HÖGSKOLAN VÄST
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Sjuksköterskors erfarenheter av att uppmärksamma, bedöma och hantera somatiska symtom och problem i det psykiatriska omvårdnadsarbetet

Författare: Annette Ryckenberg
Elisabet Wallin
Handledare: Håkan Nunstedt

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp
Magisternivå
HT 2011

Arbetets titel	Sjuksköterskors erfarenheter av att uppmärksamma, bedöma och hantera somatiska symtom och problem i det psykiatriska omvårdnadsarbetet
Engelsk titel	The nurses´ experiences of identify, assess and manage somatic symptoms and problems within the psychiatric care work
Författare	Annette Ryckenberg och Elisabet Wallin
Handledare	Håkan Nunstedt
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art	Omvårdnad-Examensarbete, 15 hp
Program/kurs	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk omvårdnad, 75 hp
Termin/år	HT 2011
Antal sidor	26

Abstract

Background: Patients with mental disabilities are more prone to somatic illnesses than the general public. Unhealthier lifestyles and side effects of medication might be causes of conditions that lead to diabetes, cardiovascular diseases and premature death. According to the Social Board patients with mental disabilities receive poorer treatment than patients with only somatic diagnosis.

Aim: The aim of the study was to describe nurses' experiences to identify, assess and manage somatic symptoms and problems within the psychiatric care.

Method: The study is based on interviews with 12 nurses working in psychiatric outpatient and inpatient care. A qualitative content analysis was chosen.

Result: The nurses performed nursing through talking, blood sampling and measuring for example blood pressure. They followed up side effects of medication. This was done routinely or on their own initiative in order to identify, assess and manage somatic symptoms and problems. The nurses had the experience that they did not have sufficient knowledge of somatic care. They had wanted more collaboration with colleagues and other care units to increase this. The alliance with the patient was a precondition for aiding patients to make lifestyle changes.

Conclusion: There is need for simple routines and strategies to control somatic symptoms and problems. It is of importance for the patients to receive equivalent care and making it easier for the nurses to provide care. Increased collaboration with colleagues and other care units could facilitate this process of care taking.

Key words: caring process, collaboration, content analysis, mental disability, responsibility

Innehåll

Inledning **1**
Bakgrund **1**
Psykiskt funktionshinder 1
Somatiska symtom och problem hos personer med psykiska funktionshinder 2
Sjuksköterskans ansvar 3
Omvårdnadsprocessen 3
Problemformulering **5**
Syfte **5**
Metod **5**
Urval **6**
Datainsamling **7**
Analys **7**
Resultat **8**
Sjuksköterskans uppmärksamhet påverkar bedömning och hantering **9**
Sjuksköterskan uppmärksammar och bedömer patientens somatiska status 9
Sjuksköterskan planerar omvårdnadsåtgärder för att minska de somatiska symtomen och problemen 11
Sjuksköterskan arbetar med att förändra patientens somatiska status genom omvårdnadssamtalet 11
Sjuksköterskan följer upp genom dokumentation av somatiska symtom och problem 12
Sjuksköterskans kompetens påverkar uppmärksamhet och bedömning **12**
Riktlinjer används för att uppmärksamma somatiska problem vid specifika läkemedelsbehandlingar 13
Att känna ansvar för att uppmärksamma somatiska symtom och problem 13
Att ta tillvara den samlade erfarenheten och kunskapen i bedömningen 13
Sjuksköterskans svårigheter med att uppmärksamma somatiska symtom och problem 14
Samverkan underlättar bedömning och hantering **15**
Samarbetet på arbetsplatsen påverkar hanteringen av de somatiska symtomen och problemen 15
Andra vårdinstanser och yrkesgrupper används för konsultation 15
Delaktighet ökar möjligheterna att uppmärksamma somatiska symtom **16**
Att skapa en god omvårdnadsallians med patienten 16
Att använda närstående som resurs 17
Metoddiskussion **17**
Tillförlitlighet **17**
Överförbarhet **18**
Pålitlighet **18**
Resultatdiskussion **19**
Konklusion **22**
Implikationer **22**
Referenser **24**

Bilagor
I: (1) Information till avdelningschef/verksamhetschef
I: (2) Samtyckesformulär
II: (I) Information till sjuksköterskor
II: (2) Samtyckesformulär
III Information till sjuksköterskor
IV: (1)-(2) Intervjuguide

Inledning

Många människor i Sverige har ett psykiskt funktionshinder och precis som andra drabbas de även av somatiska problem. Socialstyrelsen (2010) har i en rapport om specialiserad vuxenpsykiatrisk vård, där primärvård inte ingår, uppmärksammat att patienter som både har en psykiatrisk diagnos och en samtidig somatisk sjukdom inte får det somatiska omhändertagandet de behöver. Socialstyrelsen menar att psykiskt sjuka dör i förtid i fysiska sjukdomar som hjärtinfarkt, stroke, diabetes och livmodercancer, vilka hade gått att förebygga och behandla. Överdödligheten i dessa sjukdomar är en tredjedel högre hos psykiskt sjuka jämfört med personer utan psykisk sjukdom. Detta kan bero på att patienter med psykiatrisk diagnos är sämre på att söka vård, får färre läkemedel utskrivna mot somatiska besvär samt har svårt att följa ordinationer. Följden kan bli att somatiska sjukdomar upptäcks senare och att behandlingen tar längre tid. Socialstyrelsen (2010) pekar på att det är viktigt att utreda om det finns faktorer i vårdorganisationen som påverkar överdödligheten. De frågar sig bland annat om patienternas somatiska symtom uppmärksammas tillräckligt och om undersökningar följs upp i den utsträckning som skulle vara behövligt för att komma tillrätta med deras somatiska problem.

Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12) skall ledningen för vårdverksamheten säkerställa kvaliteten på rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter. Samarbete kan ske inom och mellan yrkesgrupper, olika verksamheter och olika vårdgivare. Metoder och vårdprocesser ska göra verksamheten ändamålsenlig. Hälso- och sjukvårdspersonal har som ansvar att medverka genom att bland annat utarbeta, prova ut och vidareutveckla metoder och rutiner som möjliggör en bättre bedömning av de somatiska symtomen hos patienter med psykiatriska funktionshinder (SOSFS 2005:12).

Författarna till föreliggande studie har i sitt arbete som sjuksköterskor inom vuxenpsykiatrisk sluten- och öppenvård uppmärksammat att patienter med psykiska funktionshinder ofta har somatiska symtom och problem, men att det finns oklara rutiner för hur dessa ska hanteras. Föreliggande studie avser att studera problemet och genom detta bidra till att öka uppmärksamheten och medvetenheten om hur dessa symtom och problem bättre ska upptäckas och hanteras.

Bakgrund

Begreppet ”somatiska symtom och problem” används i detta arbete som en förenklad sammanfattning av de fysiska objektiva sjukdomstecken som patienten har, som sjuksköterskan ser, hör och känner eller de subjektiva symtom som enbart patienten upplever. ”Somatiska symtom och problem” omfattar även de svårigheter som uppstår på grund av de sjukdomstecken och symtom som patienten har.

Begreppet ”specialiserad vuxenpsykiatrisk” vård är den psykiatriska vård som bedrivs utanför primärvårdens ramar. I föreliggande arbete kommer fortsättningsvis denna vård att benämnas öppen, sluten eller enbart psykiatrisk vård.

Psykiskt funktionshinder

Begreppet handikapp har efter hand ersatts av begreppen funktionsnedsättning och funktionshinder (Socialstyrelsen, 2007). Begreppet funktionsnedsättning innebär att en person har nedsatt psykisk, fysisk eller intellektuell funktionsförmåga. Begreppet funktionshinder innebär att personen begränsas i sin relation till omgivningen på grund av en

funktionsnedsättning. Socialstyrelsens (2007) definition innebär alltså att en person inte har ett funktionshinder som individuell egenskap utan att hindret uppstår i den omgivning personen befinner sig i. De rekommenderar att begreppet handikapp tas bort och inte finns med som synonym till funktionsnedsättning och funktionshinder.

Somatiska symtom och problem hos personer med psykiska funktionshinder

Mer än en tredjedel av patienterna på svenska mentalsjukhus hade redan på 1960 -talet somatiska problem (Morgan och Åkesson, 1975). Tio år senare, då patientantalet långt mer än fördubblats, följdes detta upp. Resultatet visar att fyrtio procent av patienterna hade invärtesmedicinska, kirurgiska, gynekologiska eller dermatologiska åkommor. Fyrtionio procent av åkommorna, däribland tumörer, hjärtinsufficiens, hypothyreos, Parkinsons sjukdom samt brist på vitamin B12 och järn, var inte kända av patienterna sedan tidigare (Morgan & Åkesson, 1975).

Det finns människor med psykiatriska diagnoser från olika samhällsklasser. Den ekonomiska, sociala och kulturella position människan har i samhället kan vara avgörande för hur han eller hon kan hantera sin psykiatriska diagnos och situation (Elliot & Masters, 2009). Att leva i fattigdom och kanske varken ha ett arbete eller ha råd att konsumera kan orsaka ett liv präglat av stress och ångest. Det kan även resultera i sämre relationer ute i samhället och slutligen sämre hälsa både psykiskt och fysiskt (Elliot & Masters, 2009; Shuel, White, Jones & Gray, 2010). Hos personer med psykiska funktionshinder finns det de som enligt Elliot och Masters (2009) är extra utsatta. Att komma som invandrare från ett annat land kan leda till diskriminering och sociala trauman. Många invandrare saknar utbildning och har svårt för att få en anställning, vilket inte gynnar hälsan. Data från studier som jämför psykisk hälsa och ekonomisk ställning pekar på att det finns ett samband mellan dessa, men att det inte är enda orsaken eftersom problemet är mer komplext än så (Elliot & Masters, 2009).

Personer med psykiatriska diagnoser har sämre tillgång till sociala nätverk med familj, arbetskamrater och delaktighet i samhället på grund av att de inte har tillit, intresse eller samma mål som människor utan psykiatrisk diagnos (Elliot & Masters, 2009). Frånvaron av det sociala nätverket gör det svårare för personer med psykiska funktionshinder att få socialt stöd för att kunna utnyttja den hjälp som finns tillgänglig för att upprätthålla en god hälsa.

Den förväntade livslängden för personer med svår psykisk sjukdom är 20 procent lägre än hos övriga befolkningen och orsakas av en sämre livsföring (Shuel et al., 2010). Det är vanligt med hög prevalens av övervikt, dålig kosthållning samt brist på motion. Hjärtklappning, fetma och låg förekomst av egna undersökningar av brösten hos kvinnor är också vanligt (Shuel et al., 2010). Individer med svår psykisk sjukdom är även överrepresenterade när det gäller hjärt-kärlsjukdomar och de är i högre grad rökare än normalbefolkningen (Elliot & Masters, 2009).

Orsaker bakom somatiska sjukdomar kan vara dålig livsföring eller biverkningar från olika mediciner. Brunero och Lamont (2009) beskriver i sin studie att metaboliska syndrom i form av högt kolesterol i blodet, diabetes, bukfetma och högt blodtryck kunde ses hos 46 procent av de män och kvinnor som konsumerade neuroleptika. För att upptäcka biverkningar av neuroleptika krävs bra screening instrument. Metaboliska syndrom har ökat sedan den nya generationens neuroleptika infördes (Lieberman et al., 2005). Effekten av läkemedlen bör vägas mot de psykiska problemen och mot de biverkningar som uppstår

För att komma åt dåliga rutiner kring livsstil som näringsfattig kost och brist på motion samt oförmåga att hantera till exempel fetma orsakat av läkemedlen, rekommenderar vårdgivare rådgivning om hälsofrämjande åtgärder som rökavvänjning, viktnedgång eller att dra ner på kaffedrickande (Shuel et al., 2010). Det räcker inte alltid med dessa åtgärder utan en grundligare utredning eller hänvisning till andra hälsoprofessioner som till exempel kardiolog, dietist eller primärvårdsläkare är också viktigt.

