



4Institutionen för hälsovetenskap

Att vara människa - inte en diagnos!

- En litteraturstudie om vuxna människor med psykisk ohälsa

Kim Lund

Linnéa Myrhage

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap/ Högskolan
Höstterminen 2016**

Att vara människa - inte en diagnos!

- En litteraturstudie om vuxna människor med psykisk ohälsa

To be Human - not a diagnosis!

- A literature-based study about adults with mental illness

Författare	Kim Lund Linnéa Myrhage
Handledare	Lena Håkansson
Examinator	Azar Hedemalm
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	Höstterminen 2016
Antal sidor	17

Abstract

Background: Mental illness has in recent years increased in society. It has since centuries been seen as a shameful disease and mental illness has not been a high priority in health care. **Aim:** The aim of this study was to describe how adult humans with mental illness experiences the meeting with the nurse. **Method:** The method that was used was a literature based study with basis in analysis of qualitative research. 11 articles with a qualitative approach was analyzed. **Result:** The result showed two main theme. The first theme was a feeling of being seen in the meeting when an open dialogue was used and a relationship was created. The second theme was a feeling of invisible because they felt reduced to a diagnosis and encountered obstacles in the relation. **Conclusion:** Adult humans with mental illness could experience the meeting in different ways. A good meeting with the nurse could increase the human with mental illness trust in healthcare. It could improve the care and relationship between human with mental illness and the nurse.

Keywords: adults, mental illness, nurse-patient relationship, patient satisfaction, psychiatric patients

Populärvetenskaplig sammanfattning

Psykisk ohälsa är ett växande problem i samhället och allmänsjuksköterskan möter i sitt arbete dagligen människor med psykisk ohälsa. Dessa människor upplever sig ofta osynliga i samhället och upplever även förutfattade meningar i mötet med sjuksköterskan. Forskning idag utgår mindre ofta från perspektivet hos människor med psykisk ohälsa, vilket behövs för att omvårdnaden ska kunna utvecklas. Problematiken är att sjuksköterskan många gånger möter människor utifrån deras psykiska diagnos, istället för att möta dessa människor utifrån ett helhetsperspektiv. Examensarbetet beskriver hur vuxna människor med psykisk ohälsa kan uppleva mötet med sjuksköterskan.

Two teman framkommer efter sammanställning av befintlig forskning. Vuxna människor med psykisk ohälsa upplever antingen sig sedda i mötet med sjuksköterskan eller en känsla av osynlighet. Känslan av att vara sedd uppkommer när sjuksköterskan bekräftar individen genom att vara öppensinnad. Sjuksköterskan lägger ner tid i mötet genom att lyssna och att försöka förstå personens situation. En känsla av osynlighet i mötet uppkommer när sjuksköterskan förminskar personen till en diagnos. De med psykisk ohälsa upplever hinder i relationen genom att sjuksköterskan utövar makt och behandlar dem som barn. De känner sig ensamma när sjuksköterskan inte har tid för dem och inte tyckts bryr sig om dem.

Genom denna studie kan sjuksköterskan få en ökad förståelse för hur vuxna människor med psykisk ohälsa upplever mötet med dem. Ökad förståelse kan förbättra relationen mellan människor med psykisk ohälsa och sjuksköterskan. Det kan även leda till en ökad känsla av hälsa hos människor med psykisk ohälsa.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Olika former av psykisk ohälsa	1
Att vara människa och leva med psykisk ohälsa.....	2
Att lindra lidande genom personcentrerad vård	2
Mötet med sjuksköterskan.....	3
Problemformulering	3
Syfte	3
Metod	3
Litteratursökning	4
Urval	4
Analys	5
Resultat	5
Upplevelsen av att vara sedd i mötet.....	6
<i>Att skapa en relation</i>	6
<i>Att skapa en dialog</i>	6
Upplevelsen av att vara osynlig i mötet	7
<i>Att förminsкас till en diagnos</i>	7
<i>Att möta hinder</i>	8
Diskussion	9
Metoddiskussion.....	9
Resultatdiskussion	10
Slutsatser	12
Praktiska implikationer	12
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kunskapsområde	13
Referenser	14

Bilagor

Bilaga I	Sökhistorik
Bilaga II	Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod
Bilaga III	Översikt av analyserad litteratur

Inledning

Inom alla verksamheter där vård bedrivs möter allmänsjuksköterskan dagligen människor som lider av psykisk ohälsa. De senaste åren har det skett en ökning av psykisk ohälsa i samhället. Vi har sett brister i mötet mellan människor med psykisk ohälsa och sjuksköterskan, vilket många gånger lett till missförstånd och felprioriteringar. Vi har observerat att människan bakom patienten ofta glöms bort i mötet med sjuksköterskan eftersom fokuset istället hamnar på den psykiska diagnosen. Människan i en vårdssituation är en patient lika mycket som en patient är en människa. Psykisk ohälsa förekommer många gånger i kombination med fysisk ohälsa, vilket upplevs mer konkret. Detta kan leda till att kroppsliga besvär prioriteras före psykiska besvär eftersom psykisk ohälsa är ett ämne som idag är tabubelagt och tas inte på lika stort allvar. Kunskap om hur människor med psykisk ohälsa upplever mötet med sjuksköterskan kan förbättra relationen och därmed kan öka välbefinnandet hos människorna med psykisk ohälsa.

Bakgrund

Ekman et al. (2011) beskriver att användningen av ordet patient förminskar människan från att vara en hel människa till att vara en människa i en vårdssituation, det vill säga en patient. Nationalencyklopedin [NE] (2016) definierar att en patient är en människa som har kontakt med hälso- och sjukvården på grund av att denne är i behov av hjälp från sjukvården. Folkhälsomyndigheten (2016) visar en ökning av psykisk ohälsa i befolkningen mellan åren 2004 till 2015. Var tredje kvinna och var fjärde man i åldern 30-64 år upplever ångslan, oro eller ångest. Psykisk ohälsa förekommer både bland män och kvinnor dock uppkommer psykisk ohälsa oftare hos kvinnor.

Olika former av psykisk ohälsa

Skärsäter (2014) beskriver att det finns olika typer av psykisk ohälsa. Negativa upplevelser i människors vardag kan påverka stämningläget och leda till psykisk ohälsa. Oro och nedstämdhet är känslor som många människor kan relatera till och har upplevt någon gång i livet. Människor har olika strategier för att hantera svårigheter som uppkommer och har olika lätt att bearbeta dessa händelser som påverkar livet. Människor kan lida av olika psykiska sjukdomar och några av dem är schizofreni, bipolär sjukdom, depression och ångestsyndrom. World Health Organization [WHO] (1992) skildrar att schizofreni påverkar kontrollen av tankeverksamheten och känsleregistret negativt samt att de får en uppfattning av omgivningen som inte är verklighetstrogen. Människor som lider av bipolär sjukdom har aktiva perioder och under dessa perioder har ovanligt mycket energi och saknar förmåga att se gränser. Perioderna går över i djupa depressiva faser och kan pågå några dagar till veckor. Depression innebär att människan lider av påtaglig nedstämdhet samt symtom som sömnsvårigheter, minskad aktivitetsnivå, skuld-känslor, avsaknad av framtidstro, minskad aptit och minskad självkänsla. Sjöström och Skärsäter (2014) redogör ångestsyndrom som en normal reaktion av nervositet till ett sjukdomstillstånd med orimlig panikartad känsla, med symtom som svettningar, hjärtklappningar eller ångestkänsla. I ångestsyndrom inkluderar WHO (1992) paniksyndrom, fobier, tvångssyndrom, posttraumatisk stressyndrom, akut stressyndrom, generaliserat ångestsyndrom och tvångssyndrom.

Enligt Skärsäter (2014) kräver en del psykiska sjukdomar professionell hjälp. Psykisk ohälsa kan påverka människan både fysiskt och psykiskt. Fysisk påverkan ter sig genom en stresspåverkan i kroppen och kan yttra sig genom fysiska symtom, exempelvis hjärtklappning,

svettningar och smärta. Psykisk påverkan ger ogynnsamma förändringar i människans stämningsläge och känsleregister. Människor med psykisk ohälsa söker sig till alla verksamheter där vård bedrivs utefter deras behov av vård. Allmänsjukvårdens kan möta dessa människor i primärvården, hemsjukvården, allmänsjukvården och inom den psykiatriska vården.

