



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för vårdvetenskap

Distriktsköterskors och sjuksköterskors
erfarenhet av att arbeta preventivt mot psykisk
ohälsa inom primärvården
Empirisk studie

Emelie Jansson och Isabelle John

2023

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska
Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Bernice Skytt
Examinator: Maria Engström

Sammanfattning

Bakgrund: Psykisk ohälsa är ett globalt folkhälsoproblem. Primärvården har här en viktig roll och kan dels identifiera dessa individer i ett tidigt skede, dels arbeta preventivt mot psykisk ohälsa utifrån olika preventionsnivåer. Distriktssköterskan har en nyckelroll i sammanhanget men det preventiva arbetet som ingår i rollen styrs av en komplex sammansättning av faktorer. Vissa av dessa är möjliga att påverka i själva yrkesutövandet medan andra bestäms av exempelvis organisatoriska beslut. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta preventivt mot psykisk ohälsa inom primärvården. **Metod:** Studien har en beskrivande design med en kvalitativ ansats. Data insamlades med semistrukturerade intervjuer och materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. **Huvudresultat:** I studien framkom det att sjuksköterskornas erfarenheter av preventivt arbete mot psykisk ohälsa varierade. Arbetet påverkades av såväl tid och resurser som rutiner och stöd. Om det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa var tydliggjort i största allmänhet på arbetsplatsen påverkade också möjligheterna till att arbeta preventivt. Alla deltagare hade någon erfarenhet av att ge egenvårdsråd till patienter med psykisk ohälsa. Det enskilda samtalet mellan sjuksköterska och patient utgjorde en viktig grund för det fortsatta arbetet, ett möte som utmärkte sig av bland annat lyhördhet och förtroende. Erfarenheten av att följa upp patienter med psykisk ohälsa varierade, men då det skedde beskrev deltagarna det som mycket uppskattat av patienterna. **Slutsats:** Det finns möjligheter för sjuksköterskor att göra skillnad för patienter som lider av psykisk ohälsa, både genom egenvårdsråd och uppföljning. Trots detta sker det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa i varierad utsträckning och i föreliggande studie uttrycks bristfälliga förutsättningar, en önskan om mer resurser i form av tid och kompetens samt att uppfattningen om primärvårdens uppdrag är otydligt.

Nyckelord: Distriktssköterska, Erfarenheter, Preventivt arbete, Primärvården, Psykisk ohälsa

Abstract

Background: Mental illness is a global public health problem and leads to unnecessary suffering and a reduction in the individual's opportunity for a fulfilling life. Primary care has an important role and can identify these individuals at an early stage and work preventively against mental illness based on different levels of prevention. Previous research has shown that the district nurse has a key role in this context, but that the preventive work included in the role is regulated by a complex combination of factors. Some of these can be influenced in the professional practice itself, while others are determined by, for example, organizational decisions. **Aim:** The aim of the study was to describe district nurses' and nurses experiences to work preventively against mental illness in primary care. **Methods:** The study had a descriptive design with a qualitative approach. Eight district nurses and nurses from primary care participated and the data collection was performed with semi-structured interviews. The collected material were analyzed using qualitative content analysis. **Main results:** It emerged that the nurses' experiences of working preventively against mental illness varied. The participants described that the work was affected by time and resources as well as routines and support. Whether the preventive work against mental illness was clearly defined in general in the workplace was also something that affected the opportunities to work preventively.. All participants had some experience of giving self-care advice to patients with mental illness. What also emerged was that the individual conversation between nurse and patient formed an important basis for the continued work, a meeting that was characterized by, among other things, responsiveness and trust. The participants' experience of following up patients with mental illness varied, but when it happened, the participants described it as highly appreciated by the patients. **Conclusion:** It appears that there are opportunities for nurses to make a difference for patients suffering from mental illness. The participants attempted to work preventively, however, to a varied extent. A desire is expressed for clearer routines on the subject and more resources like time and education.

Keywords: District Nurse, Experience, Mental illness, Prevention, Preventive Care, Primary Care

Innehåll

Introduktion	1
Psykisk ohälsa - ett globalt folkhälsoproblem.....	1
Primärvårdens uppdrag och ansvar.....	2
Sjuksköterskornas preventiva arbete inom primärvården	2
Teoretiskt perspektiv i preventivt arbete mot psykisk ohälsa.....	3
Tidigare forskning	5
Problemformulering	6
Syfte.....	7
Metod	7
Design.....	7
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	7
Datainsamlingsmetod	8
Tillvägagångssätt	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden.....	11
Resultat	12
Samtalet har en central roll	13
Första mötet med patienten.....	13
Svåra samtal.....	14
Vårdrelationens betydelse.....	15
Sjuksköterskan strävar efter att arbeta preventivt	16
Uppföljningens betydelse	16
Egenvårdsråd	18
Organisationens förutsättningar är bristfälliga	19
Behovet av stöd och rutiner	19
Begränsat med tid.....	21
Det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa är inte tydliggjort.....	22
Diskussion	23
Huvudresultat	23
Resultatdiskussion	23
Metoddiskussion	27
Giltighet.....	27
Tillförlitlighet	27
Överförbarhet.....	28
Kliniska implikationer för omvårdnad	29
Förslag till fortsatt forskning	29
Slutsats	29
Referenser	30

Introduktion

Psykisk ohälsa leder till onödigt lidande och påverkar individens möjlighet till ett fullvärdigt liv (Görzig & Ryan 2022; Adu, Oudshoorn, Anderson, Marshall, & Stuart 2023). Det preventiva arbetet har en viktig funktion för att motverka detta.

Primärvården är den vårdinstans som oftast först möter människor med psykisk ohälsa och får därigenom en särskild position i det preventiva arbetet. Den här studien handlar om det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa och särskild uppmärksamhet riktas mot sjuksköterskors och distriktssköterskors roll, en nyckelprofession i sammanhanget (Allison, Nativio, Mitchell, Ren och Yuhasz 2014).

Psykisk ohälsa - ett globalt folkhälsoproblem

Hälsa är en individuell uppfattning och känsla vilket betyder att hälsa kan upplevas trots närvaro av sjukdom och tvärtom. Psykisk ohälsa definieras här i termer av psykiska besvär och/eller psykiatriska tillstånd, allt ifrån övergående besvär av oro, sömnbesvär, nedstämdhet till psykiska sjukdomar som ångesttillstånd och depression (Folkhälsomyndigheten 2021a). Psykisk ohälsa är ett globalt folkhälsoproblem.

Samtidigt som det leder till betydande hälsoförluster och lidande är problematiken också komplext sammansatt med ofta samvarierande psykiska, sociala och biologiska faktorer (Folkhälsomyndigheten 2021b). Detta understöds även i tidigare forskning där det finns en samsyn i hur psykisk ohälsa har en tydlig koppling till samsjuklighet och låg utbildningsnivå (Gunn et al. 2012; Farooq, Khan, Zaheer & Shafique 2019; Yao et al. 2020). Vårdpersonal inom primärvården möter inte sällan patienter som söker för fysiska symtom men där psykiska problem i efterhand visar sig vara huvudproblemet. Den psykiska ohälsan ökar särskilt hos de arbetsföra i samhället och Socialstyrelsen (2019) betonar hur tidiga insatser är avgörande för att förhindra långvariga och allvarliga sjukdomsfall. Corrigan, Druss och Perlick (2014) beskriver hur patienter med psykisk ohälsa drar sig från att söka vård utifrån den stigmatisering som finns i samhället. Denna studie handlar om distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta preventivt mot psykisk ohälsa inom primärvården.

Primärvårdens uppdrag och ansvar

Hälso- och sjukvården ska förutom att tillgodose behoven av grundläggande omvårdnad och medicinsk behandling också arbeta preventivt mot ohälsa (SFS 2022:1255). I primärvårdens medicinska grunduppdrag ingår psykosociala insatser (Socialstyrelsen 2021), även om det finns variationer i hur respektive region närmare beskriver det här uppdraget. I reformen God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) beskrivs det hur primärvården bör arbeta med det psykiska vårdbehovet. I sammanhanget omnämns sjuksköterskans roll mot bakgrund av att sjuksköterskan ofta är ”ingången” till hälsocentralens verksamheter och har ett avgörande åliggande vad gäller triagering. Regeringen (2022) har nyligen givit Socialstyrelsen ett särskilt uppdrag att stödja primärvården i deras arbete mot psykisk ohälsa, och särskilt när det kommer till insatser i ett tidigare skede vilket också placerar föreliggande studie i ett samtida ekonomiskt-politiskt sammanhang. Uppdraget förväntas slutredovisas senast mars 2025. Frågan är emellertid komplex. Vissa hälsocentraler har särskilda vårdsamordnare som arbetar för att patienter med psykisk ohälsa ska kunna få vård av hög kvalitet (Björkelund et al 2020).

Föreliggande studie är särskilt inriktad på preventiva åtgärder och tar därmed också sin utgångspunkt i folkhälsoarbetets grundpelare, dvs främjande av hälsa och förebyggande av sjukdom (Gorth-Gomér 2008; Svensk Sjuksköterskeförening 2019). Det preventiva arbetet skiljer sig åt beroende på det sjukdomsstadium som patienten befinner sig i. De primär-preventiva insatserna syftar till att förhindra att ohälsa uppstår. De sekundär-preventiva insatserna beskrivs som insatser som syftar till att förebygga återfall eller förhindra att en redan etablerad sjukdom progredierar. De tertiär-preventiva insatserna beskrivs förmildra de funktionsnedsättningar som en sjukdom orsakar. Oavsett sjukdomsstadium är litteraturen överens om att det förebyggande arbetet kan tillämpas både före och efter insjuknande (Gorth-Gomér 2008; Halcomb et al. 2019; Svensk Sjuksköterskeförening 2019).

Sjuksköterskornas preventiva arbete inom primärvården

Hur väl kommunikationen fungerar mellan sjuksköterskan och en patient som lider av psykisk ohälsa spelar en avgörande roll för enskilda relationella aspekter men lägger också grunden till vårdrelationen i mer generell bemärkelse (O’Hagan et al. 2014).

