

**Distriktssköterskans möte
med unga vuxna med psykisk
ohälsa på vårdcentralen**

Författare: Ulrika Gassne

Ämne
Högskolepoäng
Stad och datum

Omvårdnad
Examensarbete 15hp
Halmstad 2015-06-03

Titel	Distriktssköterskans möte med unga vuxna med psykisk ohälsa
Författare	Ulrika Gassne
Sektion	HoS
Handledare	Maria Nyholm, Universitetslektor, Medicine Doktor
Examinator	Margaretha Pejner, Universitetslektor, Medicine Doktor
Tid	VT 2015
Sidantal	18
Nyckelord	Distriktssköterska, kommunikation, primärvård, psykisk ohälsa, unga vuxna

Sammanfattning

Den psykiska ohälsan bland unga vuxna ökar både nationellt och globalt. Distriktssköterskan har en central roll i hälsofrämjande arbete för befolkningen, och syftet med studien var att undersöka hur distriktssköterskan upplever mötet med unga vuxna med psykisk ohälsa på vårdcentralen. Studien genomfördes med en induktiv kvalitativ ansats. Datainsamling gjordes med hjälp av semi-strukturerade intervjuer av fyra distriktssköterskor på vårdcentraler i en tätort i Hallands län. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys och utmynnade i tre kategorier: *Se hela människan*, *barriärer i mötet* och *medkänsla och tillit*. Distriktssköterskan var mån om att möta varje patients behov och att göra en korrekt bedömning av situationen. Bristen på tid och resurser samt känslan av brister i färdigheter för att möta unga vuxna med psykisk ohälsa nämndes som hinder i många sammanhang under intervjuerna. Distriktssköterskan upplevde att många unga vuxna kände förtroende för dem och att det fanns ett behov av att få prata om sin situation. De mer erfarna distriktssköterskorna verkade känna sig mer trygga i rollen som en stödjande person, vilket ger implikation om att utbildning i psykisk ohälsa och färdigheter i kommunikation är värdefullt för att känna sig kompetent i att möta och hjälpa dessa patienter. Det behövs mer forskning om vilken roll distriktssköterskan på

vårdcentralen kan ha för unga vuxna som kan uppleva psykisk ohälsa samt hur de unga vuxna i sin tur upplever mötet med distriktssköterskan.

Title	District nurses' meetings with young adults with mental illness at the primary health care centre
Author	Ulrika Gassne
Department	HoS
Supervisor	Maria Nyholm, Assistante professor, PhD
Examiner	Margaretha Pejner, Assistante professor, PhD
Period	Spring 2015
Pages	18
Key words	Communication, district nurse, mental illness, primary care, young adults

Abstract

Mental illness among young adults is increasing both globally and nationally. The district nurse has a central role in health promotion for the public and the aim of this study was to examine perceptions of district nurses' meeting with young adults with mental illness at the health care centre. An inductive qualitative approach was used in the study. Data was collected through interviews with four district nurses at health care centres in a city in Halland County. The interviews were analysed using qualitative content analysis and revealed three categories: *seeing the whole person*, *obstacles in the meeting* and *compassion and trust*. There was a concern with the district nurses to meet the needs of the patients and to make a correct judgement of the situation. The lack of time and resources and the feeling of lacking knowledge about mental illness and communicating with young people was mentioned frequently during the interviews. The district nurses felt that many of the young adults had confidence in them and had a need to talk to somebody, and the district nurses wished they could be of more help. The more experienced district nurses were seen to be more confident in the role of a supportive person, which indicates the value of education in mental illness and ability to communicate with young people to feel the confidence in meeting these patients. More research is needed to understand perceptions of district nurses meeting with young adults with mental illness as well as young adults' perceptions in meetings with district nurses at the health care centre.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Psykisk hälsa/ohälsa	1
Unga vuxna med psykisk ohälsa	2
Distriktssköterskan på vårdcentralen	3
Teoretisk referensram	4
Tidvattenmodellen	4
De Tio Förpliktelserna enligt Tidvattenmodellen	4
Syfte	5
Metod	6
Urval	6
Datainsamling	6
Databearbetning och analys av data	7
Resultat	9
Se hela människan	9
<i>Förståelse för omfattningen</i>	
<i>Försöka hjälpa till självhjälp</i>	9
Upplevelsen av otillräcklighet	10
<i>Egen kunskap</i>	10
<i>Bristande resurser</i>	11
Upplevelsen av att finnas där för patienten	11
<i>Att ge stöd och medkänsla</i>	11
<i>Att vara någon att vända sig till</i>	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Konklusion och implikation	17

Referenser

Inledning

Folkhälsorapporten 2014 och SCB:s ULF-undersökningar har visat att den psykiska ohälsan i Sverige har ökat under 1990-talet och början på 2000-talet (Socialstyrelsen, 2014), och att denna utveckling visat liknande prognoser även globalt (WHO, 2011). Folkhälsorapporten visade att 25 % av kvinnorna rapporterade besvär som oro, ängslan, ångest och 30 % med sömnbesvär, medan motsvarande siffror bland män var 13 % respektive 17 %. Mest besvär av oro, ängslan och ångest uppgavs av kvinnor i åldern 16-24 år och att sjukhusvård för ångest och depressioner har ökat kraftigt bland unga. Utrikes födda upplevde psykisk ohälsa i större omfattning än infödda svenskar (Socialstyrelsen, 2010).

Patel et al. (2007) påpekade att globalt brister det i den terapeutiska förmågan för att engagera unga människor och möjligheten att erbjuda effektiv hjälp som främjar den psykiska hälsan. I en studie från Nya Zeeland uttryckte distriktssköterskorna osäkerhet kring sin förmåga att ta hand om patienter med psykisk ohälsa (McKinlay & McBain, 2011) och önskade sig mer utbildning inom området (Haddad et al., 2005). De distriktssköterskor som erhållit utbildning i psykisk ohälsa kände sig tryggare med att prata om psykisk ohälsa med sina patienter (Butler & Quayle, 2007).

Distriktssköterskan har en central roll i hälsofrämjande arbete för befolkningen (Currid, Turner, Bellafontaine & Spada, 2012), och kan vara den person som en patient först kommer i kontakt med, eller har återkommande kontakt med när denna söker sig till vårdcentralen (Haddad et al., 2005; Reilly et al., 2012).

Distriktssköterskan och patienten påverkar varandra, och den ömsesidiga relationen som uppstår mellan patienten och distriktssköterskan är viktig då den påverkar det som kan ses som ett viktigt första steg i en läkande process (Svedberg, 2011). Flera studier (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010; Åsbring & Hochwälder, 2009) har visat att unga vuxna är osäkra på var de ska söka hjälp när de mår psykiskt dåligt och att de är underrepresenterade på vårdcentralen.

Bakgrund

Psykisk hälsa/ohälsa

Hälsa definieras som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom. Det innebär även att individen känner de egna resurserna och utifrån sina tillgångar klarar av vardagslivet med dess krav och att vara delaktig och produktiv i samhället (WHO, 1986). Jormfeldt (2006) gör en sammanfattning av begreppet hälsa utifrån ett flertal definitioner där hälsa är individens aktiva, unika utvecklingsprocess mot fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande genom livet, oberoende av sjukdom eller handikapp. Individens

insikter, kunskaper och färdigheter samt yttre förutsättningar stärks i denna process så att individen kan nå sina mål.