Att vara människa och leva med psykisk ohälsa

Enligt Eriksson (1989) är människan en helhet med en kropp, själ och ande. Sjuksköterskans vårdande bör alltid utgå från människan som en helhet. Fhanér (1999) beskriver hur människan formas av sitt arv och även av sin sociala och fysiska miljö. Människokroppen består av flera olika delar både utvändigt och invändigt för att människan ska kunna leva. Anden och själen gör människan till en unik individ med unik personlighet.

Eriksson (1989) sammanfattar begreppet hälsa med sundhet, friskhet samt en känsla av välbefinnande. När det finns balans mellan dessa kan människan uppleva hälsa, det behöver dock inte innebära frånvaro av sjukdom. Vidare beskriver Eriksson att hälsa är naturligt hos människan och ohälsa är onaturligt, vilket alla människor kommer stöta på under livet, genom sjukdom eller svaghet. Enligt WHO (1948) är definitionen av hälsa ett tillstånd av fullständigt välbefinnande; socialt, fysiskt och mentalt. Det är människans egen upplevelse av hälsa som är avgörande oavsett om denne lider av fysiskt eller psykisk svaghet. Ahlström och Larsson (2006) redogör att människor med psykisk ohälsa vill bli behandlade med respekt och som jämlika individer.

NE (2016) beskriver en upplevelse som något människan är med om och berörs känslomässigt av. Enligt Andersen och Larsen (2012) känner sig människor med psykisk ohälsa som främlingar i samhället, de känner skam över sin sjukdom och att vardagslivet förändras till det sämre. Sakiyama, Josephsson och Asaba (2010) skildrar att människor med psykisk ohälsa upplever att leva med sin sjukdom som att dagligen genomgå en ansträngande tävling. Efter att ha anpassat sig i sociala sammanhang hela dagen är de mental och fysiskt utmattade.

Att lindra lidande genom personcentrerad vård

Eriksson (1994) beskriver begreppet lidande som en mänsklig upplevelse vilket upplevs påfrestande. Ordet patient betyder den lidande och har sitt ursprung från latinets *pati*, vilket betyder att lida. Begreppet lidande kan beskrivas utefter sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Sjukdomslidande är lidande som uppkommer från ett sjukligt tillstånd och negativt påverkar människan. Ett vårdlidande uppkommer när patienten upplever att vården är ofullständig. Ett livslidande är ett obehag eller en negativ upplevelse när människans livssituation förändras till det negativa.

Enligt Robinson, Callister, Berry och Dearing (2008) finns det finns olika definitioner av personcentrerad vård. Från människans perspektiv framkommer det att människor upplever en god personcentrerad vård när de blir bemötta med respekt, lyhördhet och av kunnig personal. Ekman et al. (2011) beskriver att personcentrerad vård tar hänsyn till hela människan. Personcentrerad vård beaktar människans lidande i sjukdomssituationen och allt runt människan spelar en viktig roll för att öka känslan av hälsa. För att den personcentrerade vården ska genomsyra hela vårdtillfället är det viktigt att skapa ett partnerskap med människan. Partnerskapet startar genom att människan själv får berätta om sin sjukdomssituation, sina tankar och sitt lidande. Fokus ligger på människans upplevelse av sin sjukdom. Inom nästa steg av partnerskapet är det viktigt att sjuksköterskan lyssnar till

människans upplevelse av sin sjukdomssituation. Då försöker sjuksköterskan försöker förstå dennes situation för att på bästa sätt, utifrån människan, starta en dialog. Därefter är det möjligt att tillsammans kunna planera och skapa en god omvårdnad. Sista steget i partnerskapet är att sjuksköterskan är noggrann med att dokumentera människans tankar och preferenser gällande den egna vården. Genom sjuksköterskans noggranna dokumentation av människans egna önskemål, visar att människan är delaktig i sin egen vård, från början till slut.

Mötet med sjuksköterskan

Halldorsdottir (1996) beskriver att den professionella omsorgen som sjuksköterskan ger kan antingen bygga en bro eller en mur, beroende på sjuksköterskans förhållningssätt i mötet. I mötet med sjuksköterskan befinner sig människan i en sårbar situation och är i behov av professionell hjälp. En grundläggande del i omsorgen är att sjuksköterskan bryr sig om människan. Om sjuksköterskan är likgiltig inför människan skapas en mur. Effekterna av en mur gör att välbefinnandet och känslan av hälsa kan sänkas hos den utsatta människan. Sjuksköterskan kan skapa en bro genom att visa omsorg, bry sig och vara kompetent i mötet. Om det skapas en bro i mötet med människan kan en känsla av välbefinnande och hälsa uppkomma. Enligt International Council of Nurses etiska kod (ICN, 2012) ska sjuksköterskan behandla alla människor med respekt och lyhördhet samt inte göra skillnad på människor på grund av deras bakgrund utan se dem som individer. Sjuksköterskans uppgift är att lindra lidande och främja hälsa.

Van der Kluit och Goossens (2011) beskriver att sjuksköterskor som har kunskap hur de ska bemöta människor med psykisk ohälsa, känner sig säkra i mötet. När sjuksköterskor upplever att de inte har kunskap om hur de ska bemöta människor med psykisk ohälsa, undviker de dessa möten. Sjuksköterskor upplever även att vården blir styrd av administrativa uppgifter istället för människors behov av vård.

Problemformulering

Psykisk ohälsa är ett ökande problem bland människor i alla åldrar och är ett samhällsproblem. Psykisk ohälsa kan visa sig på olika sätt genom fysisk eller psykisk påverkan. Forskning visar att sjuksköterskan inte alltid vet hur människor med psykisk ohälsa bör bemötas. Varje människa är unik och varje möte mellan människan med psykisk ohälsa och sjuksköterskan ska vara unikt. Det är viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap om hur mötet med människor med psykisk ohälsa kan ske ultimat. För att kunna förbättra mötet och i sin tur omvårdnaden för människor med psykisk ohälsa är det väsentligt att belysa deras upplevelser under mötet med sjuksköterskan.

Syfte

Syftet är att beskriva hur vuxna människor med psykisk ohälsa upplever mötet med sjuksköterskan.

Metod

En litteraturbaserad studie med grund i analys av kvalitativ forskning valdes eftersom avsikten var att beskriva hur vuxna människor med psykisk ohälsa upplever mötet med sjuksköterskan. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) bestämmer studiens syfte valet av metoden och inte tvärtom. Syftet handlade om att beskriva vuxna människors upplevelser och därför svarade kvalitativ forskning tydligt mot studiens syfte. Enligt Friberg (2012a)

används en litteraturbaserad studie med grund i analys av kvalitativ forskning för att få en ökad förståelse av vad något innebär. I denna metod används utvinns ny kunskap och en ny helhet genom att sammanställa olika kvalitativa artiklarnas resultat.

Litteratursökning

Först gjordes en inledande informationssökning vilket enligt Friberg (2012b) utförs för att få en överblick över den litteratur som finns inom problemområdet. Därefter kan den egentliga litteratursökningen börja. Fokus ligger på att hitta relevanta artiklar till litteraturstudiens syfte. För att få ett brett utbud av relevanta artiklar söktes artiklar utifrån tre olika databaser Cinahl, PubMed och ProQuest. Enligt Willman et al. (2011) är det viktigt vid systematisk litteratursökning för att få största möjliga utbud av artiklar. Cinahl inriktar sig mot omvårdnadsområdet och PubMed mot det medicinska området. I databasen ProQuest finns det 13 databaser att söka i och fyra av dessa användes i sökningen; psycARTICLES, psycINFO, Social Services Abstracts och Sociological Abstract. Dessa fyra databaser inriktar sig mot sociologi, social arbete och psykiatri. Sökorden som användes relaterades till studiens syfte vilket Östlundh (2012) anser är viktigt eftersom sökorden ska representera det huvudsakliga ämnet i studien. I litteratursökningarna användes olika sökord och ämnesord beroende på i vilken databas sökningen utfördes. Willman et al. (2011) förklarar att alla databaser har olika ordlistor för sökord, som blir till ämnesord. Trunkering (*) betyder avkorta och användes i litteratursökningarna för att få fram sökordens alla böjningsformer. Enligt Östlundh (2012) leder det till ett större resultat i sökningen. Boolesk söklogik användes i litteratursökningarna vilket enligt Östlundh (2012) används när två eller fler olika sökord ska sätta in i en sökning.