Allison et al (2014) beskriver att sjuksköterskan har en nyckelroll i att upptäcka psykisk ohälsa i ett tidigt skede i samband med patientens första kontakt med vården. Studien understryker hur viktig denna identifiering är utifrån tidigare diagnos och snabbare behandling. Samtidigt som sjuksköterskan beskrivs ha en nyckelfunktion i sammanhanget visar en studie av Medina, Kullgren och Dahlbom (2014) att distriktssköterskor inom primärvården upplever sig sakna tillräcklig kunskap i bedömning och tillämpning av olika behandlingsstrategier vid mötet med patienter med psykisk ohälsa. I en nyligen publicerad rapport visar Socialstyrelsen (2022) att det förebyggande arbetet kraftigt har minskat i landet. Rapporten sätter detta i anknytning till den pandemi som drabbade Sverige och resten av världen år 2020–2022. Vad som framgick i rapporten var att rådgivning till personer med ohälsosamma levnadsvanor blivit särskilt lidande och på vissa håll upphört helt. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer framhålls de ohälsosamma levnadsvanor som ska ges hög prioritet i rådgivande samtal. Trots att riktlinjerna funnits sedan 2011 är vården fortfarande ojämlig och verksamheternas prioriteringar skiljer sig åt (Socialstyrelsen 2018). Med samlingsnamnet “Agenda 2030” presenterar Socialstyrelsen (2018) de nya globala utvecklingsmålen som beslutades av FN:s generalförsamling. Utvecklingsmålen beslutades redan 2015 och ska 2030 innebära att förebyggande insatser och behandling ska förutom minska antalet dödsfall och smittor även främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Teoretiskt perspektiv i preventivt arbete mot psykisk ohälsa

För att vidga förståelse av sjuksköterskornas erfarenheter av det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa, har författarna valt att utgå från Joyce Travelbees (1971) omvårdnadsteori. Centrala begrepp för teorin är människan som individ, mänskliga relationer, kommunikation, lidande och mening. Joyce Travelbee hade en bakgrund som psykiatrisjuksköterska vars omvårdnadsteori inriktade sig på de mellanmänskliga dimensionerna.

Människan som individ

Travelbee (1971) undvek att använda sig av begrepp som “sjuksköterska” och “patient” då hon ansåg att detta reducerade utmärkande egenskaper hos respektive part. Vad som går att uppnå med en sådan generalisering är endast att gemensamma drag framhävs hos människorna. Människan är unik, och de upplevelser och erfarenheter som människan

erfarit tillhör enbart denne och kan således inte ifrågasättas. Mot bakgrund av människans unikheter framhöll Travelbee att det är viktigt att sjuksköterskan inte drar paralleller med tidigare patientmöten som sjuksköterskan erfarit.

Mänskliga relationer

Travelbee (1971) beskrev hur tidigare upplevelser och erfarenheter inte går att undgå helt i samband med det första mötet mellan sjuksköterska och patient. Genom att försöka förhålla sig neutral inför mötet och betrakta individen som unik och oersättlig kan sjuksköterskan undvika att få en felaktig uppfattning om patienten. Vid relationsskapandet och då identiteter växer fram blir det enligt Travelbee betydelsefullt att försöka bortse från roller och låta personens unikheter ligga till grund för detta. Först efter detta är det möjligt att tillgodose personens behov. Dessutom framhålls empati och sympati som en förutsättning för genuin förståelse och medlidande för personen. Dessa förmågor beskrivs ligga till grund för sjuksköterskans vilja till att hjälpa den drabbade.

Kommunikation

Kommunikation är i Travelbees (1971) teori definierande för relationen mellan patient och sjuksköterska. Travelbee betraktar kommunikationen mellan patient och sjuksköterska i termer av en transaktionsprocess. Det innebär att kommunikation förstås som dynamisk och ömsesidig. Såväl patient som sjuksköterska är aktiva i kommunikationen och påverkar varandra. Det är genom kommunikation som patienten delar med sig av erfarenheter, upplevelser och känslor och det är också genom kommunikation som sjuksköterskan svarar an på och tar om hand det som patienten ger uttryck för. Enligt Travelbee är en empatisk kommunikation avgörande för att patienten ska kunna känna sig förstådd och accepterad. Det handlar om att förstå patientens perspektiv för att kunna bedriva en effektiv omvårdnad. Det är inte bara den verbala kommunikationen som har betydelse utan också den icke-verbala. Ansiktsuttryck, kroppsspråk och tonfall är lika mycket en integrerad del av kommunikationen.

Lidande

Travelbee (1971) lyfte lidandet som en primär och allmänmänsklig upplevelse och som nära sammankopplat till sjukdom och blir därigenom en ständigt närvarande erfarenhet i mötet mellan sjuksköterska och patient. Utifrån att varje person betraktas som unik måste även personens lidande och upplevelser också ses som något subjektivt. Det

mänskliga lidandet kan innebära att både den kroppsliga, emotionella eller själsliga integriteten går förlorad. Vad som också utmärker Travelbees tankar om lidandet är att det är universellt. Lidande är en oundviklig del av livet och allt lidande går heller inte att lindra. Enligt Travelbee kan allt vara en källa till lidande, allt ifrån livssituationer till dåligt bemötande och felbehandlingar inom vården.

Mening

Travelbee (1971) lyfte hoppet som styrande i hur en person hanterar sitt lidande. Enligt Travelbees teori blir ett av omvårdnadens viktigaste syfte att understödja hoppet och att hjälpa patienten att finna en mening i sina omständigheter. Genom att patienten får svar på sina "varför" och "hur" kan detta också underlätta för patienten att finna en acceptans i sin situation.

Tidigare forskning

Tidigare forskning visar att sjuksköterskors kunskap om psykisk ohälsa är eftersatt och beskrivningar om att det saknas utbildning inom primärvården är återkommande. Ofta beskrivs en osäkerhet i hur sjuksköterskorna bör agera i mötet med patienter som lider av psykisk ohälsa (Björkman, Andersson, Bergström & Salzmänn-Eriksson 2018; Maxwell et al 2013; Obando Medina, Kullgren & Dahlblom 2014; Roberge et al 2016; Rotoli, Santos da Silva, Marques dos Santos, Netto de Oliveira & Calcagno Gomes 2019; Waidman, Marcon, Pandini, Botura Bessa & Paiano 2012). Två studier beskriver också att sjuksköterskor inte känner sig säkra på vad som är primärvårdens uppdrag gällande psykisk ohälsa (Janlöv, Johansson & Clausson 2017; Rotoli et al 2019).

Tidigare forskning lyfter vikten av en god vårdrelation mellan patient och sjuksköterska och att denna är avgörande för den fortsatta vården (Roberge et al 2016; Rotoli et al. 2019; Waidman et al 2012). Att ha tillräckligt med tid och engagemang anses särskilt viktigt i mötet med patienter med psykisk ohälsa så att patienten känner tillit relaterat till att ämnet är stigmatiserat (Björkman & Salzmänn-Eriksson 2019; Rotoli et al 2019; Grundberg, Hansson, Hillerås & Religa 2016). Hörnsten, Lindahl, Persson och Edvardsson (2014) visar att en av sjuksköterskans centrala roller är att arbeta preventivt inom primärvården, detta inom många olika områden för att främja folkhälsan i stort. Genom stöd och rådgivning kan sjuksköterskor främja en hälsosam livsstil genom att förespråka goda levnadsvanor och till följd av detta förebygga olika sjukdomstillstånd och/eller återinsjuknande både fysiskt och psykiskt (Lönnberg, Ekblom-Bak &

Damberg 2019; Lundberg, Jong, Kristiansen & Jong 2017). Den samlade tidigare forskningen, här svenska studier, visar att det finns behov av ytterligare kunskap inom preventivt arbete mot specifikt psykisk ohälsa. Tidigare forskning beskriver värdefull kunskap som är relevant för det preventiva arbetet, men forskning om det preventiva arbetet mot specifikt psykisk ohälsa inom primärvården har varit knapp och svår att finna.

Problemformulering

Psykisk ohälsa är en komplex och sammansatt problematik och primärvården har i uppgift av såväl Regeringen som Socialstyrelsen att hantera det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa. Det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa blir således högaktuellt även i en ekonomisk-politisk kontext. Samtidigt visar forskningen att det finns en osäkerhet bland sjuksköterskor vad som egentligen är primärvårdens uppdrag i förhållande till det preventiva arbetet. Statistik visar att patienten har större chans till tillfrisknande om patienten får hjälp med sin psykiska ohälsa i tidigt skede. Kopplat till detta framgår det i tidigare forskning hur sjuksköterskor har en nyckelroll i att upptäcka psykisk ohälsa i samband med patientens första kontakt med vården. För det fortsatta preventiva arbetet har forskningen identifierat vårdrelationen, tid och engagemang som centrala delar av ett lyckosamt arbete.

Samtidigt som tidigare forskning identifierat behovet av ytterligare kunskap vad gäller sjuksköterskors preventiva arbete mot psykisk ohälsa presenteras även empiri som stödjer att exempelvis sjuksköterskans bemötande kan öka patientens välbefinnande. I samband med att författarna sökt efter tidigare forskning som beskriver specifikt sjuksköterskans erfarenhet av preventivt arbete mot psykisk ohälsa har det dock framkommit att forskningsläget ger utrymme för flertalet olika frågeställningar och att det finns stora behov av ytterligare kunskap i området. Att undersöka hur det preventiva arbetet sker utifrån sjuksköterskornas uppfattning blir därför särskilt motiverat och förhoppningsvis kan studiens resultat vara betydelsefullt för det fortsatta kliniska arbetet.

Syfte

Beskriva distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta preventivt mot psykisk ohälsa i primärvården

Metod

Design

Studien är guidad av en kvalitativ ansats med en beskrivande design (Polit & Beck 2020).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Till studien har ett bekvämlighetsurval tillämpats för att rekrytera deltagare. Ett bekvämlighetsurval medför att rekryterade deltagare har kunskap och erfarenhet i linje med studiens syfte samt uppfyller inklusionskriterierna.

Inklusionskriterierna till föreliggande studie var att distriktssköterskorna och sjuksköterskorna, både män och kvinnor, arbetat kliniskt i primärvården det senaste året. De sjuksköterskorna som arbetat mindre än ett år, hade en nära relation till intervjuaren, såsom familjemedlem eller vän, exkluderades ur studien. Bekanta exkluderades inte.