Visionen om No health without mental health är något som berör oss alla, inte minst de som lider av psykisk ohälsa (WHO, 2011). Att förebygga en specifik sjukdom skiljer sig dock från att främja hälsa som är en process som gör möjligt för människor att öka sin kontroll över och förbättra sin hälsa (WHO, 1986; Svedberg, 2006). Hälsofrämjande insatser syftar till att omfatta människan i sitt sammanhang, då omgivning och personliga förutsättningar har betydelse för hälsan (Svedberg, 2006). Psykisk ohälsa kan stå för en rad olika psykiska besvär, sjukdomar och störningar (Socialstyrelsen, 2010). I denna studie kommer begreppet psykisk ohälsa att innebära självupplevda lättare psykiska problem såsom oro, ångslan, ångest och sömnbesvär hos unga vuxna (Socialstyrelsen, 2009).

Unga vuxna med psykisk ohälsa

Definitionen av unga vuxna i denna studie utgår från Socialstyrelsen och Folkhälsorapportens benämning på unga vuxna, vilka är de i åldern 16-24 år (Socialstyrelsen, 2009). Primärvården står för 90 % av vården för människor med psykisk ohälsa (Currid, Turner, Bellefontaine, & Spada, 2012), men unga vuxna som själva uppsökte vårdcentral på grund av psykisk ohälsa var dock underrepresenterade (Kosidou, Airaksinen, Dal, Åsbring & Dalman, 2014). Leahy et al. (2013) visade att vårdgivare på flera vårdcentraler på Irland upplevde att det brister i upptäckt av och behandling av unga vuxna med psykisk ohälsa. De efterfrågade ökad medvetenhet, ungdomsvänliga mottagningar och bättre kommunikation samt närmare samarbete mellan olika professioner och utbildningsinstitutioner för personal inom primärvården. I en studie som utfördes på några vårdcentraler i Stockholm uppgav 45 % av de unga vuxna att de upplevde någon form av psykisk ohälsa (Åsbring & Hochwälder, 2009). De uppgav att anledningen till att de sökte vård helt eller delvis berodde på livsrelaterade/psykiska orsaker men att besöksorsaken i första hand var fysiska besvär. Unga vuxna ansåg att det var pinsamt eller genant att söka professionell vård vid psykisk ohälsa (Åsbring & Hochwälder, 2009). Studien hävdade också att stigmatiseringen runt psykisk ohälsa upplevdes som ett hinder och istället för att söka hjälp utifrån litade de unga vuxna hellre till sig själva. I Storbritannien utfördes nationella program för att reducera stigma och diskriminering mellan år 2008 och 2009 som visade att diskriminering bland vänner, familj, arbetsgivare och utbildningsansvariga minskade, men hos hälsopersonal, även inom psykiatri, sågs ingen minskning (Henderson, Evans-Lacko & Thornicroft, 2013). Alla former av psykisk ohälsa påverkas av utbredda fördomar och stigma, vilket även påverkar människors beslut att söka och ta emot hjälp (WHO, 2011).

Tillit och konfidentialitet var även något som var viktigt för att vilja söka hjälp, samt viljan till engagemang och empati hos vårdaren. Det fanns även de som ansåg att primärvården inte var lämplig att ta hand om de som söker hjälp för psykisk ohälsa

(Gulliver et al., 2010; Åsbring & Hochwälder, 2009). De som däremot redan hade en kontakt inom primärvården, och upplevt det positivt, hade större sannolikhet att söka hjälp där framöver (Gulliver et al. 2010). Flertalet unga vuxna har dock ingen regelbunden kontakt med vårdcentral då de flesta för det mesta är fysiskt friska (Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). Vårdcentralen är tänkt att betraktas som första linjens psykiatri, men många unga vet inte var de ska söka hjälp eller vad de olika vårdgivarna kan eller inte kan hjälpa till med (Åsbring & Hochwälder, 2009).

Distriktssköterskan på vårdcentralen

Enligt kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor, ska distriktssköterskan i sitt arbete utgå från ett holistiskt och patientcentrerat perspektiv med respekt för individens rätt till autonomi och integritet i den miljö där individen befinner sig i. Distriktssköterskan kommer att möta människor i alla åldrar och hälso- och sjukdomstillstånd i sitt arbete. Det behövs förmåga att kunna anpassa sig till förändrade vårdbehov och förhållanden i samhället samt att söka evidensbaserad kunskap för att utvecklas i sin yrkesroll. Distriktssköterskan ska kunna arbeta självständigt och i team, samarbeta med andra yrkesgrupper, organisationer och myndigheter, och gemensamt ansvarar de för det grundläggande vård- och rehabiliteringsbehovet (Nationella handlingsplanen 1999; SSF; SOSFS 1995:5).

Distriktssköterskan kan förmedla hopp och stöd genom empati och inlevelse i patientens situation (Hedelin, 2006), och respektera individens egen upplevelse av sjukdom (Larsson, Palm & Rahle Hasselbach, 2008). För att kunna främja den mentala hälsan behöver distriktssköterskan ha förmågan att hjälpa patienten att se sina resurser för att kunna utveckla känslan av empowerment och återhämtning (Ruddick, 2012). Till stor del är detta avhängigt av relationen mellan sjuksköterska och patient och kommunikationen dem emellan (Ruddick, 2012). McIlrath, Keeney, McKenna & McLaughlin (2009) får av deltagarna i sin studie bland annat fram åsikterna att distriktssköterskor ska se arbetet med psykisk ohälsa som en del sin roll, men att de ska erbjudas utbildning och sedermera resurserna för att kunna utföra adekvat stöd.

I sjukvården är samtalet något av det viktigaste verktyget vårdaren har att arbeta med, men att vara en god kommunikatör är något som för de flesta innebär mycket träning (Larsson et al. 2008). Kommunikation kan definieras som ömsesidigt utbyte, något som går att dela eller att göra någon delaktig i. Bemötande är mer svårdefinierat och i all enkelhet kan bemötande inom vården vara det som sker i relationen mellan vårdare och patient, det kan handla om hur ett samtal utförs och genomförs (Fossum, 2013). Det handlar om hur samtalet upplevs av patienten samt vårdgivarens förmåga till empati, att få kontakt eller nå fram med ett budskap (Fossum, 2013). En studie från England visade att trots att flera unga var nöjda med kommunikationen med vårdgivarna, nämndes flest bekymmer angående området ”kommunikation och

relationer”. Tillgänglighet och kompetens var viktigt samt att få information och att vara delaktiga i sin vård. De unga önskade att vårdgivarna pratade direkt till dem och det på ett rätt fram sätt. Viljan att känna sig värdefulla, respekterade samt att bli lyssnade på, var andra viktiga faktorer som nämndes. Vårdgivaren skulle ge försäkran om konfidentialitet, visa empati och acceptans och att vårdgivarna inte skulle ge upp även om det ibland var svårt att förstå varandra (Robinson, 2010).