Litteratursökningen började i Cinahl med sökorden *patient experience* och *mental disorder*. Ämnesorden var *patient satisfaction*, *psychiatric care*, *nurse-patient relations*, *psychiatric patients* och *qualitative studies*. Genom att använda citationstecken blev ordens ordning i sökningen exakt samma i sökningens resultat. Avgränsningar i Cinahl var english, peer reviewed, all adult och 2006-2016. I ProQuest användes liknande sökord som i Cinahl: *patients experiences*, *mental illness*, *attitudes* och *patients satisfaction*. För att få ett större resultat i sökningen användes inte citationstecken för alla sökord. Avgränsningar i ProQuest var english, 2006-2016, all adult, peer reviewed och scholarly journal. Vid sökningarna i PubMed användes ämnesorden *nurse-patient relations* och *psychiatric patients*. Avgränsningar i PubMed var 10 years, english och adult 18+. Därefter uppfattades en mättnad i sökresultaten och gjorde därför en osystematisk sökning vilket gav en artikel av Shattell, Starr och Thomas (2007).

Se en översikt av sökprocessen i bilaga I.

Urval

För att få fram relevant material till studien valdes inklusion- och exklusionskriterier vilket enligt Willman et al. (2011) är väsentligt för att få fram de empiriska studierna som svarar på studiens syfte. Inklusionskriterierna var artiklar från åren 2006-2016, vuxnas upplevelser från 18 år, artiklar på engelska, etiskt granskade, kvalitativa studier och peer reviewed. Peer reviewed förklarar Östlundh (2012) menas med att artiklarna är publicerade i vetenskapliga tidskrifter och granskade av oberoende forskare. I ProQuest valdes scholarly journals som komplement till peer reviewed. Vi använde samma inklusioner i de tre databaserna. Exklusionskriterierna var barn och ungdomars upplevelser, sjuksköterskors upplevelser, anhörigas upplevelser och studier som innefattade psykisk ohälsa tillsammans med en somatisk sjukdom.

Studiernas kvalitet granskades med hjälp av en granskningsmall av Willman et al. (2011). Granskningsmallen som användes var omarbetad av institutionen från Högskolan Väst, se bilaga II. Alla artiklar granskades först individuellt och därefter gemensamt var och en för sig. Tre artiklar inkluderades som använde sig utav mixad design med både kvantitativa och kvalitativa metoder. Vi använde endast de kvalitativa resultaten från dessa tre artiklar. Artiklarna var Alexander (2006), Hätönen, Kuosmanen, Malkavaara och Välimäki (2008) och Stewart et al. (2015). Två artiklar som inkluderades hade både människor med psykisk ohälsa och sjuksköterskans perspektiv där bara perspektivet hos människor med psykisk ohälsa användes i studiens resultat. Artiklarna var Alexander (2006) och Verhaeghe, Maeseneer, Maes, Heeringen och Annemans (2013). Två artiklar inkluderade människor under 18 år och kunde inte användas. En artikel svarade inte på studiens syfte och exkluderades, slutligen användes 11 artiklar till resultatet. Sammanställningarna av de granskade och analyserade artiklarna finns i bilaga III.

Analys

Vi använde oss av en femstegsanalys enligt Friberg (2012a). I första steget lästes artiklarna var och en för sig. Enligt Friberg (2012a) är viktigt för att läsa artiklarnas resultat i sin helhet med öppenhet och följsamhet. I detta steg skrevs tolkningarna av artiklarnas resultat ner på post-it-lappar. Genom att läsa artiklarna enskilt kunde vi utforma var sin tolkning vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) kan öka studiens trovärdighet. I andra steget presenterade vi tolkningarna för varandra genom att lägga upp alla post-it-lappar på ett bord. I överensstämmelse med Fribergs (2012a) steg två utförs detta för att hitta delar i resultaten som besvarade studiens syfte. I steg tre försökte relevanta delar från artiklarnas resultat sammankopplas och en sammanställning utformades. Friberg (2012a) skildrar att en sammanställning utförs i steg tre för att få en helhetsbild och översikt av varje artikels resultat. I steg fyra formades teman och underteman av artiklarnas resultat genom att lägga de gemensamma post-it-lapparna i olika högar. Enligt Friberg (2012a) urskiljs i detta steg likheter och skillnader vilket är viktigt för att kunna forma teman och underteman. För att få en överskådande blick ställde vi oss på stolar för att lättare kunna urskilja den röda tråden i post-it-lapparna. Detta gjorde att en del post-it lappar flyttades till ett annat undertema där de passade bättre in. I sista steget formades de slutliga teman och underteman, som enligt Friberg (2012a) utgör resultatet och det är viktigt att resultatet är enkelt och tydligt utformat.

Avslutningsvis skapades beskrivande nyckelord till varje tema och en beskrivande text skrevs under varje tema för att tydligt visa vad varje tema skulle innehålla. I resultatet benämns patienterna med psykisk ohälsa med ordet människor, för att markera att bakom varje patient finns det en människa. Sjuksköterskorna i resultatet kallas sjuksköterskan då hela yrkesgruppen inkluderas i benämningen.

Resultat

Analysen resulterade i två teman med två underteman (tabell 1). Två teman uppkom, varav det första var upplevelsen av att vara sedd i mötet med sjuksköterskan, vilket uppstod när sjuksköterskan skapade tid för dialog och etablerade en relation i mötet. Det andra temat var att människorna kände sig osynliga i mötet med sjuksköterskan, vilket uppstod när sjuksköterskan förminskade människorna. Hinder som bristande tid och bristande kommunikation uppkom mellan människorna och sjuksköterskan i mötet.

Tabell 1. Översikt av resultatets teman och underteman.

Teman	Underteman
Upplevelsen av att vara sedd i mötet	Att skapa en relation
	Att skapa en dialog
Upplevelsen av att vara osynlig i mötet	Att förminsкас till en diagnos
	Att möta hinder

Upplevelsen av att vara sedd i mötet

Känslan av att vara sedd i mötet med sjuksköterskan uppkom genom olika aspekter. Människorna upplevde att sjuksköterskan skapade en relation genom att visa medmänsklighet och omsorg. När sjuksköterskan lyssnade aktivt och brydde sig om hela människan skapades en dialog vilket ledde till en djup och öppen relation i mötet.

Att skapa en relation

Människorna upplevde att när sjuksköterskan gav dem tid och bekräftade dem bildade de tillsammans en förtroendegivande relation. Detta medförde en känsla av att vara sedd, de arbetade tillsammans mot människornas välbefinnande vilket skapade en teamkänsla. Sjuksköterskan var inte bara en vårdare utan blev en jämlik i mötet (Borge & Fagermoen, 2008; Lilja & Hellzén, 2008; Shattell et al., 2007; Stenhouse, 2011; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton 2015). Människorna upplevde att de kunde känna tillit och förtroende för sjuksköterskan när denne delade med sig av sina personliga erfarenheter. Genom att sjuksköterskan visade sig mänsklig hade de lättare för att öppna sig för sjuksköterskan (Shattell et al., 2007; Shattell, McAllister, Hogan & Thomas, 2006). Människorna upplevde att sjuksköterskan ingav förtroende genom ett positivt och ett stödjande bemötande. De kände att sjuksköterskan var den enda som försökte förstå problemet bakom varför negativa känslor uppkom, till exempel frustration. Sjuksköterskan såg inte människornas diagnos som ett problem utan fokuserade på att lösa de problem som var av betydelse för människornas välbefinnande. Detta skapade en känsla av att vara värdefull (Borge et al., 2008; Shattell et al., 2007; Wyder et al., 2015).

Människorna upplevde att tiden med sjuksköterskan var värdefull och det uppskattades när det fanns gott om tid i mötet. När sjuksköterskan var närvarande och bekräftade dem skapades trygghet och förtroendet i relationen ökade. Självkänslan hos människorna stärktes genom denna bekräftelse och upplevda trygghet (Borge et al., 2008; Stewart et al., 2015). Vissa upplevde att sjuksköterskan alltid tänkte på att bekräfta dem, även när sjuksköterskan hade brist på tid (Stewart et al., 2015; Wyder et al., 2015). När sjuksköterskan hade förmåga att se människan bakom diagnosen och bemötte dem med respekt uppkom även en relation i mötet. I och med att människorna och sjuksköterskan tillsammans skapade relationen kände människorna sig bekväma i den (Lilja et al., 2008; Stewart et al. 2015).