Sjuksköterskans ansvar

Hälso- och sjukvården och dess personal har ~~ett~~ ansvar för den grundläggande vården och att god vård ges på lika villkor till hela befolkningen med respekt för människors värde och värdighet (HSL,1982:763). Vården som ges skall stämma överens med vetenskap och beprövad erfarenhet och patienter skall ges möjlighet till omsorgsfull och sakkunnig hälso- och sjukvård (Patientsäkerhetslagen, 2010:679).

Sjuksköterskan har ansvar för sitt sätt att utföra sitt yrke och bör upprätthålla sin yrkeskompetens i form av ett livslångt lärande. Ansvaret gäller även utveckling av omvårdnad som vilar på evidensbaserad kunskapsgrund och för att utarbeta samt tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning (ICN Code of ethics for nurses, 2006).

Ansvaret innebär att ha kunskap och kompetens inom områden som täcker patienternas fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov (Socialstyrelsen, 2005; Socialstyrelsen, 2008). Detta betyder att sjuksköterskan självständigt ska kunna observera, bedöma, planera, genomföra och utvärdera patienternas omvårdnad samt vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd. Ett samarbete ska upprätthållas med andra medarbetare inom omvårdnaden samt även med personal inom andra områden (ICN Code of ethics for nurses, 2006).

Sjuksköterskan ska också ha förmåga att följa upp och motivera patienter till att följa rekommendationer i behandlingar samt känna igen symtom och identifiera problem (Socialstyrelsen, 2005; Socialstyrelsen, 2008). Att förebygga hälsa och vid behov motivera till förändring av livsstil ingår också i kompetensområdet. Dessutom är en viktig uppgift att ge patienter, och ibland även närstående, stöttning och information samt undervisning både individuellt och i grupp.

Omvårdnadsprocessen

Omvårdnad är en ständigt pågående process som hela tiden måste följas upp och värderas för att förändringar i patientens hälsa ska kunna ses (Peplau 1991; Eriksson, 2000; Hummelvoll, 2004; Waldow (2009). Omvårdnad är inte en exakt teknik eller en procedur som görs slentrianmässigt utan en handling som utförs med engagemang, intresse och motivation vilket driver sjuksköterskan till att göra något för att hjälpa patienten (Waldow, 2009). För att kunna ge patienter en god omvårdnad är det viktigt med ett medvetet processtänkande. Detta innebär att samla in material om patientens behov, steg för steg formulera mål i hur omvårdnaden ska utföras, utföra omvårdnaden och utvärdera den omvårdnad som getts. Till hjälp för detta beskriver ovan nämnda omvårdnadsteoretiker hur de ser på en omvårdnadsprocess eller vad som ibland benämns vårdprocess, och på hur sjuksköterskan kan tänka runt denna.

Patienternas situation bör ses utifrån en helhet (Peplau, 1991; Eriksson, 2000; Hummelvoll, 2004; Waldow, 2009). För att en patient ska få hjälp sina problem är det viktigt att sjuksköterskan även bedömer hur omgivning och sociala situationen påverkar patientens

mående. Människan består enligt Eriksson (2000) och Waldow (2009) av fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga delar där en helhetssyn innebär en syn på livet utifrån livsvilja, tro, hopp, drömmar, fantasi, önskningar, känslor och tankar som han/hon vill förverkliga. En människa vill på detta sätt vara delaktig i att forma sitt eget liv och skapa sin hälsa som gör henne till en hel människa (Eriksson, 2000).

För att underlätta omvårdnadsprocessen behöver sjuksköterskan och patienten kunna förmedla sina budskap till varandra. Detta sker genom kommunikation, interaktion och relation. Kommunikation är ett symboliskt samspel där de inblandade parterna påverkar varandra och genom förhandling skapar en mening med det som sker (Hummelvoll, 2004). Eriksson (2000) kallar utbyte av information mellan sjuksköterska och patient för interaktion där interaktionen är en del av relationen.

Relationen mellan patienten och sjuksköterskan är kärnan för att uppnå en god allians samt hälsa hos patienten (Peplau, 1991; Eriksson, 2000; Hummelvoll, 2004; Waldow, 2009). Sjuksköterskans omvårdande är en relation där vördnad för livet och den enskilda människan är i fokus. Patienten får i vårdrelationen lära sig att ge genom att berätta om och utlämna sig själv samt ta emot hjälp, vilket anses vara en konst mer än en självklarhet. Relationen bygger på ömsesidighet och ~~en~~ beredskap hos både patient och vårdare och får inte forceras fram av vårdaren (Peplau, 1991; Eriksson, 2000; Hummelvoll, 2004; Waldow, 2009).

Det är i mötet med patienten som sjuksköterskan startar omvårdnadsprocessen genom att steg för steg bilda sig en uppfattning om patientens livssituation och bilda sig en uppfattning om vilka behov patienten har. I det första steget identifieras de problem patienten har men också vilka möjligheter och resurser som finns och hur han/hon kan använda dessa för att lösa sina problem. Patienten behöver få insikt om hur faktorer som finns runt denne, som till exempel relationer eller arbetssituationen, påverkar hans/hennes problem, möjligheter och resurser (Peplau, 1991; Eriksson, 2000; Hummelvoll, 2004; Waldow, 2009).

I det andra steget arbetar sjuksköterskan och patienten med en plan för vården genom att tillsammans söka efter förståelse för patientens problem (Peplau, 1991; Eriksson, 2000; Hummelvoll, 2004; Waldow, 2009). Sjuksköterskan kan visa på för- och nackdelar med ett tidigare agerande för att konkretisera diskussionen. Genom konkretiseringen ökar sjuksköterskans och patientens kunskap om varandra där målet de arbetar mot kan bli tydligare. I steg tre påbörjas nödvändiga åtgärder för att nå de uppsatta målen, vilka i det fjärde steget utvärderas för att kontrollera om åtgärderna lett till uppnådda mål. Eriksson (2000) menar att omvårdnadsprocessen består av fler steg som ska gås igenom än de ovan nämnda. Exempel på detta kan vara lagar, ekonomi och politiska system som direkt och indirekt påverkar vad som händer i vårdprocessen.

Sjuksköterskan bör reflektera före och efter varje handling och steg (Waldow, 2009). Detta kan göras med hjälp av kritiskt tänkande där frågor och antaganden framkommer. Det kan handla om att reflektera över patientens personlighet, hur sjuksköterskan kan göra det bekvämt för patienten, hur patient och närstående uppfattar omvårdnaden, om omvårdnaden utfördes på rätt sätt och hur den kan förbättras. Sjuksköterskan försöker även få patienten att reflektera över sin situation i de olika stegen och han/hon bör ha medvetenhet och kunskap för att kunna bemöta patientens frågor (Waldow, 2009). När patienten bearbetar de ursprungliga problemen är det inte ovanligt att han eller hon identifierar ytterligare problem (Peplau, 1991). Detta gör att omvårdnadsprocessen börjar om på nytt.

För att få en helhetsbild av patientens situation kan sjuksköterskan även ta del av närståendes beskrivning av patienten (Peplau, 1991; Eriksson, 2000; Hummelvoll, 2004;Waldow, 2009). Sjuksköterskan ska upplysa patienten om hälsofrämjande åtgärder och stötta, men ska inte komma med pekpinnar utan ansvaret ska ligga på patienten som förmås att bli mer aktiv (Peplau, 1991; Hummelvoll, 2004). Lösningarna kan bestå i att sammanfatta det arbete som gjorts, att utöka det sociala stödet eller att remittera patienten vidare (Peplau, 1991). Samarbetet kring patienten ska struktureras och allt arbete i omvårdnadsprocessen ska dokumenteras (Hummelvoll, 2004).

Problemformulering

Patienter med psykiska funktionshinder drabbas oftare än andra patienter av somatiska sjukdomar. Orsakerna kan vara dålig livsföring eller biverkningar från mediciner vilket kan leda till diabetes, hjärt och kärlsjukdomar. Patienter med psykiska funktionshinder får sämre somatiskt omhändertagande inom vuxenpsykiatrisk vård än de patienter som vårdats inom somatiken för enbart somatisk diagnos. Det är sjuksköterskans ansvar att genom omvårdnadsprocessen observera, bedöma, planera, genomföra och utvärdera patienternas omvårdnad. Detta för att ge bästa möjliga vård för att även somatisk sjuklighet ska uppmärksammas och nödvändiga åtgärder vidtas.

Författarna till detta arbete upplever att det saknas rutiner för hur somatiska symtom och problem ska uppmärksammas, bedömas och hanteras vilket leder till att sjuksköterskans egna kliniska erfarenhet används istället. Då sjuksköterskor har olika klinisk erfarenhet kan det uppstå skillnader i behandlingen av patientens symtom och problem vilket går emot sjukvårdspersonalens ansvar om en god vård på lika villkor.

Eftersom få studier har gjorts om sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med somatiska symtom hos patienter med psykiska funktionshinder är intentionen med denna studie att undersöka dessa upplevelser. Genom att belysa detta ämne kan en vidareutveckling av metoder ske vilket bör ligga i alla sjuksköterskors ansvar och intresse.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att uppmärksamma, bedöma och hantera somatiska symtom och problem i det psykiatriska omvårdnadsarbetet.

Metod

I denna studie valdes kvalitativ forskningsintervju med en deskriptiv, induktiv ansats för att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att uppmärksamma, bedöma och hantera somatiska symtom och problem inom psykiatrisk vård. Den kvalitativa forskningsintervjun har som avsikt att utforska hur världen upplevs av den intervjuade personen och genom intervjun fånga det som inte är observerbart (Patton, 2001). Genom den deskriptiva ansatsen försöker intervjuaren vara objektiv och hitta en förklaring till den intervjuades erfarenhet, känslor, upplevelser och agerande. Med en induktiv ansats skapar intervjuaren nya teoretiska antaganden med hjälp av dessa förklaringar (Polit & Beck, 2010).

Data insamlades via semistrukturerade intervjuer (se bilaga IV). Detta innebär, enligt Polit och Beck (2010), att intervjun utgår från ett antal förutbestämda frågor av öppen eller halvöppen karaktär eller ämnen som varje intervjuad sjuksköterska får svara på. Intervjuarens funktion är att få sjuksköterskan att tala fritt om ämnet och berätta med egna ord (Polit &

Beck, 2010). Insamlad data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. När det gäller att samla in data till en sådan analys är grunddragen att stora mängder ord i en text delas in i mindre enheter (Patton, 2001; Polit & Beck, 2010; Krippendorff, 2004).

Ramarna för en innehållsanalys kan beskrivas med hjälp av sex allmänna delar (Krippendorff, 2004). Dessa delar består av 1) Data, det vill säga den textmassa som forskarna har tillgänglig. 2) En forskningsfråga som forskaren söker svaret på genom att undersöka textmassan. 3) En av forskaren utvalt kontext (sammanhang) inom vilket textmassan spelar en betydande roll. 4) En analytisk konstruktion av vad forskaren vet om kontexten. 5) En slutsats som är tänkt som ett svar på forskningsfrågan, vilket fullbordar innehållsanalysen. 6) Ett bevis på validering som är det ultimata försvaret för innehållsanalysen (Krippendorff, 2004).

Textmassan som finns tillgänglig kan antingen analyseras ”manifest” eller ”latent” (Krippendorff, 2004). Författarna till föreliggande studie valde manifest innehållsanalys, vilket innebär att lyfta fram det explicita, det som faktiskt sägs i texten till skillnad från ”latent” som innebär en tolkning (implicit) av den underliggande innebörden av texten (Krippendorff, 2004). Texten analyserades enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008).

Urval

Författarna till föreliggande arbete valde att intervjua sjuksköterskor inom psykiatrisk öppen- och slutenvård med erfarenheter från vård av patienter med bipolärt syndrom, depression, personlighetsstörning, psykos, missbruk samt neuro-, rätts- och äldrepsykiatri. För att delta i studien skulle deltagarna som enda inklusionskriterium ha arbetat som sjuksköterskor minst sex månader inom sitt verksamhetsområde för att ha fått en viss erfarenhet av psykiatrisk omvårdnad och de arbetsuppgifter som förekom.

För att erhålla muntligt samtycke till att genomföra studien togs telefonkontakt med fem avdelningschefer inom psykiatrisk slutenvård och fem verksamhetschefer inom psykiatrisk öppenvård i fem små och medelstora städer i västra Sverige. Cheferna informerades om att författarna önskade intervjua sjuksköterskor i studien.

