbereda sig. Kvalitativ innehållsanalys. Varje intervju behandlades som en helhet, lästes flera gånger.	Ssk menade att det var viktigt att ge pat utrymme att berätta om sin sorg och förlust och då vara aktivt lyssnande och bekräftande gentemot pat's känslor och lidande. I vissa fall var det ssk som tog upp frågan om förlust och sorg. Viktigt att visa hänsyn och stötta pat i dennes sorgebearbetning.	<i>Svagheter:</i> Överförbarheten sänks då urvalet är litet och sammanhanget inte beskrivet. <i>Styrkor:</i> Genom att forskaren har erfarenhet av ämnet och att studien är kontrollerad av utomstående stärks trovärdigheten. Då forskaren har skrivit ner sin förförståelse stärks tillförlitligheten och denna har tagits i beaktande vid analys. Analysprocessen är beskriven och det finns ett samspel mellan citat och text vilket stärker bekräftelsebarheten.

Författare Land, År Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Lester, H.E., Tritter, J.Q. & Sorohan, H.</p> <p>Storbritannien, 2005</p> <p>Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness; focus group study</p>	<p>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*</p>	<p>Ändamålsurval gentemot personal. 39 allmänläkare (varav 14 kvinnor), 8 kvinnliga allmän- ssk. Från sex olika primärvårds- distrikt. 31-61 år gamla.</p> <p>Fokusgrupp- samtal.</p>	<p>Etiskt godkännande från lokal etisk kommitté. Samtliga allmänläkare och ssk bjöds in via informationsbrev. Sex fokusgruppsamtal med personal och sex fokusgruppsamtal med mixad grupp av personal och patienter, genomfördes inte i sjukvårdsmiljö. Samtalen varade ca 2 timmar, spelades in, transkriberades, summerades och resultatet återkopplades till deltagarna.</p> <p>Textmaterialet kodades i huvud- och subkoder, vilket gav olika teman där flera huvudkoder ingick. NVivo 2.0 (QRS) användes som hjälp vid textanalysen.</p>	<p>Läkare upplevde det svårt att prata med pat. Många i personalen kände att de saknade lämplig kunskap och färdigheter. Svårigheter att hänvisa till sekundär vård pga förändringar bland personalen ledde till att primärvårdspersonalen blev stressade när de istället fick sätta sig med en pat i kris, vilket var tidskrävande. Upplivedes svårt med att pat inte kom på avtalade tider.</p>	<p><i>Svagheter:</i> Tillförlitligheten sänks då varken forskarnas förståelse eller bakgrund omnämns, dessutom finns inte intervjufrågor med. Då objektiviteten vid analys inte omnämns sänks verifierbarheten. Överförbarheten sänks då sammanhanget inte var beskrivet.</p> <p><i>Styrkor:</i> Att datainsamlingen pågick under nio månader till dess att datamättnad framkom stärker trovärdigheten. Trovärdigheten stärks även av att de frågor som användes vid samtalen formades utifrån en mindre litteraturoversikt och en pilot-studie. Då återkoppling till informanterna och citering finns med stärks bekräftelsebarheten. Forskarna belyser brist i att enbart 8 % av inbjuden personal deltog. I de mixade grupperna var inte personal och pat från samma distrikt.</p>
<p>Maxwell, M.</p> <p>Storbritannien, 2005</p> <p>Women's and doctors' accounts of their experiences of depression in primary care: the influence of social and moral reasoning on patients' and doctors' decisions</p>	<p>This article aims to further our understanding of patients' decisions to disclose their emotional problems and to seek help, and patients' and doctors' decisions to accept/ confer a diagnosis of (chronic) depression*</p>	<p>Randomiserat urval. 20 läkare, varav 10 kvinnor, från 11 primär- vårdskliniker deltog. De skulle ha erfarenhet av att känna igen och behandla depression. 30-60 år gamla.</p> <p>Semi- strukturerade intervjuer.</p>	<p>Samtliga läkare på 55 kliniker bjöds, frivilligt deltagande. 20 intervjuer genomfördes vid studiens start och efter 9-12 månader genomfördes 19 intervjuer (en läkare hade lämnat studien). Intervjuerna spelades in och transkriberades. Analysen och resultatet har fokuserat på den första omgången av intervjuer.</p> <p>Innehållsanalys av datan gav teman och subteman, genomfördes av författaren. En mindre del av datan diskuterades med handledare.</p>	<p>Läkarna upplevde problematik, svårigheter och etiska dilemman med deprimerade pat. Samtidigt kände de att de var ålagda att göra 'något' för att hjälpa pat, tex att ha tid, att lyssna eller skriva ut läkemedel. En läkare nämnde glädjen över att se en pat förbättras, men också sorgen och frustrationen över att så många människor inte är glada.</p>	<p><i>Svagheter:</i> Inget etiskt godkännande omnämns. Då förståelsen inte fanns med och metoden var knapphändig beskriven sänks tillförlitlig- heten. Bekräftelsebarheten sänks av att objektivitet vid analys inte nämns. Överförbarheten sänks då sammanhanget inte beskrivits.</p> <p><i>Styrkor:</i> Frivilligt deltagande och fritt att avbryta sitt deltagande. Trovärdigheten stärks av väl beskriven urvalsprocess och problema- tiken med denna. Att analysprocessen var väl beskriven och att det fanns citat med i texten stärker bekräftelsebarheten.</p>