Teoretisk referensram

Tidvattenmodellen

Phil Barker var psykiatrisjuksköterska och filosof på 1970-talet. Han har utvecklat sin teori som han kallar Tidvattensmodellen, och använder havet som en metafor för modellen och en grund för att förklara sin teori. Vattnet är för Barker något som är i konstant rörelse och konstant förändring, oförutsägbart men ändå bundet av vissa naturlagar, precis som det mänskliga beteendet. Med hjälp av teorin kan vårdaren försöka förstå vad den mentala hälsan betyder för patienten som då kan få hjälp att återhämta sig och fortsätta livets resa på den egna oceanen av erfarenheter. Barker utmanar vårdaren att omfamna det oförutsägbara, att se och glädjas över att människor har förmågan att förändras precis som omständigheter, relationer och organisationer. Vårdaren och patienten kan utveckla en nära relation med betoning på *vårda med*, och göra det med hjälp av de tio förpliktelser i tidvattensmodellen som vårdaren kan använda sig av för att hjälpa patienten att se möjligheterna för att förändra sitt liv (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

De Tio Förpliktelserna enligt Tidvattenmodellen

De tio förpliktelserna förmedlar i korthet kärnan av värdegrunden i Tidvattenmodellen (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Värdesätt den egna rösten. Vårdaren ska utgå från patientens egen berättelse och patientens erfarenheter, som är utgångspunkten i hela hjälpprocessen. Hänsyn ska tas till både individens upplevda svårigheter och framförallt hoppet om att det finns en lösning.

Respektera språket. Människor utvecklar ofta ett helt unikt sätt att prata om sin livshistoria. Vårdaren ska uppmuntra individen att uttrycka sig på sitt eget språk, och genom att värdesätta och använda individens språk kan vårdaren visa individen respekt på ett enkelt men ytterst kraftfullt sätt.

Utveckla äkta nyfikenhet. För att lättare kunna förstå den som berättar och vad som berättas behövs äkta nyfikenhet och ett genuint intresse i den berättade historien, alltså i individens unika erfarenheter.

Bli lärling till patienten. Individen är expert på sin livshistoria och är den som bör lära vårdaren vad som behöver göras och inte tvärtom. En människas erfarenheter är unika och det är bara individen själv som känner till dem.

Använd tidigare erfarenheter. Verktygen för att hjälpa patienten finns i den berättade historien och innehåller sådant som fungerat förut eller uppfattningar om vad som skulle kunna fungera. Professionella verktyg som ”evidens-baserad kunskap” används i andra hand.

Forma steget framåt. Det är viktigt att redan i tanken föreställa sig att gå framåt. För att se vad som behöver göras *nu* samarbetar vårdaren och patienten för att gå vidare till nästa steg. Förändringen börjar med det första steget och kan peka mot målet, att återhämta sig.

Tid är en gåva. Tid tillsammans, i alla former av konstruktiv interpersonell kommunikation, är något av det mest värdefulla vårdaren och individen kan få.

Lyft fram den personliga kunskapen. Vårdaren har till uppgift att hjälpa individen att lyfta fram den personliga kunskapen, som ibland kan vara svår för individen att förklara i ord. Om individen kan se värdet i denna kunskap kan det hjälpa individen på vägen till återhämtning.

Förändring är konstant. Det är vårdarens uppgift att hjälpa individen att se hur förändringar sker och att styra bort från oro och bekymmer. Vårdaren stödjer individen i beslut som kan leda till personlig utveckling och växt.

Var transparent. Vårdaren ska i alla situationer vara öppen med vad som görs och varför. På så sätt kan förtroendet byggas upp och genom att vårdaren tillsammans med individen genomför alla utvärderingar och vårdplaner blir samarbetet ännu mer transparent (Barker, Buchanan-Barker, 2005).

Problemformulering

Antalet unga vuxna som upplever psykisk ohälsa har ökat (Folkhälsorapporten, 2009; 2014) och många av dem söker sig till vårdcentralen. Distriktssköterskan är någon som unga vuxna kan vända sig till för att få stöd och hjälp av och eventuellt ta beslut om fortsatta hjälpinsatser. För den unga vuxna kan det handla om stress och krav på att lyckas med studier och arbete, utseendefixeringen i samhället, relationsproblem och ensamhet som kan yttra sig i ångest, oro, depression och sömnbesvär. Det finns få undersökningar om mötet mellan distriktssköterskor på vårdcentralen och unga vuxna med psykisk ohälsa. Studien kan belysa eventuella möjligheter att förbättra arbetet med unga vuxna som lider av psykisk ohälsa och vilka utmaningar distriktssköterskor ställs inför i det mötet.

Syfte

Syftet med studien var att belysa hur distriktssköterskan upplever mötet med unga vuxna med psykisk ohälsa på vårdcentralen.

Metod

Studien är deskriptiv med en kvalitativ ansats, då den har för avsikt att beskriva upplevelser och erfarenheter av ett fenomen. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Designen anses lämplig då data samlades in med hjälp av intervjuer med distriktssköterskor för att skapa förståelse och försöka besvara studiens syfte.

Urval

I studien ingick tre vårdcentraler i en tätort i Hallands län. Deltagare till studien valdes enligt bekvämlighetsprincipen, vilket innebär att de distriktssköterskor som först visade intresse fick delta i studien. Inklusionskriterier var kliniskt verksamma distriktssköterskor på vårdcentral. Deltagare ett (Dsk 1), två (Dsk 2) och tre (Dsk 3) var verksamma på privata vårdcentraler och den fjärde (Dsk 4) på offentlig vårdcentral. En av vårdcentralerna låg i centrum och de övriga två låg i utkanten av tätorten i var sitt väderstreck. En av vårdcentralerna låg i ett område med större mångkulturella inslag. Två deltagare (Dsk 2 och Dsk 3) hade arbetat som distriktssköterska på vårdcentral i drygt ett år, de övriga två hade nio (Dsk 4) respektive 31 (Dsk 1) års erfarenhet som distriktssköterska på vårdcentral. Dsk 1 och Dsk 4 hade utbildning i motiverande samtal (MI).

Datainsamling

Datainsamling gjordes med hjälp av en intervjuguide enligt rekommendationer av Graneheim och Lundman (2004). Verksamhetschefer på vårdcentraler i tätorten kontaktades via mejl med förfrågan om distriktssköterskors deltagande i studien. Ungefär hälften av verksamhetscheferna svarade att distriktssköterskorna avböjde deltagande då de saknade tid eller för att de ansåg att de hade för lite kontakt med denna patientkategori. De övriga verksamhetscheferna meddelade att de hade vidarebefordrat informationsbrevet så att distriktssköterskorna själva kunde höra av sig om de ville delta. Distriktssköterskorna svarade via mejl, och de som var intresserade av att delta kontaktades via telefon för avtal om tid och plats för intervju. Deltagarna fick skriftlig information via mejl om studiens syfte och genomförande, att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta utan att ange något skäl, samt att deras medverkan var konfidentiell. Inför varje intervju fick deltagarna upprepad information om syftet med studien muntligt. I samband med intervjutillfället användes en samtyckesblankett som deltagarna fick skriva under för samtycke till medverkan i studien. Intervjuerna spelades in digitalt efter samtycke från deltagarna. Samtliga intervjuer genomfördes på distriktssköterskornas arbetsplats under arbetstid i samband med slutet på arbetspasset förutom en av intervjuerna som genomfördes på morgonen. Intervjuerna genomfördes efter hand som intresse gavs från distriktssköterskorna under veckorna 13-15, år 2015. Sammanlagt fyra distriktssköterskor intervjuades och intervjuerna tog mellan 30-60 minuter. Studien baserades på semi-strukturerade individuella intervjuer som utgick från en

intervjuguide. Intervjuguiden bestod av inledningsfrågor för att få igång samtalet och möjligheten för deltagarna att beskriva det som upplevs viktigt i deras hälsofrämjande arbete, samt fem nyckelfrågor för att få svar på syftet. Ingångsfrågan vid intervjuerna var "Vad är hälsofrämjande insatser för dig i arbetet på vårdcentralen?". Från de svaren riktades frågorna in på mötet med unga vuxna med psykisk ohälsa; "Hur upplever du mötet med en ung vuxen med psykisk ohälsa, eller som du misstänker lider av psykisk ohälsa?". Fältnoteringar gjordes för att fånga det som inte uttrycktes i tal samt för att notera avbrott i intervjun. För att uppmuntra deltagarna att fördjupa sig mer i en fråga fanns möjliga följdfrågor som: "På vilket sätt...?" eller "Kan du förklara närmre...?" samt möjligheten för både deltagare och intervjuare att fråga om något som verkade oklart. Intervjun avslutades med att deltagarna tillfrågades om de hade något att tillägga. I samband med intervjuerna togs även uppgifter på deltagarnas ålder, kön, antal år som distriktssköterska på vårdcentral samt övrig utbildning för att beskriva populationen i studien.