Att skapa en dialog

Med hjälp av dialog kunde människorna och sjuksköterskan tillsammans komma vidare i mötet. Dialogen skapade en känsla av att vara sedd vilket ledde till att människorna vågade berätta om sin livssituation. När sjuksköterskan ställde öppna frågor kände människorna sig

fria att berätta om hur de faktiskt kände och upplevde sin situation. När de kände att sjuksköterskan bekräftade dem i mötet skapades en tryggare relation. Sjuksköterskan lärde känna människan bakom diagnosen. Detta gjorde att tilliten och samspelet i mötet ökade (Verhaeghe et al., 2013; Shattell et al., 2007). I samtalet med sjuksköterskan upplevde människorna det positivt när sjuksköterskan lyssnade och därigenom kunde skapa sig en helhetsbild över deras situation. Människorna upplevde när sjuksköterskan på förhand inte hade bestämt svaret de skulle ge, uppkom en god dialog dem mellan. När sjuksköterskan lyssnade med ett öppet sinne samt repeterade svaret för att undvika misstolkningar upplevde människorna sig bekräftade och tagna på allvar. Människorna uppskattade när sjuksköterskan lyssnade med intresse på hela deras livshistoria, vilket ledde till att känslan av att vara sedd växte (Shattell et al., 2006; Shattell et al., 2007; Stewart et al., 2015; Verhaeghe et al., 2013; Wyder et al., 2015).

Samarbetet och dialogen i mötet blev grunden för om mötet fick en positiv eller negativ utgång. När första mötet blev positivt gav det människorna en bättre inställning och tillit gentemot sjuksköterskan. De kände att sjuksköterskan strävade och önskade att förstå och försökte sätta sig in i deras situation. Människorna upplevde att det gjorde stor skillnad när sjuksköterskan brydde sig genom att visa omsorg och behandlade dem med omtanke och respekt. När sjuksköterskan visade dessa egenskaper öppnade det vägar för en bättre dialog och en god relation (Shattell et al., 2006; Stenhouse, 2011; Stewart et al., 2015; Wyder et al., 2015).

Upplevelsen av att vara osynlig i mötet

Känsla att vara osynlig i mötet uppkom när människorna upplevde att sjuksköterskan inte såg dem som hela människor utan som en diagnos. Människorna kände sig ensamma och när de sökte hjälp möttes de av hinder av olika slag.

Att förminskas till en diagnos

Känslan av osynlighet uppkom när människorna upplevde att sjuksköterskan inte såg dem som en hel människa utan som en diagnos. De kände sig förminskade och missförstådda när sjuksköterskan inte lyssnade på dem. Människorna upplevde att sjuksköterskan ignorerade dem och inte tog dem på allvar på grund av deras psykiska ohälsa. De blev inte sedda som den människa de var utan sågs som ett objekt på avdelningen. Människorna upplevde att det blev en "vi mot dem"-känsla för att sjuksköterskan inte ansträngde sig för att försöka förstå dem (Alexander, 2006; Hätönen et al., 2008; Lilja et al., 2008; Shattell et al., 2006; Stenhouse, 2011; Wyder et al., 2015).

Människorna upplevde att de blev bemötta av sjuksköterskan utefter den psykiska diagnosen de hade istället för att bli sedd som en unik människa (Alexander, 2006; Hätönen et al., 2008; Lilja et al., 2008; Shattell et al., 2006; Wyder et al., 2015). Känslan av att bli minskad till en diagnos grundande sig i upplevelsen av att sjuksköterskan hade förutfattade meningar om människor med psykisk ohälsa. De kände sig dömda och förminskade av sjuksköterskan. Människorna upplevde att sjuksköterskan behandlade dem utefter deras diagnos och att deras känslor och tankar endast kopplades till diagnosen istället för att se hela människan (Hätönen et al., 2008; Shattell, Gaillard & Thomas, 2009; Shattell et al., 2006). Människorna kände ingen anledning att respektera sjuksköterskan om de själva inte blev bemötta med respekt, eftersom de kände sig bemötta utefter deras diagnos (Lilja et al., 2008; Stewart et al., 2015).

Människor upplevde att sjuksköterskan inte visade omtanke och brydde sig om dem som individer, utan sjuksköterskans intresse bestod endast av att utföra sitt arbete. De upplevde att sjuksköterskan inte var intresserad av att lära känna dem och enbart pratade med dem om det gällde något relaterat till deras psykiska ohälsa eller behandling. Människorna kände den viktiga omsorgen och lyhördheten saknades i mötet med sjuksköterskan (Alexander, 2006; Hätönen et al., 2008; Stewart et al., 2015; Wyder et al., 2015). De upplevde att det saknades en dialog i mötet vilket skapade en oro och de kände även att sjuksköterskan inte var tillräckligt insatt i deras situation och det gjorde att människorna kände sig oviktiga (Hätönen et al., 2008; Stewart et al., 2015).

Att möta hinder

I mötet med sjuksköterskan upplevde människorna att det var som att möta hinder. Det fanns olika anledningar till varför känslan av att hinder uppkom. De upplevde en känsla av omänsklighet genom att sjuksköterskan tog avstånd och visade brist på empati, medkänsla, respekt och förståelse. Detta skapade även en känsla av osynlighet hos människorna. De upplevde att sjuksköterskan hade brist på förståelse för deras sjukdomssituation, vilket gjorde att tilliten till sjuksköterskan minskade. Människorna drog sig för att söka hjälp hos sjuksköterskan, eftersom sjuksköterskan upplevdes ha viktigare arbetsuppgifter att utföra och utstrålade att människorna var i vägen (Alexander, 2006; Hätönen et al., 2008; Lilja et al., 2008; Shattell et al., 2006; Stenhouse, 2011; Wyder et al., 2015).

Människorna upplevde att sjuksköterskan var frånvarande i mötet och att det fanns tidsbrist vilket gjorde sjuksköterskan stressad. Detta ledde till att människorna kände sig bortglömda, i vägen, oviktiga och var tvungna att ta ansvar vilket de inte var kapabla till. Människorna kände sig satta i fack och de kände sig inte bekräftade av sjuksköterskan som en hel människa. Brist på respekt gjorde att relationen med sjuksköterskan aldrig kunde skapas på ett önskvärt sätt. Människorna kände frustration över att sjuksköterskan ofta prioriterade annat än att ge tid för dem och de kände inget engagemang från sjuksköterskans håll. De upplevde att sjuksköterskan inte försökte lära känna människan bakom diagnosen, för att kunna utveckla och bygga en relation. Känslan av osynlighet ökade på grund av detta (Hätönen et al., 2008; Lilja et al., 2008; Stewart et al., 2015; Stenhouse, 2011; Verhaeghe et al., 2013; Wyder et al., 2015).

Ett hinder för relationen var när människorna kände att sjuksköterskan hade en auktoritär och dömande hållning, speciellt när sjuksköterskan övervakade dem och var noga att regler och rutiner efterföljdes (Borge et al., 2008; Hätönen et al., 2008; Stewart et al., 2015; Wyder et al., 2015). En del upplevde att de blev orättvist behandlade av sjuksköterskan eftersom de människor som hade mer insikt i rutiner och regler blev bemötta på ett bättre sätt. Det upplevdes att sjuksköterskan favoriserade de människor som kunde rutiner på avdelningarna. Människorna upplevde att sjuksköterskan var oflexibel med regler, rutiner och hotade med konsekvenser om inte dessa följdes (Alexander, 2006; Stewart et al., 2015). Människorna kände att sjuksköterskan skapade rädsla hos dem genom en auktoritär hållning (Stewart et al., 2015). En del upplevde att de blev behandlade som ett barn när sjuksköterskan övervakade dem. Människorna kände sig förminskade när sjuksköterskan inte litade på att de kunde klara sig på egen hand (Borge et al., 2008; Shattell et al., 2006; Wyder et al., 2015).

Människorna upplevde att i mötet med sjuksköterskan var det var ombytta roller. De skulle alltid finnas tillgängliga för sjuksköterskan, dock när de behövde hjälp var sjuksköterskan sällan tillgänglig. Människorna kände att ansvaret för kommunikationen lades över på dem. Om de ville veta hur behandlingen fortlöpte eller önskade information om medicinering, var

de själva tvungna att ta reda på det. De kände att de inte visste vad de skulle fråga eftersom de inte hade fått någon information från sjuksköterskan från början. Människorna kände att sjuksköterskan missade att informera dem och inte prioriterade att ge väsentlig information. Denna brist på kommunikation gjorde att de kände sig ensamma (Alexander, 2006; Shattell et al., 2009; Stewart et al., 2015; Wyder et al., 2015). När sjuksköterskan ville ha information från dem upplevdes sjuksköterskan påträngande. De kände att de inte kunde lita på sjuksköterskan för att ingen relation hade etablerats sinsemellan, vilket gjorde att sjuksköterskans privata frågor till människorna upplevdes som påhopp (Alexander, 2006; Wyder et al., 2015). De var tvungna att vara på sin vakt när sjuksköterskan var i närheten (Alexander, 2006).

