



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

DOM HAR JU ÄNDÅ HELA TIDEN FÖRSÖKT ATT HJÄLPA MIG- ÄVEN OM DOM INTE HAR HJÄLPT MIG PÅ RÄTT SÄTT

EN INTERVJUSTUDIE OM BRUKARES
UPPLEVELSER AV PSYKIATRISK VÅRD

LINA DAM FORMARE
CARIN HASSELSKOG

DOM HAR JU ÄNDÅ HELA TIDEN FÖRSÖKT ATT HJÄLPA MIG- ÄVEN OM DOM INTE HAR HJÄLPT MIG PÅ RÄTT SÄTT

EN INTERVJUSTUDIE OM BRUKARES
UPPLEVELSER AV PSYKIATRISK VÅRD

LINA DAM FORMARE
CARIN HASSELSKOG

Dam Formare, L & Hasselskog, C. Dom har ju ändå hela tiden försökt att hjälpa mig- även om dom inte har hjälpt mig på rätt sätt. En intervjustudie om brukares upplevelser av psykiatrisk vård. *Examensarbete i Psykiatrisk omvårdnad, 91-120 högskolepoäng*. Malmö Högskola: Fakulteten för Hälsa och Samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2014.

Bakgrund: Den psykiatriska vården har en lång och omväxlande historia, och psykiatrisk ohälsa betraktas idag som en växande utmaning för samhället. Den psykiatriska vården har över tid genomgått flera stora reformer och förändringar som givetvis påverkat dem som använder sig av den, nämligen brukarna av psykiatrins vårdinsatser. Dock är ur forskningssynpunkt relativt lite känt om upplevelsen av den psykiatriska vården från ett brukarperspektiv. **Syfte:** Att beskriva vuxna personers upplevelse av psykiatrisk vård. **Metod:** Fem personer som återhämtat sig från psykiatrisk ohälsa intervjuades angående sina upplevelser av psykiatrisk vård. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Burnard. **Resultat:** Analysen genererade tre kategorier: *Makt och empati, Vårdens yttre ramar* samt *Ensam är inte stark- en bärande konstruktion för återhämtning*, med tillhörande subkategorier. Resultatet reflekterade att respondenterna inte alltid bemötts med respekt som individer och inte heller givits möjlighet att påverka sin egen vård. Den sammantagna upplevelsen var emellertid att upplevelsen av psykiatrisk vård förbättrats över tid. **Slutsats:** Trots att resultatet speglar att respondenternas upplevelse av psykiatrisk vård förbättrats rekommenderas ytterligare forskning, dels då denna studie är för begränsad för att dra generella slutsatser, och dels för att följa utvecklingen över tid.

Nyckelord: empirisk, kvalitativ, omvårdnad, patientperspektiv, psykiatri

STILL, THEY´VE ALWAYS TRIED TO HELP ME- ALTHOUGH THEY HAVEN´T HELPED ME IN THE RIGHT WAY

AN INTERVIEW STUDY ABOUT USERS´
EXPERIENCES OF PSYCHIATRIC CARE

LINA DAM FORMARE
CARIN HASSELSKOG

Dam Formare, L & Hasselskog, C. Still, they´ve always tried to help me- although they haven´t helped me in the right way. An interview study about users experiences of psychiatric care. *Masters degree in Psychiatric Nursing, 91-120 credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2014.

Background: The history of psychiatric care is long and varied, and psychiatric illness is today considered a growing societal challenge. Over time, psychiatric care has undergone several great reforms and changes, which of course has affected those who utilize it, namely the users of the psychiatric care efforts. Still, from a scientific point of view, relatively little is known about the experience of psychiatric care from the perspective of users. **Aim:** To describe adults experience of psychiatric care. **Method:** Five persons who had recovered from psychiatric illness were with regards to their experiences of psychiatric care. The transcribed text were analysed using qualitative content analysis inspired by Burnard.

Findings: Their experience of psychiatric care was reflected by the three categories: *Authority and empathy*, *The outer bounds of care* and *No man is an island- a supporting structure for recovery*, underpinned with their belonging subcategories. The findings implied that the subjects had not always been treated with respect as individuals, nor been given the opportunity to influence their own care, although the overall experience was that the experience of psychiatric care had improved over time. **Conclusion:** Although the results suggests that patients´ experience of psychiatric care has improved, further research is suggested, partly because this study is too small to make any general conclusions and partly to examine the development over time.

Key words: empirical, nursing, patients´ perspective, psychiatry, qualitative

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Psykiatrisk vård då och nu	6
Lagstiftning	8
Omvårdnad	9
Krav på psykiatrisk vård och svårigheter att efterleva dem	10
Rådande kuskapsläge	11
SYFTE	13
METOD	13
Förförståelse	13
Rekrytering och urval	14
...Inklusionskriterier	15
Datainsamling	15
Dataanalys	15
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	16
RESULTAT	17
Makt och empati	18
Bemötande och attityder	18
Maktfördelning	19
Självförebåelser- "It's not you, it's me"	19
Vårdens yttre ramar	20
Behandling	20
Diagnosens betydelse	21
Miljöns betydelse	21
Ekonomins påverkan på vårdens innehåll	22
Ensam är inte stark- en bärande konstruktion för återhämtning	22
Trygghet och tillit	22
Återhämtning- den egna kampen tillbaka	23
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24
Förförståelse	24
Urval	25
Etiska överväganden	26
Datainsamling	26
Analysmetod	27
Resultatdiskussion	27
Makt och empati	28
Vårdens yttre ramar	29
Ensam är inte stark- en bärande konstruktion för återhämtning	31
SLUTSATS	32
REFERENSER	34

BILAGOR	38
Bilaga 1	39
Bilaga 2	43
Bilaga 3	44

INLEDNING

För personer som aldrig haft någon kontakt med psykiatrisk vård är ofta "One flew over the cuckoo's nest" (Kesey, 1962) den referens som är mest gångbar när det gäller att föreställa sig vad psykiatrisk vård kan innebära. Titeln översattes på svenska till "Gökboet" och utgavs för första gången 1973. Filmatiseringen av boken 1975 fick en enorm respons och var den andra filmen i världshistorien att belönas med alla fem "stora" Oscarstatyetter, det vill säga för bästa filmmanus, bästa film, bästa regi samt bästa manliga och kvinnliga huvudroll (IMDb, 2014). För psykiatrin del är det tråkigt att just denna berättelse fick en sådan genomslagskraft eftersom den onekligen ger en mycket dystert bild av psykiatrisk vård. Ännu mer tragiskt är att över femtio år efter att boken skrevs tycks Ken Kesey's berättelse vara en av de första associationerna som folk i allmänhet gör när ämnet psykiatri diskuteras.

Efter att ha arbetat inom den psykiatriska vården i ett stort antal år så tror sig författarna veta att allmänhetens bild av psykiatrisk vård är skev. Dock vet vi faktiskt inte riktigt hur personer med psykiatrisk sjukdom uppfattar den vård de får. De fall som kommer till vårdpersonalens kännedom är i allmänhet de personer som antingen är exceptionellt nöjda med vården (som ger vårdpersonalen blommor, skriver tackkort eller dylikt) eller motsatsen, oerhört missnöjda med vården (detta kommer vanligtvis till vårdpersonalens kännedom genom till exempel officiella klagomål, avvikelserapporter angående bemötande eller anmälningar hos Patientnämnden). Författarna vill genom denna studie skaffa sig en mer nyanserad bild av hur personer med psykiatrisk sjukdom uppfattar den vård de får.

BAKGRUND

Här följer en beskrivning över den psykiatriska vårdens historia och en sammanfattning av nuläget.

Psykiatrisk vård då och nu

Psykiatriskt sjuka och avvikande individer har förmodligen funnits lika länge som det har funnits människor. Som ett exempel på detta kan nämnas att det i Daniels bok beskrivs att den babyloniske kungen Nebukadnessar- efter att ha drabbats av en gudomlig bestraffning- blev uppenbart sinnessjuk och under sju års tid levde utstött från människorna, åt gräs från marken och betedde sig allmänt oredigt. Efter sju år fick han emellertid förståndet åter (Daniel, 1982). Nebukadnessar levde enligt Nationalencyklopedin (2000) mellan åren 604 -562 före Kristus. Det finns således oerhört tidiga beskrivningar av psykisk ohälsa.

Den psykiatriska vården (i detta arbete: primär eller sekundär vård av personer med psykiatrisk sjukdom) har genom tiderna omfattat allt från exorcism, åderlåtning och överraskande, iskalla bad till lobotomi, tvångssterilisering och insulinchocker (Åsberg & Agerberg, 2009). Ursprungligen sågs den psykiskt sjuke som ett störande inslag i samhällsbilden och eventuella åtgärder syftade därför framför allt till att skydda befolkningen i övrigt. Den sjuke blev således inlåst på hospital eller omhändertogs av fattigvården. Den enskildes behov och respekten för människovärde, integritet och självbestämmande åsidosattes alltså för att

bibehålla lugnet för de övriga samhällsinvånarna. Den på frivillighet baserade psykiatriska vården har vuxit fram förhållandevis långsamt. Den sjuke ansågs under lång tid inte själv vara kapabel att fatta ett beslut i en sådan viktig angelägenhet, och på 1800-talet och en bit in på 1900-talet var det inte ens möjligt för en psykiskt sjuk person att frivilligt söka vård på mentalsjukhus (Gustavsson, 2010).

Fram till sextiotalets mitt var institutionsbaserad psykiatrisk vård dominerande. 1967 överläts emellertid ansvaret för mentalsjukhusen från staten till landstingen. Syftet med detta var att få ett enhetligt ansvar för all sjukvård och även att skapa bättre möjligheter att integrera den psykiatriska vården med landstingens övriga aktiviteter. Resultatet blev att den psykiatriska vården gradvis blev mer icke-institutionell och alltmer fokus hamnade på öppenvården utanför mentalsjukhusen under sjuttioalet (Markström, 2003).

År 1990 tillsattes av regeringen en utredning vars syfte var att föreslå åtgärder för att förbättra livssituationen för människor med psykiska funktionshinder och öka bland annat deras delaktighet i samhället. Utredningen ledde till slutbetänkandet: Psykiatriutredningen- Valfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda (SOU 1992:73), med förslag till åtgärder som berörde vuxna (i detta arbete: personer > 18 år) psykiskt störda personer. Psykiatriutredningen ledde till den så kallade Psykiatrireformen vilken genomfördes 1995 och som innebar att kommunerna fick ett utökat ansvar för personer med psykiska funktionshinder. Målet med reformen var, förutom att tydliggöra ansvarsfördelningen när det gäller vården för psykiskt sjuka människor, att normalisera deras livsvillkor, integrera dem i samhället och befrämja deras rehabilitering. Genom tillägg i socialtjänstlagen blev fastlagt att kommunerna skall planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder (Markström, 2003). Psykiatrireformen innebar att de enskilda kommunerna fick ansvar för boende, arbete, daglig sysselsättning, sociala kontakter och fritid samt sjukvård upp till läkarnivå för omkring 45,000 psykiskt funktionshindrade individer (Nationalencyklopedin, 2000).

Reformen var, vilket kan konstateras i efterhand, behäftad med en rad problem som bland annat berodde på att förändringarna inte var tillräckligt väl förankrade i kommunernas ledning. Graden av central styrning angående samordning av insatser var mycket liten, vilket innebar att landstingen och kommunerna själv ansvarade för samordningen av insatser runt personer med psykisk sjukdom (Markström, 2003). Under just 2003 utfördes också ett par uppmärksammade våldsbrott av personer som hade kontakt med psykiatrin varav ett av dem var mordet på den dåvarande utrikesministern Anna Lindh. Detta startade en intensiv debatt om psykiatrisk vård i allmänhet och psykiatrireformen i synnerhet, vilken av kritikerna kallades för ett totalt fiasko (Arvidsson & Eriksson, 2005).

Synen på psykisk sjukdom och på psykiskt sjuka individer har förändrats över tid, och det finns nu både en större förståelse från samhällets sida och även ett antal lagar och förordningar som fastslår psykiatriskt sjuka personers rättigheter, både inom vården och i samhället i stort. Det utrymme som lagen ger att frihetsberöva eller utsätta en person för andra åtgärder mot individens vilja är mycket noga reglerat.

I dagsläget har psykisk ohälsa börjat uppmärksammas alltmer, både medialt och politiskt. Motion 2013/14:So664, även kallad Lex Nora, har lagts fram i riksdagen av miljöpartiet för att stärka psykiskt sjukas rättigheter. Den är inte antagen som lag än, men ger en fingervisning att samhället har fått upp ögonen för missförhållanden som kan finnas och att stödet för de psykiskt sjuka behövs stärkas.

Lagstiftning

De tvångslagstiftningar som är specifika för psykiatrisk vård är lagen om psykiatrisk tvångsvård 1991:1128 (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård 1991:1129 (LRV).

Tvångsåtgärder delas i litteraturen upp i *formella tvångsåtgärder* och *informella* eller *dolda tvångsåtgärder*. De förra sker inom tvångslagstiftningens ramar, dessa rapporteras till Socialstyrelsen och/eller kvalitetsregistreras samt dokumenteras i patientjournalen. Fasthållning är en tvångsåtgärd enligt LPT endast om den kombineras med annan åtgärd, exempelvis tvångsmedicinering. Fasthållning endast för att avvärja aggressiva utbrott brukar istället vanligtvis ske med stöd av nödvärn eller nödrätt enligt Brottsbalken 1962:700.

Begreppen *informellt tvång* eller *dolt tvång* används för att uttrycka olika sätt att agera för att få patienten att medverka till vård utan att formell tvångsvård tillgrips. Enligt Szmukler och Appelbaum (2008) ingår i detta spektrum bland annat övertalning, att behandlaren utnyttjar sin personliga relation med patienten för att uppnå medverkan, att locka med någon form belöning eller att hota patienten.