Databearbetning och analys av data

Dataanalys och databearbetning för kvalitativ innehållsanalys gjordes med utgångspunkt enligt Graneheim och Lundmans (2004) riktlinjer. Analys gjordes av det manifesta innehållet i texten, alltså det uppenbara som går att utläsa ur texten, samt av det latent innehåll, vilket är det som går att utläsa mellan raderna: det underliggande. Intervjuerna transkriberades inom 24 timmar efter intervjun och fältnoteringar skrevs in i den transkriberade texten. Vid transkriberingen gjordes en avkodning genom att använda fiktiva namn. För att kunna se helheten och få förståelse för innehållet lästes texten igenom ett flertal gånger. Uttalanden och meningar som upplevdes stämma för att besvara syftet plockades ut som meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kortades därefter ner till kondenserade meningsbärande enheter med strävan att inte förlora innehåll. För att betona tolkningar och beskrivningar på en högre nivå abstraherades texten för att sedan skapa koder. Koderna beskriver enheternas innehåll och enheter med samma innehåll fick samma kod. Koderna grupperades sedan efter likheter och skillnader i olika underkategorier som i sin tur grupperades under några kategorier som gav uttryck för det manifesta innehållet i texten. För att öka trovärdigheten plockades citat ut från texten (Graneheim & Lundman, 2004).

Exempel på analysprocessen visas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Koder	Subkategorier	Kategorier
Så som det ser ut idag räcker resurserna inte till. Tiden räcker inte till. Det finns mycket som pockar på distriktssköterskans tid	Idag räcker resurserna inte. Tiden räcker inte. Mycket pockar på distriktssköterskans tid	Prioriteringar av resurser och tid	Bristande resurser	Upplevelsen av otillräcklighet
Det är mest i telefon jag kommer i kontakt med unga vuxna med psykisk ohälsa. Jag försöker ta reda på allvaret i situationen, om det finns självmordstankar.	Mest telefon-kontakt med unga vuxna med psykisk ohälsa. Tar reda på allvaret.	Undersöker allvaret i situationen	Förståelse för omfattningen	Se hela människan

Etiska överväganden

Etiska överväganden gjordes enligt Helsingforsdeklarationen (2008), som säger att allt deltagande inom forskning ska ske frivilligt och att deltagare när som helst kan dra sig ur utan att uppge något skäl. Deltagarna fick både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och genomförande. Deltagarna informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta utan att ange något skäl. Deltagarna tillfrågades om intervjuerna kunde spelas in, att alla uppgifter skulle hanteras konfidentiellt genom kodning och att inga personuppgifter skulle förekomma som kunde identifiera intervjupersonerna. Samtliga deltagare skrev under ett skriftligt samtycke efter att de fått veta sina rättigheter. Vid transkriberingen gjordes en avkodning genom att använda fiktiva namn. Ljudupptagningarna och det transkriberade materialet förvarades på ett sådant sätt att deltagarnas personuppgifter skyddades (SFS 1998:204). Materialet användes endast i denna studie och kommer att förstöras efter godkänd examination. Endast studenten och handledaren hade tillgång till materialet. Under en forskningsprocess är det viktigt att värna om deltagarnas välmående och hälsa (Helgesson, 2006). Studien kan belysa eventuella möjligheter att förbättra arbetet med unga vuxna som lider av psykisk ohälsa och vilka utmaningar distriktssköterskor ställs inför i det mötet. Nyttan med studien bedömdes vara större än riskerna. Studien blev godkänd av lokal etisk prövningsnämnd vid Högskolan i Halmstad (Diarienummer: UI2015/7)

Resultat

Intervjuerna med distriktssköterskor resulterade i tre kategorier med subkategorier (Figur 1), vilka presenteras i löpande text och understryks med citat från intervjuerna.

Figur 1. Översikt över kategorier och underkategorier

Kategorier	Subkategorier
Se hela människan	Förståelse för omfattningen Försöka hjälpa till självhjälp
Upplevelsen av otillräcklighet	Egen kunskap Bristande resurser
Upplevelsen av att finnas där för patienten	Att vara någon att vända sig till Ge stöd och medkänsla

Se hela människan

Det som distriktssköterskorna framhävde i ett flertal sammanhang var att de försökte se patienten ur ett holistiskt perspektiv, vilket den psykiska hälsan var en del av. Att utgå från patientens behov, uttalade eller upplevda, var en självklarhet samt att i möjligaste mån ge råd för egenvård. Önskan om att nå fram till patienten och nå kärnan var mycket viktigt. En korrekt bedömning av situationen för att förhindra att något allvarligt skulle förbises.

Förståelse för omfattningen

Distriktssköterskorna försökte vid kontakt med patienten, oavsett om det var i telefon eller ett personligt möte, samla in information för att skapa sig en bild av patientens situation genom empatiskt lyssnande och ställa frågor för att kunna göra en bedömning och prioritering. De försökte ta reda på om detta var något patienten upplevt tidigare och vad patienten gjorde den gången för att må bättre, eller var det något nytillkommet och vad de trodde hade utlöst det hela. När det gällde patienter som uppgav att de mådde psykiskt dåligt upplevde distriktssköterskorna att det var av yttersta vikt att fånga upp allvaret i situationen, eftersom det kunde röra sig om suicid. Därefter kunde de avgöra om denna person var i behov av expertis från andra professioner.

”Om det ringer någon och säger ’jag mår dåligt’ och det inte finns några tider, det är ju mer akut än den som haft urinvägsbesvär i tre dygn. Det är viktigare att ta in denna patienten, jag tror läkare mer fått upp ögonen för den här patientgruppen.”
(Dsk 2)

Försöka hjälpa till självhjälp

Samtliga distriktssköterskor i studien hävdade att de arbetade utifrån patientens behov

och att de i dialog med patienten försökte hjälpa att se möjligheterna för att patienten skulle kunna förstå och påverka sin egen situation. Samtalen försökte ledas in på hälsofrämjande åtgärder som kan påverka det psykiska välbefinnandet, att hjälpa dem att reflektera över sambandet mellan fysisk och psykisk hälsa. Somliga av de unga vuxna med psykisk ohälsa uppvisade ohälsosamma livsstilsvanor, som exempelvis dålig sömn, sena kvällar vid datorn, rökning och var fysisk inaktivitet.