De tillfrågade cheferna gav muntligt sitt medgivande och några gav omgående namnet på en eller flera lämpliga sjuksköterskor att intervjua. Information skickades sedan via e-post till cheferna för att erhålla deras skriftliga godkännande, (bilaga I). Samtidigt skickades det ut ett informationsbrev och ett samtyckesformulär, (bilaga II) som skulle förmedlas av cheferna till samtliga sjuksköterskor i verksamheten. När namn på intresserade sjuksköterskor erhållits från samtliga tillfrågade verksamheter kontaktades dessa sjuksköterskor via telefon för att bestämma tid och plats för intervjun. Sjuksköterskorna erhöll därefter ett personligt brev, med intervjufrågorna (bilaga III). Sjuksköterskornas godkännande till samtycke erhölls i samband med intervjun. Fjorton svar om deltagande erhölls varav två föll bort på grund av tidsbrist från sjuksköterskornas sida.

Urvalet kom att bestå av tolv sjuksköterskor varav tre var män och nio var kvinnor. Sex sjuksköterskor arbetade inom psykiatrisk öppenvård och sex inom psykiatrisk slutenvård, Sociodemografiska data beskrivs i Tabell 1.

Tabell1. Sociodemografisk data för de intervjuade sjuksköterskorna. (n= 12)

Variabel	Värde
Ålder	31-60
Antal	
Kvinnor Öppenvård	3
Slutenvård	6
Män Öppenvård	3
Slutenvård	0
Arbetat antal år som sjuksköterska	3,5- 40
Arbetat antal år inom psykiatrisk vård	2 - 42
Tjänstgöringstid på arbetsplats	3månader -11år
Antal utbildade till specialistsjuksköterska	
Psykiatri	8
Annan specialisering	1
Ingen specialisering	3
Arbetat antal år inom somatisk vård	3månader -37.5 år

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes under december månad 2010. Intervjuerna med sjuksköterskor på de slutna psykiatriska vårdavdelningarna genomfördes i ett enskilt rum i anslutning till avdelningen och inom den öppenpsykiatriska verksamheten på sjuksköterskans expedition. För att få till en så avslappnande atmosfär som möjligt, inleddes intervjun med ett kort alldagligt samtal innan sjuksköterskan muntligt fick repetition av den information som tidigare lämnats ut skriftligt. Därefter fick sjuksköterskan berätta hur länge han/hon arbetat inom sitt yrke, på sin arbetsplats och inom psykiatrin. Sjuksköterskan ombads att berätta om hur han/hon utifrån sina erfarenheter uppmärksammar, bedömer och hanterar somatiska symtom och problem hos personer med psykiskt funktionshinder. Under varje huvudfrågeområde; ”uppmärksammar”, ”bedömer” och ”hanterar”, ställde författarna ett antal utfyllnadsfrågor, skrivna som en intervjuguide, för att stimulera till att hålla samtalet flytande och få sjuksköterskan att berätta om de upplevelser och känslor han/hon haft i samband med dessa huvudfrågeområden (bilaga IV). Denna intervjuguide fick sjuksköterskan inte se. Om oklarheter uppstod ombads sjuksköterskan att förtydliga sig för att inte missförstånd eller feltolkning skulle ske. Intervjuerna spelades in på diktafon av en av författarna och MP3 spelare av den andra författaren. Intervjuerna varade mellan 35-60 minuter, med en genomsnittlig längd på 48 minuter.

De intervjuade sjuksköterskorna kontaktades i efterhand för att få kompletterande svar om ålder, om de var specialistutbildade samt deras eventuella erfarenheter av somatisk vård sedan tidigare.

Analys

Intervjuaren till respektive intervju transkriberade den data som spelats in för att få fram ett datorskrivet dokument som grund för analys. Tillsammans bearbetade sedan författarna texten enligt Lundman och Hällgren Graneheims kvalitativa innehålls analys (2008). För att få en känsla av helhet lästes texten igenom flera gånger. I de reflektioner som gjordes framkom att viss text inte svarade mot syftet, det vill säga text som inte handlade om hur sjuksköterskan uppmärksammar, bedömer och hanterar somatiska symtom och problem i det psykiatriska

omvårdnadsarbetet. Denna text togs bort. Den text som blev kvar delades in i meningsenheter som bestod av textens ord, meningar och stycken som genom innehåll och sammanhang hängde ihop. Meningsenheterna får inte vara så små att de blir sönderdelade men inte heller så stora att det finns risk att de innehåller flera betydelser (Lundman & Hällgren Graneheim 2008).

Meningsenheterna gjordes kortare utan att det centrala innehållet gick förlorat. De abstraherades genom att innehållet höjdes upp till en högre logisk nivå och gavs en ”etikett”, en kod, som kortfattat beskrev innehållet. Koderna jämfördes i skillnader och likheter. De grupperades först i tolv underkategorier, därefter i fyra kategorier där meningar med samma innehåll fördes samman (exempel på hur processen gått till beskrivs i Tabell 2). Under hela analysprocessen arbetade författarna med att jämföra helheten av texten med delarna av den för att kontrollera att texten svarade mot syftet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Tabell 2. Exempel på meningsenhet, kondenserade meningsenhet, kod, underkategori, och kategori.

Meningsenhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
Att man bygger upp en bra relation så fort som möjligt. Att man tar sig tid att när man går in att man inte, att de inte ska känna att jag är stressad och har mycket att göra. Att jag ska göra något annat och så. Eller att jag säger att jag återkommer om det, om jag inte tid att prata just då.	Att bygga upp en relation. Att ta sig tid. Att säga att jag återkommer om jag inte har tid.	Bygga upp en relation. Ta sig tid	Att skapa god omvårdnadsallians med patienten	Delaktighet ökar möjligheterna att uppmärksamma somatiska symtom

Etiska övervägande

Vetenskapsrådet (2002) definierar fyra allmänna forskningsetiska huvudkrav. Dessa krav är informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet. De intervjuade sjuksköterskorna fick enligt informationskravet veta att medverkan i studien var frivillig. Enligt samtyckeskravet har respondenten rätt att avbryta om så önskas. I studien följdes konfidentialitets kravet genom sekretess och kodning av materialet. Vid risk för igenkännande omformulerades vissa ord utan att innebörden föll bort. Datamaterialet förvarades på ett USB-minne i ett kassaskåp hos en av författarna. Nyttjandekravet följdes genom att uppgifterna som insamlats inte kommer att användas i annat syfte utan medgivande av uppgiftslämnaren (Vetenskapsrådet, 2002).

Sjuksköterskorna fick både muntlig och skriftlig information om syftet med studien, vilka frågeområden som skulle beröras, hur lång tid intervjun beräknades ta och att de skulle spelas in på diktafon eller MP3 spelare. Denna information följde Helsingforsdeklarationens (2008) etiska riktlinjer genom att informationen till deltagarna uttrycktes lättförståeligt så att de tillfrågade själva kunde ta ställning till om de vill delta i studien eller inte.

Resultat

Resultatet presenteras här i form av kategorier och underkategorier (tabell 3). I texten beskrivs varje kategori med tillhörande underkategorier. Citat från intervjuerna förstärker texten och kommer från de sjuksköterskor som intervjuats. Tolv underkategorier bildade fyra kategorier.

Tabell 3. Översikt av underkategorier och kategorier.

Underkategorier	Kategorier
Sjuksköterskan uppmärksammar och bedömer patientens somatiska status	Sjuksköterskans uppmärksamhet påverkar bedömning och hantering
Sjuksköterskan planerar omvårdnadsåtgärder för att minska somatiska symtom och problem	
Sjuksköterskan arbetar med att förändra patientens somatiska status genom omvårdnadssamtalet	
Sjuksköterskan följer upp genom dokumentation av somatiska symtom och problem	
Riktlinjer används för att uppmärksamma somatiska problem vid specifika läkemedelsbehandlingar	Sjuksköterskans kompetens påverkar uppmärksamhet och bedömning
Att känna ansvar för att uppmärksamma somatiska symtom och problem	
Att ta tillvara den samlade erfarenheten och kunskapen i bedömningen	
Sjuksköterskans svårigheter med att uppmärksamma somatiska symtom och problem	
Samarbetet på arbetsplatsen påverkar hanteringen av somatiska symtom och problem	Samverkan underlättar bedömning och hantering
Andra vårdinstanser och yrkesgrupper används för konsultation	
Att skapa god omvårdnadsallians med patienten	Delaktighet ökar möjligheterna att uppmärksamma somatiska symtom
Att använda närstående som resurs	

Sjuksköterskans uppmärksamhet påverkar bedömning och hantering

Sjuksköterskorna beskrev hur de uppmärksammade och bedömde patientens somatiska status genom ankomstsamtal, blodtryckskontroll och kontroll av biverkningslistor. Sjuksköterskorna planerade för hur de skulle gå vidare med de problem som hade uppmärksammats. Genom att vägleda, påtala och stötta patienterna försökte sjuksköterskan förändra ohälsosam livsstil som till exempel rökning och risker med att inte motionera. Uppföljning av åtgärder gjordes genom att granska journalen samt genom att få information av läkare och patient och sedan dokumentera detta.

Sjuksköterskan uppmärksammar och bedömer patientens somatiska status

En första bedömning av patienten gjordes i samband med ett ankomstsamtal. I dessa bedömningar, där patientens aktuella situation framkom, ställde sjuksköterskorna frågor som rörde kost, sömn och aktivitet. Sjuksköterskorna uppmärksammade genom observationer där de såg, lyssnade och kände på patienten. Det kunde innebära att sjuksköterskorna observerade hur patienten andades eller kände om huden var kallsvettig. Inom slutenvården kompletterade dessa frågor läkarens inskrivningssamtal. I samband med detta framkom även om patienten hade somatiska symtom eller problem. Därefter beskrev sjuksköterskorna att de tog reda på patientens tidigare sjukdomshistoria och talade om att de uppmärksammade de somatiska problemen först efter att dessa gav psykiska besvär.

> *Är ju det en flagga för att här e det ju nånting mer som vi måste hålla koll på, det ju liksom inte bara en depression som kommer in utan det finns en kropp också. (S1)*

Den tidigare somatiska värderingen kunde enligt sjuksköterskorna vara bristfällig. Om någon patient klagade på till exempel huvudvärk, menade sjuksköterskorna att de frågade vidare om

problemet var nytillkommet eller inte och om problemet i så fall var utrett. En sjuksköterska uppgav att om patienten hade ont gjorde sjuksköterskan mer kontroller än vad som behövdes för att gardera sig. Exempel på detta var att mäta blodets syremättnad (pox) eller ta prov på blodsocker.

Sjuksköterskorna berättade att om något specifikt somatiskt symtom eller problem framkom hos patienten bedömdes dessa utifrån sjuksköterskans tidigare erfarenheter. Sjuksköterskorna hade fokus på hur kroppen såg ut, om huden var blek och om patienten visade trötthet. De kände på patientens mage eller ben. Sjuksköterskorna uttryckte att de vid yrsel hos patienten tog blodtryck och puls. Om dessa parametrar var bra avvaktade de med vidare åtgärder. Inom slutenvården uppgav sjuksköterskorna att de tog ingångsvikt samt följde blodtryck och puls ett par gånger under vårdtiden för att ha kontroll på patienternas värden. Några andra hjälpmedel eller mätinstrument fanns inte att tillgå.

> *Är enkla hjälpmedel som exempel att ta blodtryck eller om jag skall känna på pulsen … vad jag kliniskt kan få fram, vad jag själv upptäcker och ser och vad patienterna uppger och man kan känna på huden … men vi har inga andra hjälpmedel…(S3)*

Sjuksköterskorna såg det som en risk att de vid sitt arbete inom psykiatrisk vård lätt kunde börja tänka att bröstsmärtor var ångest, medan en annan sjuksköterska menade att hon såg skillnad på dessa. Ett annat exempel var att högt blodtryck hos missbrukare kunde misstolkas på grund av att sjuksköterskan trodde att det berodde på abstinens. Det framkom även en risk för att bli ”hemmablind*”* och endast fokusera på psykiska symtom och problem.