Människorna kände att sjuksköterskan rapporterade otillräcklig till kollegor eftersom den nya personalen hade bristande information om vad som skett under föregående arbetspass. Detta gjorde att människorna upplevde att det skapades ett hinder mellan dem och sjuksköterskan. De upplevde att sjuksköterskan i sin yrkesroll saknade baskunskaper vilket minskade förtroendet (Hätönen et al., 2008; Stewart et al., 2015). Avsaknaden av kontinuitet och att de ofta fick möta en ny sjuksköterska upplevdes skadande för relationen och tilliten till sjuksköterskan. Att de ofta fick träffa en ny sjuksköterska skapade otrygghet hos människorna och ökade känslan av att hinder skapades i mötet istället för en djupare relation (Hätönen et al., 2008 & Stewart et al., 2015).

Diskussion

Metoddiskussion

Vi stötte på svårigheter med att använda begreppet människa istället för patient genom hela studien. Trots detta valdes det att i största möjliga mån använda begreppet människa för att inte förlora fokuset på människan bakom patienten. Det var problematiskt att artiklarna hade ett patientperspektiv och därför blev sökorden i litteratursökningarna inriktade mot begreppet patient istället för människa. Östlundh (2012) redogör att är det viktigt att sökorden i litteratursökningen återspeglar studiens syfte. Det upplevdes vara ett tunt utbud av artiklar utifrån det perspektiv som önskades, det vill säga människor med psykisk ohälsa. Detta gjorde att litteratursökningen tog lång tid. När psykisk ohälsa nämns är det ofta utifrån sjuksköterskans eller anhörigas perspektiv, sällan från människorna själva.

Polit och Beck (2012) beskriver att överförbarhet handlar om resultatet från en kvalitativ studie kan föras över till andra situationer. Hög överförbarhet ger hög trovärdighet. Trovärdighet handlar om att noga förklara hur arbetsprocessen gått till och att det som studerats var för avsikt att studeras i studien. Det är svårt att avgöra om resultatet av denna studie går att överföra till länder där sjukvårdssystemet ser annorlunda ut. Problemområdet i denna studie gäller både män och kvinnor och i studierna deltog ungefär lika många kvinnor som män. Under hela studiens arbetsprocess har vi gjort vårt bästa att skapa god trovärdighet och överförbarhet. Valet av att läsa artiklarna flera gånger noggrant kan ha minskat risken för feltolkning i artiklarna, dock var våra separata tolkningar av artiklarnas resultat likvärdiga. Vi har gjort vårt bästa för att resultatet inte ska påverkas av vår förförståelse. Målet var att undersöka hur människorna med psykisk ohälsa upplever mötet med sjuksköterskan och inte hur vi förväntar oss att de uppfattar mötet.

I bakgrunden valdes att beskriva några av de psykiska sjukdomar som mest framträdde i de valda artiklarna, dock har vi försökt att få en allmän bild om psykisk ohälsa.

Urvalet tänktes igenom noggrant och enligt Willman et al. (2011) är det väsentligt att välja inklusions- och exklusionskriterier som svarade på studiens syfte. Majoriteten av artiklarna

hade ett åldersspann mellan 18- 65 år, en av artiklarna hade upp till 78 år. Variationen av upplevelser i mötet med sjuksköterskan behöver inte ha med ålder att göra. Vi valde därför att inte ha ett ålderstak på grund av att allmänsjuksköterskan kommer att möta alla åldersgrupper i det dagliga arbetet. I allmänsjukvården behandlas sällan barn under 18 år, därför valde vi att exkludera barn och ungdomar. För att artiklarna i denna studie skulle vara aktuella valdes ett tio-års spann. Genom att endast välja artiklar från 2006-2016 missades eventuellt relevanta artiklar. Det valdes att inkludera artiklar som hade mixad design av både kvalitativa och kvantitativa metoder. Artiklar med mixad design valdes för att få fler artiklar som styrkte upp studiens resultat.

Polit och Beck (2012) anser att författaren ska välja artiklar på ett språk som de behärskar för att undvika misstolkningar. I denna studie inkluderades enbart artiklar på engelska eftersom det är ett språk vi behärskar, dock är engelska inte modersmålet för någon av oss och det kan ha lett till att relevanta delar missats. Om valet hade varit att enbart inkludera artiklar skrivna på svenska gjorts hade urvalet troligen inte blivit lika brett. När sökord valts utefter studiens syfte översattes orden till engelska. Sökordet *experience* kan översättas till de svenska orden upplevelse och erfarenhet. Detta kan ha gjort att delar i artiklarna missats eftersom de uppfattades handla om erfarenheter och inte upplevelser.

Polit och Beck (2012) beskriver att det är viktigt att varje studie godkänns av en etisk kommitté för att skydda de deltagande i forskningsstudier. Deltagarnas vilja ska respekteras och de ska skyddas mot onödigt lidande. Människor med psykisk ohälsa kan upplevas som en utsatt grupp och det var viktigt för oss att artiklarna hade ett etiskt resonemang.

Artiklarna kvalitetsgranskades både individuellt och gemensamt för att se om tolkningarna av kvaliteten stämde överens. Innan kvalitetsgranskningen hittades 14 artiklar som passade till studiens syfte och efter granskningen hade vi 11 stycken kvar. Av de 11 artiklar som används var två stycken av medelgrad enligt kvalitetsgranskningen. Enligt Willman et. (2011) är det viktigt att kvalitetsgranska artiklarna för att se begränsningar i studierna och utläsa studiernas trovärdighet.

Genom användningen av post-it-lappar kunde en helhetsbild över artiklarnas resultat förstås. Enligt Friberg (2012c) är det viktigt att strukturera arbetet vilket gör det mer lättöverskådligt. Mindre nyckelbegrepp kan ha försvunnit i och med användningen av post-it-lapparna. För att undvika att nyckelbegrepp missades kontrollerades våra tolkningar gentemot artiklarnas resultat flera gånger med hjälp av post-it lapparna.

Resultatdiskussion

Studiens syfte är att beskriva hur vuxna människor med psykisk ohälsa upplever mötet med sjuksköterskan. Här i resultatdiskussionen lyfts tre väsentliga delar i resultatet fram och diskuteras och utvärderas.

I resultatet framkommer det att människor med psykisk ohälsa upplever sig sedda när sjuksköterskan ger dem bekräftelse och tid. Människornas upplevelse är att tid i mötet är väsentligt för att de ska kunna öppna sig för sjuksköterskan. Även Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen och Välimäki (2008) skildrar att det är viktigt för människor med psykisk ohälsa att sjuksköterskan visar intresse för att hela människan mår bra, socialt, mentalt och fysiskt. Vi anser att det är viktigt att sjuksköterskan ser patienten som en hel människa, vilket delar av resultatet visar att sjuksköterskan gör.

Människorna upplever att när sjuksköterskan ger dem tid etableras en öppen och god relation. Halldorsdottir (1996) beskriver att mötet bör vara som en bro mellan människan och sjuksköterskan. Bron i relationen bygger grunden för att människan ska kunna känna hälsa och välbefinnande. Eriksson (1989) beskriver att hälsa är grunden till välbefinnande, det behöver inte betyda frånvaro av sjukdom för att människor ska kunna uppleva hälsa. Människorna upplever genom att sjuksköterskan visar omsorg främjar det deras välbefinnande. Gunasekara, Pentland, Rodgers och Patterson (2014) beskriver att när sjuksköterskan lyssnar och visar omtanke ger det människor med psykisk ohälsa en känsla av bli sedd som en hel människa. God kommunikation i mötet kan stärka relationen mellan människorna och sjuksköterskan dock krävs även att sjuksköterskan ger tid i mötet för dialog. Malmström, Hörberg, Kouros, Haglund och Ramklint (2016) anser att en del människor upplever motsatsen, att sjuksköterskan inte har eller tar sig tid att informera dem. Avslutningsvis är det överraskande för oss att delar i studiens resultat visar på positiva upplevelser i mötet med sjuksköterskan. Resultatet visar att grunden för en öppen relation mellan människan och sjuksköterskan uppkommer när människorna känner sig sedda. Tid i mötet måste ges för att kunna främja människors hälsa.