Tidigare var det vanligt att de enheter som vårdade frivilligt intagna patienter var öppna, och de som tvångsvårdade patienter var låsta. Eftersom antalet vårdplatser minskat kraftigt så vårdar nu i allmänhet samma enheter patienter både frivilligt och på tvång, och dörrarna måste då givetvis vara låsta. Cirka tre fjärdedelar av alla vuxenpsykiatriska avdelningar (rättspsykiatriska avdelningar oräknade) är alltid eller nästan alltid låsta, medan endast knappt en fjärdedel av patienterna tvångsvårdas. Detta innebär i praktiken att även frivilligt vårdade individer vårdas på låsta avdelningar. De får naturligtvis gå ut, men måste be personalen om att bli utsläppta. Detta, att släppa in och ut patienter samt kontrollera att inte otillåtna föremål förs in på enheten avbryter ständigt personalen i deras arbete och tar upp en hel del av deras tid. Patienter är överlag känsliga för hur deras rörelsefrihet begränsas, både när det gäller direkt tvång och även mer indirekt genom påtryckningar och regler. En förhållandevis stor andel frivilligt vårdade patienter upplever tvång i den psykiatriska slutenvården. Vård på låsta avdelningar kan upplevas som såväl förlust av frihet som ett visst mått av trygghet och säkerhet (Johansson, 2009).

Tvångsåtgärder, oavsett om de är formella eller ej, påverkar sannolikt patientens bild av psykiatrisk vård i stor utsträckning och stora satsningar har under senare år gjorts på att dels minska antalet tvångsåtgärder och dels att förbättra upplevelsen av de tvångsåtgärder som trots allt utförs inom psykiatrin. Detta sker bland annat genom utbildning av personalen för att öka kunskapen och kvaliteten vid bruk av tvång. Bland annat gjordes en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting, SKL, år 2009 vilket ledde till ett projekt som kallades "Bättre vård- mindre tvång?" Resultatet av överenskommelsen har emellertid varit

svårt att utvärdera eftersom målen är visionära till sin karaktär. När projektet avslutats konstaterade Socialstyrelsen att en hel del av problemen runt tvångsvård kvarstod, exempelvis brist på rapportering av tvångsåtgärder med mera till patientregistret och att det behövdes fortsatta åtgärder för att stärka kompetensen hos olika personalgrupper inom psykiatrisk vård för att på så sätt förbättra den psykiatriska omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2013).

Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (HSL), vilket är den ramlag enligt vilken de allra flesta patienter med psykiatrisk sjukdom vårdas, lämnar inget som helst utrymme för tvångsåtgärder. Tvärtom framhåller Hälso- och sjukvårdslagen bland mycket annat att målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska hålla en god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet i vården, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vidare ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Patienten ska erhålla individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, olika metoder för undersökning, vård och behandling, möjligheter att välja vårdgivare samt om vårdgarantin. Där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas den personal samt de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna bedrivas. Innan en ny diagnos eller behandlingsmetod börjar tillämpas i hälso- och sjukvården, ska vårdgivaren se till att metoden har bedömts från individ- och samhällsetiska aspekter. När flera behandlingsalternativ står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande säkras och utvecklas (ibid).

Omvårdnad

Hälso- och sjukvårdslagen innefattar som beskrivits i föregående stycke de sex kärnkompetenser som inom omvårdnaden tämligen allmänt anses vara nödvändiga för vårdens professioner. Dessa sex kärnkompetenser är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård samt informatik (IOM, 2003; QSEN, 2014).

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen i psykiatrisk vård står bland mycket annat att specialistsjuksköterskan ska tillämpa kunskaper inom omvårdnad och dokumentera omvårdnadsprocessen, utifrån fördjupad kunskap i psykiatrisk omvårdnad i mötet med patienten och med hänsyn till dennes hälsotillstånd på ett respektfyllt och empatiskt sätt informera om vård och behandling samt identifiera, beskriva och tillgodose patientens omvårdnadsbehov i psykiatrisk vård och behandling. Vidare ska sjuksköterskan värna om patientens rättigheter och möjligheter, hantera situationer där våld, hot om våld eller risk för skada föreligger och medverka till att utveckla en estetiskt tilltalande miljö som ska vara trygg och säker, funktionell och ändamålsenlig för patienter, närstående och medarbetare. Sjuksköterskan ska dessutom ansvara för och systematiskt leda, prioritera och samordna vårdarbetet i teamet utifrån medarbetarnas olika

kompetens, undervisa och handleda utifrån en reflekterande hållning samt leda samt utforma det psykiatriska omvårdnadsarbetet (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Dessa högt ställda kompetenskrav särskiljer den specialistutbildade sjuksköterskans arbetsuppgifter både från allmänsjuksköterskans och undersköterskans. Sjuksköterskan med specialistutbildning i psykiatri förväntas utifrån sin kompetens och sina fördjupade kunskaper vara en auktoritet på ämnet psykiatrisk omvårdnad och som en sådan kunna utbilda kollegor och andra medarbetare, allt för att ständigt förbättra omvårdnaden för patienten.

Krav på psykiatrisk vård och svårigheter att efterleva dem

”Olika typer av sjukdomar och sjukdomsbanor påverkar människors sårbarhet på olika sätt. Detta skapar också olika behov, som i sin tur får betydelse för deras allmänmänskliga behov. Depression och ångestsjukdom påverkar ofta individens förmåga till interaktion och till att upprätthålla sin integritet och autonomi. Det ställer därför särskilda krav på hälso- och sjukvården och dess personal att tillgodose dessa betydelsefulla allmänmänskliga behov.” (Socialstyrelsen, 2008).

Ovanstående citat är hämtat ur ”Patient- och närståendeperspektivet i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer – en arbetsmodell utvecklad inom riktlinjerna för depression och ångestsjukdom” från 2008. Samma text beskriver vidare att eftersom patienter med depression och ångestsjukdom har nedsatt energi är det viktigt att personalen tar särskild hänsyn till det i samtal och i sitt eget agerande. Det goda samtalet är viktigt för att både individen och närstående ska kunna känna sig respekterade och för att de ska kunna få en känsla av tillit och trygghet (ibid).

Som privatperson räcker det emellertid att öppna valfri dagstidning eller se ett program gjort av en grävande journalist för att förstå att massmedias, patienternas och deras närståendes uppfattning är att vare sig lagstiftningen eller Socialstyrelsens nationella riktlinjer inte alltid efterföljs inom den psykiatriska vården.

Socialstyrelsen konstaterar själva att den psykiatriska vården är av varierande kvalitet:

“Personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet. Så är det inte riktigt i dag. Därför har regeringen tagit fram en plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa för perioden 2012–2016. I planen ger regeringen Socialstyrelsen i uppgift att

- samordna den statliga kunskapsstyrningen inom området psykisk ohälsa*
 - utveckla data och indikatorer för den vård som erbjuds personer med psykisk ohälsa*
 - kvalitetssäkra, följa upp och utvärdera verksamheten med personligt ombud.”*
- (citat Socialstyrelsen.se/psykiskhälsa)

Slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning från 2006 visar att personer med allvarligt psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning mer än tio år efter psykiatrireformen fortfarande hade sämre levnadsstandard både jämfört med befolkningen i stort och med andra grupper med funktionsnedsättning (SOU

2006:100). Som ett konkret exempel kan nämnas att medellivslängden för personer med schizofreni är ungefär tjugo år kortare än för populationen i allmänhet. Eftersom medellivslängden för personer med schizofreni inte ökat, vilket den gjort för populationen i stort, blir diskrepansen större över tid (Laursen et al, 2014).

Rådande kunskapsläge

För att skapa en överblick över vilka relevanta studier som fanns tillgängliga när det gäller patienters upplevelse av psykiatrisk vård så genomfördes litteratursökningar i databaserna PubMed, CinAhl och Psychinfo. Sökorden som användes var i huvudsak *patient experience, encounter och psychiatric care*, men även fria litteratursökningar gjordes, exempelvis på namn och titlar som återfunnits i referensförteckningarna till de studier som hittades vid de ursprungliga litteratursökningarna. Studierna visade sig vara av i huvudsak två slag, antingen hade de syftet att undersöka vad som upplevs som god vård eller också patienternas faktiska upplevelser av vården. Då detta inte riktigt är samma typ av frågeställningar och resultaten är mycket olika redovisas separat, inledningsvis finns de studier som undersökt vad som upplevs som god vård.

Enligt Schröder et al (2006) är de faktorer som psykiatriska patienter kan uppleva som god psykiatrisk vård bland annat respekt för patientens värdighet, bekräftelse, förståelse, tillgänglighet, tillit, kontinuitet, att få information om den egna hälsan, uppföljning, meningsfull sysselsättning samt en lugn, trygg och estetiskt tilltalande vårdmiljö med möjligheter till privat rum.

Carson och Sharma (1994) har undersökt och graderat vad psykiatriska heldygnsvårdspatienter upplever hjälper dem i tillfrisknandet. I denna studie kommer samtal med läkare och vårdpersonal på delad fjärdeplats tillsammans med samtal med medpatienterna. Aktiviteter som inte är knutna till sjukhuset utan snarare till hemmet som att få besök, åka hem på permission över dagen eller natten och att promenera utomhus skattas alla högre av respondenterna än samtal med vårdpersonalen.

Connor och Wilson (2006) har undersökt vad brukare inom öppenvårdspsykiatri med erfarenhet av slutenvården upplevde som god vård, och de kom fram till att språkbruket var det som var mest problematiskt. Respondenterna önskade inte att bli identifierade med sina diagnoser, utan uttalade att det som var viktigast för dem var att bli sedda som individer och att vårdpersonal såg förbi diagnosen. De önskade att vårdpersonalen skulle se dem som människor och att genom detta skapa en relation. Svedberg et al (2003) framhåller också att patienter i psykiatrisk vård tycker att det är viktigt att bli sedda, lyssnade på och förstådda, att känna ett engagemang från personalen, att få nytt hopp och att få hjälp att se nya möjligheter, att personalen kan se och utnyttja patientens resurser och goda egenskaper. Vidare önskade informanterna att få bekräftelse, att känna sig respekterade och att få fatta beslut efter egen fri vilja (ibid). Vikten av att bli hörd återkommer i Beech och Normans (1995) studie, som framhåller sjuksköterskans terapeutiska roll, i synnerhet förmågan att lyssna aktivt, som den viktigaste indikatorn för god psykiatrisk vård. Samma studie framhåller att sjuksköterskans oförmåga att förklara sina handlingar, den negativa effekten av gruppbetende bland vårdpersonalen, otillräcklig kunskap bland vårdpersonalen och otillräcklig bemanning som viktiga faktorer som inverkar negativt på upplevelsen av vården.

Schröder et al (2006) framhåller vikten av att få information om den egna hälsan, och detsamma gör Svedberg et al (2003).

Connor och Wilsons (2006) studie visar att det upplevdes som olämpligt att blanda patienter med olika diagnoser och behov, till exempel psykotiska och deprimerade personer. Respondenterna ansåg också att det fanns för stor tilltro till medicinering, mer än mänsklig närvaro. Upplevelsen var också att det fanns en obalans i maktstrukturen då de kände sig nedlåtande behandlade av vårdpersonal. De respondenter som hade tidigare erfarenhet av att vara ineliggande patienter kände sig mer utsatta och mådde sämre än de som inte hade tidigare erfarenhet av sluten vård.

Dessa studiers resultat var alltså, om inte samstämmiga så i varje fall inte direkt motstridiga. Att bli sedd som en individ, lyssnad på och att få information om det egna sjukdomstillståndet var teman som gick igen i flera av dem. Nedan följer de studier som undersökt faktiska upplevelser av psykiatrisk vård.

Lilja och Hellzén (2008) har undersökt utskrivna patienters upplevelser av psykiatrisk vård, och fann att patienterna upplevde att de tvingades in i en konformistisk miljö och en sjukdomsroll utan någon plats för individualitet, och där respondenterna upplevde att de betraktades av vårdpersonalen som den sjukdom/diagnos de hade och inte som individer. Behandlingen upplevdes som enbart medicinsk och respondenterna uppgav att de kände frustration över att erbjudas läkemedel istället för mänsklig kontakt

En finsk studie utförd av Kuosmanen et al (2006), som undersökt psykiatriska heldygnsvårdspatienters upplevelser av vården, visar att respondenterna var relativt nöjda med den vård de fått. Det element som de var mest nöjda med var relationen mellan patient och personal. De delar av vården som respondenterna var mest missnöjda med var bristfällig information, restriktioner, tvångsvård samt avdelningens fysiska miljö

I en kvantitativ studie från South Carolina, USA svarade 45,1 % av respondenterna att det fanns en psykiatrisk vårdinrättning som de aldrig mer skulle vilja besöka. Färre än hälften av de respondenter som upplevt någon typ av uppskakande upplevelse under vårdtiden pratade med personalen om detta, och bara en dryg femtedel uppgav att någon ur personalen någonsin frågat dem angående potentiellt traumatiska upplevelser som inträffat under vårdtiden. Dock uppgav över 80 % att de trodde att personalen skulle reagera med sympati om de hade informerats om dessa traumatiska händelser och nästan 85 % upplevde att psykiatriska vårdinrättningar i South Carolina hade blivit säkrare sedan de påbörjade sin behandling (Grubaugh et al, 2007).