> *Ja det skulle vara vår egen uppfattning i sådana fall! Att man kan bli så hemmablind… det kan finnas hinder från oss. (S5)*

Sjuksköterskorna uppmärksammade eventuella biverkningar som viktuppgång eller viktnedgång. De var medvetna om att neuroleptika kunde ge diabetes, hjärt- och kärlproblem samt dålig tandstatus. De upplevde att många patienter levde ett mindre sunt liv med ensidig kost och att de rökte mycket.

Sjuksköterskorna som arbetade med psykospatienter uppgav att de hjälpmedel hade en lista med biverkningar på neuroleptika som de använde för att kontrollera patienternas somatiska status med. De hade dessutom årliga hälsoundersökningar med dessa patienter. På detta sätt menade sjuksköterskorna att risken minskades för att missa någonting som till exempel högt blodtryck.

Det framkom även att ålder hos patienten påverkade hur sjuksköterskorna förhöll sig till somatiska symtom och problem. Sjuksköterskorna ansåg att yngre patienter var friskare och att det då inte var nödvändigt med ett sådant fokus på det kroppsliga, men att det hos äldre patienter inte gick att bortse från somatiska problem. Det viktiga var trots allt att inte negligera problem då såväl små som stora ”saker” var viktiga för patientens välbefinnande.

> *Kanske att man inte är lika uppmärksam på de yngre faktiskt, man tror väl per automatik att de är nog friskare… annars brukar jag fråga om det i anamnesen om de är friska för övrigt. (Ö6)*

Sjuksköterskan planerar omvårdnadsåtgärder för att minska de somatiska symtomen och problemen

Sjuksköterskorna beskrev att de hela tiden prioriterade utifrån hur allvarligt det somatiska symtomet var och hur bråttom det var att åtgärda detta. Var det inte ett akut problem, kunde sjuksköterskan planera att ta upp det vid ett senare tillfälle.

> *Att det är som om hela havet stormar att det inte finns en möjlighet idag, men då får jag ju lägga det på min planering för morgondagen då kanske, om det inte är jätteakut med dom kroppsliga krämporna på patienten det är ju… det är ju så det är överallt att man prioriterar och att man bedömer hur bråttom det är och hur illa det är.(S1)*

När sjuksköterskorna fick information om att en patient hade en känd somatisk sjukdom sedan tidigare, reagerade de på olika sätt. Inför ronden planerade sjuksköterskorna att diskutera patientens lunginflammation och att patienten kunde behöva röntga sina lungor, vilket ledde till att en remiss skrevs. Ett annat exempel kunde vara en patient med kronisk obstruktiv lungsjukdom eventuellt skulle behöva extra näring eller andningsgymnastik.

För att åtgärda somatiska problem hos patienterna krävdes det planering av hur de skulle förklara för att patienten skulle förstå syftet med åtgärden. Det kunde till exempel vara att uppmuntra patienten att äta oftare och mindre eller att minska på alkoholintaget.

> *Förmågan hos patienterna är ett hinder en del kan inte, en del kan inte förstå vad jag säger och då är det ju ingen ide´. Att man inte har förmåga att förstå, en del har ju inte det heller, kan inte se och förstå det jag säger och då gäller det ju att lägga det på en annan nivå då får man ju ta det… ät oftare och mindre bara helt enkelt. (Ö1)*

Sjuksköterskan arbetar med att förändra patientens somatiska status genom omvårdnadssamtalet

Sjuksköterskorna nämnde att biverkningar av medicineringen kunde leda till somatiska symtom och problem. Sjuksköterskorna ansåg att det var deras uppgift att tala med patienten om dessa biverkningar som till exempel muntorrhet och om hur detta påverkade deras tandstatus. Sjuksköterskorna diskuterade kost med sina patienter och försökte motivera patienterna till förändring genom att använda sig av motiverande samtal.

> *Vi hade diskussion om det här med kosten … börja med de små medlen att vad är, ja hur ska en normal tallrik se ut ja vad är en normal tallrik om du håller den framför dig. Ja vad är normalt... ja, ganska enkla medel som är lättare att ta till sig för patienten…(Ö2)*

Sjuksköterskorna menade att de försökte vägleda, påtala och stötta patienterna till en förändring när det gällde att äta en mer näringsriktig kost eller att motionera. Sjuksköterskorna påtalade dock att de inte kunde bestämma över patienten. Ibland fick sjuksköterskorna vänta in rätt tillfälle för att ta upp eventuella risker som kunde leda till somatiska problem för patienten. Som exempel kunde de ta upp att det fanns ~~en~~ somatisk risk med övervikt. Sjuksköterskan påpekade för patienten att det var viktigt med motion och att det hjälpte mot ångest, men gav sig inte på att kritisera livsstilen. Detta trodde sjuksköterskan gällde generellt för psykiatrisk vård.

Förutom felaktig kosthållning och obefintliga motionsvanor kunde en negativ livsstil med rökning och olika missbruk leda till somatiska problem. Det var denna livsstil som sjuksköterskorna försökte påverka hos patienterna genom samtal.

> *Men allt det där härrör sig från dåligt leverne helt enkelt och det är ju det man försöker påverka då men det är jättesvårt det vet man ju med sig själv hur det är med det.(Ö1)*

Ett hinder för att få till förändring hos patienterna berodde ofta på deras dåliga ekonomi. Sjuksköterskorna menade att det måste finnas strategier för hur de somatiska symtomen och problemen ska hanteras hos dessa patienter och att det är viktigt att bedöma även den ekonomiska faktorn i det psykiatriska omvårdnadssamtalet.

Sjuksköterskan följer upp genom dokumentation av somatiska symtom och problem

Uppföljningen av somatiska symtom och problem kunde ske på olika sätt. Sjuksköterskorna beskrev att de fick direktiv från läkaren rörande vad som skulle fortsätta att följas upp. Om patienten blivit ombedd att kontrollera sina somatiska symtom och problem hos primärvården följde sjuksköterskorna upp detta. De frågade patienterna om de varit på primärvården och vad som skett där.

> *Och sen följer upp det igen med patienter då genom att fråga… -Hur var det egentligen på vårdcentralen där och … gick du dit?(Ö2)*

Sjuksköterskorna berättade att de följde upp tidigare dokumenterade ankomstsamtal. Sjuksköterskorna gick in i journalen, tittade, checkade av och jämförde dåtid med nutid. Flertalet sjuksköterskor ansåg att dokumentation var ett bra verktyg i omvårdnaden. De menade att det var viktigt att de dokumenterade sina bedömningar, vilka åtgärder som var gjorda samt att även det somatiska rapporterades och utvärderades. Dokumentationen ansågs vara viktig för att uppföljningarna skulle bli bra. Anledningen till detta var att undvika motstridiga uppgifter. Några sjuksköterskor beskrev att det fanns en grundmall, psyk-VIPS i journalen, som de kunde dokumentera utifrån om till exempel omvårdnadsstatus och omvårdnadsplan. Sjuksköterskorna hoppades bara att informationen de dokumenterade lästes.

> *Sen är det ju väldigt viktigt i det här alltså att när man upptäcker någonting att man dokumenterar. Det är ju jätteviktigt… för man kan få motstridiga uppgifter från vad som borde göras i förhållande till vad man själv ser.(S2)*

Sjuksköterskorna påpekade att det blev problem om anteckningarna i journalen inte var tillfredställande och inte stämde överens med vad patienten uttryckte och ansåg att han/hon hade för symtom eller problem.

Sjuksköterskans kompetens påverkar uppmärksamhet och bedömning

Sjuksköterskorna uppgav att de hade flera prover som togs på rutin och att de önskade mer kunskap om vad proverna kunde indikera när det gällde somatiska symtom och problem. De betonade att det var sjuksköterskans ansvar att markera och vara drivande för att de somatiska symtomen och problemen skulle kunna upptäckas. Sjuksköterskorna uttryckte att de genom åren fått erfarenhet och kunskap som var viktig att dela med sig av. Svårigheter att uppmärksamma patienternas somatiska symtom och problem uppstod när patienterna inte berättade om dem.

Riktlinjer används för att uppmärksamma somatiska problem vid specifika läkemedelsbehandlingar

De sjuksköterskor som arbetade inom slutenvården, uppgav att de hade många olika slags prover som de tog som rutin.

> *Där har vi intagningsprover så. Det är ett helt batteri med prover som man bara tar när patienten kommer in då…(S2)*

Riktlinjer fanns för provtagningar på patienter som använde specifika läkemedelsbehandlingar som till exempel Litium, Clozapin, Concerta och Ritalin. Detta var riktlinjer och rutiner som flertalet sjuksköterskor uppgav att de kände till. När patienterna använde dessa läkemedel var sjuksköterskorna mer observanta och såg eventuella somatiska biverkningar.

> *När man tittar på Concerta vet man ju, för det står i insättningsförfarandena vad vi skall göra. Man skall ta vissa blodprover och man skall följa puls och blodtryck för att det är liksom viktigt, det e det… och det är ju samma med vikten…(Ö6)*

Sjuksköterskorna betonade att det var läkaren som var ytterst ansvarig för de prover som togs, men att problemet var att även om läkaren signerade provsvaret uppmärksammade han/hon inte alltid att de var avvikande. I dessa fall blev det sjuksköterskan som fick stöta på och fråga om det skall göras någon åtgärd gällande det avvikande provsvaret.

Sjuksköterskor önskade att de hade mer kunskap om hur proverna kunde visa tecken på somatiska problem som till exempel om högt kolesterol och högt blodsocker. De ansåg att primärvårdens sjuksköterskor var mer uppdaterade när det gällde dessa blodprover och sjuksköterskorna inom psykiatriska vården önskade ett bättre samarbete för att få kunskap om prover och somatiska symtom.

Att känna ansvar för att uppmärksamma somatiska symtom och problem

Det poängterades att det var sjuksköterskans ansvar att identifiera patientens välmående och välbefinnande, vilket för sjuksköterskan inom den psykiatriska vården även innefattar att uppmärksamma och bedöma somatiska problem och vara aktiva och drivande i detta arbete.

De hade ansvar att informera annan personal om sina tankegångar kring de somatiska symtom och problem som uppstod. I vissa fall fick sjuksköterskorna själva vara mer observanta på patienternas somatiska symtom och problem beroende på vilken kompetens övrig personal som fanns runt dem hade. Sjuksköterskorna betonade ansvaret de hade för uppföljning vid eventuella medicineringar.

> *Jag tycker att som sjuksköterska att man inte bara kan sitta och vänta på att doktorn skall upptäcka saker för dom är inte ute på avdelningen speciellt särskilt mycket och kanske inte tänker på alla detaljer… vi måste vara drivande. (S3)*

Att ta tillvara den samlade erfarenheten och kunskapen i bedömningen

Genom åren och med erfarenheten hade sjuksköterskorna utvecklat en ”klinisk blick” för att kunna se och bedöma patienternas somatiska problematik. Sjuksköterskorna uppgav att de hade olika erfarenheter även från somatisk vård och att sådan erfarenhet var viktig även inom den psykiatriska vården. Sjuksköterskorna menade att de tappat mycket kunskap om somatisk vård efter att ha arbetat en längre tid inom den psykiatriska vården. De pekade på att det var

viktigt att ta tillvara varandras kunskap, då alla hade olika erfarenheter och kunskap med sig från början.

> *Den kunskapen som man har med sig som man får använda… och sen får man aldrig glömma bort och diskutera med sina kollegor… så att man känner sig lugn och trygg med det… det är A och O (S2)*

Sjuksköterskans svårigheter med att uppmärksamma somatiska symtom och problem

Sjuksköterskorna påtalade svårigheter att uppmärksamma somatiska symtom hos patienterna på grund av patientens svårigheter med att uttrycka sina problem. Sjuksköterskan var medveten om att vissa patienter inte bad om hjälp fast de behövde medan andra hade förmågan att mycket lättare be om hjälp.