I resultatet framkommer det att människor med psykisk ohälsa upplever att de inte blir sedda som en hel människa utav sjuksköterskan och det gör att de känner sig osynliga. Enligt Andersen och Larsen (2012) känner människor med psykisk ohälsa ofta sig osynliga i samhället och har en negativ bild av sig själva på grund av sin sjukdom. Eftersom människorna upplever denna negativa bild av sig själva gör det viktigt att sjuksköterskan inte förstärker denna bild. Eriksson (1989) anser att en människa består av en kropp, själ och ande. Det är av betydelse att vårda alla dessa delar för att människorna ska kunna uppnå hälsa och att sjuksköterskan ska kunna vårda människorna med en god personcentrerad vård. Enligt Ekman et.al (2011) innebär personcentrerad vård att den unika människan sätts i fokus och inte dennes sjukdom. Det innebär även att människan själv ska vara delaktig i sin vård i största möjliga mån för att kunna få en individanpassad vård. När människorna upplever att de förminsas till en diagnos uppkommer det känslor av vara osynliga. Det är betydande att sjuksköterskan vet om att dessa känslor kan uppkomma och lägger istället fokus på att lyfta fram hela människan.

Patientlagen (SFS 2014:821) säger att alla människor ska behandlas som jämlika och få en god och rättvis vård. Människorna med psykisk ohälsa känner att sjuksköterskan hade brist på empati till deras livssituation och inte brydde sig om dem. Mistry, Levack och Johnson (2015) beskriver att människor med psykisk ohälsa kände att de sjuksköterskor som inte arbetade kontinuerligt på avdelningen hade brist på empati och det känns som att prata med en främling som inte brydde sig. Även Shattell, Andes och Thomas (2008) menar att människor med psykisk ohälsa känner att sjuksköterskan inte bryr sig eller har tid för dem. De känner sig mindre viktiga när sjuksköterskan prioriterar andra uppgifter istället för att lägga fokus på dem. Eriksson (1994) beskriver att människor som upplever något påfrestande i omvårdnaden upplever ett vårdlidande. Tidsbrist i mötet med sjuksköterskan kan upplevas som en vårdlidande av människorna. När sjuksköterskan prioriterar andra uppgifter framför människor med psykisk ohälsa kan det öka deras vårdlidande. Sammanfattningsvis vill vi uppmärksamma att det är centralt att sjuksköterskan har förståelse och empati för hur människor med psykisk ohälsa upplever sin livssituation. Vid varje möte med en ny människa möter sjuksköterskan även en unik situation.

I resultatet framkommer att människor med psykisk ohälsa upplever att det känns som att

möta hinder i mötet med sjuksköterskan och de upplever att sjuksköterskan inte bryr sig om dem. Kommunikation är viktigt för att sjuksköterskan ska kunna bygga upp ett förtroende och förhindra att hinder uppkommer. Människor med psykisk ohälsa upplever att olika sorters hinder kan uppkomma i mötet med sjuksköterskan, både mentala och fysiska. Bolster och Manias (2010) observerar att sjuksköterskan står en bit bort från människan i vårdsituationen och inte tar ögonkontakt under samtalen. Shattell, Bartlett, Beres, Southard, Bell, Judge och Duke (2015) skildrar att människor med psykisk ohälsa upplever när sjuksköterskans expedition var inglasad blev det inte bara ett fysiskt hinder utan även ett mentalt hinder. Ett avstånd bildas och människorna upplever att detta hinder skapar en dömande känsla gentemot dem. Ross och Goldner (2009) beskriver att det finns förutfattade meningar om människor med psykisk ohälsa både bland allmänsjuksköterskor och psykiatrisjuksköterskor. För att bygga upp en relation med människor med psykisk ohälsa är förutsättningen att människan känner att sjuksköterskan arbetar med dem och inte mot dem.

Gunasekara et al. (2014) beskriver att människorna med psykisk ohälsa anser att sjuksköterskan är länken mellan dem och läkaren vilket gör det viktigt att sjuksköterskan kommunicerar och visar empati för dennes situation. De känner sig ensamma, omedvetna om vad som händer och de vill att sjuksköterskan ska hjälpa dem att minska deras oro. WHO (1948) sammanfattar definitionen av hälsa som en av människans egna upplevelser, oberoende om människan lider av kroppslig eller mental sjukdom. Om ett hinder skapas i mötet med sjuksköterskan upplever människan många gånger ett sämre välbefinnande. Det är sjuksköterskans skyldighet att se till att dessa hinder inte uppkommer. Arungwa (2014) beskriver att människor i vårdsituationer upplever att det är väsentligt att sjuksköterskan visar empati och förståelse för att de ska öppna sig och lita på sjuksköterskan. Avslutningsvis är samarbetet i mötet mellan människan och sjuksköterskan nyckeln för att kunna hjälpa den lidande människan till ett välbefinnande. Behandlingsprocessen stannar upp eller tar mycket längre tid då hinder uppkommer i mötet.

Slutsatser

Resultatet visar att mötet med sjuksköterskan kan upplevas genom två perspektiv. Det första perspektivet är att människor upplever att det uppkommer en känsla av att vara sedd i mötet med sjuksköterskan. De upplever sig sedda när sjuksköterskan bekräftar dem. Andra perspektivet är att människorna känner sig osynliga i mötet med sjuksköterskan. De upplever att det finns hinder i mötet genom brist på tid och förståelse från sjuksköterskan.

Slutsatser från studiens resultat är att hur vuxna människor med psykisk ohälsa kan uppleva mötet med sjuksköterskan har ofta med sjuksköterskans engagemang att göra. Människor med psykisk ohälsa är beroende av att sjuksköterskan är engagerad i sitt arbete och bedriver en personcentrerad vård med människan i centrum. En tolkning av resultat är att sjuksköterskan har brister i sitt bemötande gentemot människor med psykisk ohälsa. Ett bra möte med sjuksköterskan kan öka människors förtroende för vården och förbättra omvårdnaden och relationen mellan människor med psykisk ohälsa och sjuksköterskan.

Praktiska implikationer

Resultatet i denna studie visar hur vuxna människor med psykisk ohälsa upplever mötet med sjuksköterskan. Sjuksköterskan behöver utveckla redskap för att bemöta människor med psykisk ohälsa. Genom att ta del av människors egna upplevelser utifrån deras perspektiv kan sjuksköterskan få reda på vad i mötet och relationen som behöver förbättras.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kunskapsområde

Det finns idag ett stort utbud av forskning som fokuserar på sjuksköterskan perspektiv gällande människor med psykisk ohälsa. Eftersom psykisk ohälsa är ett ökande samhällsproblem skulle det vara av vikt med mer forskning utifrån människor med psykisk ohälsa och deras upplevelser. Det hade varit intressant med forskning med fokus på hur människor med psykisk ohälsa upplever mötet med sjuksköterskan inom länssjukvård, primärvård och hemsjukvård. Detta för att få en djupare förståelse för deras upplevelse av vården och sjuksköterskan.

Ett eget behov av ökad kunskapsutveckling är att vi kliniskt behöver möta människor med psykisk ohälsa för att skapa en bredare bild av deras upplevelse i mötet med sjuksköterskan. Genom att möta fler människor med psykisk ohälsa kan vi skapa en ökad förståelse för hur varje enskild människa vill bli bemött. Fortsatt kunskapsutveckling hos oss är att bli mer medvetna om förutfattade meningar om människor med psykisk ohälsa.

Referenser

* Alexander, J. (2006). Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(5), 543-553.
doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00977.x

Andersen, A. W., & Larsen, I. B. (2012). Hell on earth: Textual reflections on the experience of mental illness. *Journal Of Mental Health*, 21(2), 174-181.
doi:10.3109/09638237.2012.667885

Arungwa, O. T. (2014). Effect of communion on nurse-patient relationship in national orthopaedic hospital, Igbobi, Lagos. *West African Journal Of Nursing*, 25(2), 37-49.

Bolster, D., & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *International Journal Of Nursing Studies*, 47(2), 154-165.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.05.021

* Borge, L., & Fagermoen, M. (2008). Patients' core experiences of hospital treatment: wholeness and self-worth in time and space. *Journal Of Mental Health*, 17(2), 193-205.

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. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Fhanér, S. (1999). *Bilder av människan: Skinner, Rogers och Freud - tre portalfigurer inom psykologin*. Stockholm: Natur och kultur.

Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserad examensarbeten* (s.121-132). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012c). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserad examensarbeten* (s. 81-94). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012b). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserad examensarbeten* (s. 37-46). Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige*. Hämtad 2016-12-19 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23257/Folkhalsan-i-Sverige-2016-16005.pdf>

Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Health Care - Developing a Theory* (Doctoral thesis, Linköping University Medical Dissertations, 493). Linköping: Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences Linköping University. Hämtad 2016-11-29 från <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:248040/FULLTEXT01.pdf>

* Hätönen, H., Kuosmanen, L., Malkavaara, H., & Välimäki, M. (2008). Mental health: patients' experiences of patient education during inpatient care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 752-762. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02049.x

International Council of Nurses, ICN (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Hämtad 2016-10-31 från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers, T., & Patterson, S. (2014). What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 23(2), 101-109. doi:10.1111/inm.12027

* Lilja, L., & Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 17(4), 279-286.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-199). Lund: Studentlitteratur.