Förfrågan om deltagande skickades sedan ut till totalt tio hälsocentraler och ett okänt antal distriktssköterskor och sjuksköterskor. Sammanlagt inkluderades åtta deltagare i studien, två deltagare från privat utförare och sex deltagare från offentlig utförare. Sju av dessa var distriktssköterskor och en var grundutbildad sjuksköterska. Utöver specialistinriktning mot distrikt förekom även specialistutbildning inom diabetes, operation och onkologi bland de rekryterade. Fem av åtta deltagare hade dubbel specialistutbildning. Samtliga deltagare var kvinnor. Åldern på studiens deltagare varierade mellan 32 år och 61 år (medelåldern 44,7 år). Antalet år som legitimerad sjuksköterska varierade mellan 5 år och 40 år (medelvärde 19,8 år).

För att underlätta för läsaren har författarna valt att fortsättningsvis benämna sjuksköterskor och distriktssköterskor som sjuksköterskor.

Datainsamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod tillämpades semistrukturerade intervjuer och omfattades av åtta intervjufrågor med möjlighet till följdfrågor. Frågeområden som har berörts har på olika sätt relaterat till sjuksköterskornas erfarenheter av preventivt arbete mot psykisk ohälsa. Dessa områden är hälsofrämjande insatser, vad som kan signalera psykisk ohälsa, vad som upplevs som viktigt i detta möte, frågor av ”känsligare natur”, lokala rutiner och egenvårdsråd vid psykisk ohälsa. Då erfarenheter har undersökts blev intervjuer den mest ändamålsenliga metoden då det blev möjligt att få fram en kvalitativt djupare erfarenhetsbild av kunskaps- och studieobjektet (Kvale & Brinkmann 2014; Polit & Beck 2020). Genom exempelvis en enkätstudie hade vi förlorat många av de mellanmänskliga och interaktionsmässiga fördelar som en intervju ger vilket riskerat att utmynna i mer ”tekniska” svar på en i många stycken relationell och emotionell fråga (Polit & Beck 2020).

I anslutning till varje intervju har den som intervjuat tagit uppgifter om kön, ålder, antal yrkesverksamma år som sjuksköterska samt specialistutbildning.

”Kan du förklara närmre...” och ”på vilket sätt...?” har varit möjliga följdfrågor i samband med intervjun. Detta för att inspirera deltagaren till att fördjupa sig ytterligare i en fråga (Polit & Beck 2020). Intervjun har sedan avslutats med att deltagaren fått frågan om hon/han önskar tillägga något.

Intervjuerna utfördes med hjälp av digital ljudinspelning för att sedan transkriberas på dator, detta för att stärka studiens tillförlitlighet och giltighet. För att kontrollera studiens giltighet och tillförlitlighet ytterligare genomfördes först en pilotintervju. Denna pilotintervju har inte inkluderats i studien men har legat till grund för justeringar av intervjuguiden. Efter justeringar genomfördes ytterligare en provintervju som inkluderades i studien.

Tillvägagångssätt

Via mejl kontaktades fem verksamhetschefer inom Primärvården i en region i Mellansverige. Verksamhetscheferna fick kort skriftlig information om den tilltänkta studien samt en blankett gällande tillstånd. Fyra av fem gav tillstånd, ett svar uteblev

trots påminnelser. Därefter skickades ett informationsbrev om den tilltänkta studien till berörda enhetschefer, totalt tillfrågades tio enhetschefer från både offentlig och privata utförare, detta med jämn geografisk spridning i beaktande, om än alla inom samma kommun. Ihop med informationsbrevet efterfrågades även kontaktuppgifter till de sjuksköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. Åtta enhetschefer besvarade förfrågan och valde själva ut de sjuksköterskor som de bedömde uppfyllde inklusionskriterierna bäst och skickade sedan kontaktuppgifter på dessa. Författarna känner inte till det totala antalet sjuksköterskor som tillfrågades av enhetscheferna, emellertid inkom kontaktuppgifter på 10 presumtiva deltagare. Två av dessa valdes bort relaterat till dels tidsbegränsning, dels till förmån för den geografiska spridningen. De personerna meddelades via telefon att de in skulle komma att intervjuas samt varför. Intervjuerna utfördes fortlöpande allteftersom bekräftelse på medverkan inkom. Över mejl bestämdes tid och plats för intervjun ihop med respektive deltagare. Samtliga hölls på deltagarnas arbetsplatser i ett ostört rum. I anslutning till intervjutillfället inhämtades skriftligt samtycke i pappersformat från deltagarna. Deltagarna blev muntligt informerade om studiens syfte, frivilligt deltagande samt möjlighet till att avbryta deltagandet utan förklaring. En av författarna utförde samtliga intervjuer och intervjuernas längd varierade från 18 till 30 minuter och hölls under februari och mars månad 2023. Samtliga intervjuer spelades in på mobiltelefon och transkriberades sedan av den andra författaren som inte höll i intervjuerna. En ordagrann transkription utfördes med avsikten att stärka studiens tillförlitlighet.

Dataanalys

Studien har en induktiv ansats vilket innebär att sjuksköterskornas erfarenheter har legat till grund för de subkategorier och kategorier som bearbetningen av det empiriska materialet resulterat i. Se Tabell 1. Materialet har analyserats förutsättningslöst och inte guidats av en bakomliggande teori (Polit & Beck 2020).

Inledningsvis lyssnade författarna på materialet var för sig. Därefter lyssnade båda författarna på det insamlade materialet tillsammans för att försöka skapa en helhetsbild och gemensam förståelse för innehållet. Efter att intervjuerna transkriberats av en och samma person har materialet lästes igenom var för sig men också gemensamt. Till en början innebar analysen av innehållet att utifrån studiens syfte identifierades

meningsbärande enheter genom färgmarkeringar i pappersformaten. Dessa jämfördes och diskuterades tillsammans fram. Sedan fördes dessa över i en analysstabell som författarna skapat i ett worddokument på datorn. Som ett nästa steg kondenserades de meningsbärande enheterna i syfte att komprimera texten men samtidigt bibehålla innebörden. De kondenserade enheterna kodades sedan vars likheter och skillnader jämfördes. Dessa koder utmynnade slutligen i kategorier och subkategorier som återspeglade centrala budskap i materialet (Polit & Beck 2020). Det manifesta innehållet har varit ledande vilket betyder att data analyserats med fokus på vad som uttryckts explicit (Graneheim & Lundman 2004; Polit & Beck 2020). För att uppnå en samstämmighet gällande materialet har materialet kontinuerligt diskuterats i handledningsgruppen med både handledare och studenter.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
<p>Men jag tror att generellt varför vi är dåliga på det är att vi inte känner att vi har tid för svaret, och då ställer man inte frågan många gånger istället.</p> <p>..... det är ju jättefrustrerande när man känner att man skulle vilja hjälpa men att det inte finns tid och resurser, det är jättetråkigt.</p>	<p>Vi frågar inte då vi inte har tid för svaret. Jättefrustrerande då man vill hjälpa men saknar ti och resurser.</p>	<p>Frustrerande att inte ställa frågor för att vi inte har tid för svaret. Vill hjälpa men saknar ti och resurser.</p>	<p>Begränsat med tid</p>	<p>Bristfälliga förutsättningar för det preventiva arbetet</p>

<p>Alltså så här standardsaker, till exempel ut och försöka röra sig. Fysiska aktiviteter är ju liksom bra mot psykisk ohälsa. Försöka hålla liksom... Tider alltså är rutin tider inte kanske sova till ett och äta mat mitt i natten utan man ändå försöker få en. En rutin så. Men annars så är det väl ja. Det är väl det som jag brukar ge egenvårdsråd i så fall.</p>	<p>Egenvårdsråd om standardsaker, fysisk aktivitet, hålla rutiner och tider, inte sova till ett, inte äta mitt i natten.</p>	<p>Råd om standardsaker , fysisk aktivitet, hålla rutiner och tider, inte sova till ett, inte äta mitt i natten</p>	<p>Egenvårdsråd</p>	<p>Det aktiva preventiva arbetet</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------------------------

Forskningsetiska överväganden

Innan studien genomfördes inhämtades ett yttrande från forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle för att säkerhetsställa att etiska aspekter tagits i beaktande eftersom studien har berört personliga erfarenheter. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) uppstår det alltid forskningsetiska problem i samband med intervjustudier som riskerar att beröra privatliv och som sedan presenteras på den ”offentliga arenan”.

I sammanhanget går det att ta hjälp av fyra forskningsetiska principer som avser värna om deltagarnas integritet och välbefinnande samt fungera som vägledning för forskaren gällande krav och ansvar. Dessa är Informationskravet, Samtyckeskravet, Nyttjandekravet och Konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet 2017).

Informationskravet uppfylldes genom att verksamhetschefer, enhetschefer och studiedeltagare erhöll skriftlig information om studien, studiens tillvägagångssätt samt

dess frivillighet. Genom att ha framhållit frivilligt deltagande och möjlighet till att avbryta påbörjat deltagande när som helst respekterar vi deltagarens självbestämmande och vi får möjlighet att värna om deras autonomi. Deltagarna som slutligen blev föremål för studien fick även samma information muntligt vid intervjutillfället.

Samtyckeskravet uppfylldes genom att verksamhetschefer och enhetschefer i de fall verksamhetschef saknades gav ett skriftligt godkännande om samtycke på mejl. Deltagarna lämnade sedan sitt godkännande om samtycke i pappersformat vid intervjutillfället.

Nyttjandekravet uppfylldes genom att insamlad data endast användes till föreliggande studie samt att bara författarna samt handledningsgruppen till studien tagit del av materialet (Vetenskapsrådet 2017). Efter godkännande kommer studien att publiceras på Högskolan i Gävles DiVA portal.

Konfidentialitetskravet samt intresset för integritet uppfylldes genom att uppgifter om kön, ålder, namn, utbildning och arbetsplats aidentifierats i resultatet. Redan i transkriberingsskedet namngavs respektive deltagare med en anonym kod. Citat som innehållit personspecifika ord eller liknande har anpassats så att ingen person kunnat kännas igen. Transkriberat material har sedan förvarats i en skyddad mapp på författarnas datorer för att ingen obehörig skulle kunna ta del av materialet. Författarna har även raderat de mejl innehållande ljudfiler som skickats mellan författarna själva. Slutligen kommer allt material förstöras efter att studien har blivit godkänd (Miracle 2016; Vetenskapsrådet, 2017; Polit & Beck 2020).