> *Det kan vara de som inte säger någonting… och då får vi ju vara där … och fråga – Hur är det? … Så det är hela tiden att man helst har ögon överallt… och uppmärksammar … för det är så tyvärr att det är de som ropar högst som får mest hjälp så är det…(S4)*

Sjuksköterskorna påpekade att vissa patienter inte brydde sig, inte påtalade och inte upplevde kroppsliga krämpor. Patienterna reagerade inte heller på signaler från kroppen. Detta kunde i sin tur leda till att patienten inte sökte hjälp eller att de upplevde sig må bra. Sjuksköterskorna ansåg att dessa patienter hade en ohälsosam livsstil och att det var svårt att vägleda om de inte hade en tydlig allians med patienten.

I relationen med patienten kunde svårigheter uppstå då sjuksköterskorna kände en osäkerhet gällande om det patienterna uttryckte var somatiska symtom som till exempel huvudvärk som skulle tas på allvar eller om det patienterna uttryckte var ett sätt att få uppmärksamhet eller tillfälle att få mer värktabletter än som var ordinerat. Detta var en svår balansgång enligt sjuksköterskorna. De upplevde att det gick att tillmötesgå patienten till en viss gräns.

> *Ja, det kan jag väl säga då att många gånger är det så att det är ganska svår balansgång just därför att många, många utav våra patienter kan påtala många olika somatiska symtom för att få uppmärksamhet… (S1)*

Sjuksköterskorna nämnde svårigheter med att uppmärksamma, bedöma och hantera de somatiska symtomen och problemen då patienten hade någon form av missbruk. Den somatiska sjukdomen verkade vara mindre viktig för patienten att berätta om. Patienterna hade ett eget ansvar att följa behandlingsplan, men upprätthöll inte alltid de kontakter som skapats åt dem inom vården.

Personer som hade svårigheter med språket till exempel invandrare var svåra att bedöma vid eventuella somatiska symtom eller problem. Tolk beställdes, men det var svårt vid akuta bedömningar. Symtomen maskerades, då patienten inte hade förmåga att uttrycka eller förklara och att personalen var fokuserad på den psykiska sjukdomen.

> *Patientgruppen kommer också i kläm för att dom inte alltid har förmåga att uttrycka sig eller förklara hur dom mår eller att personalen kan vara fokuserad på att man ser på allt utifrån att patienten har en psykisk sjukdom och det kan ju maskera andra symtom.(S3)*

Det framkom även tankar om att det var oetiskt att lämna problem åt patientens egen vilja, när de inte hade förmåga att ta hand om sin hälsa.

> *Om man tänker utifrån begreppet självbestämmande, autonomi, så vill man ju ändå tänka på en person som ja, som har en viss förmåga till detta, grundbesluten men det är nu inte alla... Så på nåt sätt känns det oetiskt på något sätt att bara lämna det på något sätt att vissa saker bara släppa det och lämna det åt patientens egna vilja…(Ö2)*

Samverkan underlättar bedömning och hantering

Sjuksköterskorna beskrev att det var viktigt med samverkan både i den egna arbetsgruppen och med andra vårdinstanser. De uppgav dock att hinder i arbetsmiljö och organisation påverkade ett bra samarbete. Exempel på detta kunde vara att det var mycket att göra på varje enhet vilket ledde till stress och tidsbrist.

Samarbetet på arbetsplatsen påverkar hanteringen av de somatiska symtomen och problemen

Sjuksköterskorna nämnde att samarbetet och relationen till arbetskamraterna var viktiga för att få en nyanserad bild av patienternas problematik. Det var en trygghet att kunna få råd och stöd av kollegorna. Det kändes även tryggt att det vid behov fanns möjlighet att kunna rådfråga en läkare och att denne kunde ta ställning till en eventuell åtgärd.

Sjuksköterskorna uppgav att det var betydelsefullt i arbetet att ha möjlighet till att diskutera olika problem i ett tvärprofessionellt behandlingsteam.

> *… ST läkare här och då frågar man ju dom och kollegorna naturligtvis och även skötarna. Vi har jätteduktiga skötare som har varit med i många år. De uppmärksammar och ser, så det är ett teamwork … mmm… helt enkelt…(S4)*

När beslut hade fattats menade sjuksköterskorna att fokus skulle vara på patienten och inte på att fortsätta diskutera organisationsproblem. En första prioritet var att se till att patienten över huvudtaget levde och att olika åsikter mellan personal om åtgärdandet av denna patient fick tas vid senare tillfälle. Det framkom även behov av mer tid för att ta grundligare anamnes för att även få med de somatiska symtomen och problemen.

> *Hade man haft mer tid så hade man kunnat göra en grundligare anamnes och få med mer av de här somatiska bekymren… kunna bolla dom i lugn och ro med doktorn. Se vad det är vi kan göra, om det är något vi kan göra, men annars se till att de remitteras till rätt instanser…(Ö6)*

Sjuksköterskorna påtalade dock att det var viktigt att erbjuda patienten kontakt och vid behov erbjuda en annan kontakt än den som tidigare erbjudits. Till exempel kunde en kvinnlig patient erbjudas hjälp av en kvinnlig sjuksköterska för att våga ta upp intima problem.

Andra vårdinstanser och yrkesgrupper används för konsultation

Sjuksköterskorna hänvisade patienten till primärvården när det fanns misstanke om eventuella somatiska problem. Kontakten med primärvården kunde ske på olika sätt. I första hand ombads patienten själv ta kontakt med primärvården. Vid behov hjälpte sjuksköterskan till med att ringa och beställa tid och ibland följde sjuksköterskan eller annan kontaktperson med

patienten dit. I vissa fall skrev den tjänstgörande läkaren inom psykiatrin, till exempel psykiatrikern eller underläkaren, remiss till den somatiska vården för en somatisk bedömning. Sjuksköterskan kunde även ta kontakt med andra yrkeskategorier vid behov. Dietist kontaktades när det gällde patienternas kosthållning. Ibland kontaktades en sjukgymnast.

Sjuksköterskorna nämnde laboratoriepersonal som en central kontaktperson som kontaktades angående avvikande provsvar. Om provsvaren var mycket avvikande tog laboratoriepersonalen kontakt med mottagningen eller avdelningen.

> *Och är det väldigt avvikande då har jag varit med om att de har ringt från lab… och sagt att men… vad är det här för någonting? Ta tag i det här med en gång! … det kändes jättebra.(S4)*

Sjuksköterskorna upplevde att det uppstod problem när patienter med psykiatrisk diagnos sökte vård inom den somatiska vården. De berättade att patienterna inte blev trodda och att symtomen härleddes till att ha psykiska orsaker. Detta ansåg sjuksköterskorna berodde på okunskap, rädsla och stress hos personalen inom den somatiska vården.

Sjuksköterskorna uttryckte önskemål om att förbättra samarbetet mellan olika instanser för att underlätta för patienterna och uttryckte att patienterna skulle kunna behandlas och vårdas mer gemensamt.

> *Vi skulle kunna ha lite grand mer samarbete med distriktssköterskor t.ex. i kommunen… skulle man ha i primärvården också… med den typen av samarbete då kanske vi kunde äga patienterna ihop på något vis.(Ö3)*

Patienten skulle ses från olika håll och detta skulle genomsyra allt sjuksköterskorna gjorde. Det skulle ha tryckts på för att patienterna skulle få den mest adekvata vården. Somatiskt dåliga patienter borde ha vårdats inom den somatiska vården och inte hamnat inom den psykiatriska vården på grund av att det fanns en psykiatrisk diagnos i botten.

Delaktighet ökar möjligheterna att uppmärksamma somatiska symtom

Genom att bygga upp en bra kontakt med patienten och deras närstående skapades en allians som kunde vara förutsättningen för att även den somatiska omvårdnaden skulle fungera. För att få en bra kontakt behöver sjuksköterskan lyssna och respektera både patienten och dess närstående.

Att skapa en god omvårdnadsallians med patienten

Sjuksköterskorna berättade att grunden i omvårdnadsarbetet var att bygga upp en relation och få förtroende och bygga en allians med patienten för att även kunna påverka dennes somatiska hälsa. För att sjuksköterskan skulle kunna få den relation som behövdes borde sjuksköterskan gå försiktigt fram och vara lyhörd inför det patienterna uttryckte om sina somatiska symtom. Sjuksköterskorna framhöll vikten av att respektera patienten, lyssna och inte nonchalera patientens upplevelser av vilka bekymmer kopplade till de somatiska problemen och/eller symtomen som han eller hon upplevde.

Sjuksköterskorna framhöll att de somatiska symtomen aldrig skulle avvisas, att det var viktigt att bedöma om symtomen hade en somatisk orsak och att de inte generaliserades. Patienten skall informeras om när sjuksköterskan till exempel kontaktade läkaren angående somatiska symtom. Patientens delaktighet var viktig för att skapa en god omvårdnadsallians.

Ja, delaktighet är ju väldigt viktigt där. Att de är delaktiga där. Tycker jag. För det är … Ja, vi är ju två då. Jag är ju en person som ser på mitt sätt men sen så upplever ju patienten sig själv då om man säger. Så det är ju det jag ska ta del av.(S6)

Sjuksköterskorna framhöll vikten av att lyssna på patienterna och att anpassa sin information utifrån varje enskild individ och inte nonchalera patientens somatiska symtom som t.ex. hjärtklappning.

… så jag avvisar aldrig symtom och säger direkt att det är något somatiskt eller eller säger att det är somatisering, men jag frågar alltid har dom ångest och sen försöker jag förklara hur ångest kan yttra sig i kroppen… då frågar jag om det kan vara det? Kan det vara det som du känner?(S5)

Att använda närstående som resurs

Att inkludera de närstående i vården ansåg sjuksköterskorna vara en viktig del i omvårdnadsarbetet. Genom telefonkontakten mellan sjuksköterskan och den närstående kunde en viktig information om patientens somatiska status framkomma som till exempel att patienten tidigare haft många urinvägsinfektioner. Många närstående ansågs ha lättare att prata om de somatiska problemen än de psykiska.

…och en del tycker, ja det är också erfarenhet, att det nästan är lättare att prata om somatisk sjukdom än psykisk sjukdom för det blir mer konkret på nått sätt.(Ö2)

Den som stod patienten närmast kunde berätta om patientens somatiska sjukdomar, somatiska symtom och problem och hur patienten till exempel hade skött sin diabetes. Sjuksköterskan lyssnade på den närstående och försökte hjälpa till men hänvisade ibland kroppsliga problem till vårdcentralen.

Vi säger att det är en patient som inte har skött sin diabetes då. Då kan ju en anhörig beskriva hur de har skött den. Patienten själv kanske beskriver att den sköter jag jättefint. Det är inga problem med den, men anhöriga säger att det fungerar ingenting där hemma.(S6)

Metoddiskussion

Författarna till föreliggande arbete valde en kvalitativ forskningsintervju med semistrukturerade frågor utifrån en induktiv ansats. Detta gjordes för att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att uppmärksamma, bedöma och hantera somatiska symtom och problem inom psykiatrisk vård. Analysmetoden utifrån Lundman och Hällgren Graneheim (2008) användes för att den konkret och utförligt beskriver tillvägagångssättet. Vid en kvalitativ studie beskrivs trovärdigheten i resultatet med hjälp av begrepp som tillförlitlighet, överförbarhet och pålitlighet.

Tillförlitlighet

I studien deltog tolv sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk öppen- och slutenvård med olika inriktningar. Genom att välja deltagare med olika erfarenheter ökar möjligheterna att belysa forskningsfrågorna från olika håll (Patton, 2001). Kvinnorna är fler än männen vilket avspeglar könsfördelningen i vården. Ingen av männen arbetar i slutenvården. Männens berättelser skiljer sig dock inte från kvinnornas. Det kan vara en fördel om enbart psykiatriskt vidareutbildade sjuksköterskor finns med i studien. Samtidigt är det viktigt att inkludera

sjuksköterskor med eller utan annan form av specialistutbildning eftersom de representerar de som arbetar inom psykiatrisk vård. Flertalet sjuksköterskor har erfarenhet från somatisk vård vilket kan ha påverkat tillförlitligheten. De uttrycker att deras erfarenhet av att arbeta med somatiska sjukdomar och problem ligger som grund för hur de tänker och agerar.