Stenhouse (2010) vars studie syftar till att få insikt i upplevelsen av att vara patient på en akutpsykiatrisk avdelning visar att en inläggning på en psykiatrisk avdelning skapade en förhoppning hos respondenterna om att få hjälp med sina problem, och att hjälpen skulle göras tillgänglig genom interaktion med sjuksköterskorna. Respondenterna förväntade sig att sjuksköterskorna skulle ta initiativ till samtal, men upplevde att sjuksköterskorna sällan gjorde det vilket uppfattades som ointresse och brist på omsorg. Detta resulterade i ett främlingskap gentemot personalen som gjorde det svårt att ta kontakt. De sjuksköterskor som hade tagit sig tid att prata med respondenterna, eller

exempelvis delta i någon form av socialt samspel eller sysselsättning, lyftes ut och prisades av respondenterna. Respondenterna upplevde det som mycket frustrerande att sjuksköterskorna sa till dem att de kunde komma till dem och prata när som helst, men att de sedan nästan aldrig hade tid när respondenterna bad om samtal. Respondenterna observerade att sjuksköterskorna ofta hade mycket att göra och ville då inte lägga ytterligare arbetsbörda på dem genom att säga att de önskade prata med dem. Mycket av det arbete som respondenterna observerade att sjuksköterskorna gjorde uppfattades inte av dem som "typiska sjuksköterskeuppgifter", utan göromålen bestod istället av till exempel administrativa uppgifter eller hushållssysslor. Respondenterna uppgav att bristen på kontakt med personalen hanterades genom att patienterna sökte stöd hos varandra. Denna lösning upplevdes som välgörande i många fall men kunde vara till skada i andra. Det upplevdes även som välgörande att kunna prata om egna problem med andra patienter eftersom det fanns en känsla av samhörighet och förståelse. Starka band till medpatienterna kunde skapas mycket snabbt men detta kunde också leda till en ökad sårbarhet hos respondenterna eftersom de då tog på sig andra människors problem. Detta kunde även leda till bekymmer när den ene av de medpatienter som skapat nära band till varandra skrevs ut eller avled.

Den bild som litteraturen gav oss angående patienternas upplevelser om psykiatrisk vård var alltså nästan lika oklar som den vi hade innan litteratursökningen påbörjades. Litteraturen gav oss en vid bild av skilda uppfattningar gällande psykiatrisk sjukvård. De tillgängliga studierna var dessutom flera år gamla och hur dessa speglar upplevelserna av dagens psykiatriska vård är oklart. Studierna har dessutom utförts i olika länder och således är kunskapen om deras överförbarhet till en svensk kontext också sparsam. Litteraturgenomgången indikerar att ytterligare forskning inom området och med särskilt fokus på brukares perspektiv är av största vikt. Sådan kunskap är nödvändig för att kunna utforma en psykiatrisk omvårdnad som motsvarar sjuksköterskans kärnkompetenser.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva vuxna personers upplevelse av psykiatrisk vård.

METOD

Kvalitativ forskning har en tendens att vara holistisk och sträva efter en helhetssyn (Polit & Beck, 2012). Genom att använda en kvalitativ metod har forskaren möjligheten att försöka förstå en persons livsvärld och utforska upplevelser, tankar och erfarenheter av ett fenomen (Kvale & Brinkmann 2009). Denna studie har därför en kvalitativ ansats, med tanke på syftets karaktär.

Förförståelse

Inom kvalitativ forskning är forskaren såväl ett instrument för datainsamling som skaparen av analysprocessen, och det är därför betydelsefullt att redogöra för all förförståelse hos forskaren som kan ha påverkat processen (Polit & Beck, 2012).

Författarna har femton respektive sju års erfarenhet av att arbeta som sjuksköterskor inom psykiatrisk vård. De områden som författarna har erfarenhet av är allmänpsykiatrisk vård, psykosvård, beroendevård, psykiatrisk intensivvård samt gruppboende.

Författarna har ingen erfarenhet av psykiatrisk vård i egenskap av patient, och har inte heller några nära anhöriga som vårdats inom psykiatrisk vård.

En av författarna hade träffat en av informanterna i tidigare arbetsrelaterat sammanhang, dock inte i en vårdssituation.

Rekrytering och urval

Inom kvalitativ forskning är inte generaliserbarhet eftersträvansvärt på samma sätt som inom kvantitativ dito, men den kvalitativa forskningens trovärdighet kan förstärkas bland annat genom att tydligt redogöra för urvalsprocessen (Higginbottom, 2004).

Inom kvalitativ forskning används ofta ett strategiskt urval, det vill säga ett medvetet val av en liten grupp informanter som uppfyller vissa specifika krav. Meningen och styrkan med detta förfarande är att urvalsgruppen ska besitta så djup och innehållsrik information angående den frågeställning som ska besvaras som möjligt (Di Censo et al, 2005; Polit & Beck, 2012). Därför rekryterades till denna studie respondenter från en projektgrupp som innehåller personer med egna upplevelser av psykiatrisk vård och som har återhämtat sig från psykiatrisk sjukdom. Tillstånd från verksamhetschefen i den aktuella verksamheten inhämtades. Syftet med projektet ifråga är att inhämta personernas erfarenheter av psykiatrisk vård. Berättelserna från dessa upplevelser ska fungera som en hjälp för vårdgivare att bättre förstå psykiatrisk ohälsa, och även vara till hjälp och stöd för personer som håller på att återhämta sig från psykiatrisk ohälsa. Projektet försiggår i Sverige. Författarna bedömde att denna grupp av personer var väl lämpade att besvara studiens frågeställning då samtliga personer i gruppen haft en mångårig kontakt med psykiatrisk vård och antingen återhämtat sig helt från psykiatrisk ohälsa, eller också befann sig i en stabil fas av sina respektive grundsjukdomar. Samtliga hade en pågående kontakt med psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Deltagarna i projektgruppen var då studien utfördes 14 till antalet, mellan 22 och 64 år gamla med en jämn könsfördelning, diagnoserna som finns representerade i gruppen är psykossjukdom, schizofreni, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), bipolär sjukdom, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), attention-deficit disorder (ADD), självskadebeteende, depression, utmattningsdepression och beroendesjukdom.

Författarna skickade en informell förfrågan till en av projektledarna med frågan om någon av deltagarna preliminärt var intresserade av att delta i studien. Projektledaren fick därmed en roll som gate-keeper, det vill säga en person som agerar mellanhand mellan forskare och informanter, och bidrar till forskningsstudiens etiska integritet genom att se till att informanterna inte utsätts för överdrivna krav (Mander, 1992). För att detta ska vara möjligt är det av vikt att gate-keepern får information om studiens bakgrund, upplägg, inklusionskriterier mm (Woods & Roberts, 2003). Denna forskningsstudies gate-keeper fick därför en kopia av projektplanen så snart denna var färdigställd. Samtliga deltagare i

projektgruppen tillfrågades om deltagande i denna studie. Då flera av projektdeltagarna preliminärt visade intresse för att delta, delade gate-keepern ut informationsbrev till dessa (se bilaga 2).

Fem personer accepterade att delta i denna studie, två kvinnor och tre män. Respondenternas ålder varierade mellan 30 och 62 år och den tid som informanterna haft kontakt med psykiatrin var mellan 14 och 38 år. Upplevelserna var enbart från psykiatrisk vård i Sverige.

Inklusionskriterier

Inklusionskriteriet för att ingå i studien var självupplevda erfarenheter av psykiatrisk vård hos person över arton år som kunde kommunicera sina upplevelser på svenska eller engelska.

Datansamling

Den semistrukturerade intervjun utgår från ett antal förutbestämda frågor, där uppföljande frågor kan ställas om intervjuaren anser att det behövs (Di Censo et al, 2005). Polit och Beck (2012) menar att semistrukturerade intervjuer är en lämplig metod när forskaren vill säkerställa att ett specifikt område täcks in i intervjun. För att få en så heltäckande bild av upplevelsen som möjligt formuleras förutbestämda frågor som informanterna uppmuntras att berätta fritt kring (ibid). Datansamlingen skedde därför med hjälp av semistrukturerade individuella intervjuer enligt en intervjuguide (se bilaga 3). Beroende på respondenternas svar ställdes även följdfrågor.

Intervjuerna ägde rum på en plats som informanterna själva valde. Två valde att intervjun skulle äga rum på ett dagcentrum och tre på annan neutral plats som de var väl förtrogna med. Intervjuerna var mellan 22 och 57 minuter långa och genomfördes under slutet av januari och första halvan av februari 2014. Intervjuerna spelades in med respondenternas medgivande, både digitalt och analogt, och transkriberades ordagrant. En av författarna hade huvudansvaret för att hålla i själva intervjun och den andra författaren observerade, antecknade och ställde kompletterande frågor. Intervjuerna transkriberades ordagrant och varje respondent fick ett fingerat namn. För att lättare kunna hålla ordning på intervjuerna fick den första respondenten ett namn på A, den andra ett namn på B och så vidare.

Dataanalys

Författarna valde att använda sig av kvalitativ innehållsanalys vilket är en process för att organisera och integrera material, ofta av berättande karaktär (Polit & Beck, 2012). Valet av analysmetod föll på Burnards modell (1991). Denna modell är uppdelad i fjorton olika steg och utfördes av författarna enligt nedan.

En av författarna utförde huvudsakligen intervjuerna och den andra observerade och antecknade samt ställde vissa följdfrågor för förtydligande då detta upplevdes som nödvändigt. Intervjuerna skrevs ut ordagrant och lästes igenom ett antal gånger. Detta för att skapa förtrogenhet med materialet och för att påbörja arbetet med att hitta de olika generella teman som materialet innehöll, vilka antecknades i marginalerna efterhand som de framstod. Alla citat kodades med vad författarna tolkade som den inneboende meningen hos dem. Denna fas kallas för öppen kodning. Författarna sökte efter de koder som hade liknande innehåll, och de koder som påminde om varandra kondenserades sedan ytterligare för att bilda subkategorier. Allt som allt hittades nio subkategorier. Allt arbete fram till denna

punkt gjorde författarna var för sig, oberoende av varandra. Författarna jämförde sedan de kategorier som var och en kommit fram till, och resultatet kondenserades sedan ytterligare för att hitta bredare, mer övergripande kategorier vilka blev tre till antalet (se tabell 1 för exempel på analysprocessen).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Citat/transkribering	Öppen kodning	Subkategori	Kategori
Till slut så... ja, jag sa emot hela tiden. Till slut så tog han mig i armen och la mig, la mig i bälte... Han kunde ha låtit mig vara. Sitta där i rökrummet.	Skötaren tappar tålamodet och bestraffar patienten då denne inte åtlyder skötarens "order"	Bemötande och attityder	Makt och empati
...Ja så jag har fått en läkare och sånt, så man slipper... för ibland så skickar dom ut en till vårdcentralerna, får dom ta hand om det.	Ibland skickas personer som har en etablerad kontakt med psykiatrin till vårdcentralerna istället.	Kontinuitet	Ensam är inte stark - en bärande konstruktion för återhämtning
Du kom mitt i sommaren, semesterar och vikarier och sen efter två veckor var det skifte med personal, det var liksom bara... ny personal <i>oavbrutet</i> där ett tag.	Under semesterperioderna arbetar många vikarier och personalstyrkan skiftar ofta.	Kontinuitet	Ensam är inte stark - en bärande konstruktion för återhämtning
Man kunde ansöka om statliga pengar plus att mina föräldrar sponsrade så jag kunde gå i terapi.	Att få vård krävde ekonomiska resurser, både från staten och privata medel.	Ekonomins påverkan för vårdens innehåll	Vårdens yttre ramar
En som inte har... ben, han får ju fan ha rullstol (skratt). Men min rullstol sitter skallen liksom.	Den stödjande omgivningen vid psykisk sjukdom fungerar på motsvarande sätt som en rullstol för den som inte kan gå.	Återhämtning- den egna kampen tillbaka	Ensam är inte stark- en bärande konstruktion för återhämtning
...Man var en lite andra klassens patient när man är på, på... där...	Känslan av att vara värdelös bekräftas genom vårdens attityd	Bemötande och attityder	Makt och empati

Processen att koda materialet och hitta subkategorier och kategorier var mycket omfattande tidsmässigt, och materialet strukturerades om flera gånger innan de slutliga kategorierna framstod. När författarna var nöjda med kategoriseringen jämfördes kategorierna med originaltranskriptionerna av intervjuerna, för att kontrollera att de benämningar och den analys som gjorts motsvarade originaltexten. Citaten klipptes därefter ut och fördes samman i de kategorier där de hörde hemma. Resultatet skrevs därefter utifrån de kategorier som framkommit under analysprocessen.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

De personer som uttryckte intresse för att delta i studien erhöll via gate-keepern ett informationsbrev (se bilaga 2). Där framgick bland annat att deltagande i studien var helt frivilligt och att respondenterna när som helst, utan någon motivering, kunde välja att avbryta sitt deltagande i studien samt att arbetet

skedde som ett led i en utbildning och inte i sjukvårdens regim. Detta informerades även respondenterna muntligen om.

Datainspektionen informerar om i sin skrift, allmänna råd som preciserar personuppgiftslagen 1998:204, att: "Personuppgifter är per definition, *all slags information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person som är i livet.*" För att säkra respondenternas om att deras personuppgifter skyddas, har författarna inte inhämtat deras uppgifter. Författarna anser att det finns en garanti från projektansvarig om deras värde som respondenter genom deras delaktighet i sitt eget projekt. Det namn som respondenten presenterar sig med i intervjun har transkriberingen ändrats till ett annat, slumpmässigt valt namn.

Även om deltagande i forskningsintervjuer som involverar att dela med sig av personliga erfarenheter kan ha en rad terapeutiska fördelar så som rening, självbekräftelse, meningsfullhet och ökad egenmakt (Hutchinson et al, 1994) så går det inte att bortse från att intervjuer angående känsliga angelägenheter medför en viss risk för negativa reaktioner. Författarna var därför observanta på alla tecken till att respondenterna skulle ta illa vid sig av något eller några ämnen som berördes under intervjuerna och beredskap fanns för att hantera eventuella reaktioner på innehållet i intervjuerna. Varje intervju avslutades med att författarna frågade hur intervjun upplevts och respondenterna gavs möjlighet att berätta om något upplevts som obehagligt.