Författare Land, År Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Wittink, M.N., Givens, J.L., Knott, K.A., Coyne, J.C. & Barg, F.K. USA, 2011 Negotiating depression treatment with older adults: Primary care providers' perspectives	To explore how primary care providers describe the process of discussing depression care with older adults	15 läkare, varav 5 kvinnor, som arbetade på primärvårdsklini- ker som var delaktiga i pågående projekt om äldres psykiska hälsa. Semi- strukturerade intervjuer, via telefon, varade 20-30 min.	Etiskt godkännande. Deltagarna gav informerat samtycke. Utav 54 möjliga deltagare bjöds de 33 med mest erfarenhet in och 15 deltog. Intervjuerna spelades in, transkriberades, kontrollerades och genomgick dataprogrammet QRS N6. Innehållsanalys, flertal läsningar av datan, kodning och tematisk uppdelning först enskilt, sedan i grupp. Resultatet återkopplades till deltagarna.	Läkarna kände sig tvungna att ”övertyga, utbilda och sälja in” diagnosen depression till de äldre, då denne hade en annan inställning. Läkare upplevde svårigheter med detta. En läkare kände sig inte alltid bekväm med att ”sälja in” sin idé om depression. Läkare upplevde att relationen till pat kunde försämrats om de försökte övertyga pat.	<i>Svagheter:</i> Överförbarhet sänks då sammanhanget var bristande beskrivet. Eftersom objektivitet vid analys inte omnämns sänks bekräftelsebarheten. <i>Styrkor:</i> Etiskt godkännande, informerat samtycke, samt att forskarna diskuterar begränsningar med studien; litet urval, i ett specifikt sammanhang, att de kan ha ställt ledande frågor vid intervjun, vilket stärker trovärdigheten. Tillförlitligheten stärks av att förförståelsen omnämns. Genom att analysen var väl beskriven och återkoppling till deltagarna skett stärks bekräftelsebarheten.
Miedema, B., Tatemichi, S., Thomas-Maclean, R. & Stoppard, J. Kanada, 2004 Barriers to treating depression in the family physician's office	Aims to understand, from the standpoint of the family physician, the barriers to treating depression in the office setting	Ändamålsurval. 20 familjeläkare, varav 11 kvinnor. Semi- strukturerade intervjuer, varade ca 1 timme.	Etiskt godkännande och frivilligt deltagande. Samtliga 100 familjeläkare bjöds in via e-post, 39 tackade ja varav 20 valdes ut utifrån kön, klinik och tid sedan examen. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Innehållsanalys, datan kodades och genererade olika teman med hjälp av mjukvaruprogram. Enskilda analyser, därefter i grupp med diskussion och gav överenskommet resultat.	Några läkare kände svårigheter med pat som inte hade försäkring, då dessa endast kunde använda offentlig sjukvård. Några läkare upplevde det mycket tidskrävande att behandla deprimerade pat. Läkare menade att bristen på offentliga psykiatriska kliniker och tjänster var ett stort hinder i vården. Läkare kände också att de saknade den expertis som krävdes för att samtala med deprimerade pat, de kände att de inte hade fått övning i detta. Några kände att de inte fick ersättning i förhållande till vad de gav i tid.	<i>Svagheter:</i> Då ingen förförståelse på området omnämns sänks tillförlitligheten. Verifierbarheten sänks då objektivitet vid analys inte nämns. Överförbarheten sänks då urvalet är litet och inom ett specifikt sjukvårdsområde. <i>Styrkor:</i> Etiskt godkännande, frivilligt deltagande. Trovärdigheten stärks av att forskarna var vana att göra kvalitativ forskning och att urvalet var baserat på frivillighet och med spridning bland deltagarnas egenskaper. Forskarna har nämnt vilken typ av frågor som använts stärker tillförlitligheten. Bekräftelsebarheten stärks av att analysen är beskriven.