Diskussion om tillförlitlighet uppstår redan när forskaren beslutar vilket fokus studien ska ha, vilket kontext som väljs, vilka deltagarna ska vara och hur data ska samlas in (Patton, 2001). För att tillförlitligheten ska stärkas behöver dessa vara väl beskrivna. Detta har gjorts genom beskrivning av den inriktning respondenternas arbetsplatser har.

Krippendorff (2004) beskriver tillförlitlighet som en överensstämmelse av förhållandet mellan forskarnas definition av konceptet (uppmärksamma, bedöma och hantera) och deras definition av de kategorier som mäter dem. Flera forskare måste vara eniga om hur sanna resultaten är. Författarna bad sin handledare, vilken har god erfarenhet av innehållsanalys arbete, att bedöma resultatet. Underkategorier och kategorier anses väl stämma överens med vad arbetet handlar om. Tillförlitligheten stärks genom redovisning av analysprocessen i tabell 1.

Överförbarhet

Den som analyserar måste kunna bilda sig en uppfattning om olika fenomen, berättarens tidigare och framtida erfarenheter eller gömda orsaker (Krippendorff, 2004). Den måste även kunna utvärdera och verbalisera det material som arbetas med. Båda författarna har erfarenhet från såväl sluten som öppen psykiatrisk vård och även viss erfarenhet från somatisk vård. Det är svårt att avgöra om förförståelsen har påverkat forskningsresultatet utifrån dessa erfarenheter.

För att underlätta för läsaren att bedöma studiens överförbarhet är det viktigt att ge en noggrann beskrivning av hur urvalet gått till, vilka deltagarna är, hur insamlandet av data skett och hur analysen har gått till (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Författarna anser att detta skett genom att berätta vilka specialiseringar sjuksköterskorna arbetar inom. Det har också skett genom bifogade informationsblad, beskrivning av hur intervjuguider använts samt utförlig beskrivning av hur analysen gjorts utifrån Lundman och Hällgren-Graneheims kvalitativa innehålls analys.

Omvårdnadsprocessen beskrivs i bakgrunden eftersom detta är en vanlig handling utförd av sjuksköterskor. Sjuksköterskorna uppmanas berätta hur de uppmärksammar, bedömer och hanterar somatiska symtom utan att direkta frågor eller explicita kopplingar till omvårdnadsprocessen gjordes. Detta för att fånga upp de unika fenomen som uttrycks utifrån ett induktivt perspektiv. De benämner inte heller sitt arbetssätt som ”omvårdnadsprocessen” utan talar om anamnes och statusinsamlande. Författarna kan dock inte frånse att förförståelse för begreppet omvårdnadsprocessen kan ha påverkat författarna i kategoriseringen.

Pålitlighet

Sjuksköterskorna ombads beskriva sina erfarenheter av somatiska symtom och problem utifrån intervjuguidens sida 1 med de tre begreppen uppmärksammar, bedömer och hanterar (bilaga IV). Pålitligheten underlättas om intervjuaren har erfarenhet av det fenomen som undersöks eller om intervjuaren och de som intervjuas har en likartad bakgrund (utbildning, erfarenhet etcetera) (Krippendorff, 2004). Detta har möjliggjorts genom att båda författarna själva har erfarenhet av arbete inom psykiatrisk öppen- och slutenvård.

För att få fram mer information under intervjuerna valde författarna ut ett antal frågor som utifrån de tre begreppen anses vara relevanta. Dessa bildar intervjuguidens sida två (bilaga IV). Genom att använda en intervjuguide kan datainsamlingen göras mer komplett (Patton, 2001). Intervjuerna formas därmed till ett mer strukturerat samtal som medverkar till en ökad fokusering av problemområdet. Det kan inte uteslutas att frågorna som ställdes från guiden var för styrande så att de djupa fenomen som kunde kommit fram missas. Det kan också vara så att författarna inte fick svar på alla frågor. Det finns en otydlighet i vissa av de uttryck sjuksköterskorna använder. Till exempel nämns ordet ”saker”. Dessa oklara uttryck kunde förtydligats om författarna ställt följdfrågor.

Under analysprocessen diskuterade författarna hur meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder, underkategorier och kategorier skulle systematiseras och jämföras. Eftersom forskaren oftast är den som samlar in data och genomför analysen är dennes kvalifikationer, träning och erfarenhet viktig (Patton, 2001). Författarna av föreliggande arbete har ingen större erfarenhet av att analysera och detta kan påverka pålitligheten. Pålitligheten har dock stärkts genom att författarnas handledare varit kritiskt granskande av analysprocessen och skrivandet av texten. För att ytterligare förstärka pålitligheten användes citat som målande beskrev sjuksköterskornas upplevelser. Citat berättar för läsarna, vilken slags originaldata kategorierna är formulerade från (Patton, 2001).

Resultatdiskussion

Omvårdnad är inte en exakt teknik utan en handling i en process som utförs genom sjuksköterskans engagemang, intresse och motivation. Första steget i omvårdnadsprocessen är att identifiera problem (Waldow, 2009). Peplau (1991), Eriksson (2000), Hummelvoll (2004) och Waldow (2009). Problemet kan till exempel innebära ett förhöjt blodtryck eller övervikt. Resultatet visar att sjuksköterskorna kontrollerade tidigare sjukdomshistoria och gjorde vissa somatiska kontroller som till exempel blodtryck, puls och vikt. Sjuksköterskorna uppmärksammar patienternas somatiska status genom en bedömning av ankomstsamtal som innehöll frågor om kost, sömn och aktivitet. Detta visar att sjuksköterskorna använder redskap som de har tillgång till för att kunna bedöma patientens somatiska symtom och problem. Vid kontrollerna och samtalen tar de hjälp av sin tidigare erfarenhet och kunskap för att kunna se vilka problem patienten har.

Sjuksköterskorna i studien arbetar med samtal där målet kan vara att förbättra patientens somatiska status. De försökte påverka patienterna genom att påtala, vägleda och stötta patienterna till att förbättra kost, motion och minska rökandet. Sjuksköterskorna menade att de försökte förändra, men att de inte kunde bestämma över patienterna. Socialstyrelsen, (2005,2008) anser att sjuksköterskan bör arbeta med förebyggande åtgärder för att vid behov motivera patienter till att förändra sin livsstil. Resultatet pekar på att sjuksköterskorna anser att det finns ekonomiska orsaker till att det är svårt att förändra patienternas somatiska hälsa till det bättre. Även om en bra hälsovård skapas, är det risk för att den inte är tillräckligt kraftfull för att minska fattigdom som är en av de underliggande faktorerna till ojämlikheterna (Elliot och Masters, 2009). Detta menar vi kan innebära att även om sjuksköterskan genomför åtgärder och arbetar med att motivera patienterna till livsstilsförändringar påverkas patienternas följsamhet av andra yttre faktorer som till exempel ekonomi. Sjuksköterskor kan genom att vara medvetna om att alla patienter inte har ekonomiska förutsättningar, ge förslag på åtgärder som har en låg kostnad som till exempel promenader, ta trappor istället för hissen eller ge förslag på billig men näringsriktig mat. Att hjälpa patienten att genom läkare få recept på fysisk aktivitet (FAR) kan vara en annan lösning.

Sjuksköterskorna följde upp omvårdnaden genom att läsa tidigare journalanteckningar som till exempel ankomstsamtal. Sjuksköterskorna jämförde patienternas tidigare status med vad de själva ser och bedömer. Problem uppstod om journalanteckningarna var bristande eller om de inte stämde överens med det som patienten uttryckte. Dokumentationen spelar en viktig roll för att visa innehållet i patientens omvårdnad samt vilket resultat som omvårdnaden gett (Kärkkäinen & Eriksson, 2005). Det är omöjligt att veta på vilka grunder som beslut och hantering har gjorts om inte anteckningar är gjorda på ett tillfredsställande sätt.

Brister i dokumentationen av patientens somatiska och psykiska omvårdnad skulle kunna innebära att patienten har fått en sämre omvårdnad på grund av att dokumentationen av patienten inte är väl utformad. Det kan vara svårt för sjuksköterskan att agera på ett korrekt sätt i sin vidare bedömning om han/ hon inte vet vilken omvårdnad patienten fått tidigare. Det finns bra dokumentationssystem och det är viktigt att dessa används. Varför de inte används på ett rekommenderat sätt framkommer inte i resultatet.

Sjuksköterskorna i studien hade svårigheter att uppmärksamma somatiska symtom hos patienterna på grund av att patienterna hade svårt att utrycka sina problem. Det framkommer att någon sjuksköterska påpekade att patienten har ett eget ansvar, medan en annan sjuksköterska ansåg det oetiskt att lämna patienten åt dennes eget beslutsfattande när förmågan att ta hand om sin egen hälsa inte finns. Brown och Smith (2009) menar att psykiatriska öppenvårdsmottagningar har ett ansvar för patienters fysiska hälsa. Detta gäller speciellt för dem med nedsatt förmåga, de som är tvångsbehandlade samt de som har mediciner som ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Vi anser att sjuksköterskor inom den psykiatriska vården har ett ansvar att följa upp patienternas somatiska hälsa och att detta inte kan lämnas över helt och hållet till patienten. För att samarbetet mellan sjuksköterskan och patienten ska kunna fungera, behöver patienten vara medveten och informerad om sin somatiska status för att lättare kunna acceptera att han eller hon har ett problem (Waldow, 2009). Vilken acceptans patienten har påverkas också av vilken tillit han eller hon har till sin vårdgivare. Vi anser att sjuksköterskor inom den psykiatriska vården behöver bli bättre på att samtala med patienterna om deras somatiska status. Patienterna behöver själva blir medvetna om och våga~~r~~ diskutera somatiska symtom och problem som till exempel övervikt, och att det kan orsaka bland annat hjärt- och kärlsjukdomar.

Resultatet beskriver att sjuksköterskorna känner till och efterföljer de somatiska uppföljningar som krävs då patienter behandlas med ett specifikt läkemedel exempelvis Clozapin. Det kan vara att genom blodprover kontrollera blodstatus eller ta blodtryck och puls. Detta stödjs av psykiatrisamordningen (SOU 2006:100) som menar att hälsokontroller bör göras regelbundet minst en gång per år, där det passar bäst in, antingen hos primärvården eller inom specialistpsykiatrin. Patientansvarig läkare, kontaktperson eller boendestödjare bör som självklar punkt i den individuella planeringen bevaka att goda insatser görs gällande somatiska problem och sjukdomar hos patienterna med psykiskt funktionshinder eller psykiatrisk diagnos (SOU 2006:100). En tydlig satsning på förbättrat hälsobeteende kan medföra stora hälsoekonomiska vinster för såväl den sjuke själv som för samhället. Vi anser att regelbundna kontroller av blodtryck, puls, vikt samt vissa blodprover skulle kunna tas på alla patienter som behandlas med någon form av psykofarmaka och har kontakt med den psykiatriska vården. Detta i ett led att förbättra hälsan hos patienterna samt att öka möjligheterna till att uppmärksamma somatiska symtom och problem.

Resultatet visar även att sjuksköterskor inom den psykiatriska vården upplever problem när patienter med psykiatrisk problematik söker vård inom den somatiska vården. Sjuksköterskorna i studien påpekar att patienterna inte blir uppmärksammade av

vårdpersonalen inom den somatiska vården och att somatiska symtom och problem ofta bedömdes ha psykiska orsaker. Detta anser sjuksköterskorna beror på okunskap, rädsla och stress hos personalen inom den somatiska vården. Kan det vara detta Thornicroft, Rose och Kassam (2007) menar med att personer med psykiatrisk diagnos har sämre tillgång till primär hälsovård än andra trots att de har högre frekvens av sämre tandstatus och fysisk hälsa än den generella befolkningen? Vi anser att risk finns att patienters somatiska symtom och problem inte uppmärksammas på grund av deras psykiska funktionshinder. Patienterna tas inte på allvar och somatiska symtom och problem nonchaleras inom så väl den somatiska som den psykiatriska vården. Patienter med psykiska funktionshinder är ofta ordinerade läkemedel som kan ge biverkningar av somatisk art där det finns en risk att den psykiatriska vården brister i att följa upp.