Resultat

Genom analysprocessen framkom tre kategorier med tillhörande subkategorier. Dessa kategorier och subkategorier presenteras i Tabell 2. Studiens resultat kommer att presenteras i löpande text samt med citat från det transkriberade materialet.

Tabell 2. Sammanställning av kategorier och subkategorier

Kategorier	Samtalet har en central roll	Sjuksköterskan strävar efter att arbeta preventivt	Organisationens förutsättningar är bristfälliga
Subkategorier	-Första mötet med patienten -Svåra samtal -Vårdrelationens betydelse	-Uppföljningens betydelse -Egenvårdsråd	-Behovet av stöd och rutiner -Begränsat med tid -Det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa är inte tydliggjort

Samtalet har en central roll

Kategorin *Samtalet har en central roll* omfattar subkategorierna *Första mötet med patienten*, *Svåra samtal* och *Vårdrelationens betydelse*. Denna kategori beskriver deltagarnas erfarenheter av hur patientmötet blir meningsfullt i det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa. Dessa patientmöten sker både i telefonrådgivningen och på mottagningen.

Första mötet med patienten

Samtliga deltagare framhöll hur viktig den första kontakten med patienten var. Flera deltagare beskrev hur viktigt mötet är utifrån att många patienter väntar för länge innan de söker vård vilket deltagarna relaterade till förekomsten av stigmatisering av psykisk ohälsa. Lyhördhet inför både vad som sägs och inte sägs lyftes som särskilt viktigt vid mötet med patienter med psykisk ohälsa. En deltagare beskrev det som att kunna ”läsa mellan raderna”. En bra första kontakt beskrevs kunna leda till att patienten vågar öppna upp sig och dela med sig av sin historia och sitt mående.

”Att man försöker vara lyhörd och lyssnar, och tar in det folk faktiskt säger, det kan ju vara svårt ibland faktiskt när det är stressigt och så, men att försöka att ha ett öppet sinne och höra vad dom behöver... För ibland så kanske dom söker för en grej med det är en annan sak som egentligen vill ut.” (deltagare 3)

Lyhördhet, i kombination med att börja "nysta" i mående och livssituation, beskrevs som viktigt av deltagarna. Detta möjliggjorde att sjuksköterskan ibland kunde upptäcka de patienter som initialt sökt vård för fysiska besvär men där problemet i själva verket bottnar i psykisk ohälsa. Att nysta i, och utreda patientens problem framhölls som en stor och nödvändig del av sjuksköterskans preventiva arbete mot psykisk ohälsa. Deltagarna beskrev betydelsen av att i ett tidigt skede ställa rätt frågor för att lyckas fånga upp de som lider av psykisk ohälsa. Vad som framhölls som ett observandum i sammanhanget var "mångsökande" och de patienter som söker för flera olika åkommor under en kortare period. Flera deltagare hade erfarenhet av att det ofta kunde dölja sig psykisk ohälsa bakom detta sökbeteende. Kopplat till att sjuksköterskan oftast är den första kontakten beskrev flera deltagare att ett viktigt preventivt arbete är att fånga upp de patienter som är suicidala. Denna bedömning kunde ske både i telefonrådgivningen och på mottagningen och innebar att sjuksköterskan brukade boka in en läkartid samma dag om misstanke kring suicidrisk ansågs föreligga.

En deltagare beskrev att en viktig del av det preventiva arbetet är att fånga upp och bekräfta patienter som uttrycker endast milda symtom på oro eller nedstämdhet. På så vis kan sjuksköterskan hjälpa patienten med att hantera sina tankar och i bästa fall förhindra att psykisk ohälsa utvecklas ytterligare. Deltagaren beskrev att sjuksköterskan i dessa fall har möjlighet till att göra stor skillnad för patienten genom att understödja hopp och förmedla att "vi finns här om du behöver oss".

Svåra samtal

Om ett samtal med en patient med psykisk ohälsa upplevdes som svårt relaterades bland annat till hur lång yrkeserfarenhet sjuksköterskan hade. Några deltagare beskrev ett svårt samtal som att det kan vara en utmaning att lyssna klart för att sedan kunna ställa relevanta frågor. En deltagare beskrev hur viktigt och svårt det kan vara att inte avsluta samtalet och sluta ställa frågor när det börjar "brännas". Vad som var återkommande hos deltagarna var att frågor rörande fysiska eller sexuella övergrepp var svårt att ställa till patienten, i synnerhet i telefonrådgivningen där deltagarna kände sig begränsade av tiden. En deltagare uttryckte sig att "sådana frågor" hör inte hemma i ett kort rådgivningssamtal, jag kan inte lämna patienten med en sådan fråga. Deltagarna tillade dock att samma frågor inte upplevdes lika svåra att ställa om patienten satt framför dem

på mottagningen. Några deltagare tyckte även att det kunde kännas svårt att ställa frågor om alkohol och droger i samband med anamnesinhämtningen.

“Våld i nära relationer, det tycker jag är svårare och jag kommer på mig själv ibland att jag inte frågar männen..... kvinnorna där ligger det liksom närmre.” (deltagare 1)

En deltagare beskrev att hon aldrig tänkt på att ställa frågor om fysiskt våld till män, enbart kvinnor. En annan deltagare uttryckte att det var hennes skyldighet att ställa frågor om fysiskt våld. Däremot tyckte ingen av deltagarna att det var svårt att ställa frågor om suicidtankar, oavsett om mötet skedde digitalt eller fysiskt. Frågor som rör familjesituationer och barn kan också upplevas som svåra att ställa. En deltagare beskrev att en fråga om familjesituationen kan orsaka onödig oro hos föräldrar, till den grad att vissa föräldrar tror att exempelvis en orosanmälan till socialförvaltningen är synonymt med ett omhändertagande av barnen. Gemensamt för deltagarna var att alla tyckte att det var viktiga frågor, om än svåra att ställa. Flera uttryckte att de kunde bli bättre på att ställa denna typ av frågor och att träning i att fråga leder till färdighet i samtalet.

Vårdrelationens betydelse

Merparten av deltagarna delade erfarenheten av att en god vårdrelation var viktigt för det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa. Vad som ofta beskrevs som viktiga komponenter för en god vårdrelation var att patienten gavs tillräckligt med tid och att sjuksköterskan bekräftade patientens upplevelse oberoende egen åsikt och att sjuksköterskan försökte inta patientens perspektiv. Att det fanns ett förtroende och tillgänglighet var också utmärkande för relationen. Deltagarna beskrev förtroendet som en viktig förutsättning för att patienterna ska våga och vilja öppna upp sig. Att inte låta dömande i sammanhanget beskrevs också som viktigt och att en “fin kontakt” kan innebära att patienten vågar ringa överhuvudtaget. Det ska behöva kännas jobbigt, beskrev en deltagare. I sammanhanget framhölls det också att en god vårdrelation är viktigt att ha även till de patienter som inte uppvisar symtom på psykisk ohälsa. Om patienterna vågar ringa om en förkylning så vågar de kanske även ringa om sitt dåliga mående om behovet uppkommer. Flera deltagare beskrev att lyhördheten är en viktig förutsättning för att vårdrelationen ska fungera.

”jag tycker att det är viktigt att dom litar på just den personen, att patienten kan öppna sig, det är jätteviktigt med bemötandet. Att man kan liksom, ge en trygghet till dom, att dom kan prata...” (deltagare 2)

En deltagare beskrev att inte bara arbetet underlättas av en god vårdrelation, utan det avgörs helt och hållet och är nödvändigt vid det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa. Att få möjlighet till att träffa samma patient vid upprepade tillfällen var något som beskrevs fördelaktigt för utvecklandet av vårdrelationen. Samma deltagare hade erfarenheten att när vårdrelationen är etablerad blir patienten mer initiativtagande och delaktig. En annan erfarenhet var att vårdrelationen mår bra av raket. Raketen beskrevs leda till känslan av att någon bryr sig. Vid nedstämdhet kunde sjuksköterskan också erbjuda sig att prata med läkaren åt patienten med motiveringen att patienten ofta kan tycka det är skönt att vi sköter kontakten. Något som också framhölls som viktigt var att sjuksköterskan ska försöka normalisera ett dåligt mående utifrån att det inte skulle upplevas som tabu. Detta kunde sjuksköterskan göra genom att säga att patientens känslor är normala

Sjuksköterskan strävar efter att arbeta preventivt

Kategorin *Sjuksköterskan strävar efter att arbeta preventivt* omfattar subkategorierna *Uppföljningens betydelse* och *Egenvårdsråd*. Denna kategori beskriver de hälsofrämjande åtgärder som deltagarna utför i sin praktik vid mötet med patienter med psykisk ohälsa. I subkategorin *Uppföljningens betydelse* har författarna valt att inkludera erfarenheter av dels den uppföljning som sker, dels den som uteblir.

Uppföljningens betydelse

Fyra av åtta deltagare hade erfarenhet av att själv planera in en uppföljning med patienter som uttryckt någon form av psykisk ohälsa. Gemensamt för två deltagare var att båda talade om funktionen Fast vårdkontakt och att funktionen kunde möjliggöra mer kontinuerlig uppföljning för dessa patienter. I sammanhanget beskrev ytterligare en deltagare hur vårdpersonalen skulle kunna bli bättre på att bli fast vårdkontakt, men att denna funktion inte används i den omfattning som faktiskt är möjlig. De som hade erfarenhet av att följa upp patienter genom ett telefonsamtal beskrev hur vetskapen om

att sjuksköterskan ringer igen skapar lugn och trygghet hos dessa patienter. Skulle det visa sig att patienten inte mår bättre vid uppföljningen, då undersökte sköterskan om det fanns ytterligare råd alternativt hjälp att ge patienten. Ibland beskrev deltagarna att vissa patienter i telefonrådgivningen kunde ha ett stort behov av att prata mycket och länge, i synnerhet de som mårde dåligt. Vid dessa tillfällen kunde sjuksköterskan säga till patienten att detta följer vi upp vid det bokade mottagningsbesöket. I samband med detta kunde sjuksköterskan då avsätta lite längre tid till besöket. En deltagare beskrev att den egna tidsboken användes för att planera in denna typ av uppföljning. På så vis inverkar inte uppföljningen på den "vanliga" mottagningen.