Distriktssköterskorna försökte att skapa en förståelse för hur patienten levde sitt dagliga liv genom frågor relaterade till mat- och sömnvanor, fysisk aktivitet, sociala relationer och fritidsintressen. När patientens självmedvetenhet upplevdes som låg, försökte distriktssköterskan att uppmuntra patienten att ta små steg och förstärkte dessa för att främja optimism mot en positiv förändring. De ansåg att de distriktssköterskor som har intresset och lyhördheten kan ha en utökat stödjande funktion för unga vuxna med psykisk ohälsa och tillsammans med ett väl fungerande team både inom och utanför primärvården kan tillgodose olika individuella behov. En av distriktssköterskorna uttryckte sig så här:

”Jag tror vi har stora möjligheter att göra något där. Det behöver inte vara KBT, utan att det räcker att någon lyssnar, att ha någon att bolla med för att få balans i sitt liv. Att träffas regelbundet och stämna av... De behöver stöttning och uppföljning, det är inte så lätt att vara ung.” (Dsk 1)

På en annan vårdcentral uttalade sig en distriktssköterska så här:

”Det finns ett stort psykiskt illamående och det är viktigt att det finns stöd så att det inte utvecklas till kronisk problematik. Att man ser att man kan påverka sitt eget liv. Att vi hjälper och stöttar...och fungerar inte det får man slussa vidare, till exempel till vår kurator, men hon är helt överbelastad på grund av allt psykiskt illamående som är just nu, för det är ett berg...” (Dsk 4)

Upplevelsen av otillräcklighet

Under samtliga intervjuer var det genomgående starka uttryck för otillräcklighet både när det gällde den egna förmågan att samtala med unga vuxna och den egna kunskapen om psykisk ohälsa. Avsaknad av utarbetade riktlinjer angående detta arbete upplevdes skapa en osäkerhet hos distriktssköterskorna om i vilken omfattning de kunde ägna sig åt de här problemen hos en patient.

Egen kunskap

Att samtala med unga vuxna upplevdes av samtliga distriktssköterskor som en utmaning. De hävdade att somliga av de unga vuxna var mycket öppna och hade lätt för att prata, medan andra var mer slutna och hade svårare att berätta om sin situation. En av distriktssköterskorna med kortare erfarenhet på vårdcentral nämnde att hon saknade utbildning i samtalsmetodik och psykisk ohälsa och att det påverkade hur hon upplevde möjligheten att ha stödjande samtal med denna patientgrupp. En distriktssköterska beskrev svårigheterna i att nå fram när medvetenheten hos patienten

upplevdes låg. Exempelvis nämndes när en individ växer upp under förhållanden med bristande stöd, förståelse och uppmuntran hemma, kan unga få svårt att tro på den egna förmågan att göra en förändring:

”Det kan vara svårt när de tappat greppet, de har ingenting och det händer ingenting och så äter de eller röker eller dricker... och kanske inte vuxit upp i en familj som bryr sig.” (Dsk 4)

Bristande resurser

Tidsbrist är något som samtliga distriktssköterskor nämnde som hinder för att möta de här patienterna på ett tillfredställande sätt. Korta mottagningstider och tidspress i telefon gjorde att distriktssköterskorna ibland inte hann få tillräckligt med information för att kunna hjälpa de unga vuxna på rätt sätt. Det kändes som att de skrapade lite på ytan och efter ett tag återkom kanske patienten igen. Ibland fanns möjligheten att dra över tiden, men ibland bokades istället en ny tid eller att distriktssköterskan frågade patienten om att ha en ny kontakt per telefon på en överenskommen tid. Liknande skedde i telefon där det fanns tidsramar för varje samtal, så vid en fullbokad dag fanns det inte mycket utrymme för djupare samtal. Hos de distriktssköterskor som övervägande satt i telefon och kanske hade hänvisat en patient vidare uttrycktes även en önskan om återkoppling, hur gick det? Distriktssköterskorna upplevde att det saknades riktlinjer för hur de skulle jobba med de här frågorna och att det behövde förankras i ledningen. De uttryckte alla en önskan om att de skulle vilja kunnat göra mer för de här patienterna. Samtliga deltagare upplevde att de hade ett bra team runtomkring sig, i form av läkare, psykolog och ibland kurator, sjukgymnast och även kontakten med andra vårdinrättningar, men att det behövs mer. Mer samarbete, att se resurserna i varandra och mer tillgång. De upplevde att behovet ökade hela tiden och känslan av otillräcklighet var påtaglig.

”jag och mina kollegor känner att det finns för lite tid för att ta hand om dom som mår psykiskt dåligt. Vissa bitar måste finnas med, diabetes, KOL, såromläggningar, suturtagning, ... men detta finns inte med liksom. Jag hade velat göra mer.” (Dsk 3)

Upplevelsen av att finnas där för patienten

Det upplevdes som att de unga vuxna visste att de kunde vända sig till vårdcentralen om de behövde hjälp, men att det fanns ett behov av att känna förtroende för att kunna öppna sig. Distriktssköterskorna uttryckte en förhoppning om att de erbjöd en miljö med mindre fördomar kring psykisk ohälsa, att vårdcentralen var till för alla.

Att ge stöd och medkänsla

Distriktssköterskorna upplevde att de unga vuxna var bra på att själva ta kontakt med vårdcentralen när de behövde hjälp. I samtalen med de unga vuxna framkom ofta andra bekymmer än det nämndes först och att de ofta hade mycket att prata om. Detta gällde både i telefon och i ett personligt möte. Distriktssköterskan var ofta den första

den unga vuxna kom i kontakt med när de sökte hjälp på vårdcentralen och distriktssköterskorna försökte förmedla att det finns stöd att få, att stödja dem i beslutet att söka hjälp och att lugna eventuell oro. I mötet med unga vuxna som upplevde psykisk ohälsa uttrycktes även glädje när distriktssköterskorna kände att de fick god kontakt och kunde fungera som ett stöd. Ett exempel var en ung patient som började avskärma sig alltmer både privat och i arbetet, där det fanns möjlighet att dra sig undan utan att det ”upptäcktes”. Den psykiska hälsan blev allt sämre och patienten hade även stora viktproblem. Parallellt i sin kontakt med öppen-psykiatrin ville patienten fortsätta att ha samtal med ”sin” distriktssköterska då det var den första kontakt patienten hade på vårdcentralen och för att de båda vårdkontaktarna kompletterade varandra. Distriktssköterskorna upplevde att de unga vuxna de haft kontakt med verkade känna förtroende för dem och att de unga vuxna kände att de skulle bli lyssnade på.

”Ibland är det inte så mycket de söker för, men det döljer sig ofta lite mer, faktiskt, när man börjar prata med dom. Det kan vara en enkel sak som att vi ska ta bort suturer, och så börjar vi prata och då bara väller det ut.” (Dsk 4)

Att vara någon att vända sig till

Deltagarna uttryckte en känsla av att de unga ansåg att vårdcentralen var öppen för alla och att de inte behövde vara ”sjuka” för att söka sig dit. En av distriktssköterskorna påpekade att hon hade daglig kontakt med många unga vuxna som mådde dåligt psykiskt, inte minst flickor med invandrarbakgrund. De unga vuxna visste att de kunde gå till vårdcentralen, men ibland hade de blivit hänvisade från ungdomsmottagningen för att de var överbelastade eller för att skolsköterskan inte var i tjänst.

”De vill ha en check, fråga om råd, jag mår så här, jag mår inte bra, jag behöver hjälp. Man är i 20-årsåldern och tycker att man är trött och livet är inte roligt. Jag menar, deras liv har ju bara börjat. Det är ofta man har de samtalen.” (Dsk 3)

Distriktssköterskorna talade om vikten av att inte lägga in egna värderingar, att visa patienterna att de fanns där för dem, oavsett vilka problem det handlade om. Det fanns en förhoppning hos distriktssköterskorna att de unga vuxna upplevde vårdcentralen som fördomsfri.