Eftersom den projektgrupp som respondenterna rekryterats från är specifik, begränsad och liten, så kommer inte projektets namn eller den stad som projektet försiggår i att nämnas någonstans i studien. Detta för att inte riskera att röja någon av respondenternas identitet.

Författarna har genomfört denna studie i enlighet med Malmö Högskolas Etiska råds riktlinjer under en etiskt säkerhetsställd och trygg form. (Malmö högskola, HS, Etiska rådet). Lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor förtydligar att en etisk eftertanke ska genomsyra forskningsprocessen där frivillighet och anonymitet ska efterlevas. Det förmodade värdet av forskningsresultatet ska uppväga den eventuella risken för forskningspersonens hälsa och integritet. För att säkerhetsställa att en etisk eftertanke levdes upp till, skickades en ansökningsblankett till Malmö Högskolas Etiska råd för granskning (se bilaga 1), och ansökan godkändes 14/1 2014 efter att etiska rådet lämnat flera rekommendationer, vilka åtföljdes.

För att tillgodose kravet på förvaring av konfidentiellt material införskaffades en diktafon speciellt för denna studie, som tillsammans med det transkriberade materialet hela tiden förvarades oåtkomligt för andra personer än författarna.

RESULTAT

Analysen av det insamlade materialet har resulterat i tre kategorier, "Makt och empati", "Vårdens yttre ramar" samt "Ensam är inte stark- en bärande konstruktion för återhämtning". I dessa tre kategorier ingår sammanlagt nio subkategorier vilka redovisas nedan under respektive kategori.

Makt och empati

Denna kategori består av följande subkategorier; *Bemötande och attityder*, där alla kategorier av personal ingår, som påvisar att även de små subtila gesterna från personalen ger en känsla av ett omhändertagande eller ett avståndstagande, *Maktfördelning* som handlar om det upplevda maktbruk som råder samt *Självförebåelser*- "It's not you, it's me" beskriver det ansvar som respondenterna tog för sina respektive sjuksomar och symtom, även om de inte egentligen inte kunde rå för det.

Bemötande och attityder

Varje möte med en ny instans inom psykiatrisk vård innebar nya erfarenheter för respondenterna. Dessa möten skedde med skötare, undersköterskor, sjuksköterskor, socionomer, psykologer och läkare, sammantaget alltså ett stort antal personer. Erfarenheterna var både positiva och negativa. Merparten av respondenterna hade vid flera tillfällen bemötts på ett sätt inom den psykiatriska vården som de upplevde som okänsligt, ovärdigt eller direkt kränkande. Respondenterna uppgav att det var stor skillnad på bemötande och attityder från enhet till enhet, och även från person till person, men att de upplevde att det på vissa enheter fanns en generell attityd gentemot patienterna som präglades av brist på empati och nyanser.

"...Men jag hamnade till sist på... psykakut. Och då hade jag inte varit där på väldigt länge. Och då var det ju ett fruktansvärt misslyckande. Och då kommer jag ihåg, det var en kompis som följde med mig, och vi ringde på klockan, och... jag blir helt torr i munnen när jag ska säga detta nu... så... så öppnade dom ju. Och precis liksom innan... personen säger "Hej" och vi säger "Hej"... så hör jag liksom en... väldigt, väldigt kort men fullt hörbar suck. Alltså, det kan ha varit en slump liksom, men... det är en sån där grej jag kommer ihåg så jäkla tydligt."
(Bengt)

Samtliga respondenter hade också upplevt raka motsatsen, det vill säga bemötande som de upplevt som föredömligt, och även om de var förhållandevis få i jämförelse så hade de gjort ett djupt intryck. Ett gott möte med vården hade enligt respondenterna mycket att göra med delaktighet, där läkare och personal lyssnade in vad respondenterna kände, tyckte och tänkte och planerade vården därefter samråd med respondenterna. Respondenterna föredrog tydligt att mötas på halva vägen och diskutera fram en gemensam lösning på ett givet problem tillsammans med personalen istället för att pådyvlas en färdig lösning som de inte kunnat påverka. Upplevelserna av delaktighet i vården var varierande, allt från att i stort sett inte ha fått påverka någonting till att ha fått vara delaktiga i varje beslut under vården. En trend kunde anas i att ju senare i tiden respondenten vårdats, ju större upplevdes delaktigheten.

Ett gott möte definierades också som personal som tog sig tid, satte sig ner och pratade, och som inte vek undan eller blundade för respondenternas svårigheter. Att personalen föreslog ett samtal när det var alldeles uppenbart att respondenterna mådde dåligt, utan att de själva behövde säga till, uppskattades mycket. Kommunikation i ord kunde alltså i vissa avseenden vara sekundär, det viktiga var att bli sedd, hörd och förstådd, utan fördömande. Att det fanns personer tillgängliga att prata med, även i öppen vård, bedömdes också som viktigt.

“Man kanske inte säger rakt ut att jag behöver hjälp, men kommer jag ut och ni ser att det inte är bra, gå fram då så har vi liksom hjälpts åt på nåt sätt...”
(Anna)

Maktfördelning

Det möte som gjorde starkast intryck på respondenterna var det med läkare. Det är också den enda personalkategori som tydligt skildes från annan personal- sjuksköterskor, skötare, kuratorer etcetera omnämndes ofta helt enkelt som “personal”, medan läkare alltid omnämndes som läkare. Läkarna representerade en maktstruktur som i vissa fall kändes skev och som ingav en känsla av att stå maktlös inför läkarnas beslut. Grundinställningen till läkare var att de inte lyssnade, utan tog beslut utan respondenternas medverkan. Attityden från läkarna upplevdes ofta som nedlåtande och arrogant och med ett behov av att visa just makt.

“Jag knöt mina händer och bad som till gud, läkaren, om att få bli utskriven och börja med Antabus. Och det gick inte hon alls med på. Men efter tillräckligt många... böner så...” (Christer)

Å andra sidan beskrevs möten med läkare som upplevdes som raka motsatsen, där upplevelsen var att de verkligen fått göra sin åsikt hörd och att vården planerats i samråd med dem så långt det varit möjligt. Alla respondenter var nöjda med den kontakt de hade med psykiatrin för närvarande, även om en av dem saknade fast vårdkontakt för tillfället.

Maktutövandet som en underliggande ton upplevdes också från den personal som är närmast dem. Personalen som urskillningslöst just beskrevs som “personal”. Dessa individer upplevdes oftast som väktare som framförde sina order med en tyst maktutövning, genom antydningar om vad som förväntades av respondenterna. Uplevelsen av nattpersonal specifikt var splittrad, å ena sidan att de har mer tid för patienterna. Den andra sidan var att patienterna ofta förvisades till sina rum nattetid.

Reaktionerna på mötet med psykiatrisk vård sträckte sig för respondenterna mellan polerna “ingenting” och ren skräck. Upptagenhet av det egna dåliga måendet gjorde att omgivningen inte var möjlig att ta in, och vissa möten med psykiatrin var därför diffusa och svåra att minnas. Ibland upplevdes en känsla av ren och skär skräck då hela situationen upplevdes som hotfull. Det fanns även ofta en rädsla för sig själv, vad sjukdomen kunde leda till att de gjorde och vad som skulle kunna hända om de inte blev inlagda när de upplevde att detta var nödvändigt för att skydda sig själva.

Självförebåelser “It’s not you, it’s me”

Det skapades en känsla av osäkerhet hos respondenterna av upplevelsen att personalen tog avstånd genom att inte vilja eller våga vara nära patienterna. Denna känsla av osäkerhet utmynnade i självförebåelser. Respondenterna återgav det egna ansvaret i sitt möte med sjukvården. Detta med en förståelse om att det inte har varit lätt för sjukvården att hjälpa på rätt sätt. De återgav en bild av sig själva som störiga, stökiga, jobbiga och bråkiga under sjukhusvistelser i en förstående ton mot sjukvårdspersonal som de ansåg gjorde, i de flesta fall, så gott de kunde.

“Men däremot, dan efter... den här händelsen, när, när... en annan läkare kom in och berättade att jag blivit, eh... tvångsomhändertagen och så, va. Eh, och, och... då... bad jag dom här två skötarna om ursäkt, att jag hade varit så bråkig på natten, va. För jag... hade dåligt samvete att jag ställt till besvär för dom, va. Jag kunde ju inte hjälpa det på något sätt att, att ... men jag bad dom om ursäkt, alltså och... var väldigt så... eh förstående mot dom, för vad dom hade gjort. För att jag hade fullt med blåmärken på hela kroppen va, så dom ... så ha... vi hade faktiskt rätt mycket, va.

Intervjuaren: Bad dom om ursäkt tillbaka?

Nej, det gjorde dom inte.” (Christer)

Det fanns en känsla av att inte vara önskad och av att vara till besvär. Det fanns en skuld och skam över den egna situationen, där respondenterna tog på sig ansvaret för uppkomna situationer och där personal medverkade till denna skuldbeläggning.

Vårdens yttre ramar

Denna kategori består av subkategorin *Behandling*, där från sjukvårdens sida ses ha en övertro till läkemedels betydelse och *Diagnosens betydelse*, där personens diagnos styr, medvetet eller omedvetet, personalens bemötande. Subkategorin *Miljöns betydelse*, är både en beskrivning av erfarenheten av den fysiska miljön men mer en känsla av att vara frihetsberövad, men även den trygghetskänsla det kan erbjuda. *Ekonomins påverkan på vårdens innehåll* beskriver aspekten att ekonomiska resurser styr vilken typ av vård som kan erhållas.

Behandling

Den medicinska behandlingens plats inom den psykiatriska vården ifrågasattes inte, men upplevelsen överlag var att det sattes för stor tilltro till mediciner och att fokus egentligen inte borde ligga där utan snarare på terapeutiska insatser.

*“Så jag fick bland annat Anafranil i dropp och... tolv, eller tio ECT-behandlingar. Och... jag tror att jag blev bättre. Eller jag är rätt säker att jag blev bättre”
(Elisabeth)*

Respondenterna hade både goda och dåliga erfarenheter när det gällde medicinering. Vissa hade ordinerats mediciner som de inte själva trodde skulle hjälpa och som de inte önskade ta, men de hade inte alltid haft tillräckligt med kraft, mod eller kunskap för att säga emot. Å andra sidan fanns det också mycket goda erfarenheter där både medicineringen och behandlingen för övrigt ordinerats helt och hållet i samråd med patienten.

Även vårdpersonalen satte enligt respondenterna alltför stor tilltro till mediciner och de upplevde att stödsamtal ersattes i stor utsträckning med medicinering. Icke medicinsk behandling (samtalsterapi, kognitiv beteendeterapi etcetera) upplevdes som positivt, även om en av respondenterna fått behandling av denna typ när det var uppenbart, enligt beskrivningen, att medicinsk behandling borde ha varit förstahandsval. Även om behandlingsinsatserna från sjukvården ibland uppfattades som missriktade eller direkt felaktiga, så fanns det också en förståelse från respondenternas sida.

“Men det var... det är ju många år utav mitt liv som har gått till spillo men samtidigt är jag faktiskt inte bitter på psykiatrin. För dom har ju ändå hela tiden

försökt att hjälpa mig även om dom inte har hjälpt på rätt sätt (skrattar), så har jag aldrig blivit nekad hjälp egentligen, jag har alltid liksom fått hjälp på något vis.” (Anna).

Diagnosens betydelse

Samtliga respondenter hade antingen fått en felaktig eller fördröjd diagnos, i några av fallen med allvarliga konsekvenser i form av långvarig felbehandling. Individer med olika diagnoser upplevdes få olika bemötande av personal inom sjukvården. Det förekom en hårdare ton mot “självskadetjejer” och “missbrukarkillar” än exempelvis mot psykotiska patienter, som det oftast inte fördes någon ton till alls utan där det mer var fråga om en fysisk maktuppvisning. Detta genom begränsningar för att vistas i allrummet exempelvis eller att de inte tilltalades utan att personalen istället visade “med hela handen”. Upplevelsen var överlag att diagnosen hade stor betydelse för bemötandet. Ibland ändrades rentutav bemötandet från personalen med diagnosen.

“Efter jag hade fått den här diagnosen... personalen på dagsjukvården hade fått reda på det, så behandlade dom mig oerhört välvilligt. Dom bad nästan om ursäkt att dom hade... att dom inte hade förstått att jag var psykotisk och så, va Men det var så dags då, va, jag hade haft ett helvete i två år, va.” (Christer)

Miljöns betydelse

Denna kategori har kommit att handla nästan enbart om slutenvården. Med “Miljön” menas dels den rent fysiska miljön, det vill säga inredningen och lokalerna, men också den psykosociala vårdmiljön. När det gäller den fysiska miljön så upplevdes den överlag som torftig, steril och över huvud taget inte beskaffad på ett sätt som befrämjade tillfrisknande. Mer och meningsfullare sysselsättningar efterfrågades dessutom. När det gäller den psykosociala vårdmiljön så önskades framför allt lugn och ro under inneliggande vård. Flera av respondenterna påpekade det olämpliga i att blanda patienter med olika diagnoser på samma avdelning eller till och med på samma rum, till exempel deprimerade, psykotiska och dementa patienter. Detta ledde till rädsla och osäkerhet, i synnerhet vid första mötet med slutenvården.