"Vi kan följa upp ofta, så kan vi göra. Så att... Jag kan ringa upp och höra hur du mår om några dagar. Eller i morgon? Vi kan bestämma det på telefon."
(deltagare 7)

En deltagare beskrev hur Fast vårdkontakt underlättade för kollegor i telefonrådgivningen om en patient ringde och mårde dåligt. Om en kollega tog emot samtalet kunde en uppföljning bokas in i den Fasta vårdkontaktens tidbok. Vidare återkom 40-års samtalet som ett tillfälle då patienter kunde bli erbjudna att bli uppringda några månader senare för att se hur saker och ting hade utvecklats. Samma deltagare beskrev att det inte behövde handla om uppföljning på enbart uttalad psykisk ohälsa, utan även uppföljning på dåliga levnadsvanor som skulle kunna leda till psykisk ohälsa. En av dessa två deltagare beskrev att det endast var vid dessa tillfällen som uppföljning kunde ske, aldrig i telefonrådgivningen eller på "vanliga" mottagningen. Att ha en tjänst som innefattade hembesök beskrevs som något som möjliggjorde en naturlig uppföljning av patienten. Det framkom att patienten själv kunde uttrycka en önskan om att få följas upp vilket patienten då också blev av sjuksköterskan.

Hälften av deltagarna saknade erfarenhet av att följa upp patienter med psykisk ohälsa. En av deltagarna beskrev att det inte var möjligt att boka in uppföljningar relaterat till få kontakttillfällen. Samma deltagare ansåg dock att funktionen Fast vårdkontakt skulle kunna möjliggöra mer frekventa uppföljningar. I anslutning till detta beskrevs det hur vårdpersonalen borde ange sig själva som Fast vårdkontakt så fort de upplever sig ha fått en bra kontakt med patienten. En återkommande erfarenhet var att deltagarna beskrev rådgivningssammahanget som en plats för "engångsråd" eller vidadreslussning. De deltagare som beskrev rådgivningssammahanget på detta vis satt det i förbindelse till

resurser och kompetens. Det som återgavs i samband med resurser var framförallt att det saknades tid och att detta gjorde så att det saknades utrymme för uppföljning. Förutom tid beskrev deltagarna hur de föredrog att slussa patienterna vidare till psykosociala teamet som har särskild kompetens i psykosociala bedömningar. Vanligt förekommande var att vårdpersonalen lämnade över ansvaret till patienten att själv ta ny kontakt med hälsocentralen om denne upplevde utebliven förbättring eller försämring i sitt mående. En deltagare lade till att efter detta engångsråd har vårdpersonalen i telefonrådgivningen gjort vad de kan. Detta relaterades till benämningen "första instansen" och innebar att antingen blev patienten hjälpt på direkten eller slussades vidare patienten vidare.

Egenvårdsråd

Gemensamt för alla deltagare var att alla hade någon erfarenhet av att ge patienten egenvårdsråd vid psykisk ohälsa. Detta i varierad utsträckning. Bara en deltagare uttryckte försiktighet inför egenvårdsråd vid psykisk ohälsa. Anledningen till detta var upplevelsen av osäkerhet i vård vid psykiska tillstånd och att deltagaren tyckte sig sakna kunskap. De egenvårdsråd som var vanliga att ge, både i telefonrådgivningen och på mottagningen, var kostråd, råd om motion och fysisk aktivitet och sömn. Vid lättare ångesttillstånd var det just dessa vanligaste egenvårdsråd som förekom.

"Alltså så här standardsaker, till exempel ut och försöka röra sig. Fysiska aktiviteter är ju liksom bra mot psykisk ohälsa. Försöka hålla liksom, rutin... Tider, inte kanske sova till ett och äta mat mitt i natten utan man ändå försöker få en rutin så. Men annars så är det väl ja, det är väl det som jag brukar ge som egenvårdsråd i så fall." (deltagare 5)

Sjuksköterskan kunde då förklara det ohälsosamma i att sova långt in på dagen, äta nattetid och att det är viktigt att ta promenader dagligen. Ibland kunde patienten även få råd angående umgängets betydelse och att inte vara för mycket själva. Råd om att upprätthålla sina rutiner förekom också. Kopplat till rutiner var att dessa ofta gick förlorade i samband med ett dåligt mående. Ett annat förekommande råd var att försöka ägna sig åt stresshantering. Uttrycket att "städa upp" sitt liv i samband med egenvårdsråd förekom också. Innebörden av detta uttryck utvecklades inte. En deltagare beskrev att det är viktigt att hjälpa patienten att synliggöra och prata om högt ställda krav. I samband med detta beskrevs det viktigt att prata om att inte behöva klara av

allting på högsta nivå samt se över sina prioriteringar i livet. Att här överväga att tillfälligt gå ner i arbetstid var också något som deltagaren kunde lyfta med patienten. Att försöka undvika att “grotta ner sig” i sina tankar var också ett råd som kunde ges. Ett råd som patienten kunde få vid dåligt mående var att kontakta psykosociala teamet istället. Som egenvårdsråd och som ett hälsofrämjande arbete i ett större perspektiv fanns det en hälsocentral som erbjöd patienter medicinsk yoga. Inledningsvis hölls den medicinska yogan endast för vårdpersonalen men numera erbjuds det till alla som är skrivna på hälsocentralen. En deltagare beskrev att hälsocentralen spelat in en kortfilm om de vanligaste egenvårdsråden. Denna film kunde skickas till patienter i väntan på att få komma till mottagningen på bedömning. På så vis kunde en passiv väntan undvikas. En deltagare nämnde att alkohol och droger kunde lyftas i samtalet som kretsade kring egenvårdsråd. Att försöka samordna alla 40-åringar och erbjuda dessa exempelvis fysisk aktivitet hade diskuterats på en arbetsplats i personalgruppen.

Organisationens förutsättningar är bristfälliga

Kategorin *Organisationens förutsättningar är bristfälliga* omfattar subkategorierna *Behovet av stöd och rutiner*, *Begränsat med tid* och *Det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa är inte tydliggjort*. Denna kategori beskriver deltagarnas erfarenheter av hur verksamheten inte ger tillräckligt med utrymme för det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa. I subkategorin *Hjälpmedel och rutiner* har författarna valt att inkludera erfarenheter av såväl närvaro som frånvaro av hjälpmedel.

Behovet av stöd och rutiner

Något som var återkommande bland deltagarna var att hälften beskrev avsaknad av hjälpmedel i form av rutiner och riktlinjer vid hanterandet av patienter med psykisk ohälsa. En deltagare beskrev att vissa frågor som berör psykisk ohälsa medvetet undveks då deltagaren inte visste hur denne skulle gå vidare med svaret. Samma deltagare uttryckte att visst skulle hon kunna påbörja det preventiva arbetet genom att fråga varje patient hur den mår, men sen då? Då rutiner och riktlinjer saknades beskrev en deltagare att det snarare handlade om att ha sunt förnuft och mycket i bagaget framför olika dokument att gå efter när psykisk ohälsa skulle hanteras. Samma deltagare ställde sig tveksam till om denne skulle bli hjälp av riktlinjer. Hanterandet av psykisk

ohälsa beskrevs bero på vilken person du är, vilken trygghet du bär med dig och om du vågar ställa obekväma frågor.

“Psykisk ohälsa... Det beror på vilken person du och jag är och vad jag har varit med om i livet. Nej, jag tror mer på att våga lyssna färdigt då och våga ställa frågorna i stället för dokument. Kanske det man behöver. Trygghet i det, och sen var den tryggheten ska komma ifrån, det vet jag är inte riktigt.” (deltagare 1)

Två deltagare beskrev att det inte fanns några rutiner eller mallar att ta hjälp av i telefonrådgivningen, däremot hade psykosociala teamet olika hjälpmedel vid sina bedömningar. Detta kunde vara självskattningsskalan HAD samt “andra” skattningsskalor. Vad som också framgick var att deltagarna kände sig dåliga i telefonrådgivningen då de inte visste vad de skulle ställa för frågor när en patient ringde och mådde dåligt. Flera deltagare uttrycker att det hade känts bra om det fanns tydligare riktlinjer och rutiner på arbetsplatsen i hur de ska hjälpa och hantera patienter som lider av psykisk ohälsa.

Emellertid fanns det också deltagare som hade erfarenhet av att stöd och rutiner fanns på arbetsplatsen i hur psykisk ohälsa skulle hanteras. Detta var något som uttrycktes som “jättebra att det finns”. Några få deltagare hade erfarenhet av så kallade flödesscheman som bl.a. kunde hjälpa dem i hur de skulle handlägga patientärendet. Beroende på patientens symtom och den psykiska ohälsans allvarlighetsgrad kunde patienten bli hänvisad till olika mottagningar på hälsocentralen men också andra instanser utanför hälsocentralen, till exempel psykiatrin eller beroendemottagningen. En deltagare beskrev att ett frågeformulär, framtaget av det psykosociala teamet, kunde skickas till patienten och fungerade som ett underlag. Formuläret skickades digitalt och diskuterades sedan med sjuksköterskan under ett mottagningsbesök. “Proaktiv hälsostyrning” förekom på en deltagares arbetsplats och beskrevs som ett komplement till patientens befintliga vårdinsatser. Detta riktar sig till patienter över 65 år och innebär en genomgång av patientens läkemedel, hemsituation, hemtjänst och en skattning för depression. En deltagare beskrev att hälsocentralen tagit fram korta filmer med specifika teman som patienten kunde få skickat till sig digitalt. Samma hälsocentral hade utarbetat en rutin som innebar att patienter med psykisk ohälsa erbjöds organiserad träning. Beslutsstödet via 1177 nämndes av en deltagare i frågan rörande hanterandet av psykisk

ohälsa. En deltagare som hade erfarenhet av att använda sig av flödesschema var av uppfattningen att alla hälsocentraler har rutiner och riktlinjer i hur de ska hantera psykisk ohälsa. Vad som också kunde beskrivas likt en utarbetad rutin var att personalen hade för vana att ta hjälp av andra professioner och kollegor på arbetsplatsen när de mötte personer med psykisk ohälsa. Detta "kollegiala stöd" beskrevs i form av att sjuksköterskan kunde samordna vården. Detta var utöver den obligatoriska journalföringen och förväntade arbetsgången och kunde innebära att sjuksköterskan knackade dörr till kollegor i syfte att rådfråga om patienten. Detta lättillgängliga stöd framhölls som mycket uppskattat av deltagaren. En av deltagarna beskrev att det förekom att vårdpersonalen ibland samtalade med varandra om hur de ska skapa bra relationer med sina patienter. Samtalet beskrevs inte som strukturerat utan som ett informellt samtal där vårdpersonalen delade med sig av sina upplevelser av vad som kan vara svårt och utmanande med vårdrelationen. Slutligen beskrevs alla 40-års samtal ha ett viktigt preventivt syfte. Detta utifrån att såväl den fysiska som psykiska hälsan undersöks och att sjuksköterskan också får möjlighet att synliggöra och tala om eventuella riskfaktorer med patienten.