”Vårdcentralen ska ju vara en arena för det primära, det kan avdramatisera det hela att gå till vårdcentralen, dit går man ju för allt annat. Det blir inte så sjukt, för det finns fortfarande mycket fördomar tror jag. Man behöver inte sätta alla i fack.” (Dsk 1)

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskors upplevelser av att möta unga vuxna (16-24 år) med psykisk ohälsa. För att söka svar på syftet som handlar om förståelse för människors erfarenhet, upplevelser och tankar användes en kvalitativ metod (Graneheim & Lundman). För att samla in data till studien gjordes semi-strukturerade individuella intervjuer som utgick från en intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvalitetskriterierna för att bedöma trovärdigheten i resultatet av denna studie utgår från begreppen tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet enligt Graneheim och Lundman (2004).

Tillförlitlighet handlar om hur väl insamlad data kan svara på syftet, vilka som deltar i studien och förfarandet av datainsamling. Då det visade sig vara en utmaning att finna deltagare till studien gjordes ett bekvämlighetsurval så att de distriktssköterskor som först visade intresse tillfrågades att delta i studien. Enligt Polit och Beck (2011) kan det ge ett rikare material när deltagandet bygger på eget intresse då sannolikheten är större för mer öppenhet i samtalet och intresse för ämnet. Urvalet bestod av fyra kvinnliga distriktssköterskor och det är möjligt att trovärdigheten hade ökat om det funnits manliga distriktssköterskor bland deltagarna, men detta kan å andra sidan återspegla hur det ser ut på vårdcentralerna idag med övervägande kvinnliga distriktssköterskor. Variationen på deltagarna var i övrigt stor. De hade olika erfarenheter och ålder och var verksamma på vårdcentraler som låg i olika stadsdelar, varav den ena har större inslag av mångkulturella aspekter. Två av vårdcentralerna var privata och en var offentlig, allt detta kan ha inneburit att distriktssköterskorna arbetade i olika typer av arbetsmiljörelaterade kulturer och med patienter med olika kulturell bakgrund. Den stora variationen på deltagarna ökade möjligheten att kunna belysa problemområdet från olika vinklar och därmed öka tillförlitligheten och trovärdigheten. Inklusionskriterier för studien var verksamma distriktssköterskor på vårdcentral då målet var att fånga deras subjektiva upplevelser oavsett erfarenhet, utbildning, ålder eller kön. Distriktssköterskorna arbetade på distriktssköterskemottagning, läkarmottagning och i telefonrådgivning men i olika omfattning och ett möte i denna studie innebar ett möte antingen på mottagning eller i telefon. Detta kan ha påverkat i vilken omfattning distriktssköterskor kom i kontakt med unga vuxna med psykisk ohälsa samt hur de upplevde kontakten med dessa patienter och därmed resultatet, men samtidigt kan det ha gett en vidare och mer varierad bild av problemet vilket kan ses som en styrka.

Giltigheten syftar till att beakta fenomenologiska faktorer eller förändringar och ändringar som sker under analysprocessen. För att kunna göra en bedömning av giltigheten beskrivs datainsamling och analysprocess. För att belysa analysprocessen ytterligare visas exempel på analys från meningsbärande enheter till kategorier i tabell 1 under ”datainsamling och analysprocessen. Genom att samma person genomförde

intervjuerna med stöd av intervjuguiden kunde likhet i intervjuerna uppnås vilket ansågs vara fördelaktigt (Graneheim & Lundman, 2004). Deltagarna kunde berätta med sina egna ord om sina upplevelser och tankar runt det aktuella ämnet. Genom att vara väl förberedd och insatt i ämnet kunde deltagarna tillfrågas om att fördjupa sig och utveckla sina svar genom följdfrågor som ”hur menar du då”, ”berätta mer” eller ”på vilket sätt” för att fånga variationer i upplevelsorna och rikta fokus mot syftet i studien. Deltagarna upplevdes mycket öppna, de hade lätt för att prata och stämningen var god under alla intervjuer, vilket skapade möjligheter för rikare intervjumaterial, och kan ses som en styrka. Intervjuerna tog mellan 30-60 minuter och utfördes på deltagarnas arbetsplats efter deras önskemål, vilket förhoppningsvis skapade en avslappnad och trygg atmosfär för deltagarna och därmed bättre förutsättningar för öppna samtal. Det genomfördes fyra intervjuer vilket innebar begränsade möjligheter att finna större variationer i det insamlade materialet. I analysprocessen bearbetades och tolkades först texten på egen hand och därefter diskuterades de meningsbärande enheterna kontinuerligt med handledaren kring koder, underkategorier och kategorier. För att öka giltigheten ytterligare belystes resultatet med flera citat från deltagarna.

Överförbarheten; handlar om i vilken utsträckning resultaten kan överföras till en annan kontext, och enligt Graneheim & Lundman (2004) är det läsaren som avgör detta. Genom att beskriva urval, deltagare, datainsamling och analys ges läsaren möjlighet att själv värdera resultatets överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatdiskussion

Från resultatet av intervjuerna ses tydligt att det var viktigt för distriktssköterskorna att se hela människan, men att det finns omständigheter i omgivningen som både underlättade och försvårade det arbetet. Barkers Tidvattenmodell kan vara ett stöd för vårdaren vid kontakt med en individ som upplever psykisk ohälsa. Resultatet diskuteras utifrån några av Barkers tio förpliktelser i Tidvattenmodellen.

Vårdaren behöver utveckla en nära relation till individen och kan då försöka förstå vad den mentala hälsan betyder för den personen och hur den personen kan bli hjälpt för att påbörja sin väg mot återhämtning (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Det framkom att distriktssköterskorna arbetade utifrån ett holistiskt perspektiv, och tryckte på att den psykiska hälsan ju är en del av allt och går inte att separera från den fysiska hälsan. Distriktssköterskorna arbetade med att utgå från patientens grundförutsättningar och önskningar för att hjälpa dem att nå hälsa med de egna resurserna. Med andra ord handlade distriktssköterskorna utifrån de riktlinjer som ingår i kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor (SSF). Även Barker (2005) anser att ett holistiskt synsätt gör möjligt för distriktssköterskorna att hjälpa individen att hitta sina styrkor, sina resurser, och genom att använda dem på ett konstruktivt sätt ta kontroll över sitt liv. Han hävdade vidare att det är omöjligt att inte förändras då *förändring är konstant*, vilket sker i all interaktion med andra, och den första kontakten i telefon kan ju därför innebära ett första steg i patientens

förändringsprocess. Många av samtalen med de unga vuxna med psykisk ohälsa i föregående studie utfördes via telefon, som är det vanligaste sättet att komma i kontakt med personal på vårdcentralen. Ett telefonsamtal innebar att möjligheten att fånga en del av de icke verbala signalerna försvårades. Detta ställde höga krav på distriktssköterskans förmåga att få en god kontakt. För att lättare kunna förstå patienten kan distriktssköterskan, som Barker uttrycker det, *utveckla äkta nyfikenhet* och ett genuint intresse för vad som berättas och på så sätt komma närmare patienten (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Distriktssköterskorna nämnde dock i många sammanhang att tiden inte räckte till för att hjälpa unga vuxna som upplevde någon form av psykisk ohälsa, och att det till viss del grundade sig i oklara riktlinjer och att annat arbete prioriterades. En av Barkers förpliktelser är att *ge tid som en gåva*, tid tillsammans är för vårdare och patient något mycket värdefullt (Barker, 2005). Om vårdaren ska kunna hjälpa individen att främja sin personliga växt och utveckling måste förutsättningarna finnas där, och tid är en av dem (Buchanan-Barker & Barker, 2008). Ibland fanns det tid att lyssna men ofta räckte det inte till för att kunna skapa en genuin kontakt fylld av värme och empati med patienten för att bilda en förståelse för patientens situation och verkliga behov. Detta stämde med den uppfattningen de unga vuxna hade som uppsökte en vårdcentral i Stockholm där tidsbrist i besöket nämndes som en faktor till att de inte berättade om sina psykiska problem (Åsbring & Hochwälder, 2009).