Malmström, E., Hörberg, N., Kouros, I., Haglund, K., & Ramklint, M. (2016). Young patients' views about provided psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(7), 521-527. doi: 10.1080/08039488.2016.1176251

Mistry, H., Levack, W. M. M., & Johnson, S. (2015). Enabling people, not completing tasks: patient perspectives on relationships and staff morale in mental health wards in England. *BMC Psychiatry*, 15(307), 1-10. <http://doi.org.ezproxy.server.hv.se/10.1186/s12888-015-0690-8>

Nationalencyklopedin. (2016). *Patient*. Hämtad 2016-11-22 från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/patient>

Nationalencyklopedin. (2016). *Uppleva*. Hämtad 2016-12-01 från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se>

Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L., & Välimäki, M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: a qualitative study. *International Journal Of Nursing Studies*, 45(11), 1598-1606.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Robinson, J., Callister, L., Berry, J., & Dearing, K. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 20(12), 600-607. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x

Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x

Sakiyama, M., Josephsson, S., & Asaba, E. (2010). What is Participation? A Story of Mental Illness, Metaphor, & Everyday Occupation. *Journal Of Occupational Science*, 17(4), 224-230.

Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson, B. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(1), 93-102. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Shattell, M., Andes, M., & Thomas, S. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*, 15(3), 242-250. doi: 10.1111/j.1440-1800.2008.00397.x

Shattell, M., Bartlett, R., Beres, K., Southard, K., Bell, C., Judge, C.A., & Duke, P. (2015). How Patients and Nurses Experience an Open Versus an Enclosed Nursing Station on an Inpatient Psychiatric Unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(6), 398-405. doi: 10.1177/1078390315617038

* Shattell, M., Gaillard, L., & Thomas, S. (2009). Mental health patients' experiences of being misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(3), 191-199. doi: 10.1177/1078390309336932

* Shattell, M., McAllister, S., Hogan, B., & Thomas, S. (2006). 'She took the time to make sure she understood': mental health patients' experiences of being understood. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 20(5), 234-241.

* Shattell, M., Starr, S., & Thomas, S. (2007). 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 16(4), 274-284.

Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2014). Ångestsyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 77-80). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014). Inledning. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s.21-25). Lund: Studentlitteratur.

* Stenhouse, R. C. (2011). 'They all said you could come and speak to us': patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18(1), 74-80. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01645.x

* Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., ... Bowers, L. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 82-90. doi: 10.1111/inm.12107

Van der Kluit, M. J., & Goossens, P. J. (2011). Factors Influencing Attitudes of Nurses in General Health Care Toward Patients with Comorbid Mental Illness: An Integrative Literature Review. *Issues In Mental Health Nursing*, 32(8), 519-527. doi:10.3109/01612840.2011.571360

* Verhaeghe, N., Maeseneer, J., Maes, L., Heeringen, C., & Annemans, L. (2013). Health promotion in mental health care: perceptions from patients and mental health nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(11/12), 1569-1578. doi:10.1111/jocn.12076

World Health Organization [WHO]. (1948). *WHO definition of health*. Hämtad 2016-10-27 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organization [WHO]. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Hämtad 2016-11-09 från <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

* Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. doi:10.1111/inm.12121

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserad examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

* Artiklar som används i resultatdelen

Bilaga I

Sökhistorik

Cinahl	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
2016-11-07						
#1	“patient* experience*”	7,477				
#2	(MH “Mental Disorders”)	29,755				
#3	#1 AND #2	55				
Begränsningar 2006-2016 Peer-reviewed English All adult		13	13	9	6	2

PubMed	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
2016-11-11						
#1	(“Nurse-patient relations”)	32,718				
#2	(“Psychiatric patients”)	11,342				
#3	#1 AND #2	116				
Begränsningar Ten years English Adult 18+		16	16	9	5	1

Cinahl	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
2016-11-11						
#1	(MH “Patient satisfaction”)	27,975				
#2	(MH “Psychiatric care”)	3,747				
#3	S1 AND S2	99				
Begränsningar Peer reviewed English 2006-2016 All adult		19	19	13	3	2

Cinahl	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
2016-11-11						
#1	(MH "Nurse-Patient relations")	19,996				
#2	(MH "Psychiatric Patients")	7,648				
#3	(MH "Qualitative Studies")	35,249				
#4	S1 AND S2 AND S3	27				
Begränsningar Peer reviewed English 2006-2016 All adult		13	13	9	6	4

ProQuest	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
2016-11-11 Databaser: PsycARTICLES, PsycINFO, Social Services Abstracts, Sociologi Abstracts						
#1	mental illness	124 303				
#2	attitudes	574 511				
#3	"patients' experiences"	1452				
#4	"patients satisfaction"	5133				
#5	1 AND 2 AND 3 AND 4	113				
Begränsningar Peer reviewed Scholarly Journal English 2006-2016 Adulthood 18+		13	13	13	3	1

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Informantkaraktäristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Finns etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

- Datensamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamättnad? Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till

- Teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

- Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent
Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double blinded Single blinded Ej Angivet

Peer review

Bilaga III

Översikt av analyserad litteratur

	Problem och Syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare Alexander, J.</p> <p>Årtal 2006</p> <p>Land England</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad I - Hög</p>	<p>Problemet var att tidigare forskning inte har fokuserat på sjuksköterskor och patienters syn på avdelnings- regler.</p> <p>Syftet var att upptäcka innebörden av reglerna vid en akutpsykiatrisk avdelning, utforska patienters reaktioner på reglerna, utvärdera reglernas inverkan och påverkan på sjuksköterska-patient relationen och på avdelningshändelser samt att utforska relationen mellan avdelningsregler, atmosfär och design.</p>	<p>Mixad studie design med kvalitativa och kvantitativa metoder.</p> <p>Kvalitativa metoden tematiserade och förklarande ur ett fenomenologisk perspektiv. Använde sig av QSR*NUDIST vid analysen. Semi-strukturerade intervjuer</p>	<p>30 patienter intervjuades från akutpsykiatriska avdelningar.</p> <p>29 sjuksköterskor intervjuades</p>	<p>Patienterna upplevde murar som tidsbrist, de sågs som en sjukdom, de upplevdebrist på förståelse. Sjuksköterskorna utövade sin makt över patienterna.</p>
<p>Författare Borge, L. Fagermoen, M.S.</p> <p>Årtal 2008</p> <p>Land Norge</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad I - Hög</p>	<p>Problemet var brist på tidigare forskning som fokuserade på patientens perspektiv av den psykiatriska avdelningens struktur, miljö och terapeutiska relationen.</p> <p>Att utforska och beskriva patienters uppfattningar om de erfarenheter som var viktiga för deras återhämtningsprocess.</p>	<p>Hermeneutisk-fenomenologiskt perspektiv</p> <p>Designen var utforskande och beskrivande</p> <p>Kvalitativa intervjuer som spelades in och nedskrevs ordagrant</p> <p>Kvalitativ artikel</p>	<p>Deltagarna fanns på en psykiatrisk klinik</p> <p>15 patienter, 8 kvinnor och 7 män</p> <p>Ålder 19-58 år</p>	<p>Patienterna upplevde ett maktmissbruk och att sjuksköterskan inte såg hela människan. Upplevde teamkänsla när sjuksköterskan hade tid med patienterna</p>
<p>Författare Hätönen, H. Kuosmanen, L. Malkavaara, H. Välimäki, M.</p> <p>Årtal 2008</p> <p>Land Finland</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad I - Hög</p>	<p>Problemet var brist på tidigare forskning om patienters upplevelse av patientutbildning inom psykiatriska vården.</p> <p>Syftet var att utforska patienters erfarenheter av patientutbildning på psykiatriska avdelningar.</p>	<p>Mixad design, där den kvalitativ metod bestod av intervjuer med öppna frågor och induktiv innehållsanalys</p>	<p>54 patienter under deras utskrivnings- process vid två akutpsykiatriska avdelningar</p> <p>Ålder 18-78 år</p>	<p>Patienterna upplevde en "vi mot dem"-känsla. Fanns ingen tid för dem och många brister i mötet med sjuksköterskan.</p>