Begränsat med tid

Gemensamt för samtliga deltagare var att alla uttryckte att tidspressen begränsade dem i det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa. Vad som däremot kunde variera var hur deltagarna förhöll sig till att ha begränsat med tid när de mötte patienter med psykisk ohälsa. Två deltagare beskrev att i telefonrådgivningen får ett samtal med någon som mår dåligt ta den tid som behövs för att patienten ska bli hjälpt. I dessa situationer beskriver deltagarna att de har kollegial uppbackning och med inställningen att de på ett eller annat sätt alltid ringer ikapp. Det uttrycktes en trygghet i att det fanns en förståelse hos kollegor i att ibland behöver ett samtal få ta längre tid. En deltagare beskrev att tidspressen inneburit att personalen "tränats" i att ställa rätt frågor till patienten. En erfarenhet som återkommer är att rådgivningssamtalen är alldeles för korta för att vissa frågor ska kunna ställas. Frågor som inte ställs relaterat till begränsat med tid är frågor om våld i nära relationer och övergrepp. Dessa frågor "hörde inte hemma i ett kort rådgivningssamtal".

"Frustrerande att inte ställa frågor för att vi inte har tid för svaret. Vill hjälpa men saknar tid och resurser." (deltagare 4)

Förutom tidspressen i telefonrådgivningen så beskrev flera deltagare att det finns en generell brist på “tid och resurser” i verksamheten. Denna brist på resurser gör att det preventiva arbetet i stort inte kan bedrivas i den utsträckning som deltagarna önskat. En deltagare beskrev att denne inte riktigt förstått hur utbredd psykisk ohälsa var före sin anställning inom primärvården. Kopplat till detta uttrycktes frustration över att det inte finns tillräckligt med resurser till att hantera denna stora utmaning. Flera deltagare uttryckte en önskan om att det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa skulle få större utrymme.

Det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa är inte tydliggjort

Det förekom att deltagare beskrev att det preventiva arbetet inte hörde hemma inom primärvårdens verksamhet. Uppfattningen var att patienter kontaktar dem vid hälsoproblem och dåligt mående och att patienterna sedan “slussas vidare”. Denna vidarelussning beskrevs ofta innebära en annan instans eller en annan profession på hälsocentralen.

“Preventivt arbete inryms inte i uppdraget. Vi blir kontaktade av patienten när patienten inte mår bra, vi lämnar sen över till någon annan.” (deltagare 5)

Sjuksköterskornas roll beskrevs inte komma in på preventivt arbete utifrån att hälsocentralen inte hade en uppsökande verksamhet. En deltagare ställde sig frågande till hur primärvården skulle kunna arbeta preventivt mot psykisk ohälsa mot bakgrund av att patienten är den som tar första kontakten. Däremot kunde distriktsköterskan arbeta förebyggande i många andra sammanhang enligt deltagaren, men inte i den här verksamheten.

Upplevelsen av att “släcka bränder” förekom relaterat till det lilla utrymme preventionen får. I anslutning till samtalet om stöd och rutiner förekom det även att deltagare sa att arbetsplatsens rutiner och riktlinjer kring psykisk ohälsa måste följas, samtidigt som sjuksköterskan inte kände till vilka dessa rutiner faktiskt var. Deltagaren beskrev att ämnet inte är belyst på arbetsplatsen och att det bortprioriteras. Mer utbildning i ämnet är också något som önskas av deltagare.

Diskussion

Huvudresultat

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors och sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta preventivt mot psykisk ohälsa inom ramen för primärvårdsverksamheten. I studien framkom att samtliga deltagare hade erfarenhet av att möta psykisk ohälsa inom primärvården men preventivt arbete mot psykisk ohälsa ägde rum i varierande utsträckning. Arbetet försvårades då tid, resurser och tydliga rutiner saknades på flera arbetsplatser. Det preventiva arbetet beskrevs heller inte som tillräckligt tydliggjort. Deltagarna önskade mer utbildning och kunskap i prevention vid psykisk ohälsa. En återkommande erfarenhet var den centrala betydelsen av det enskilda patientmötet och då särskilt i förhållande till samtalet och vårdrelationen. Hur ofta patienter med psykisk ohälsa följdes upp varierade, men sjuksköterskorna beskrev uppföljningar som uppskattat av patienter som mår psykiskt dåligt. Alla deltagare hade erfarenhet av att ge någon form av egenvårdsråd vid psykisk ohälsa, även om vissa beskrev försiktighet och osäkerhet i att ge egenvård till den aktuella patientgruppen.

Resultatdiskussion

Deltagarna ansåg att vårdkommunikationen bör bygga på lyhördhet, bekräftelse och empatisk förmåga vilket också Travelbees (1971) omvårdnadsteori styrker. Tidigare forskning visar att det förekommer en viss osäkerhet i hur man ska bemöta människor med psykisk ohälsa (Björkman et al 2018; Maxwell et al 2013; Obando Medina et al 2014; Roberge et al 2016; Rotoli et al 2019; Waidman et al 2012), vilket även flera av deltagarna uttryckte. Travelbees (1971) omvårdnadsteori beskriver betydelsen av såväl det första mötet som det fortsatta relationsskapandet. Det första mötet var något som deltagarna lyfte som särskilt viktigt och färdigheter inom kommunikation blir här avgörande för ett lyckosamt arbete, vilket också tidigare forskning beskriver (Roberge et al 2016; Rotoli et al 2019; Waidman et al 2012). Tidigare forskning visar att en god vårdrelation är en förutsättning för fortsatt god vård (Roberge et al 2016; Rotoli et al 2019; Waidman et al 2012). Detta var även något som framkom i föreliggande studie då *vårdrelationens betydelse* resulterade i en egen subkategori. Trots osäkerheten beskrev deltagarna hur de försökte se situationen ur patientens perspektiv vilket är i linje med hur Travelbee (1971) beskriver en framgångsrik omvårdnad. Travelbee (1971) beskrev lidandet som unikt och subjektivt hos den vårdsökande, vilket också deltagarna

förmedlade i sina varierade uppfattningar och berättelser om psykisk ohälsa. Vidare beskrev deltagarna att en bra vårdrelation som bland annat bygger på trygghet kan göra att patienten vågar öppna upp och dela med sig av det patienten anser är svårt och tungt. Detta för tankarna till hur Travelbee (1971) beskriver relationsskapandet som något helt och hållet nödvändigt i sammanhanget. Först efter relationsskapandets förhållandevis komplexa process och som avgörs av flera för sjuksköterskan nödvändiga färdigheter, kan sjuksköterskan bedöma och tillgodose patientens behov. Sjuksköterskans bedömning kan leda till en insats utförd av sjuksköterskan eller att patienten "slussas vidare" för andra stödjande insatser. Enligt Travelbee (1971) finns många orsaker till lidande och sjuksköterskan har som roll att lindra det som lindras kan, vilket även deltagarna hade som mål i sitt yrkesutövande. Detta beskrivs också i sjuksköterskans profession (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Deltagarna beskrev olika *hur* och *om* patienter med psykisk ohälsa följdes upp, ofta refererade deltagarna till att medicinsk behandling följs upp av läkaren. Med andra ord "släppte" sjuksköterskorna patienten när patienten bokats till en läkare. Sällan skedde uppföljning om det inte var på sjuksköterskans egna initiativ eller vid fast vårdkontakt. Deltagarna hänvisade i förhållandevis stor utsträckning till psykosociala team eller läkare. Från ett patientsäkerhetsperspektiv (SFS 2023:36) blir det intressant att fundera över situationen när sjuksköterskan inte väljer att hänvisa patienten vidare i kombination med att inte följa upp patienten. Det går dock att anta att alla patienter som uppvisar psykisk ohälsa, i synnerhet milda symtom, inte alltid kräver uppföljning som är initierad av sjuksköterskan. Carlock et al (2020) visar i sin forskning att genom uppföljning på telefon går det att mer än halvera uppföljningen som annars skulle ha skett på plats. Studien bedrevs förvisso i akutvårdsverksamhet men visade hur telefonuppföljning dels kunde minska uppkomsten av komplikationer, dels fånga upp komplikationer i ett tidigt skede. Författarna till föreliggande studie finner det svårt att hitta forskning som undersöker uppföljning av patienter med psykisk ohälsa, både inom ramen och utanför primärvården. Det framgår dock att de patienter som följs upp över telefon har större möjlighet till eventuella justeringar i aktuell behandling och därigenom större möjlighet till tillfrisknande (Carlsen, Bendtsen, Jensen & Schytz 2022) och att de patienter som får telefonuppföljning av sjuksköterska upplevde större tillfredsställelse med vården (Schlottmann, Broome, Herbst, Burkhardt & Mescher 2019; Woods, Jones, O'Shea, Grist, Wiggers & Usher 2019) En intressant notering är att ingen deltagare i föreliggande studie berörde den evidensbaserade samtalsmetoden Motiverande samtal,

“MI”. Holm-Ivarsson (2016) lyfter MI som ett särskilt lämpligt verktyg vid samtal med patienter som lider av psykisk ohälsa. Detta skulle förslagsvis kunnat användas vid lättare psykisk ohälsa för att understödja en hälsosammare livsstil.