Respondenterna var överlag kluvna till slutenvården. Atmosfären på en sluten psykiatrisk avdelning och på en psykiatrisk akutavdelning upplevdes i sig som en uppvisning i makt där det inte ens gick att öppna dörren och gå. De fick inte röka när de ville och inte ens alltid lämna sitt rum när de ville. De respondenter som hade erfarenhet av att vårdas inneliggande, hade alla en innerlig önskan om att aldrig mer behöva uppleva det. Dock fanns det samtidigt en viss trygghet i att veta att slutenvården fanns, och att den på något vis varit till nytta för dem vid ett eller annat tillfälle när de inte kunnat lita på sig själva. Slutenvården blev en tillflyktsort när det inte fungerade “där ute”, i vardagen. Slutenvården blev då den trygghet med struktur och ramar som behövdes för att kunna hitta balans igen, eller en möjlighet att bara få vila ut. Samtidigt blev detta behov av stöd ett nederlag, och känslan av ofrihet upplevdes emellanåt som synnerligen obehaglig. Den generella uppfattningen var att öppenvård och insatser i hemmiljön borde byggas ut och att den slutenvård som återstod skulle vara av god kvalitet, men användas bara som en absolut sista utväg när alla andra resurser uttömts. Det fanns också en önskan om att ta tillvara brukarnas/patienternas erfarenheter när det gäller utvecklingen av vården för att minska behovet av slutenvård.

“Det är ingen miljö som du... märkte jag där, efter att ha varit ifrån det, att det... Hur man stod ut innan liksom, och ville vara där, ja... det är ganska fascinerande kan jag tycka (skrattar). Då behövde jag ju vara där. Men då var också allting i ett enda virrvarr, men... Det blir ändå... Det är mycket folk, patienter in och ut, och... personal som kommer fram och tillbaka så det blir liksom en lite... det är en rätt jobbig miljö att vara i. Faktiskt, och just att det är låst, jag kan inte komma ut därifrån när jag vill, heller liksom (skrattar) så det går inte att fly undan en kaotisk situation som kan uppstå. Och just vara bland människor som är väldigt sjuka då också, det blir också...” (Anna)

Ekonomins påverkan på vårdens innehåll

Respondenterna upplevde att en icke obetydlig faktor var i vilken mån skola, arbetsplats, kommun och landsting använde sina ekonomiska resurser för vård. Detta gällde allt från sjukpenning till pengar för sjukvårdsformer som exempelvis familjehem, kuratorer, familjestödjare, boendestödjare och företagshälsan. Upplevelsen var att det skiljer mycket på dessa insatser mellan olika kommuner och landsting, sjukhus och även mellan vårdavdelningar som har samma huvudman. Det upplevdes dock en förbättring jämfört med åttiotalet, då utskrivna patienter ofta fick vända sig till vårdcentralen för att få mediciner. Upplevelsen var också att skolor, företag och vårdpersonal är bättre rustade idag för att hjälpa och ge stöd i ett tidigare skede, jämfört med för en eller ett par decennier sedan.

“Dom hade inte öppenvård där på det viset då. Åttiofyra var det, ju. Så där var liksom inte, då fick man gå till vårdcentralen så skrev dom ut mediciner till en. Öppenvården hade dom liksom int... jag vet inte... när dom började med det.” (Elisabeth)

“Neej... Nej, jag hade inget stöd alls i skolan och sånt, det hade... Jag gick i vanlig skola, vanlig klass. Jag hade lättare matte och lättare engelska och sånt va, men annars hade jag inget, jag hade inget stöd. Hade det varit nu, på den tiden hade jag säkert fått stöd va, men... Då fanns det inte, på den tiden...” (Daniel)

Det finns ett utbud av kurser och utbildningar som respondenterna deltagit i, och som de upplevde som positivt. När det gäller de lite mer långvariga behandlingarna, som sträckte sig över ett eller ett par år och där betalningsansvaret delades mellan kommun och landsting, så fanns det emellertid ibland en osäkerhet på huruvida behandlingen skulle kunna fullföljas eftersom det dels i regel fattades beslut för endast upp till sex månader åt gången och dels var mer än en huvudman inblandad i det finansiella godkännandet av behandlingen.

Ensam är inte stark- en bärande konstruktion för återhämtning

Denna kategori innehåller subkategorin *Trygghet och tillit* där stödet från vården och anhöriga/närstående är en stöttepelare för återhämtning och en känsla av trygghet. Subkategorin *den egna kampen tillbaka*, representerar den egna styrkan och viljan att genom personliga mål se och medverka till återhämtning.

Trygghet och tillit

Respondenterna var överens om att det var viktigt att ha personer omkring sig som de kunde lita på och att kunna känna trygghet i vårdsituationen. För vårdens del hängde det till stor del ihop med kontinuitet, då det upplevdes vara lättare att

lita på personer som de kände. Den del av vården som upplevdes som mest utlämnande var slutenvården, det var där respondenterna var när de mådde som sämst och inte kunde lita på sig själva, vilket gjorde det desto viktigare att kunna lita på personalen. Även i öppenvården upplevdes det som viktigt att ha en fast person att kunna prata med när behövdes.

Där fick man ringa, kunde man ringa, nu när jag hade (läkarens namn), han har slutat... kunde man ringa när som, alltså så...det var nånting och sånt... (Daniel)

Stödet från omgivningen var för respondenterna en förutsättning för att kunna hålla sina respektive grundsjukdomar i schack. Stödet kunde bestå av föräldrar, man/maka, barn, vänner och bekanta, läkare, vårdpersonal, dagverksamhet med mera. En stödjande relation med ett nätverk som stod bredvid genom processen, från insjuknande till återhämtning, och som genom delaktighet och engagemang på olika sätt kunde hjälpa till, var det som upplevdes som idealiskt. Samtliga respondenter uppgav att de hade ett fullgott stöd från omgivningen och från vården i dagsläget.

“och bra stöd... att, eh, och framför allt också från arbetsgivaren som äntligen insåg liksom att... hur kapabel jag än var så liksom, var det kaos inombords ibland... Att finnas liksom i familjen till att börja med, sen min arbetsplats och så... så där började min väg till egenmakt liksom, och egenansvar. Just det var faktiskt, det gick ju inte och gör det inte utan min egen medverkan på nåt sätt.” (Bengt)

“...Nu har jag ju ett annat nätverk... omkring mig ju. Det är liksom... man kan känna sig... trygg med det liksom. När man inte har nån, då känns det inte tryggt, men har man så... folk i närheten, så, så... det känns tryggt, faktiskt.” (Elisabeth)

Upplevelsen var att en betydande del av tryggheten i vården fanns i kontinuiteten hos de personer de mötte. Det fanns en trygghet i att möta samma läkare, samma kontaktperson på mottagningen och att ha en egen kontaktperson som de kunde prata med och lita på. En förutsättning för återhämtning beskrevs som att ha ett gott nätverk av välkända personer som exempelvis kunde hjälpa till att känna igen signaler på insjuknande, som det gick att höra av sig till när det behövdes och som hade insikt i respondenternas förutsättning och stressorer. Brist på kontinuitet, det vill säga att träffa olika personer i kontakten med vården, upplevdes försvåra detta, både i öppen och slutenvård.

“Jag har haft bra läkare ända till i höstas eller i... somras, så slutade han utan nånting. Så bara... gick i pension, va, fast han var rätt bra den läkaren jag hade här i XXX på... allmänpsyk, men har var ju rätt så... till åren va, så han... eller ja, till åren, sextiotre var han väl så... gick han i pension utan att säga nånting, och då blev det ju klydd...” (Daniel).

“Du kom mitt i sommaren, semester och vikarier och sen efter två veckor var det skifte med personal, det var liksom bara... ny personal oavbrutet där ett tag.” (Anna)

Återhämtning- den egna kampen tillbaka

Insikt i den egna sjukdomen och vad som behövdes för att kunna leva med den, var en stor del av återhämtningsprocessen enligt respondenterna. Utbildningar

som nyttjats av respondenterna hade hjälp dem att identifiera sina stressorer och varningssignaler för att de ska kunna arbeta förebyggande. När de fått distans till sina erfarenheter och upplevelser så såg de vad de behövde göra, men fick också en blick för var vården kan vara behjälplig. Drömmen om ett "normalt liv" blev målet för återhämtningen. De drömmar och mål som fanns inom dem kunde lyftas fram av de stödpersoner som fanns i omgivningen och bli en morot för respondenterna. Delaktighet från båda sidor, från patient och sjukvård, uppgavs vara grunden för att påbörja vägen till återhämtning. Det talades om en personlig insiktsfullhet som behövdes för att vara mottaglig för den hjälp och stöd de behövde.

"Jag har ju klarat det hyfsat nu och... rätt... alltså det går framåt, alltså det... man får hela tiden tänka på och inte ta på sig för mycket och inte det och det och man... Hela tiden liksom, så... Ja, jag har tänkt efter noga när man gör nånting som man vet man inte klarar av och sånt, ju..." (Daniel)

"Och hem, jag längtade så intensivt hem till min lägenhet. Till att spela musik, duscha, byta kläder... Leva mitt eget liv, röka när jag ville... Så... jag var beredd att avstå allt vad sprit hette bara för att komma hem till min lägenhet igen. Och faktum är att jag har inte druckit sen det, och det var 2008." (Christer)

För de respondenter som var representerade hade det varit en lång resa genom olika instanser och många möten med psykiatrin. Det fanns en önskan och en tro att den resan kommer att förkortas ju mer vi lär oss av dem som har erfarenhet av mötet med psykiatrisk sjukvård.

DISKUSSION

Nedan diskuterar författarna studiens olika metodologiska aspekter samt resultatet utifrån de kategorier och subkategorier som analysen lett fram till.

Metoddiskussion

Metoddiskussionen sker utifrån aspekterna förförståelse, urval, etiska aspekter, datainsamling samt analysmetod.

Förförståelse

Tidigare erfarenheter av ett forskningsområde innebär en viss risk att materialet tolkas utifrån förutfattade meningar (Polit & Beck, 2012), och författarnas mångåriga erfarenhet av att arbeta inom psykiatrisk vård kan naturligtvis ha påverkat tolkningen och analysen av den insamlade datan. Författarnas ambition var att närma sig materialet så förutsättningslöst som möjligt, men efter att bokstavigt talat ha träffat och vårdat tusentals patienter i ett otal olika vårdmiljöer är det svårt att helt och hållet bortse från egna erfarenheter och uppfattningar. Författarna har emellertid gjort sitt yttersta för att se materialet med nya ögon och att lämna eventuella förutfattade meningar därhän så långt det är möjligt.

Respondenterna var givetvis medvetna om att författarna arbetade inom psykiatrisk vård och att själva studien var en del av en magisterexamen inom psykiatrisk omvårdnad. Detta var en oundviklig del av förförståelsen då informanterna naturligtvis måste ha kännedom om typen av studie och om författarnas bakgrund, och det kan ha påverkat respondenternas svar. Respondenterna kan ha tonat ner delar av sina berättelser, exempelvis de som

handlar om personalens agerande, med tanke på författarnas bakgrund, eller helt avstått från att berätta om vissa känsliga händelser. Respondenterna kan också ha haft en egen uppfattning om vad för resultat som författarna önskade och modifierat svaren därefter.

Att en av författarna träffat en av respondenterna tidigare i ett arbetsrelaterat sammanhang kan ha påverkat den intervjun. Respondenten hade dock aldrig vårdats av och befann sig inte i någon form av beroendeställning till författaren, men det går ändå inte att bortse från att svaren kan ha modifierats utifrån att det fanns en tidigare relation, även om denna relation inte var personlig.

Urval

Respondenterna valdes ut strategiskt eftersom de bedömdes besitta erfarenheter som väl svarade till studiens syfte. Ett strategiskt urval betraktas som en fördel i den här typen av studier (Di Censo et al, 2005; Polit & Beck, 2012), vilket visade sig stämma väl, då respondenterna har gett vad författarna bedömer som en bred, djup och nyanserad bild av sina egna upplevelser av psykiatrisk vård.

Respondenternas tidigare vana av att berätta om sina upplevelser från den psykiatriska vården märktes i intervjuerna, och kan ha inneburit att deras berättelser var mer tillrättalagda än de annars varit, eftersom informationen möjligtvis lämnades mer slentrianmässigt än den gjort om de inte hade varit vana att berätta om sina erfarenheter. Å andra sidan hade respondenterna fått en viss distans till sina upplevelser och de hade vana av att dela med sig av sina erfarenheter från ämnet vilket kan ha inneburit att informationen hade ett större djup än den annars fått. Respondenterna har, genom sitt arbete med sitt eget projekt, haft anledning att hålla minnena från upplevelsena levande och har förmodligen reflekterat över händelserna vilket kan ha resulterat i mer nyanserade berättelser, men också möjligtvis i en gemensam konstruktion av upplevelsen av psykiatrisk vård, eftersom de pratat med varandra om sina erfarenheter.

Förväntningar från respondenternas sida på att kunna använda resultatet i det egna projektet skulle kunna innebära att den information som respondenterna lämnat har påverkats. Förväntningar på resultatet från respondenterna skulle också kunna påverka författarnas tolkning av informationen. Risken är i det första fallet att informationen inte blir tillförlitlig och i det andra att informationen feltolkas så att resultatet blir missvisande. Författarna var därför noga med att tidigt påpeka att denna studie skedde helt och hållet utanför projektets ramar, och att respondenterna givetvis skulle få ta del av studien i sin helhet när den var färdigställd, men att studien inte skulle kunna användas i projektet.