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare Lilja, L. Hellzén, O.</p> <p>Årtal 2008</p> <p>Land Sverige</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad I - Hög</p>	<p>Problemet var att tidigare forskning visat att sjuksköterskan ofta behandlar patienter med psykisk ohälsa annorlunda än de med somatisk ohälsa.</p> <p>Syftet var att utveckla forskarnas förståelse genom semi-strukturerade fördjupade intervjuer av tidigare inläggande patienters erfarenheter av psykiatrisk vård.</p>	<p>Kvalitativ design Semi-strukturerade fördjupade intervjuer, 30-78 min. Blev inspelade och avskrivna ordagrant</p> <p>Använde sig av kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Valde deltagare från 3 aktivitetscenter för tidigare inlagda psykiatriska patienter</p> <p>10 patienter valdes ut, 7 kvinnor och 3 män</p> <p>Ålder 32-64 år</p>	<p>Patienterna upplevde maktmissbruk från sjuksköterskan, tidsbrist och att de inte blev sedda som en hel människa.</p> <p>Positiv upplevelse när sjuksköterskan deltog i aktiviteter med patienten.</p>
<p>Författare Shatell, M. Gaillard, L. Thomas, S.</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land USA</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad I - Hög</p>	<p>Problemet var att patienter ofta upplevde sig missförstådda av vårdpersonal.</p> <p>Syftet var att undersöka psykiatriska patienters erfarenheter av att bli missförstådda.</p>	<p>Sekundär analys av kvalitativa intervjuer</p> <p>Fenomenologiskt perspektiv.</p> <p>Kvalitativ artikel</p>	<p>Hittade deltagare genom annonsering i en tidning</p> <p>20 personer deltog, 8 män och 12 kvinnor</p> <p>Ålder 21-65 år</p>	<p>Patienterna upplevde brister i mötet med sjuksköterskan som tidsbrist, kommunikationsbrist och att de blev behandlade som barn.</p>
<p>Författare Shattell, M. McAllister, S. Hogan, B. Thomas, S.</p> <p>Årtal 2006</p> <p>Land USA</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad I - Hög</p>	<p>Problemet var brist på tidigare forskning som visar hur patienter vill bli bemötta för att känna sig förstådda.</p> <p>Syftet var att undersöka människors erfarenhet av att bli förstådda med psykisk ohälsa.</p>	<p>Fenomenologiska intervjuer med öppna frågor. Kvalitativ artikel.</p> <p>Intervjuerna som tog 45 min – 2,5 timme spelades in och nedskrivs ordagrant</p>	<p>Hittade deltagare genom annonsering i en tidning</p> <p>20 personer deltog, 8 män och 12 kvinnor</p> <p>Ålder 21-65 år</p>	<p>Upplevde att sjuksköterskan brydde sig och ville hjälpa till.</p> <p>Patienterna upplevde sig också missförstådda, sedda som en sjukdom.</p>

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare Shatell, M. Starr, S. Thomas, S.</p> <p>Årtal 2007</p> <p>Land USA</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad I - Hög</p>	<p>Problemet var att tidigare forskning inte beskrev patientens perspektiv av den terapeutiska relationen.</p> <p>Syftet var att beskriva patienters erfarenheter av mentalvården och hur omvårdnadsrelationen upplevdes.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>existentiell fenomenologiskt perspektiv</p> <p>En andrahands analys av kvalitativa intervjuer utfördes.</p> <p>Intervjuerna spelades in.</p>	<p>Deltagarna kom från en psykiatrisk sjukvårdsavdelning</p> <p>Deltagarna i studien var mellan 21- 65 år</p> <p>8 män och 12 kvinnor</p>	<p>Patienterna kände sig sedda och att de var i ett team med sjuksköterskan genom att sjuksköterskan brydde sig.</p>
<p>Författare Stewart, D. Burrow, H. Duckworth, A. Dhillon, J. Fife, S. Kelly, S. Marsh-Picksley, S. Massey, E. O'Sullivan, J. Qureshi, M. Wright, S. Bowers, L.</p> <p>Årtal 2015</p> <p>Land England</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad I - Hög</p>	<p>Problemet var brist på tidigare forskning som fokuserade på patienternas perspektiv av interaktionerna mellan patient och sjuksköterska.</p> <p>Syftet var att beskriva patienters uppfattningar av omvårdnadspersonal och deras bidrag till vårdmiljön och att applicera detta resultat på tidigare forskning.</p>	<p>En longitudinell mixad metod av kvalitativa och kvantitativa metoder.</p> <p>Intervjuer utfördes Tog 30-45 min Spelades in eller antecknades på papper Avskrevs ordagrant</p> <p>Tematisk analys med induktiv ansats</p>	<p>Deltagarna kommer från 3 sjukhus med 13 akutavdelningar och 3 psykiatriska intensivvårdsavdelningar.</p> <p>119 personer intervjuades.</p>	<p>Patienterna upplevde maktmissbruk från sjuksköterskorna, de brydde sig inte och utförde bara sitt jobb. Baskunskaper saknades. Andra upplevelser var att sjuksköterskan brydde sig och ingav trygghet.</p>
<p>Författare Stenhouse, R.</p> <p>Årtal 2010</p> <p>Land England</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad II - Medel</p>	<p>Problemet var brist på tidigare forskning om hur patienter upplevde det att vara ineliggande på en psykiatrisk akutavdelning.</p> <p>Syftet var att beskriva patienters upplevelse av hur det är att bli vårdad när de var ineliggande psykiatrisk avdelning psykiatriskt sjukhus</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Ostrukturerade intervjuer genomfördes</p> <p>intervjuerna genomfördes i patientens eget hem för att komma bort från sjukhus- miljön</p>	<p>I studien deltog 13 patienter från ineliggande psykiatrisk akutvårds avdelning</p> <p>6 män och 7 kvinnor 18 -65 år</p>	<p>Patienterna upplevde felprioriteringar, kommunikationsbrist, "vi mot dem-känsla" och blev inte sedda. Fick själva ta ansvar. Patienterna upplevde även teamkänsla.</p>

	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare Verhaeghe, N. Maeseneer, J. Maes, L. Heeringen, C. Annemans, L.</p> <p>Årtal 2013</p> <p>Land Belgien</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad II - Medel</p>	<p>Problemet var att patienter med psykisk ohälsa ofta har en sämre mathållning och inte tränar samt att det inte finns tidigare forskning som visar på sambandet mellan dessa.</p> <p>Syftet var att undersöka de faktorer som påverkar sammansmältningen av fysisk aktivitet och att äta hälsosamt i den dagliga vården av individer med psykiska sjukdomar boendes i härbärgen och att utveckla förståelsen av relationen och komplexiteten mellan dessa faktorer</p>	<p>Kvalitativ design</p> <p>Beskrivande kvalitativ design</p> <p>En semi-strukturerad guide med frågor användes i en intervju som tog 30 - 45 min</p> <p>Intervjuerna spelades in och nedskrevs ordagrant genom kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Deltagarna hittades i olika härbärgen</p> <p>15 människor med psykisk ohälsa, 6 kvinnor och 9 män intervjuades</p> <p>17 psykiatrisjuksköterskor intervjuades</p> <p>Ålder 18+ år</p>	<p>Patienterna upplevde att sjuksköterskan öppnade upp för en relation. Men patienterna upplevde tidsbrist, kommunikationsbrist och brist på förståelse.</p>
<p>Författare Wyder, M. Bland, A. Matarasso, B. Cropmpton, D.</p> <p>Årtal 2015</p> <p>Land Australia</p> <p>Kvalitetsgranskning Grad I - Hög</p>	<p>Problemet var brist på tidigare forskning på hur patienter upplever deras relation med vårdpersonal under tvångsvård.</p> <p>Syftet var att beskriva patienters erfarenheter av relationen med sjuksköterskan under behandling på psykiatriskt sjukhus.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semi- strukturerade intervjuer med analys ur ett induktivt perspektiv</p> <p>Intervjuerna bestod av öppna frågor</p> <p>Intervjuerna varade i 20 min -2 h</p>	<p>Deltagarna i studien kommer från akut-mottagning på ett psykiatriskt sjukhus</p> <p>25 patienter deltog i studien från 24-65 år gamla; 14 kvinnor och 11 män</p>	<p>Patienterna upplevde god omsorg när sjuksköterskan lyssnade, ingav förtroende och gav tid till mötet. Patienterna upplevde sig också i vägen, upplevde tidsbrist, kommunikationsbrist och brist på förståelse.</p>

Högskolan Väst
Institutionen för Hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se