Psykiatrisjuksköterskan är den person som har möjlighet att fungera som en länk när det gäller bedömningen av psykisk och fysisk hälsa för personer med psykiska funktionshinder (Shuel et al. (2010); Elliot & Masters, 2009). Detta tolkar vi som att sjuksköterskor skulle kunna fungera som en samordnare för dessa patienter och därmed fungera som en länk mellan primärvård och specialistpsykiatri. Detta skulle också kunna innebära att sjuksköterskor inom den psykiatriska organisationen får ett övergripande ansvar för patienten. Dessa tankar stödjs genom studier av Vasudev och Martindale (2010), Gask, Ludman och Schaefer (2006) som föreslår att primärvården och specialistsjukvården tar ett gemensamt ansvar för att förverkliga införandet av övervakningen av fysisk hälsa i den psykiatriska miljön.

Resultatet visar att sjuksköterskorna anser att all omvårdnad handlar om att bygga upp en relation och få förtroende samt allians med patienten för att kunna påverka patientens hälsa, alltså även den somatiska hälsan. Sjuksköterskorna i studien betonar vikten av att vara lyhörd, respektera, lyssna och inte nonchalera de somatiska symtom som patienterna uttrycker eller visar. De trycker även på att all information som ges till patienten bör anpassa utifrån varje enskild patient. Sjuksköterskor har kunskap och kompetens för att kunna utföra omvårdnad (Waldow, 2009). Detta innefattar tekniska färdigheter, att ha ett gott omdöme, vara kreativ samt att ha ett kritiskt tänkande.

Brown och Smith (2009) menar att det krävs effektiva, intensiva och väl utarbetade program, speciellt för denna målgrupp, för att förändra livsstilen och få en förbättrad fysisk hälsa hos dessa personer. Vi menar att sjuksköterskan har kompetens och kunskap att utföra en god omvårdnad, men att sjuksköterskor ibland behöver få ytterligare redskap. Detta behövs för att kunna ge information utifrån varje enskild patients förmåga att ta in informationen från sjuksköterskorna.

Vikten av ett bra samtal med patienten stöds av Socialstyrelsen (2009). De poängterar att ett sätt att öka den goda vården är att patienten vid kontakt med hälso och sjukvården själv får beskriva sin hälsa och sitt hälsoläge. Med hjälp av detta sätt kommer patientens upplevelse av vårdens effekt i fokus jämfört med det tidigare perspektivet där vårdprofessionens bedömmande var i centrum.

Resultat i denna studie visar att sjuksköterskorna anser att patientens närstående är en resurs som kan berätta om patientens somatiska sjukdomar, symtom och problem. Ofta hänvisas de närstående till primärvården vid somatiska problem hos patienten. Många sjuksköterskor uppger att de har erfarenheter från somatisk vård men att de tappat mycket kunskap efter att ha börjat inom psykiatrisk vård. En god relation till både patient och närstående bidrar till att omvårdnadsprocessen lyckas (Waldow, 2009). Både patient och närstående bör få information och stöd i processen för att underlätta ett tillfrisknade hos patienten. Vi undrar utifrån

resultatet och Waldows resonemang om detta innebär att sjuksköterskor inom den psykiatriska vården bör lyssna mer på närståendes berättelser om patienternas somatiska problem. Detta skulle kunna åtgärdas genom att till exempel förmedla informationen från de närstående till rätt instans.

För att sjuksköterskan ska kunna ge en korrekt information om de somatiska symtomen och problemen, behöver han/ hon öka sin kompetens. Det kan handla om att lära sig vad avvikande blodprovs svar kan innebära eller skillnader på psykiska symtom och somatiska symtom vid ångest/hjärtinfarkt. Det kan göras genom ett samarbete med primärvården, vilket tidigare diskuterats i resultatdiskussionen.

Konklusion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att uppmärksamma, bedöma och hantera somatiska symtom och problem i det psykiatriska omvårdnadsarbetet.

Resultatet visar att sjuksköterskorna använder de rutiner som de uppfattar finns och som de har tillgång till på deras arbetsplatser för att kontrollera patienters somatiska hälsa. Detta sker genom provtagningar av blod, puls, blodtryck och vikt, undersökningar där de palperar och okulärbesiktigar samt genom samtal där de frågar patienten om dennes levnadsvanor.

De provtagningar som görs bestäms oftast av vilka rutiner avdelningen eller mottagningen har och kan handla om ankomstprover, kontinuerliga prover som görs vid viss medicinering eller provtagning som görs vid behov. Provtagningar kan också göras på eget bevåg som till exempel att mäta blodets syremättnad. Sjuksköterskorna utgår från sin erfarenhet och använder sin intuition för att få ett helhetsperspektiv. Sjuksköterskorna uttrycker att de önskar mer kunskap om de olika somatiska sjukdomarna och problem. För att få det föreslår de ett utökat samarbete med andra kollegor samt med primärvården.

Genom samtalet gör sjuksköterskorna patienten uppmärksam på att en ohälsosam livsstil kan ge de somatiska symtomen och/eller problemen eller förstärka de redan framkomna. I samtalet påtalar, vägleder och stöttar sjuksköterskan patienten till en förbättring. För att påverka patientens hälsa krävs en god relation för att få till en allians och förtroende hos patient och även anhöriga. Sjuksköterskan ansvarar för patientens somatiska välmående men påtalar att det finns flera hinder för samtalet ska få en god effekt och för att sjuksköterskans råd ska kunna tas emot. Dessa hinder kan vara tidsbrist eller svårigheter för patienten att ta emot budskapet då de inte förstår eller bryr sig.

Implikationer

Vi anser att enkla rutiner och riktlinjer behöver utvecklas inom såväl den psykiatriska slutenvården som den psykiatriska öppenvården. Detta behövs för att få en likvärdig och regelbunden kontroll av god kvalitet av patienters somatiska tillstånd och hälsa. På psykosmottagningar erbjuds patienterna en årlig hälsoundersökning med diverse provtagningar som till exempel blodfetter. Vi menar att rutinmässiga provtagningar borde genomföras på alla patienter som använder psykofarmaka.

För att patienter ska förstå syftet med planerade åtgärder för att minska somatiska symtom och problem, behöver sjuksköterskan noggrant tänka igenom hur åtgärder som till exempel att få patienten att äta mer näringsriktig mat förs fram på ett sätt som patienten kan ta till sig. Att dela ut informationsblad med bilder och delge informationen upprepade gånger kan underlätta

förståelsen för problemet. Exempel på informationsblad kan vara bilder med kostcirkeln. Det kan också vara av vikt att inkludera närstående vid informationstillfället och fortsatt behandling om patienten så önskar. Detta tror vi kan öka chanserna för att få till stånd en förändring. Det är av vikt att tänka på att alla patienter inte uppskattar närståendes inblandning i sin vård. Exempel på detta kan vara om närstående har skuld i patientens psykiska eller fysiska symtom och problem. Respekt behöver därför alltid tas inför patients önskemål om vårdens samarbete med de närstående.

För att säkerställa att alla patienter får vård på lika villkor behövs rutiner och riktlinjer för att förebygga somatiska symtom samt följa upp dessa. Detta anser vi kan göras med hjälp av en samordnare som har funktionen att samla in nationella riktlinjer och förmedla dessa till en ansvarig person på respektive enhet samt följa upp att detta efterföljs. Samordnaren bör även kunna utveckla nya instrument utifrån befintligt material eller ta vara på funktionella befintliga material som finns på enskilda psykiatriska enheter. Samordnaren skulle även kunna efterhöra vårdpersonalens behov av somatisk kunskap för att kunna uppmärksamma, bedöma och hantera somatiska symtom hos patienter med psykiska funktionshinder. Utifrån vårdpersonalens behov kan utbildningar ordnas samt att forum skapas för utbyte av kunskap både internt inom den psykiatriska kliniken men även externt till exempel i samverkan med primärvården.

Ett förslag till vidare forskning är att undersöka hur patienter med psykiska funktionshinder upplever att deras somatiska symtom och problem uppmärksammas, bedöms och hanteras inom psykiatriska vården samt inom den somatiska vården. Genom att få kunskap om hur de upplever att de blir bemötta, hur de prioriterar sina somatiska symtom och problem samt vilken instans de tycker ska ansvara för dessa kan viktig information samlas in som kan ligga till grund för ett förändrat tankesätt kring att bemöta somatiska symtom och problem hos patienter med psykiska funktionshinder.

Referenser

Brown, S. & Smith, E. (2009). Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients' physical health: a randomized controlled trial. *Journal of Mental Health, 18* (5), 372-378.

Brunero, S. & Lamont, S. (2009). Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing, 2* (18), 144-150.

Elliot, L. & Masters, H. (2009). Mental health inequalities and mental health nursing. *Journal of Psyciatric and Mental health nursing, 8* (16), 762-771.

Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. Stockholm: Norstedts.

Gask, L. Ludman, E. & Schaefer, J. (2006). Qualitative study of an intervention for depression among patients with diabetes: how can we optimize patient–professional interaction? *Chronic Illness, 2* (3), 231–242.

Helsingforsdeklarationen (2008). *World medical association declaration of Helsinki. EthicalPrinciples for Medical Research Involving Human Subjects.* [Online]. Tillgänglig: http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type/ (hämtad 2011-11-11)

HSL, Hälso- och sjukvårdslagen, SFS (1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.[Online]. Tillgänglig:http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?bet=1982:763&nid=3911 (hämtad 2011-11-11)

Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt –ikke styckevis och delt*. Oslo: Gyldendahl.

ICN Code of Ethics for Nurses. (2006). International Council of Nurses. [Online].Tillgänglig: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf (hämtad 2011-11-11)

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology.* (2 uppl.). Californien: SAGE.

Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. (2005). Recording the content of the caring process. *Journal ofNursingManagement, 13* (3), 202-208.

Lieberman, J. Stroup, S. McEvoy, J. Swartz, M. Rosenheck, R. Perkins, R. Keefe, R. Davis, S. Davis, C. Lebowitz, B. Severe, J & Hsiao, J for the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. (2005). Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Cronic Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine, 353* (12), 1209-1223.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss.159-172). Lund. Studentlitteratur.

Morgan, K och Åkesson, H-O. (1975). Psykisk insufficiens och somatisk sjukdom. *Nordisk psykiatrisk tidskrift, 29* (5), 365-371.

Patientsäkerhetslagen, SFS (2010:679). Svensk författningssamling.[Online].Tillgänglig: http://www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20100679.pdf (hämtad 2011-11-11)

Patton, M. Q. (2001). *Qualitative research & evaluation methods.* (3.uppl.). London: SAGE

Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Basingstoke: Macmillan Education.

Polit, D. & Beck, T. (2010). *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice.*(7. uppl.). Philadelphia: Lippincott.

Shuel, F., White, J., Jones, M. & Gray, R. (2010). Using the serious illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of Community patients: A pragmatic case series evaluation. *International Journal of Nursing Studies, 47* (2), 136-145.

Socialstyrelsen. (2010). Öppna jämförelser och utvärdering 2010 Psykiatrisk Vård -ett steg på vägen.

Socialstyrelsen. (2009). Nationella indikatorer för God vård− Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer− Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. [Online].Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf (hämtad 2011-11-11)

Socialstyrelsen. (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning på psykiatrisk vård. [Online].Tillgänglig: http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/Komptensbeskr psyk.pdf (hämtad 2011-11-11)

Socialstyrelsen. (2007). Funktionsnedsättning och Funktionshinder- användning av begreppen. .[Online]. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio#anchor_11 (hämtad 2011-11-11)

Socialstyrelsen.(2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. [Online]. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf (hämtad 2011-11-11)

SOSFS (2005:12).Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. [Online].Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12/ (hämtad 2011-11-11)

SOU (2006:100). Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. [Online]. Tillgänglig: http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/07/31/78/f8d9f649.pdf (hämtad 2011-11-11)

Thornicroft, G., Rose, D. & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International review of Psychiatry, 19* (2), 113-122.

Vasudev, K. & Martindale, B. (2010). Physical healthcare of people with severe mental illness: everybody's business! *Mental Health in Family Medicine, 7* (2*)* 115-22.