Studiens urval är förhållandevis litet. Författarna gjorde via studiens gate-keeper regelbundna förfrågningar under ungefär åtta veckors tid om det fanns ytterligare någon eller några personer som skulle kunna tänka sig att medverka. Slutligen fick författarna acceptera att det slutliga urvalet blev fem personer. Keogh och Daly (2009) konstaterar att processen att rekrytera informanter från särskilt utsatta grupper är komplicerad och tidskrävande, och att det är av yttersta vikt att etiska riktlinjer följs och att potentiella informanter inte utsätts för alltför stor press att delta i forskningsstudier. Samtidigt konstateras att det är mycket viktigt att just dessa personers röst blir hörd, och att forskare som utför studier av känslig karaktär har att balansera nyttan mot risken för den skada som eventuellt kan åsamkas (ibid). Författarna menar att allt har gjorts för att rekrytera informanter ur

just den här gruppen, men konstaterar att underlaget från början möjligen var för litet. Då författarna upptäckte att fler informanter inte skulle kunna hämtas ur denna grupp diskuterades olika lösningar på problemet. Författarna beslutade sig dock för analysera det material som fanns till hands, och basera resultatet på detsamma. Författarna är medvetna om att storleken på urvalet möjligtvis är en av studiens svagheter. Emellertid bedömer författarna att det material som analyserats är av god kvalitet. Det finns inte heller några givna riktlinjer för urvalsstorleken i en kvalitativ studie (Polit & Beck, 2012). Sandelowski (1995) beskriver att urvalets storlek i kvalitativa studier är en fråga om omdöme och erfarenhet angående bedömning av det insamlade materialets kvalitet i förhållande till vad det ska användas till, den forskningsmetod och urvalsstrategi som används och vad forskningen ska resultera i. Urvalet ska vara så litet att det tillåter den djupa analys som utmärker kvalitativ forskning, men samtidigt tillräckligt stort för att erbjuda en ny och varierad förståelse för upplevelsen (ibid).

Etiska överväganden

Forskning i särskilt utsatta grupper kräver en högre nivå av etisk medvetenhet hos forskaren, för att skydda informanternas rättigheter (Polit & Beck, 2012). Författarna har fått rådet att försöka skaffa information om de personer i projektet som avstod från att delta i studien. Emellertid är den projektgrupp som urvalet skett ur relativt liten, och deltagarna vet möjligen inte själv vilka som har valt att delta i studien. Tillgång till information om dem som valt att inte delta skulle troligen göra det möjligt att identifiera de informanter som deltagit. Författarna har av denna anledning valt att inte ta reda på mer information om de personer som valde att inte delta i studien, och hänvisar istället till den generella information om projektgruppen som finns under rubriken "Urval". Av samma anledning, att skydda respondenternas identitet, har mycket få detaljer angående respondenterna publicerats, och författarna har inte inhämtat respondenternas personuppgifter.

Datainsamling

Respondenterna hade, som tidigare beskrivits, vana av att berätta sina historier utifrån just ett återhämtningsperspektiv vilket blev tydligt i flera intervjuer. Studiens syfte var emellertid inte att undersöka just ämnet återhämtning, och intervjuaren fick därför försöka att styra samtalen utifrån studiens syfte. Författarna har emellertid ingen större intervjuvana sedan tidigare och skulle möjligtvis ha varit mer stringenta i detta. Författarna ville emellertid inte styra respondenterna alltför mycket då tanken var att berättelserna helst skulle vara så naturliga som möjligt.

Respondenterna fick själv välja platsen för intervjun. Detta för att skapa en så avslappnad atmosfär som möjligt i intervjusituationen. Detta tycks ha fungerat väl, då respondenterna upplevdes som avspända trots det känsliga ämnet för intervjuerna.

Intervjuerna transkriberades i sin helhet omedelbart efter varje intervju vilket underlättade betydligt när det gällde att komma ihåg stämningar, gester, ansiktsuttryck med mera. Detta förfarande rekommenderas av Polit och Beck (2012). De anteckningar som fördes av dem person som inte höll i intervjun var till god hjälp när det gällde att komma ihåg icke verbala signaler. Alla intervjuer transkriberades av en och samma författare.

Analysmetod

Författarna valde att analysera det insamlade materialet enligt Burnards metod för innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys betraktas som en lämplig metod för att analysera intervjuer och för att identifiera framträdande mönster och teman (Polit & Beck 2012). Burnards metod var inte mer än mycket ytligt bekant för författarna sedan tidigare, och processen blev därför möjligtvis lite mer omständlig och tidskrävande än den annars hade varit. En första analysomgång fick i stort sett göras om helt och hållet då de kategorier som författarna kommit fram till bedömdes som alltför generella, ytliga och svepande. Detta berodde givetvis på författarnas ovana att analysera text för en djupare mening. Ett andra försök resulterade i ett större djup men endast två kategorier till sjuutton subkategorier. Varpå en tredje analys fick genomföras där kategorierna blev tre till antalet och ett par av subkategorierna slogs ihop så att slutligen 15 återstod. Även detta antal subkategorier betraktades som för många, och en av kategorierna fick omarbetas för att reducera antalet subkategorier. Antal subkategorier slutade på 9 till antal fördelat på 3 kategorier.

En metod för validering av resultatet är enligt Burnards metod att låta respondenterna läsa igenom transkriptionen av intervjun och/eller analysen och bekräfta eller vederlägga forskarens tolkning av datan. Författarna hade initialt planer på att använda detta arbetssätt. Burnard et al (2008) påpekar emellertid själv vissa svårigheter med att validera resultatet genom att tillfråga respondenterna. Dessa svårigheter kan bestå i att respondenten av olika anledningar kan ha ändrat uppfattning i frågan, eller vid närmare eftertanke vill modifiera sina svar då de uppfattar originalsvaren som icke socialt acceptabla. En del av materialet är också baserat på observationer och anteckningar om icke-verbala tecken och omedvetna förändringar av till exempel röstläget, och dessa observationer känns kanske inte igen och accepteras av respondenten (Long & Johnson, 2000). Cutcliffe och McKenna (1999) poängterar att även om detta förfarande givetvis har ett värde så måste forskaren också fundera på var i processen som resultatet tillförlitligt. De ställer även frågan om alla respondenter ska bekräfta hela resultatet, eller bara en del av det. Varje respondent har bidragit med en del av resultatet och kommer förmodligen inte att känna igen sin berättelse i helheten (ibid). Av dessa anledningar valde författarna att avstå från detta steg.

Resultatdiskussion

De huvudkategorier som författarna kommit fram till är *Makt och empati*, *Vårdens yttre ramar* samt *Ensam är inte stark- en bärande konstruktion för återhämtning*, och resultatdiskussionen sker utifrån dessa huvudkategorier.

Makt och empati

Vikten av att bli sedd, hörd och betraktad som en individ sammanfattas i subkategorin *Bemötande och attityder*, och detta var något som samtliga respondenter framhöll som viktigt. Detta resultat överensstämmer med Beech och Norman (1995), Svedberg et al (2003), Stenhouse (2010), Connor och Wilson (2006) samt Lilja och Hellzén (2008). Läkare uppfattades av respondenterna som den personalkategori som har mest makt, men också som den som var sämst på att både bemöta och på att lyssna till respondenterna. Det som slog författarna avseende bemötande var att det bemötande som respondenterna hade uppfattat som gott hade gjort så stort intryck på dem. Detta kan jämföras med Stenhouse (2010) som kommit fram till samma sak- när personalen tagit sig tid till att prata

med, lyssna på eller interagera med patienterna lyftes de ut och prisades av respondenterna. Författarna anar att det inte är mycket som behövs utöver lite extra engagemang för att resultatet ska upplevas som gott.

Respondenternas önskan var att få vara delaktiga i planeringen av sin egen vård och behandling. Detta ligger helt i linje med varje aktuell lag och riktlinje som styr hälso- och sjukvårdsarbete som författarna har kunnat hitta. Psykiatrin har genomgått en stor förändring över tid, från att patienterna i stort sett inte fick bestämma någonting på egen hand till att nu ha möjligheten att påverka i princip varje beslut som rör deras egen vård, möjligtvis med undantag av vissa tvångsåtgärder. Sådana förändringar kräver ibland lite tid innan de slår igenom fullt ut i det praktiska arbetet. Denna generella trend återspeglades emellertid i respondenternas berättelser, ju senare vårdtillfälle, ju större delaktighet och inflytande.

Flera respondenter hade skräckfyllda upplevelser från den psykiatriska vården. Detta hörde delvis ihop med deras respektive sjukdomar, och delvis med vården som sådan. Om respondenterna var mycket sjuka och upptagna av sina inre upplevelser tedde sig inte omgivningen lika skrämmande, respondenterna var då mer rädda för sig själva. Rädslan hörde också ihop med en känsla av maktlöshet och osäkerhet över vad som skulle hända. Författarna menar därför att det bör finnas en hel del som vårdpersonalen kan göra rent praktiskt för att minska eller eliminera dessa obehagliga upplevelser i form av bemötande och information.

Flera respondenter hade råkat ut för formella tvångsåtgärder i form av till exempel fastspänning eller fasthållning och tvångsmedicinering. Det som slog författarna när det gällde dessa berättelser var att förståelsen för personalens agerande var så stor, vilket återspeglas i subkategorin *Självföreläsa - it's not you, it's me*. En respondent berättade till exempel hur han blivit nedbrottdad och tvångsmedicinerad av vårdpersonal under natten och i samband med detta fått hematom över hela kroppen, men inte talat om för någon vad som hänt utan försökt skylla över det när dagpersonalen frågat vad som hänt. Vad detta kan bero på är oklart. Enligt Veltkamp et al (2008) så förstod 67 % av patienter som utsatts för tvångsmedicinering varför och 57 % samtyckte till åtgärden i efterhand. De patienter som förstod varför de blivit tvångsmedicinerade upplevde bättre effekt av medicinen. Troligen har förståelsen för varför en tvångsåtgärd utförts också betydelse när det gäller förståelsen för personalens agerande, även om respondenterna upplevde att övervåld ibland använts.

Respondenterna hade också råkat ut för informella tvångsåtgärder i flera fall. Som ett exempel berättade en respondent att han flera gånger, när han vårdats frivilligt, hotats med tvångsvård av vårdpersonalen och av läkare. Denna typ av tvångsåtgärder sker helt lagvidrigt, de rapporteras givetvis inte till Socialstyrelsen och dokumenteras näppeligen i journaltexten, men enligt Gilbert et al (2008) är det relativt vanligt förekommande att frivilligt intagna patienter hotas med att bli tvångsomhändertagna om de inte underkastar sig vård. Författarna menar att detta förfarande skapar en helt onödig motsättning. Kriterierna för tvångsvård är klart definierade och vid konvertering från frivillig vård till tvångsvård enligt LPT § 11 så måste det, utöver de allmänna kriterierna för tvångsvård, även föreligga ett farorekvisit. Således är kraven som ska uppfyllas tämligen stränga. Att vårdpersonalen, som inte under några omständigheter har befogenheter att konvertera patienter till tvångsvård, hotar att göra just det är givetvis fullständigt

barockt ur juridisk synpunkt. Författarna föreställer sig att dessa hot ibland sker av missriktad omtanke- att det är bättre att förklara för patienten vad som eventuellt kan hända om inte situationen lugnar ner sig än att behöva utsätta patienten för en verklig konvertering- men med tanke på de strikta kraven för konvertering och hur få patienter som faktiskt uppfyller dessa, är det troligt att dessa hot ofta är en enkel utväg att ta ur en komplicerad situation som annars hade krävt mycket tid och engagemang för att lösa.

Den struktur och de regler som sätts upp och förmedlas av personalen kan vara svårtydda och ibland även svårbegripliga avseende syfte. Denna förvirring gäller enligt författarnas erfarenheter inte enbart för patienterna utan även personalen. Många regler inom den psykiatriska vården finns kvar trots att de är förlegade och många av dem har enligt författarnas mening ingen plats inom modern psykiatrisk vård, men de används ändå trots att personalen ofta inte kan förklara syftet med dessa regler ur ett nulägesperspektiv. Detta kan jämföras med Enarsson et al (2007) vars studie visar att när personalen på en psykiatrisk enhet upplever att den inre ordningen blir störd, så intar personalen en gemensam strategi mot den patient som bryter mot ordningen för att försöka återställa densamma. Denna strategi kan exempelvis vara att inte prata med patienten eller att införa ett strikt schema för patientens alla aktiviteter.

Vårdpersonal som inte var läkare definierades som just "personal" utan någon urskiljning i utbildningsnivå eller arbetsuppgifter, något som författarna reagerade på. För våra respondenter spelade dock detta faktum mindre roll eftersom bemötandet var det som står i fokus, oavsett personalgrupp. Emellertid är denna brist på distinktion ett problem för de olika professionerna, eftersom det från respondenternas sida inte gjordes någon skillnad på sjukvårdsbiträden och specialistsjuksköterskor.

Vårdens yttre ramar

Respondenternas upplevelse var att det inom psykiatrin läggs för mycket fokus på medicinsk behandling och för lite på samtal och andra terapiformer. Möjligtvis kan detta delvis bero på ett inbyggt systemfel som beror på ansvarsfördelningen i den psykiatriska vården; landstingen ska ägna sig åt sjukvård och kommunerna ska ta hand om "resten". Sjukvården är tätt förknippad med just läkemedel, vilket kan innebära att patienter som inte behöver läkemedel i första hand inte heller bedöms vara i behov av specialistpsykiatri, utan istället skickas till primärvården. En andra förklaring är att den psykiatriska vårdens snabba lösningar återspeglar samhället i stort. Samtidigt räknar man med att minst 200,000 personer i Sverige är beroende av läkemedel (Jonasson & Jonasson, 2006). Dessa "snabba lösningar" leder alltså till allvarliga problem för ett stort antal individer. En tredje möjlig orsak är att personal ur alla kategorier på grund av stress, okunskap eller annat använder läkemedelsbehandling som huvudstrategi för att lösa problem där andra insatser borde vara att föredra i första hand.

Den subkategori som sticker ut såtillvida att författarna inte har hittat någon annan studie som har kommit fram till detta är *diagnosens betydelse*. Samtliga respondenter i studien hade antingen fått en felaktig eller fördröjd diagnos, i några av fallen med allvarliga konsekvenser i form av långvarig felbehandling. Detta låter kanske inte som ett omvårdnadsproblem i första hand, åtminstone inte vid en ytlig betraktelse. Respondenterna upplevde emellertid att diagnosen, förutom att den givetvis är viktig för behandlingen, var viktig för bemötandet från personalen.