Rollerna upplevdes oklara när det gällde hur distriktssköterskorna skulle arbeta med frågor kring psykisk ohälsa. Många av de som ringde och sökte hjälp bokades till en läkare för bedömning. Liknande kan ses i en studie där distriktssköterskors roll för patienter med psykisk ohälsa ifrågasattes (McKinlay & McBain, 2011). Den visade på att de som arbetade utan riktlinjer var osäkra på sin roll när det gällde vård av patienter som upplevde psykisk ohälsa, och de trodde att patienter föredrog att få tid hos en läkare (McKinlay & McBain, 2011). McIlrath et al. (2009) fann i sin studie att av de riktmärken som rankades högst av deltagarna, efterfrågades en kulturell förändring, där problem som depression skulle ses som värt att ta itu med och att distriktssköterskor skulle få mer resurser för att kunna ta hand om dessa patienter. Det fanns också en känsla av otillräcklighet och maktlöshet hos distriktssköterskorna i föregående studie då önskan var att kunna hjälpa de unga vuxna som mådde dåligt och att det kunde grunda sig på otillräckligt med resurser men även okunskap om psykisk ohälsa. Sådana känslor upplevdes även hos deltagarna i en studie av Medina et al. (2014) som ansåg att de behövde mer utbildning i psykisk ohälsa för att kunna hjälpa sina patienter på ett bra sätt. Däremot upplevdes de distriktssköterskor i föregående studie som hade längre erfarenhet och även utbildning i motiverande samtal att ta tillfället mer i akt för att få en djupare kontakt med de unga vuxna, kanske för att de kände de sig mer trygga i den rollen. Det är föga förvånande att erfarenhet och utbildning skapar bättre förtroende för den egna kompetensen. Distriktssköterskorna gav även uttryck för att sakna kunskap i området psykisk ohälsa. Barker (2005) menade att psykiska hälsoproblem är mänskliga och även om

en person som har en psykisk sjukdom behöver professionell vård kan Barkers förpliktelser hjälpa vårdaren att förstå patienten.

Bli lärling till patienten innebär att vårdaren ska lära sig av patienten som är expert på sig själv och är den enda som känner till sina egna unika erfarenheter (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Det skulle kunna betyda att de psykiska problemen som en patient upplever kan förstås genom att vårdaren använder de tio förpliktelserna som en kompass för att nå patienten och hjälpa patienten i rätt riktning, oavsett om det finns utbildning i psykisk ohälsa eller inte.

Det uttrycktes en oro hos distriktssköterskorna över att de unga som mådde psykiskt dåligt inte skulle få stöd i tid, och att det då kunde utvecklas till ett större problem. Bekymmer som detta kommer även fram i studien av Leahy et al. (2013) där vårdpersonal kände att det fanns ett stort gap mellan vården av de med lätt till måttlig psykisk ohälsa eller början till psykisk ohälsa, som skulle ha fördel av tidiga åtgärder, och de med akuta eller svåra problem som var tvungna att prioriteras först. Patel et al. (2007) implikerade att det bör läggas fokus på tidiga interventioner som syftar till att förebygga utvecklingen av eller början till psykiska störningar för unga vuxna då psykiska problem i ungdomen har en tendens att fortsätta i vuxen ålder och omvänt börjar ofta psykiska problem för vuxna i tonåren eller barndomen. I den väntrumsstudie som utfördes på en vårdcentral i Stockholm (Åsbring & Hochwälder, 2009) tillfrågades de unga vuxna som upplevde psykisk ohälsa om hur de trodde att de bäst kunde få hjälp. Många svarade att de inte visste, de var osäkra på vad vårdgivarna kunde göra, men kontentan var att de unga önskade träffa någon som ville och kunde hjälpa dem, någon som skulle ta problemen på allvar. Även om det ansågs viktigt att remitteras vidare till rätt behandlare, tyckte vissa att det var bättre att få hjälp på plats. Detta var upplevelsen även hos deltagarna i föregående studie som kände att de var ett stöd för många av de unga vuxna som sökte sig till vårdcentralen. Upplevelsen var även att de som behövde hjälp visste hur och var de skulle söka hjälp om de mådde dåligt.

De unga vuxna visade ett behov av att få prata, och Barker (2005) hävdar att utgångspunkten för att kunna börja hjälpa patienten görs genom att ***värdesätta patientens egen röst***. Vårdaren ska utgå från det patienten berättar om sitt liv och vilka erfarenheter patienten upplevt. Det är viktigt att lyfta fram hopp om att kunna må bra igen och ta patientens berättelse om upplevda svårigheter på allvar (Barker, Buchanan-Barker, 2005). Det fanns många som sökte bekräftelse och stöd redan i första kontakten i telefon. Trots detta var det en hel del av de unga vuxna som kom fram till det verkliga problemet först efter en längre stund i samtal eller efter ett par träffar med distriktssköterskan i de fall de haft återkommande kontakt. Den upplevelsen bekräftades i några studier om unga vuxna med psykisk ohälsa, som just visade att förtroende och tillit till vårdaren och att vårdaren lyssnade, var något som de unga vuxna såg som mycket viktigt för att vilja berätta om sina svårigheter (Leahy et al. 2013; Åsbring & Hochwälder, 2009). Unga vuxna efterfrågade även empati hos

vårdpersonal och en icke-dömande attityd (Leahy et al., 2013; Robinson, 2010). Vårdaren kan få patienten att känna sig värdefull och respekterad genom att *respektera språket*, alltså att uppmuntra patienten att prata på sitt eget unika sätt (Barker, Buchanan-Barker, 2005). Intressant är att läsa om en studie utförd i Australien av unga människors inställning till att använda ett elektroniskt psykosocialt mätinstrument för att delge personlig information, istället för att träffa en läkare som de sannolikt inte hade någon tidigare relation till. Syftet var att tidigt kunna sätta in åtgärder vid psykisk ohälsa och resultatet visade att nästan alla deltagare föredrog att göra det elektroniskt. Orsaker som uppgavs var att det ibland kunde kännas generande att prata om, de behövde inte oroa sig för att bli dömda av vårdpersonal och de kunde lättare få fram vad som var viktigt (Bradford & Rickwood, 2014). Detta ger antydningar om svårigheterna att få känslomässig kontakt, att förmedla förtroende och en fördomsfri inställning till unga människor.