Björkelund et al (2020) presenterar forskning och en “ny” funktion inom primärvården som givits namnet “Vårdsamordnare vid psykisk ohälsa i primärvården”. Data till boken bygger på studier gjorda i Västra Götaland samt Dalarna. Funktionen syftar till att avlasta primärvården i stort, men inte minst garantera patienter som lider av psykisk ohälsa vård av hög kvalitet och som bygger på en personcentrerad vård. Samordnaren skulle ha en funktion som påminner om primärvårdens diabetes- eller astma/kolsköterska, men inom sitt specialismråde psykisk ohälsa. En vårdsamordnare inom psykisk ohälsa bör regelbundet arbeta med bedömningar rörande ångesttillstånd, depressionsskalor och suicidriskbedömningar (Björkelund et al 2020). Författarna till föreliggande studie anser att denna forskning, i synnerhet funktionen Vårdsamordnare vid psykisk ohälsa, skulle kunna fylla igen luckor i primärvårdens preventiva arbete mot psykisk ohälsa, luckor och bristfälliga förutsättningar som återspeglas i föreliggande studies resultatdel.

Deltagarna uttryckte en saknad av prioritering av ämnet psykisk ohälsa och dess preventiva arbete från organisationen i stort. Deltagarna önskade även fördjupad kunskap i ämnet. Tidigare forskning visar att kunskap om psykisk ohälsa är eftersatt (Björkman et al 2018; Maxwell et al 2013; Obando Medina et al 2014; Roberge et al 2016; Rotoli et al 2019; Waidman et al 2012) Tidspress och avsaknad av stödfunktioner är andra bristande förutsättningar som beskrivs av deltagarna. Det går att anta att tidspressen begränsar sjuksköterskans förutsättningar vid såväl bemötande som bedömning av patienter. I anslutning till detta går det även att fundera över om sjuksköterskans engagemang påverkas negativt av de bristfälliga förutsättningarna, engagemang som i tidigare forskning beskrivs som extra viktigt i mötet med patienter med psykisk ohälsa (Björkman & Salzman-Eriksson 2019; Grundberg, Hansson, Hillerås & Religa 2016; Rotoli et al 2019). Vidare beskriver Björkman, Andersson, Bergström & Salzman-Erikson (2019) forskning svårigheter i att ställa känsliga frågor i mötet med patienter, vilket för övrigt kan vara avgörande för positiva effekter av vårdarbetet. Deltagarna beskrev även att de medvetet undvek vissa frågor då de inte hade tid för svaret. Utifrån detta går det att anta att telefonrådgivningen innebär vissa begränsningar i det preventiva arbetet då flera deltagare beskrev att vissa känsliga frågor

inte hörde hemma i en telefonrådgivning. Vad som framkommer i både i tidigare forskning och i föreliggande studie är att deltagarna understryker betydelsen av tillräckligt med tid för att hinna hantera samtal rörande psykisk ohälsa (Björkman & Salzman-Eriksson 2019; Grundberg et al 2016; Rotoli et al 2019). Andra omständigheter, så som exempelvis avsaknaden av livsstilsprogram, kan också antas vara försvårande för primärvården i arbetet mot psykisk ohälsa (Rönngren et al 2017).

Travelbee (1971) beskrev att begrepp som patient och sjuksköterska borde undvikas då detta innebär en problematisk reducering och generalisering av respektive part. Utmärkande och unika egenskaper riskerar då att förbli dolda. Till skillnad mot Travelbee (1971) så beskrev ingen deltagare något som påminde om att avdramatisera ordet patient eller sjuksköterska i mötet med patienten. Snarare vikten av att framhäva sin kunskap inom sin profession för att kunna hjälpa och stötta patienten på bästa sätt. Att det idag snarare läggs tonvikt på det motsatta, professionellt förhållningssätt och profession i största allmänhet, är även något som författarna till föreliggande studier har uppmärksammat i samband med både utbildning och egen yrkeserfarenhet. Genom denna positionering blir det intressant att fundera på *hur* och *om* det mellanmänniska mötet och vårdrelationen påverkas i en oönskad riktning. Travelbee (1971) beskrev också att det är viktigt att inte dra paralleller från tidigare patientmöten. I kontrast till detta beskrev deltagarna snarare att patientmötet och vårdrelationen behöver baseras på tidigare erfarenheter som därtill delas och diskuteras i personalgruppen. Detta i syfte att just ta lärdom av tidigare erfarenheter.

Förutom den tidigare nämnda osäkerheten inför arbetet påvisar även deltagarna vitt skilda uppfattningar om vad primärvårdens ansvar är i frågan. Allt ifrån att deltagarna beskriver det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa som självklart till att det inte är primärvårdens ansvar. Vissa deltagare beskrev sin uppgift i termer av preventivt arbete i allmänhet där främjandet av hälsosamma levnadsvanor lyftes fram som särskilt viktigt. Det blir därigenom viktigt att utveckla kunskap om vad preventivt arbete mot psykisk ohälsa innebär och ur det bedrivs och särskilt i relation till sjuksköterskans profession då den har identifierats som en nyckelroll i sammanhanget (Allison et al 2014; Hörnsten et al 2014; Lönnberg et al 2019; Lundberg et al 2017).

Metoddiskussion

Giltighet

Enligt Graneheim och Lundman (2004) blir val av metod och deltagarnas variation väsentligt i samband med att en studies giltighet ska bedömas. För att svara på studiens syfte valde författarna att tillämpa ett bekvämlighetsurval vilket innebar att rekryterade deltagare hade erfarenheter och kunskaper som gick i linje med studiens syfte. För att säkra detta utformades inklusions- och exklusionskriterier. För att på bästa sätt fånga deltagarnas erfarenheter tillämpades öppna semistrukturerade intervjufrågor (Polit & Beck 2020). Vidare kunde intervjuguiden säkerställa att alla deltagare fick samma intervjufrågor. I syfte att bedöma studiens giltighet har författarna så tydligt som möjligt beskrivit urval, urvalsprocessen och dess inklusions- och exklusionskriterier, datainsamlingsmetod och analysmetod (Graneheim och Lundman 2004). Författarna har även under hela skrivprocessen gjort nödvändiga uppdateringar i samtliga delar för att inte utesluta betydelsefull information (Polit & Beck 2020). Något som styrker studiens giltighet är att variationen på deltagarna var stor utifrån ålder, yrkeserfarenhet, specialistutbildningar och att alla förutom två deltagare arbetade på olika hälsocentraler. Att samtliga deltagare betraktade sig som kvinnor skulle kunna betraktas som en svaghet. Detta utifrån att eventuella könsskillnader inte framkommer i resultatet. Sjuksköterskeyrket är emellertid kvinnodominerat (Socialstyrelsen 2022), vilket gör studien representativ ur det avseendet. Att enhetscheferna "valde" deltagare genom att ge författarna kontaktuppgifter till presumtiva deltagare är också något som kan påverka studiens giltighet negativt. Det går heller inte att utesluta att ett bekvämlighetsurval kan innebära bias och hur väl resultatet stämmer överens med verkligheten (Polit & Beck 2020). Att presentera studiens resultat genom kategorier och subkategorier, baserade på det transkriberade materialet, är något som styrker studiens giltighet (Graneheim och Lundman 2004).

Tillförlitlighet

I sammanhanget beskriver tillförlitlighet hur studieresultatet hade blivit detsamma om studien skulle utföras ytterligare en gång under liknande omständigheter och med likvärdiga deltagare (Polit & Beck 2020). I syfte att styrka studiens tillförlitlighet har analysmaterialet lästs fler gånger både individuellt och gemensamt av författarna. Materialet har även kontinuerligt diskuterats i handledningsgruppen vilket också stärker tillförlitligheten enligt Graneheim och Lundman (2004). Att författarna aldrig tidigare

hållit i intervjuer eller tränats i intervjuteknik kan påverka studiens tillförlitlighet negativt. Mot denna bakgrund utfördes en pilotstudie som sedan låg till grund för revideringar i intervjuguiden. Att intervjuguiden sedan efterföljts konsekvent har inneburit att utformningen på intervjuerna varit likvärdiga och att alla deltagare fått samma förutsättningar vilket stärker tillförlitligheten (Graneheim och Lundman 2004). Att en och samma författare utförde samtliga intervjuer skulle kunna betraktas som både en svaghet och en styrka på samma gång. Dels en svaghet utifrån delaktighet, dels en styrka utifrån att endast en intervjuteknik tillämpades. Likväl kan valet att bara en författare transkriberat intervjuerna vara en svaghet och styrka på samma gång. Återigen berörs delaktighet samtidigt som alla intervjuer transkriberats på samma sätt. Valet att använda öppna intervjufrågor är också något som enligt Polit och Beck (2020) stärker tillförlitligheten då deltagarna själva fick bedöma vilka erfarenheter de dels kände sig bekväma med att dela, dels upplevde relevanta i det aktuella ämnet. Att utförligt beskriva urval, urvalsprocessen, datainsamlingsmetod och dataanalys är något som även stärker studiens tillförlitlighet. Valet att presentera citat från det transkriberade materialet är också något som enligt Graneheim och Lundman (2004) påverkar tillförlitligheten i positiv riktning.

Överförbarhet

Enligt Graneheim och Lundman (2004), syftar överförbarhet till i vilken utsträckning studieresultatet kan överföras till andra situationer eller grupper. För att möjliggöra detta är det nödvändigt med en tydlig beskrivning av urval, deltagare, tillvägagångssätt och analysprocess. Då det är läsaren själv som bedömer studiens överförbarhet har författarna försökt skapa så goda förutsättningar som möjligt för läsaren genom att utförligt beskriva alla steg i respektive del under metodavsnittet. Att författarna till föreliggande studie eftersträvade en geografisk spridning i största möjliga mån stärker studiens överförbarhet. På samma gång kan det betraktas som en svaghet att den geografiska spridningen inte blev större än vad den var. Mycket av den tidigare forskning som inkluderats har dessutom utförts i svenska kontexter, detta gör att föreliggande studie kan antas överförbar även för andra svenska situationer och sammanhang.