Detta ligger i linje med vad Connor och Wilson (2006) samt Lilja och Hellzén (2008) kommit fram till, nämligen att patienterna identifieras som sina diagnoser, även om det inte upplevdes som något positivt i någon av dessa studier. Proudfoot et al (2009) har undersökt hur personer med bipolär sjukdom reagerar på att få en fastställd diagnos och kommit fram till att för en del respondenter kom diagnosen som en svårhanterbar chock. För dem som hade varit sjuka länge utan att diagnostiseras, så kom emellertid ofta diagnosen- och därmed ett namn på och en förklaring till alla symtom- som en lättnad. Att få information om diagnosen och att andra gått igenom samma saker som de själva hjälpte till att "normalisera" deras upplevelse, minskade känslor av isolation och underlättade copingförmågan (ibid).

Att subkategorin *miljöns betydelse* i stort sett enbart kom att handla om slutenvården tolkar författarna som att miljön i öppenvården i och för sig inte var oviktig, men att miljön i slutenvården påverkade respondenterna på ett mycket djupare och mer långtgående sätt. Det var alltså inte så viktigt för respondenterna att miljön var trevlig när de hade ett besök i öppenvården på någon timme, som det var när de var inlagda i slutenvården på obestämd tid.

Det fanns en kluvenhet hos respondenterna angående slutenvårdens vara eller icke vara, och de respondenter som vårdats inom slutenvården önskade helst av allt att undvika det framöver. Detta kan jämföras med Grubaugh et al (2007), där nästan hälften av respondenterna uppgav att de vårdats på en enhet som de aldrig mer ville återse. Ingen av respondenterna tyckte egentligen att slutenvården var helt överflödigt, men samtliga att den endast skulle finnas som en absolut sista utväg. Detta synsätt speglar samhället i stort, då antalet slutenvårdsplatser successivt minskar och öppenvården byggs ut för att kunna möta de psykiskt sjuka i hemmiljö eller på mer neutral plats än i en sjukhusmiljö. Sveriges kommuner och landstings nationella kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården från 2010 konstaterar bland annat att behovet av slutenvård inom allmänpsykiatrin minskar då det finns ett gott samarbete med och goda resurser i den psykiatriska öppenvården samt ett gott samarbete med kommunen, god tillgång till differentierade boendelösningar och möjlighet till individualiserat stöd i kommunen (SKL, 2010).

Samtliga respondenter som vårdats ineliggande hade upplevt att vårdas frivilligt på en låst avdelning, där deras rörelsefrihet alltså begränsades. När en patient som vårdas på en låst avdelning önskar gå ut så måste personalen öppna dörren vilket kanske inte alltid är möjligt att göra omedelbart på grund av tidsbrist. Detta ligger i linje med vad Johansson (2009) beskriver, att en stor del av frivilligt vårdade patienter upplever att de utsätts för olika grader av tvång i den psykiatriska slutenvården och att de är känsliga för detta. Samtidigt så kan det i vissa situationer, när sjukdomen gör att det inte går att lita på sig själv, innebära ett visst mått av trygghet att vara inlåst (ibid), vilket även de flesta av denna studies respondenter erfarit, även om det framför allt bedömdes som en negativ upplevelse att befinna sig i en låst miljö.

Sveriges kommuner och landsting konstaterar i sin kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården att verksamheter som fått nya eller renoverade lokaler kunde beskriva effekter i form av ökad trivsel, färre våldsincidenter och skadegörelse samt ett minskat behov av sömnmedel och ångestdämpande medel (SKL, 2010). Därför är det nedslående att respondenterna i denna studie

genomgående upplevde den fysiska miljön i den psykiatriska vården som torftig, och att den inte befrämjade återhämtningsprocessen. Sannolikt förknippas psykiatrisk vård i viss mån med våldsincidenter och skadegörelse, vilket skulle kunna förklara att resurserna inte läggs på inredning i någon större utsträckning. Emellertid så verkar det som att stora vinster skulle kunna göras här- inte bara i form av en mer terapeutisk miljö och ett trevligare arbetsklimat, utan även i en minskning av just våldsincidenter och skadegörelse.

Flera respondenter påpekade det olämpliga i att vårda personer med olika diagnoser och behov på en och samma enhet, till exempel psykotiska, dementa och deprimerade. Detta resultat ligger helt i linje med Connor och Wilsons (2006). Eftersom antalet psykiatriska vårdplatser stadigt minskar i antal, så är detta antagligen ett växande bekymmer, eftersom patienterna helt enkelt måste placeras på de avdelningar där det finns plats, oavsett om miljön är lämplig eller ej. Många psykiatriska tillstånd förvärras av en stressig och stökig miljö, vilket skulle kunna innebära att vårdtiderna förlängs eftersom miljön inte främjar återhämtning. Förlängda vårdtider i sin tur leder givetvis till färre lediga vårdplatser, och författarna anar här en ond cirkel som bör brytas för allas bästa.

Handisam driver kampanjen Hjärnkoll i nära samarbete med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). De har tagit fram en rapport, Minuskontot, där det tydligt framgår att individer med psykiska funktionshinder har en sämre ekonomisk situation än befolkningen i allmänhet. Denna ekonomiska situation ligger till grund för dessa individers levnadsvillkor och en försämrad livskvalitet (Levinson et al, 2009-2014). I subkategorin *ekonomins påverkan på vårdens innehåll*, framgår det av respondenterna att de har personlig erfarenhet av den oro som tillkommer av en försämrad ekonomisk situation. Behandlingar som beviljas av huvudmannen har halvvägs blivit ifrågasatt, för att senare beviljas igen. Respondenterna inkomst kom från lönearbete, sjukersättning och andra ekonomiska bistånd. Rapporten, Minuskontot, påvisar att det blir en ond cirkel av det psykiska dåliga måendet av att ha en osäker ekonomi, som i sin tur leder till en ökad ohälsa (Levinson et al, 2009-2014).

Den ekonomiska aspekten framkom också i vilket stöd som fanns i skolan och på de företag som respondenterna jobbade på under den tid som de insjuknade. Detta stöd upplevde respondenterna hade ökat med tiden och att psykisk ohälsa är något som uppmärksammas i samhället som ett problem som bör tas på allvar. Därav skjuts mer resurser till för att arbeta med detta samhällsproblem i form av olika forum och projektarbeten.

Ensam är inte stark- en bärande konstruktion för återhämtning

Under denna rubrik samlas de grundstenar, subkategorier, som representerar en god återhämtning och det stöd som respondenterna anser var viktigt för dem. I subkategorin *trygghet och tillit*, påvisas vikten av tillgänglighet till en individ eller en instans patienten har förtroende för, för välmående och en fungerande tillvaro. Det kommunala stödet i form av boendestödare upplevdes som en genomgående positiv upplevelse för de respondenter som hade erfarenhet av detta. Även de kontinuerliga kontaktpersoner som fanns via den psykiatriska öppenvården, och ett närståendestöd i den mån det fanns, ingav en känsla av trygghet. Denna kontinuitet och detta ömsesidiga förtroende vården och patienten emellan är fundamental för god vård (Schröder et al, 2006).

Vikten av kontinuitet känns som en självklarhet när det kommer till återhämtning från en psykiatrisk sjukdom, anser författarna, där vården bygger på att skapa en allians med patienten. Detta sker genom att bygga upp en relation med ett ömsesidigt förtroende. Då är det svårt att från vårdens sida försvara att en patient får möta ett flertal personer. Vården i sig blir då en ansiktslös organisation som patienten ska ha ett förtroende och en relation till, snarare än den individ, läkare, sjuksköterska, skötare etcetera som patienten har skapat en allians med.

De respondenter som är representerade i detta arbete har en distans och en nyanserad bild av sin sjukdom och sina erfarenheter av psykiatrisk vård. I subkategorin *återhämtning- den egna kampen tillbaka*, är det tydligt att de har bearbetat och har kunskap om sin sjukdom och sina varningssignaler. Det var tydligt så tillväga, att i intervjuerna var deras framförande objektiva, och de framhöll själva förklaringsmodeller för vad som gick snett och varför. Den egna kampen bestod mest av en acceptans att sjukdomen inte skulle försvinna, utan att det behövdes en förändring i sitt liv, kanske en livslång medicinering och att hitta strategier för att fortsätta leva ett så normalt liv som möjligt. Ett steg till återhämtning var kunskap om sin sjukdom och delaktighet i sin vård, ett krav som beskrivs tydligt i Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (HSL), och som även önskas från vårdens ledning, men frågan är i hur lång utsträckning det efterlevs även om det officiellt eftersträvas. Under en inläggning och vid akuta perioder av sjukdom på en psykiatrisk avdelning är verklighetsbilden ofta skev och målbilden om hur god vård bör se ut överensstämmer kanske inte, enligt vårdarna, med verkligheten. Samtidigt är drömmar och mål det som tar en människa framåt och bör om möjligt bli bekräftade. Delaktighet och kunskap för den som insjuknat är ett måste för återhämtning, men även för de som utför vården. Sir Francis Bacon myntade uttrycket 1597, och det är lika aktuellt idag; "Kunskap är makt" (Nationalencyklopedin, 2000).

SLUTSATS

Denna studie ger en färsk, om än begränsad, bild av hur personer som återhämtat sig från psykiatrisk ohälsa och vårdats inom psykiatrisk vård upplevt den vård som de fått. Resultatet kommer framför allt personal som arbetar inom psykiatrisk vård att kunna dra nytta av i sitt dagliga patientarbete, eftersom det samtidigt ger en bild av hur personer med psykisk ohälsa önskar att vårdas.

En viktig del av resultatet är att respondenternas sammantagna upplevelse av att den psykiatriska vården förbättrats över tid, och att ambitionerna att förbättra levnadssituationen för personer med psykisk sjukdom och att öka patientens inflytande över den egna vården möjligen har börjat få effekt. Dock finns det god anledning att fortsätta arbetet med dessa frågor.

Det går givetvis inte att dra några generella slutsatser från resultatet av en så pass begränsad studie, och författarna rekommenderar därför ytterligare forskning på området. Detta också för att kontinuerligt undersöka upplevelsen av psykiatrisk vård, för även om den psykiatriska vården tycks röra sig åt rätt håll, det vill säga mot ett större patientinflytande och vikt på bemötande bland mycket annat, så är detta en process som inte får avstanna.

Vad vi som författare tar med oss är att det ständigt finns ett behov av ökad kunskap för vårdpersonal överlag på ett flertal områden, däribland inom områdena

bemötande, inflytande och medbestämmande. Resultatet av denna studie visar också på vikten av att specialistutbildade psykiatrijuksköterskor axlar det omvårdnadsansvar som finns så tydligt definierat i kompetensbeskrivningen för yrkesrollen, både i personalgruppen och gentemot patienterna, och samtidigt tydliggör sin roll och sitt ansvar inom kärnkompetenserna med säker, personcentrerad och evidensbaserad vård, samverkan i team, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling och informatik.

REFERENSER

- Arvidsson H, Eriksson B G (2005) The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study. *Nordic Journal of Psychiatry* 59 (3), 186-92.
- Beech P, Norman I J (1995) Patients' perceptions of the quality of psychiatric nursing care: findings from a small-scale descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 4 (2), 117-23.
- Brottsbalken (1962:700) *Om allmänna grunder för ansvarsfrihet*. 24 kap 1 § och 4 §.
- Burnard P (1991) Writing a qualitative research report. *Nurse Educatron TO&Y* 11, 461-466.
- Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B (2008) Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal* 204, 429-432
- Carson J, Sharma T (1994) In-patient psychiatric care--what helps? Staff and patient perspectives. *Journal of Mental Health*, 3 (1), 99.
- Connor S L, Wilson R (2006) It's important that they learn from us for mental health to progress. *Journal of Mental Health*, 15 (4), 461-474.
- Cutcliffe J R, McKenna H P (1999) Establishing the credibility of qualitative research findings: The plot thickens. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 374-380
- Daniel (1982) *Bibeln*. Svenska Bibelsällskapet (Red). Libris, Örebro, 1982. Kapitel 4, vers 28-31.
- Datainspektionen, <http://www.datainspektionen.se/Documents/faktabroschyr-allmannarad-sakerhet.pdf>
- Di Censo A, Guyatt G, Ciliska D (2005) *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*. St Louis: Mosby, Inc.
- Enarsson P, Sandman P O, Hellzén O (2007) The preservation of order: The use of common approach among staff toward clients in long-term psychiatric care. *Qualitative Health Research*, 17 (6), 718-729.
- Gilburt H, Rose D, Slade M (2008) The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8, 92.
- Grubaugh, A L, Frueh, B C, Zinzow H M, Cusack K J, Wells, C (2007) Patients' perceptions of care and safety within psychiatric settings. *Psychological Services* 4 (3), 193-201.