En av de vanligaste barriärerna hos unga människor berör förutfattade meningar mot mentala, känslomässiga och beteendestörningar, och det var mindre troligt att söka hjälp för de här besvären om det fanns personliga fördomar mot psykiska ohälsa (Henderson et al., 2013). Studier visade även att kunskapen hos befolkningen är liten om de faktorer som påverkar uppkomsten och vilka förebyggande åtgärder som finns (Evans, 2012; Sakellari et al., 2011; Yap & Jorm, 2011). Tidigare positiva erfarenheter i vården är en av de få underlättande faktorer för unga människors beslut att söka hjälp, som framkommer i studier av litteraturen (Gulliver et al., 2010; Patel et al., 2007). Andra faktorer som skulle kunna förenkla för unga människor att söka hjälp är att informera och utbilda dem i att skapa en djupare förståelse för vad psykisk ohälsa är och hur vanligt förekommande det är hos den allmänna befolkningen. Genom att förse unga människor med denna kunskap hjälpa patienten att hjälpa sig själv till att initiera en meningsfull dialog med en vårdare som kan ses som ett första steg i att ta kontroll över sin egen hälsa, och som Barker (2005) uttryckte det *forma första steget* mot återhämtning för att kunna fortsätta sitt livs resa på den egna oceanen av erfarenheter.

Konklusion och implikation

Denna studie visade hur distriktssköterskor i olika situationer i sitt arbete på vårdcentralen upplevde ett möte med unga vuxna på vårdcentralen som kunde uppleva psykisk ohälsa. För att få förståelse för patientens situation och kunna vara till stöd och hjälp utgick distriktssköterskan från ett holistiskt synsätt. Förmågan att kommunicera med de unga vuxna runt psykisk ohälsa kunde ibland kännas svår då distriktssköterskorna upplevde att de saknade djupare kunskap i psykisk ohälsa. Distriktssköterskorna upplevde även känslor av maktlöshet och otillräcklighet då det saknades riktlinjer för hur de skulle bemöta behoven hos de som upplevde psykisk ohälsa samt bristen på tid för att kunna utveckla en närmre relation med individen. Samtidigt upplevde dock distriktssköterskorna att de många gånger var ett stöd för de

unga vuxna genom att de ”brydde sig om” och lyssnade.

Brist på tid och resurser i distriktssköterskans arbete kan ses i många tidigare studier, likaså bristen på kunskap i psykisk ohälsa och färdigheter i kommunikation. Med tanke på att det finns sparsamt med forskning kring ämnet, behövs mer forskning om vilken roll distriktssköterskan på vårdcentralen kan ha för unga vuxna som kan uppleva psykisk ohälsa samt även hur de unga vuxna i sin tur upplever mötet med distriktssköterskan.

Den här studien kan bidra med viktig information om vad distriktssköterskan behöver för verktyg i termer av utbildning för att i ett kort möte i telefon eller på mottagning kunna skapa en tillitsfull relation med unga vuxna som kan lida av psykisk ohälsa och hjälpa dem på vägen mot återhämtning.

Referenser

- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model. A Guide for Mental Health Professionals*. London: Brunner-Routledge.
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2008). The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 93-100.
- Bradford, S. & Rickwood, D. (2014). Young people's views on electronic mental health assessment: Prefer to Type than Talk? *Journal of Child and Family Studies*, 24: 1213-1221.
- Butler, M. P. & Quayle, E. (2007). Training primary care nurses in late-life depression: knowledge, attitude and practice changes. *International Journal of Older People Nursing*, 2, (1). 25-35.
- Currid, T. J., Turner, A., Bellefontaine, N., & Spada, M. M. (2010). Mental health issues in primary care: Implementing policies in practice. *British Journal of Community Nursing*, 17, 1. 21-16.
- Evans, M. (2012). Barriers and facilitators to implementation of the Institute of Medicine recommendations on preventing mental, emotional, and behavioural disorders among young people. *Journal of Child and adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 60-65.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 10:113.
- Haddad, M., Plummer, S., Taverner, A., Gray, R., Lee, S., Payne, F. & Knight, D. (2005). District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: A three-cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* 14, 976-985.
DOI:10.1111/j.1365-2702.2005.01196.x
- Hedelin, B. (2006). Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa. Ingår i B. Arvidsson & I. Skärsäter (red.). *Psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Helsingforsdeklarationen. (2008). Hämtad 20 september, 2014, från:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S. & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103, 5. 777-780.

- Jormfeldt, H. (2006). Hälsa i psykiatrisk omvårdnad. Ingår i Arvidson, B. & Skärsäter, I. (red.) *Psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Kosidou, K., Airaksinen, E., Dal, H., Åsbring, N. & Dalman, C. (2014). *Unga vuxna med självrapporterad psykisk ohälsa, rapport 2014:2*. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Hämtad 1 oktober 2014 från: www.folkhalsoguiden.se
- Larsson, I., Palm, L. & Rahle Hasselbach, L. (2008). *Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet*. Norstedts Akademiska förlag.
- Leahy, D. *et al* (2013). Primary care and youth mental health in Ireland: qualitative study in deprived urban areas. *BMC Family Practice*, **14**:194.
- McIlrath, C., Keeney, S., McKenna, H. & McLaughlin, D. (2009). Bench-marks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: A Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, *66*, 2. 269-281.
- McKinlay, E., McBain, L., Collings, S. & Stanley, J. (2011). New Zealand general practice nurses' roles in mental health care. *International Nursing Review*, *58*, 225-233.
- Medina, C. O., Kullgren, G. & Dahlblom, K. (2014). A qualitative study on primary health care professionals' perceptions on mental health, suicidal problems and health seeking among young people in Nicaragua. *BMC*, *15*, 1. 2-15.
- Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S. & McGorry (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, *369*: 1302-13.
- Polit, D. & Beck, C. (2011). *Essentials of nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Reilly, S., Planner, C., Hann, M., Reeves, D., Nazareth, I., & Lester, H. (2012). The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. *PLoS ONE*, *7*(5). Doi: 10.1371/journal.pone.0036468
- Robinson, S. (2010). Children and young people's views of health professionals in England. *Journal of Child Health Care*, *14*, 4. 310-326.
- Ruddick, F. (2013). Promoting mental health and wellbeing. *Nursing Standard*, *27*, 24. 35-39.
- Socialdepartamentet (1999). *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvård*. Proposition 1999/2000:149.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport*. Socialstyrelsen. Hämtad 15 oktober 2014 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Hämtad 11 november 2014 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/svenskforfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/
- SFS 2010:349. *Förordning om vårdgaranti*. Hämtad 11 november 2014 från: http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Forordning-2010349-om-vardg_sfs-2010-349/
- Socialstyrelsen (2010). *Depression och ångestsyndrom: Vad du kan göra och vad vården bör göra*. Rekommendationer ur nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen. Från: <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/1807172010-6-17.pdf>

- Svedberg, P. (2006). Hälsöfrämjande psykiatrisk omvårdnad. Ingår i B. Arvidsson & I. Skärsäter (red.). *Psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Svedberg, P. (2011). In what direction should we go to promote health in mental health care? *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-Being*. **6**:7118.
- Svensk Sjuksköterske Förening (SSF). <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktskoterska/>
- WHO (1986). The Ottawa charter for Health promotion. Hämtad 25 september från: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (2011). Mental Health. Hämtad 10 oktober, 2014, från: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health/>
- Yap, M. B. H. & Jorm, A. F. (2011). The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: Findings from an Australian national survey of youth. *Journal of Affective Disorders*, *134*. 473-477.
- Åsbring, P. & Hochwälder, J. (2009). *Den dolda psykiska ohälsan bland unga vuxna som uppsöker vårdcentral*. Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Hämtad 1 oktober 2014 från: www.folkhalsoguiden.se