Kliniska implikationer för omvårdnad

Studiens resultat förtydligar sjuksköterskans nyckelroll i det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa. I resultatet uttrycks en frustration över att inte kunna göra mer för denna patientgrupp vilket ofta knyter an till tidsbristen. Dessutom efterfrågas tydligare rutiner samt mer utbildning och kunskaper i det aktuella ämnet. Dessa erfarenheter och de bristfälliga förutsättningar som beskrivs i studien skulle med fördel kunna användas av såväl politiker som linjechefer. Ihop med tidigare forskning som överensstämmer med studiens resultat skulle föreliggande arbete kunna ligga till grund för strukturella förändringar. Studiens resultat kan också belysa betydelsen av det tvärprofessionella samarbetet inom en och samma organisation. Slutligen kan resultatet bidra till en ökad medvetenhet och förståelse för den psykiska ohälsans många uttryck och inte minst vad som är värdefullt i patientmöte. Mot bakgrund av att detta är en stor patientgrupp som även kan vara i behov av somatisk vård blir denna kunskap betydelsefull för alla som arbetar inom hälso- och sjukvården.

Förslag till fortsatt forskning

Mot bakgrund av begränsad mängd tidigare forskning inom området skulle ytterligare studier om hur det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa effektivt kan bedrivas inom primärvården vara motiverat. I synnerhet större studier som omfattar fler deltagare och större geografiska områden. Mot bakgrund av att vissa deltagare uttryckte osäkerhet i ämnet och att vissa deltagare var av uppfattningen att primärvården inte arbetar preventivt mot psykisk ohälsa kan det också vara värdefullt att undersöka om detta överensstämmer med övriga delar av landet. Detta i syfte att såväl identifiera potentiella hinder för det preventiva arbetet som att förtydliga nödvändiga förutsättningar för ett lyckosamt arbete mot psykisk ohälsa.

Slutsats

I studien framkommer det att det finns möjligheter för sjuksköterskor att göra skillnad för patienter som lider av psykisk ohälsa, både genom egenvårdsråd och uppföljning. Trots detta sker det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa i varierad utsträckning och i föreliggande studie uttrycks bristfälliga förutsättningar, en önskan om mer resurser i form av tid och kompetens samt att uppfattningen om primärvårdens uppdrag är otydligt.

Referenser

- Adu, J., Oudshoorn, A., Anderson, K., Marshall, C. A., & Stuart, H. (2023). Experiences of familial stigma among individuals living with mental illnesses: A meta-synthesis of qualitative literature from high-income countries. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 30(2), 208–233.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12869>
- Allison, V. L., Nativio, D. G., Mitchell, A. M., Ren, D., & Yuhasz, J. (2014). Identifying symptoms of depression and anxiety in students in the school setting. *The Journal of school nursing*, 30(3), ss. 165–172.
<https://doi.org/10.1177/1059840513500076>
- Björkelund, C., Svenningsson I., Pettersson, E-L., Westman, J., Hange, D., Wiegner, L., Magnil-Molinder, M., André, M., Wikberg, C., Holst, A., af Winklerfeldt, S., Udo, C., Wallin, L., Möller, C., Nejati, S. & Augustsson, P. (2020). Vårdsamordnare vid psykisk ohälsa i primärvården - Forskning, organisation och implementering.
<https://www.gu.se/sites/default/files/2020-10/V%C3%A5rdsamordnare%20vid%20psykisk%20oh%C3%A4lsa%20i%20prim%C3%A4rv%C3%A5rden%202020%20sept.pdf> [2023-05-05]
- Björkman, A., Andersson, K., Bergström, J., & Salzman-Erikson, M. (2018). Increased Mental Illness and the Challenges This Brings for Nurses in Primary Care Settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(12), ss. 1023–1030.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2018.152239>
- Björkman, A. & Salzman-Erikson, M. (2019). Giving advice to callers with mental illness: adaptation among telenurses at Swedish Healthcare Direct. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), ss. 1-9.
doi:10.1080/17482631.2019.1633174
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*, 15(2), ss. 37–70.
<https://doi.org/10.1177/1529100614531398>

Farooq, S., Khan, T., Zaheer, S. & Shafique, K. (2019). Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with multimorbidity and demographic factors: a community-based, cross-sectional survey in Karachi, Pakistan. *BMJ Open* 19;9:e029315. doi:10.1136/bmjopen-2019-029315

Folkhälsomyndigheten (2021a). Psykisk hälsa och suicidprevention. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cf25a8b4086943bab08fb53cd25113c1/psykisk-halsa-suicidprevention-lagesrapport-2020.pdf> [2023-04-24]

Folkhälsomyndigheten (2021b). Att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/decaa61b169e4d5689acf11662abce5b/forebygga-psykisk-ohalsa-arbetslivet.pdf> [2023-04-24]

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: 31 Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2):105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Gunn J., Ayton D., Densley, K., Pallant, J., Chondros, P., Herman, H. & Dowrick, C. (2012). The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. (47) ss.175–184. doi: 10.1007/s00127-010-0330-z

Grundberg, Å., Hansson, A., Hillerås, P. & Religa, D. (2016). District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), ss. 2590-2599. doi:10.1111/jocn.13302

Görzig, A., & Ryan, L. N. (2022). The different faces of mental illness stigma: Systematic variation of stereotypes, prejudice and discrimination by type of illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(5), 545–554. <https://doi.org/10.1111/sjop.12833>

Halcomb, E. J., McInnes, S., Patterson, C., & Moxham, L. (2019). Nurse-delivered interventions for mental health in primary care: a systematic review of randomized controlled trials. *Family Practice*, 36(1), 64-71. doi:10.1093/fampra/cmy101

Holm Ivarsson, B. (2016). *MI-motiverande samtal. Praktisk handbok för hälso- och sjukvårdspersonal*. Författaren och Gothia Fortbildning AB.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Svensk författningssamling 2017:2017:30 t.o.m. SFS 2021:648 – Riksdagen [23-04-24]

Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K., & Edvardsson, K. (2014). Strategies in healthpromoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 235–244. doi: 10.1111/scs.12045

Janlöv, AC., Johansson, L. & Clausson, E. (2017). Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), ss. 987–996. doi:10.1111/scs.12540

Lundberg, L., Jong, M.C., Kristiansen, L., & Jong, M. (2017). Health Promotion in Practice District Nurses' Experiences of Working with Health Promotion and Lifestyle Interventions Among Patients with Risk of Developing Cardiovascular Disease. *Explore* (New York, N.Y), 13(2), 108–115. doi:10.1016/j.explore.2016.12.001

Lönnerberg, L., Ekblom-Bak, E., & Damberg, M. (2019). Improved unhealthy lifestyle habits in patients with high cardiovascular risk: results from a structured lifestyle programme in primary care. *Uppsala journal of medical sciences*, 124(2). 94–104. doi: 10.1080/03009734.2019.1602088

Maxwell, M., Harris, F., Hibberd, C., Donaghy, E., Pratt, R., Williams, C. & Burton, C. (2013). A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. *BMC Family Practice*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-46>

Medina, C. O., Kullgren, G. & Dahlbom, K. (2014). A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and helpseeking among young people in Nicaragua. *BMC Family Practice* (15)129. doi:10.1186/1471-2296-15-129

Miracle, V. A. (2016). The Belmont Report: The Triple Crown of Research Ethics. *Dimensions of Critical Care Nursing*: July/August 2016 - Volume 35 - Issue 4 - p 223-228 doi: 10.1097/DCC.000000000000186

Obando Medina, C., Kullgren, G., & Dahlblom, K. (2014). A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and helpseeking among young people in Nicaragua. *BMC Family Practice*, 15, 129. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-129>

O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., Webb, G. & McColl, G. (2014). What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), ss. 1344-1356. doi: 10.1111/jan.12296

Orth-Gomér, K. (2008). Evidensbaserad preventiv medicin – definitioner, teori och praktik. I Orth-Gomér, K. & Perski, A. (red.) *Preventiv Medicin – Teori och praktik*. 2 uppl., Studentlitteratur, ss. 13-23.

Polit, D & Beck, C. (2020). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11 uppl., Wolters kluwer health.

Regeringen (2022). Uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

<https://www.regeringen.se/contentassets/7a1f5246ec19464f964475f0f130cef5/uppdrag-att-genomfora-insatser-for-att-framja-stodja-och-folja-omstallningen-till-en-god-och-nara-var-d-for-att-forbatta-primarvardens-omhandertagande-av-psykisk-ohalsa.pdf>

[2023-03-11]

Roberge, P., Hudon, C., Pavilanis, A., Beaulieu, M.-C., Benoit, A., Brouillet, H., & Vanasse, A. (2016). A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Family Practice*, 17(1), ss. 134. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0531-y>

Rotoli, A., Santos da Silva, M.R., Marques dos Santos, A., Netto de Oliveira, A.M., & Calcagno Gomes, G.(2019).Mental health in Primary Care: challenges for the

resoluteness of actions. <http://dx.doi.org/miman.bib.bth.se/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>

Rönngren, Y., Björk, A., Kristiansen, L., Haage, D., Enmarker, I. & Auduly, Å. (2017). Meeting the needs? Perceived support of a nurse-led lifestyle programme for young adults with mental illness in a primary health-care setting. *International journal of mental health nursing*, 27(1), 390-399. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12333>

Socialstyrelsen (2019). Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom – Huvudrapport med förbättringsområden
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf> [2023-04-24]

Socialstyrelsen (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Stöd för styrning och ledning.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf> [2023-05-01]

Socialstyrelsen (2022). Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-10-8153.pdf> [2023-05-01]

SOU. (2021:6) God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa.
https://www.regeringen.se/contentassets/9d0e520a47e547a2904608427f3aca7c/sou-2021_6--god-och-nara-vard---ratt-stod-till-psykisk-halsa.pdf [2023-05-22]

Svensk Sjuksköterskeförening. (2019). *Distriktsjuksköterskeföreningen i Sverige - Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktsjuksköterska*. Losita Design AB.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. 2. Ed. Philadelphia. Davis

Vetenskapsrådet (2017). God forskningsed. <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningsed.html> [2023-04-20]

Waidman, M.A.P., Marcon, S.S., Pandini, A., Botura Bessa, J. & Paiano, M. (2012). Nursing care for people with mental disorders, and their families, in *Primary Care*. *Acta*

Paul Enferm, 25(3), ss. 346-351. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300005>

Yao, S.-S., Cao, G.-Y., Han, L., Huang, Z.-T., Chen, Z.-S., Su, H.-X., Hu, Y., & Xu, B. (2020). Associations Between Somatic Multimorbidity Patterns and Depression in a Longitudinal Cohort of Middle-Aged and Older Chinese. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(9), 1282. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.02>