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistiskt-samhällsvetenskaplig forskning. [Online]. Tillgänglig: http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_principer_tf_2002.pdf (hämtad 2011-11-11)

Waldow, V.R. (2009). The Caring Process. *International Journal for Human Caring , 13* (1), 32-38.

Bilaga I: (1)

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur Trollhättan 2010-12-05
Till avdelningschef/verksamhetschef på xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Socialstyrelsens rapport, 2010 om god vård i psykiatrin belyser att psykiskt sjuka dör i förtid i fysiska sjukdomar som t.ex. hjärtsjukdom, stroke och diabetes. Dessa sjukdomar hade i många fall kunnat förebyggas och behandlas. Vi har inom våra yrkesverksamma år som sjuksköterskor inom psykiatrin uppmärksammat att patienter med somatiska problem hamnat i kläm mellan de olika vårdinstanserna. Detta har väckt vårt intresse för hur sjuksköterskor gör för att upptäcka somatiska symtom och vad de gör med det de upptäckt. Genom att utföra en studie hoppas vi få mer kunskap om vad sjuksköterskor kan göra för att dessa patienter skall få större möjlighet till en vårdprocess som leder till ökad upplevelse av hälsa.

Syftet med vår studie är att undersöka hur sjuksköterskor inom psykiatrisk öppenvård och slutenvård uppmärksammar, bedömer och hanterar somatiska problem hos patienter med psykiska funktionshinder.

För att få svar på våra frågor kommer personliga intervjuer att göras med fem sjuksköterskor på fem olika psykiatriska öppenvårdsmottagningar och fem sjuksköterskor på fem olika psykiatriska slutenvårdsavdelningar. Vi önskar intervjua en sjuksköterska i din verksamhet. Intervjun beräknas pågå ungefär 30-60 minuter och utförs av antingen Elisabet eller Annette. Intervjun kommer i möjligaste mån att äga rum i en lokal så nära verksamheten som möjligt för att underlätta det praktiskt för den deltagande sjuksköterskan. Intervjun kommer att spelas in på MP3 spelare eller diktafon. Medverkan i studien är frivillig och kan avbrytas om och när så önskas. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Undersökningen är av stor betydelse för oss för att få svar på våra frågor.

Undertecknade studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med psykiatrisk inriktning i Trollhättan. Under vår utbildning ingår det att skriva ett examensarbete (D-uppsats) som omfattar 15 högskolepoäng. Till hjälp har vi vår handledare Håkan Nunstedt.

Vi vänder oss till dig som avdelningschef/verksamhetschef med en förfrågan om att få intervjua en sjuksköterska i din verksamhet. Vi har fått ditt muntliga godkännande till detta och är tacksamma om du kan dela ut ett informationsbrev till den utvalda sjuksköterskan i din verksamhet. Enda kriteriet är att den ska ha arbetat minst sex månader som sjuksköterska i verksamheten. Vi önskar svar angående ditt skriftliga godkännande via internposten senast 10/12 2010 , om inte svar erhållits kommer vi att kontakta dig under vecka 50.

Vid eventuella frågor kontakta oss gärna. Tack på förhand.

Med vänliga hälsningar

Elisabet Wallin, tel:.xxxxxxxxxxxxxxx mailadress: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Annette Ryckenberg, tel:.xxxxxxxxxxxxxxx mailadress: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Samtyckesformulär

Bilaga I: (2)

Undertecknad har tagit del av såväl den skriftliga som muntliga informationen och har haft möjlighet att ställa kompletterande frågor. Jag lämnar härmed mitt samtycke till att en sjuksköterska från min verksamhet deltar i studien med titeln:

Hur sjuksköterskor inom psykiatrisk öppen och slutenvård uppmärksammar, bedömer och hanterar somatiska problem hos patienter med psykiska funktionshinder.

Ort: ……..

Datum: ……

Verksamhetsställe, mailadress och telefonnummer:

……

……

……

Underskrift:……

Namnförtydligande: ……

Informationen har delgivits sjuksköterskan, datum: ……..

Namn, sjuksköterska: …… ……

Vänligen returnera i ett internkuvert till

Annette Ryckenberg/Elisabet Wallin senast 10/12, 2010

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur Trollhättan 2010-12-05
Till dig som är sjuksköterska på xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Socialstyrelsens rapport, 2010 om god vård i psykiatrin belyser att psykiskt sjuka dör i förtid i fysiska sjukdomar som t.ex. hjärtsjukdom, stroke och diabetes. Dessa sjukdomar hade i många fall kunnat förebyggas och behandlas. Vi har inom våra yrkesverksamma år som sjuksköterskor inom psykiatrin uppmärksammat att patienter med somatiska problem hamnat i kläm mellan de olika vårdinstanserna. Detta har väckt vårt intresse för hur sjuksköterskor gör för att upptäcka somatiska symtom och vad de gör med det de upptäckt. Genom att utföra en studie hoppas vi få mer kunskap om vad sjuksköterskor kan göra för att dessa patienter skall få större möjlighet till en vårdprocess som leder till ökad upplevelse av hälsa.

Syftet med vår studie är att undersöka hur sjuksköterskor inom psykiatrisk öppenvård och slutenvård uppmärksammar, bedömer och hanterar somatiska problem hos patienter med psykiska funktionshinder.

För att få svar på våra frågor skulle vi vilja göra en personlig intervju med dig. Den beräknas pågå ungefär 30-60 minuter och utförs av antingen Elisabet eller Annette. Den kommer att äga rum i en lokal så nära verksamheten som möjligt. Intervjun kommer att spelas in på MP3 spelare eller diktafon. Medverkan i studien är frivillig och kan avbrytas om och när så önskas. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Personliga intervjuer kommer att göras med fem sjuksköterskor på fem olika psykiatriska öppenvårdsmottagningar och fem sjuksköterskor på fem olika slutenvårdsavdelningar.

Undertecknade studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med psykiatrisk inriktning i Trollhättan. I vår utbildning ingår det att skriva ett examensarbete (D-uppsats) som omfattar 15 högskolepoäng. Till hjälp har vi vår handledare Håkan Nunstedt.

Vi vänder oss till dig som sjuksköterska för att tillfråga dig och få ditt samtycke till att delta i vår studie. Kriterierna för deltagandet är att den deltagande ska ha arbetat minst sex månader som sjuksköterska i verksamheten. Vi har bett din avdelningschef/verksamhetschef att dela ut detta informationsbrev till samtliga sjuksköterskor inom verksamheten. Av dessa hoppas vi att en av er ger samtycke till att delta. Vi önskar svar om ditt deltagande via mejl eller telefon senast 10/ 12 2010. Vi kommer därefter att kontakta dig för bokning av tid enligt dina önskemål och plats för intervjun utifrån de förutsättningar som finns.

Vid eventuella frågor kontakta oss gärna. Tack på förhand.

Med vänliga hälsningar

Elisabet Wallin, tel:xxxxxxxxxxxxxxxxx mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Annette Ryckenberg, tel:xxxxxxxxxxxxxxxxx mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Samtyckesformulär Bilaga II: (2)

Undertecknad har tagit del av såväl den skriftliga som muntliga forskningspersonsinformation och har haft möjlighet att ställa kompletterande frågor. Jag lämnar härmed mitt samtycke till deltagande i studien med titeln:

Hur sjuksköterskor inom psykiatrisk öppen och slutenvård uppmärksammar, bedömer och hanterar somatiska problem hos patienter med psykiska funktionshinder.

Ort: ……..

Datum: ……

Verksamhetsställe, mejladress och telefonnummer:

……

……

……

Underskrift:……..

Namnförtydligande: ……

Informationen har delgivits, datum: ……...

Vänligen lämna detta samtyckesformulär påskrivet till intervjuaren Annette Ryckenberg/Elisabet Wallin i samband med intervjun.

Institutionen för omvårdnad hälsa och kultur

Bilaga III
Trollhättan 2010-12-05

Till dig som är sjuksköterska.

Tack för att du valt att delta i vår studie. För att du ska kunna förbereda dig inför intervjun önskar vi att du funderar över dessa tre frågeställningar.

- Berätta om vad du som sjuksköterska uppmärksammar av det patienten uttrycker angående sina somatiska symtom.
- Berätta om hur du som sjuksköterska bedömer vad som ska ske med det du uppmärksammat angående somatiska symtom.
- Berätta om hur du som sjuksköterska hanterar det som du uppmärksammat och bedömt angående somatiska symtom.

Bakgrund: Socialstyrelsens rapport, 2010 om god vård i psykiatrin belyser att psykiskt sjuka dör i förtid i fysiska sjukdomar som t.ex. hjärtsjukdom, stroke och diabetes. Dessa sjukdomar hade i många fall kunnat förebyggas och behandlas. Vi har inom våra yrkesverksamma år som sjuksköterskor inom psykiatrin uppmärksammat att patienter med somatiska problem hamnat i kläm mellan de olika vårdinstanserna. Detta har väckt vårt intresse för hur sjuksköterskor gör för att upptäcka somatiska symtom och vad de gör med det de upptäckt. Genom att utföra en studie hoppas vi få mer kunskap om vad sjuksköterskor kan göra för att dessa patienter skall få större möjlighet till en vårdprocess som leder till ökad upplevelse av hälsa.

Om vi vid vår bearbetning av intervjumaterialet stöter på oklarheter önskar vi få kontakta dig igen.

Vid eventuella frågor kontakta oss gärna. Tack på förhand.
Med vänliga hälsningar

Elisabet Wallin, tel:xxxxxxxxxxxxxxxxx mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Annette Ryckenberg, tel:xxxxxxxxxxxxxxxxx mail: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Intervjuguide

Att än en gång informera sjuksköterskan om:

Intervjun kommer att spelas in på MP3 spelare eller diktafon. Medverkan i studien är frivillig och kan avbrytas om och när så önskas. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Personliga intervjuer kommer att göras med minst fem sjuksköterskor på fem olika psykiatriska öppenvårdsmottagningar och minst fem sjuksköterskor på fem olika psykiatriska slutenvårdsavdelningar.

Det finns inga rätta eller felaktiga svar utan avsikten är att du ska berätta om dina upplevelser.

- Berätta om vad du som sjuksköterska uppmärksammar av det patienten uttrycker angående sina somatiska symtom.
- Berätta om hur du som sjuksköterska bedömer vad som ska ske med det du uppmärksammat angående somatiska symtom.
- Berätta om hur du som sjuksköterska hanterar det som du uppmärksammat och bedömt angående somatiska symtom.

Genom att göra en studie hoppas vi få mer kunskap om vad sjuksköterskor kan göra för att dessa patienter skall få större möjlighet till en vårdprocess som leder till ökad upplevelse av hälsa.

Om vi vid vår bearbetning av intervjumaterialet stöter på oklarheter önskar vi få kontakta dig igen.

Inled intervjun med:

Hur många år har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du varit på din arbetsplats?

*Bra att få svar på under frågan om att **Uppmärksamma**:*

* Vad gör att vi uppmärksammar?

* Vad gör att vi inte uppmärksammar?

* Hur uppmärksammas det som patienten inte uttrycker?

– Används instrument för att uppmärksamma?

– Vilka möjligheter/ hinder finns för att uppmärksamma?

– Finns det skillnader på vad som uppmärksammas beroende på om patienten är ung/gammal, kvinna/man, invandrare/svensk?

* Vad bedömer sjuksköterskan som viktigt/inte viktigt av det som uppmärksammas?

*Bra att få svar på under frågan om att **Bedöma**:*

*Vad bedöms som viktigt/inte viktigt av det som uppmärksammas?

– Vilka möjligheter/hinder finns för att bedöma?

– Finns det skillnader på hur bedömningen görs beroende på om patienten är ung/gammal, kvinna/man, invandrare/svensk?

*Bra att få svar på under frågan om att **Hantera**:*

*Vilka egna åtgärder gör sjuksköterskan?

*Lämnar sjuksköterskan vidare uppgifterna?

*Samarbetar sjuksköterskan med andra sjuksköterskor, andra personalgrupper, andra vårdgivare, anhöriga etc.?

– Kan jag som sjuksköterska gör något för att förändra/förbättra samarbetet?

– Vilka möjligheter/hinder finns för att hantera det som uttrycks?

– Följs undersökningarna av somatiska symtom upp?

Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99