Författare Land, År Titel	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Secker, J., Pidd, F., Parham, A. & Peck, E. Storbritannien, 2000 Mental health in the community: Roles, responsibilities and organisation of primary care and specialist services	... to focus here on the broader issues of the roles and responsibilities expected of and/or being taken on by the health service practitioners...exa mine the perspectives of three professional groups: primary care nurses; community psychiatric nurses; and general practitioners	Sluppmässigt urval. 30 ssk, sju läkare (och sju psykiatrisk, vars svar inte redovisas i resultatet här). Fokusgrupp- samtal. Individuella intervjuer.	Frivilligt deltagande och medgivande till att spelas in. Samtlig personal inom två primärvårdsdistrikt bjöds in. Ett intervjuschema utformades i samråd med nyckelpersoner inom var profession från båda primärvårdsdistrikten. Sex stycken fokusgruppsamtal genomfördes med ssk, anteckningar fördes under samtalet och efteråt spelade samtalsledaren in en sammanfattning av samtalet på en Diktafon. Den inspelade datan transkriberades. Innehållsanalys genomfördes på anteckningar och transkriptionen, för att identifiera teman som framkom i förhållande till intervjuschemat. Individuella intervjuer gjordes med läkare, som spelades in och delvis transkriberades för analys. Detaljerade anteckningar togs över de intervjudelar som inte transkriberades.	Ssk upplevde inom sig en konflikt mellan att vårda holistiskt och begränsningar inom professionen tex tid och kunskap, de kände sig under moral press. De kände också att de var tvungna att tänja på gränserna för sina egentliga arbetsuppgifter. Läkare upplevde svårighet att organisera vården för pat med psykisk ohälsa då tiden var en begränsning. De kände att de jobbade/handskades med det så gott de kunde i förhållande till tidsbristen, ett par av läkarna kände inget intresse av psykisk ohälsa och ville då inte heller lära sig mer eller bli bättre.	<i>Svagheter:</i> Omnämns inget etiskt godkännande. Överförbarheten sänks då urvalet är litet och inom ett specifikt område. Då metod och analys är bristfälligt beskrivet sänks replikerbarheten och därmed tillförlitligheten. <i>Styrkor:</i> Framhåller att deltagarna deltog frivilligt och samtyckte. Forskarna visar även på svårigheter med att genomföra studien. Bekräftelsebarheten stärks av att de citat som finns med är kopplade till övrig text. Trovärdigheten stärks av att urvalsmetoden var lämplig för denna studie, eftersom de ville ha med flera olika personalkategorier.

*studierna har flera perspektiv i resultatet, dock redovisas enbart det som svarar mot denna studies syfte.

Bilaga 3		Artiklar								
Kategorisering										
Huvudkategorier	Subkategorier	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Att uppleva begränsningar	Begränsningar i den egna professionen	X		X		X	X		X	X
	Begränsningar i organisationen	X				X	X		X	X
Att kommunicera	Verbal kommunikation	X	X	X	X	X		X		
	Icke-verbal kommunikation		X	X	X		X			X

Artiklar

1. Burroughs et al., (2006)
2. Hyvönen & Nikkonen, (2004)
3. Waidman et al., (2012)
4. White & Ferszt (2009)
5. Lester et al., (2005)
6. Maxwell, (2005)
7. Wittink et al., (2011)
8. Miedema et al., (2004)
9. Secker et al., (2000)