- Gustavsson, E (2010) *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet: En rättsvetenskaplig monografi om LPT*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Higginbottom, G M A (2004) Sampling issues in qualitative research. *Nurse Researcher*, 12 (1), 7-19.
- Hutchinson SA, Wilson ME, Wilson HS (1994) Benefits of participating in research interviews. *Journal of nursing scholarship*, 26 (2), 161-164.
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- IMDb, International Movie Database (2014)
http://www.imdb.com/title/tt0073486/?ref_=nv_sr_1
- IOM, Institute of medicine of the National Academies (2003) *Health Professions Education: A bridge to quality*. Washington, DC, The National Academies Press.
- Johansson, I (2009) *The health care environment on a locked psychiatric ward and its meaning to patients and staff members*. Västra Frölunda: Intellecta Docusys AB.
- Jonasson U, Jonasson B (2006) *Beroendeskäpande läkemedel – ett folkhälsoproblem som ökar*. Statens folkhälsoinstitut, rapport nr A2006:05.
- Keogh B, Daly L (2009) The ethics of conducting research with mental health service users. *British Journal of Nursing*, 18 (5), 277-281.
- Kesey, K (1962) *One flew over the cuckoo's nest*. New York, Signet.
- Kuosmanen L, Hätönen H, Jyrkinen AR, Katajisto J, Välimäki M (2006) Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (6), 655-663.
- Kvale S, Brinkman, S (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
- Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.
- Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.
- Lex Nora, Motion 2013/14:So664. *Bättre psykisk hälsa och psykiatrisk vård bland unga*.
- Laursen T M, Nordentoft M, Mortensen PB (2014) Excess early mortality in schizophrenia. [Annual Review of Clinical Psychology](#), 28 (10), 425-448
- Levinsson, H, Jiborn, M (2009-2014), *Minuskontot*, H(j)ärnkoll. Ett nationellt projekt mellan Handisam och Nationell samverkan för psykisk hälsa.
www.hjarnkoll.se

- Lilja L, Hellzén O (2008) Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17 (4), 279-286.
- Long, T, Johnson, M (2000) Rigour, Reliability and Validity in Qualitative Research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4, 30-37
- Malmö Högskola, HS, Etiska rådet, <http://www.mah.se/Om-Malmo-hogskola/Om-HS/Etikradet/>
- Mander R (1992) Seeking approval for research access: the gatekeeper's role in facilitating a study of the care of the relinquishing mother. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (12), 1460-4
- Markström, U (2003) *Den svenska psykiatrireformen: Bland brukare, eldsjälar och byråkrater*. Umeå, Borea.
- Nationalencyklopedin AB (2000) *Nationalencyklopedin Multimedia 2000 på CD-ROM publicerad juni 2000 för PC och Macintosh*. Malmö, NE.
- Polit F. D & Beck C. T (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Ninth edition*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Proudfoot JG , Parker GB, Benoit M, Manicavasagar V, Smith M, Gayed A (2009) What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. [Health Expectations](#), 12 (2), 120-129.
- Psykiatriska riksföreningen- PRF & Svensk sjuksköterskeförening- SSF (2008) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*.
(2014-05-27)
- QSEN Institute (2014). *Competencies*. Hämtad från <http://qsen.org/competencies/> 2014-05-02
- Sandelowski, M (1995) Focus on Qualitative Methods. Sample Size in Qualitative Research. *Research in Nursing & Health*, 18, 179-183.
- Schröder A, Ahlström G, Larsson BW (2006) Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (1), 93-102.
- SKL, Sveriges kommuner och landsting (2010) *Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården*. Avdelningen för Vård och Omsorg, Sektionen för Vård och Socialtjänst. Diarienummer: 08/3748.
- Socialstyrelsen (2008) *Patient- och närståendeperspektivet i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer – en arbetsmodell utvecklad inom riktlinjerna för depression och ångestsjukdom*. Artikelnummer: 2008-123-8. Sid 13.
- Socialstyrelsen (2013) *Bättre vård – mindre tvång? Utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården*. Artikelnummer 2013-11-27.

socialstyrelsen.se/psykiskhalsa

SOU 1992:73 (1992) *Välfärd och valfrihet - service, stöd och vård för psykiskt störda*. Statens offentliga utredningar.

SOU 2006:100 (2006) *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Statens offentliga utredningar.

Stenhouse R C (2010) 'They all said you could come and speak to us': Patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 74–80.

Svedberg P, Jormfeldt H, Arvidsson B (2003) Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 448–456.

Szmukler G, Appelbaum P S (2008) Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17 (3), 233–244.

Veltkamp E, Nijman H, Stolker J J, Frigge K, Dries P, Bowers L (2008) Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 59 (2), 209-211.

Woods L, Roberts P (2003) Requesting access for research purposes: Issues and guidelines. [Nurse Research](#), 10 (3), 38-47.

Åsberg M, Agerberg M (2009) *Psykiatrins historia*. I: Herlovson J, Ekselius L, Lundh L-G, Lundin A, Mårtensson B, Åsberg M (Red) *Psykiatri*. Upplaga 1:3. Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGOR

Bilaga 1. Ansökningsblankett etisk prövning.

Bilaga 2. Informationsbrev.

Bilaga 3. Intervjuguide.



MALMÖ HÖGSKOLA
FAKULTETEN FÖR
HÄLSA OCH SAMHÄLLE

**ANSÖKNINGSBLANKETT
ETISK PRÖVNING**

A. ALLMÄNT
Projektets titel
PSYKIATRISK VÅRD UR DE VÅRDADES PERSPEKTIV EN INTERVJUSTUDIE MED PERSONER SOM ÅTERHÄMTAT SIG FRÅN PSYKIATRISK OHÄLSA
Studenter som genomför projektet
Ange adress och e-post
LINA DAM FORMARE, Torupsvägen 664, 233 64 Bara. lina.damformare@gmail.com CARIN HASSELSKOG, Fågelbacksgatan 27 b, 217 44 Malmö carin.hasselskog@gmail.com
Utbildningsnivå
Avancerad nivå. - Specialistutbildning för sjuksköterskor inom psykiatri, Malmö Högskola.
Handledarens namn, titel, adress och e-post
Ann-Marie Campbell, leg. sjuksköterska, vårdlärare, fil. kand. i etnologi. Forskarstuderande i vårdpedagogik vid vårdpedagogiska institutet, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet. Forskningsområde: Lärande i vårdorganisationen, vårdkultur, undervisar i organisation, arbetsledning, gruppsykologi, hälsoekonomi. Malmö högskola, Hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, ann-mari.campbell@mah.se
B. UPPGIFTER OM PROJEKTET
1. Sammanfattande beskrivning (max 150 ord)
Syftet med denna studie är att beskriva hur en begränsad grupp av vuxna personer som vårdats i psykiatriska vård upplevt vården. Materialet kommer att samlas in genom enskilda intervjuer på plats som informanten väljer. Intervjuerna kommer att spelas in. Studien kommer att ha en kvalitativ karaktär och materialet kommer att analyseras med hjälp av någon form av innehållsanalys.
2. Ange primär vetenskaplig frågeställning
Hur upplever vuxna personer ur en begränsad grupp mötet med psykiatrisk vård?

<p>3. Beskriv undersökningsprocedur, datainsamling samt hantering av data.</p> <p>Informanter kommer att rekryteras från en projektgrupp som innehåller personer med egen erfarenhet av psykiatrisk vård och som har återhämtat sig från psykiatrisk sjukdom. Syftet med projektet ifråga är att inhämta personernas erfarenheter av psykiatrisk vård. Berättelserna från dessa upplevelser ska fungera som en hjälp för vårdgivare att bättre förstå psykiatrisk ohälsa, och även vara till hjälp och stöd för personer som håller på att återhämta sig från psykiatrisk ohälsa. Projektet är relativt nystartat och försiggår i en medelstor stad i södra Sverige.</p> <p>Verksamhetschefens samtycke kommer att inhämtas men namnet på projektet eller den stad det försiggår i kommer inte att publiceras av sekretesskäl. Alla deltagare i projektet kommer att få en muntlig förfrågan om att delta, och vid eventuellt intresse kommer de att erhålla ett informationsbrev, se bilaga 1.</p>
<p>1. Innehåller materialet känsliga personuppgifter (se 13§ PUL)? Om ja – av vilket slag?</p> <p>Upplevelsen som respondenterna ska besvara kan även komma att beröra hälsoaspekten, inte minst deras upplevelse av god/dålig hälsa relaterat till bemötandet av psykiatrisk slutenvård. För att säkra respondenternas om att deras personuppgifter skyddas, kommer författarna inte inhämta deras uppgifter. Författarna anser att det finns en garanti från projektansvarig om deras värde som respondenter genom deras delaktighet i sitt eget projekt. Det namn som respondenten presenterar sig med i intervjun kommer i transkriberingen att ändras till ett annat, slumpmässigt valt namn.</p>
<p>5. Hur säkerställs deltagarnas integritet under projektet?</p> <p>Intervjun kommer att genomföras på den lokal respondenten önskar. Båda författarna kommer att medverka vid samtliga intervjutillfällen. Intervjuerna kommer att transkriberas direkt efter intervjutillfället och samtidigt avidentifieras med att ges ett nytt slumpmässigt valt namn av författarna. Materialet sparas i egen datafil som endast författarna har tillgång till.</p>
<p>6. Ange var datainsamling ska ske och redogör för behovet av och inhämtande av eventuella tillstånd från myndigheter, medgivanden från verksamhetsansvariga etc.</p> <p>Studien kommer att genomföras i Södra Sverige, icke nämnd stad. Inte heller nämns namnet på den projektgrupp som respondenterna rekryteras från. Verksamhetschefens godkännande av att det rekryteras från dennes projektgrupp är dokumenterat, se bilaga 4. Handledarens godkännande skickas med, se bilaga 3.</p>
<p>1. Är detta projekt en del i annat projekt? Om ja – ange vem som ansvarar för det andra projektet.</p> <p>Nej.</p>
<p>C. UPPGIFTER OM INFORMANTER/POPULATION/MATERIAL</p>
<p>1. Beskriv urvalsförfarande.</p> <p>Det enda kriteriet för att ingå i studien är självupplevd erfarenhet av psykiatrisk vård hos vuxen person. En av ledarna för projektgruppen kommer att åter muntligt fråga deltagarna om det finns intresse för att delta i intervjustudien, och vid visat intresse kommer deltagarna att få ett informationsbrev som finns bifogat till projektplanen.</p>

<p>2. Beskriv relationen mellan student/handledare å ena sidan och deltagare/population/material å den andra.</p> <p>Författarna har tidigare träffat handledaren endast i egenskap av lärare och föreläsare på Malmö Högskola.</p> <p>När det gäller val av informanter så har en av författarna vid flera tillfällen i tjänsten träffat projektledarna för den grupp som kommer att tillfrågas om deltagande, och då författaren nämnde för en av projektledarna vad det tänkta ämnet för magisteruppsatsen var så erbjöd sig projektledaren frivilligt att preliminärt undersöka om det fanns ett intresse i gruppen för att delta i denna intervjustudie. Intresset visade sig vara stort vid denna första, muntliga förfrågan.</p>
<p>3. Beskriv undersökningsmaterialets omfattning.</p> <p>Antalet informanter är än så länge inte fastställt, projektgruppen ifråga består dock av tolv personer vilket innebär att fler än tolv intervjuer kommer inte att genomföras.</p>
<p>D. INFORMATION OCH SAMTYCKE</p>
<p>1. Beskriv vilken information som presenteras inför deltagandet samt under vilka former deltagaren får denna information.</p> <p>Se bilaga 1.</p>
<p>2. Under vilka former inhämtas deltagarens samtycke?</p> <p>Samtycke kommer att inhämtas efter den skriftliga informationen delats ut. Se bilaga 2.</p>
<p>E. ETISKA ÖVERVÄGANDEN</p>
<p>1. Reflektera över de risker och komplikationer (fysisk/psykisk skada, integritetsintrång etc) som projektet kan medföra för deltagarna eller andra. Finns det alternativa metoder där dessa risker kan undvikas?</p> <p>Ämnet som ska behandlas är förvisso känsligt. Emellertid har respondenterna en viss vana av att dela med sig av sina erfarenheter i och med det projekt som de redan deltar i. Skulle någon av respondenterna trots detta drabbas av en krisreaktion eller dylikt i samband med intervjun, så kommer författarna- som har en mångårig erfarenhet av psykiatrisk vård- att ta ansvar för att personen ifråga får den professionella hjälp och det stöd den behöver.</p>
<p>2. Beskriv eventuell nytta som projektet kan innebära för deltagarna.</p> <p>De erfarenheter och upplevelser från individer med erfarenhet om sluten psykiatrisk sjukvård ska fungera som en hjälp för vårdgivare att bättre förstå psykiatrisk ohälsa, och även vara till hjälp och stöd för personer som håller på att återhämta sig från psykiatrisk ohälsa.</p>
<p>F. REDOVISNING AV RESULTAT</p>
<p>1. Hur kommer resultaten att offentliggöras?</p> <p>Studien kommer att publiceras på MUEP.</p>
<p>2. Hur säkerställs deltagarnas integritet när resultatet offentliggörs?</p> <p>Vid en första, muntlig förfrågan så visade projektgruppen ett stort intresse för att delta i denna studie. Entusiasmen inför det egna projektet och inför denna studie är stor, och författarna kommer därför redan från början tydliggöra att studien inte sker inom ramarna för projektet utan är helt och</p>

håller fristående. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att informanterna, trots att de givetvis kommer att få ta del av resultatet, inte kommer att kunna använda resultatet av studien till projektet med hänsyn till sekretessen.

3. Vad händer med insamlat material när projektet är avslutat?

Allt insamlat material, allt i pappersform kommer att slängas i sekretessbehållare för att brännas. Inspelat material kommer att raderas, och filer med transkriberade intervjuer kommer att raderas.

BILAGOR (1-3 ÄR OBLIGATORISKA)

- 1. Skriftlig information till de som tillfrågas**
- 2. Skriftlig samtyckesblankett enligt anvisningar**
- 3. Undertecknat medgivande från handledare**
- 4. Undertecknat medgivande från verksamhetsansvarig (i förekommande fall).**

Bilaga 2

Studiens arbetstitel: Psykiatrisk vård ur de vårdades perspektiv- och intervjustudie med personer som återhämtat sig från psykiatrisk ohälsa.	Datum:
Studieansvariga: Lina Dam Formare och Carin Hasselskog E-mail: carin.hasselskog@gmail.com	Studerar vid Malmö Högskola, Fakulteten för Hälsa och Samhälle, 206 05 Malmö, tel 040-6657000. Utbildning: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård.
Syftet med denna studie är att beskriva erfarenheter av att vårdas inom psykiatrisk heldygnsvård. Målet är att skapa en djupare förståelse för upplevelsen av att vårdas på en psykiatrisk vårdavdelning. Information kommer att inhämtas genom inspelade intervjuer. Intervjuerna kommer att genomföras på avskild plats som du själv väljer. Tidpunkt för intervjun kommer att avtalas mellan dig som intervjuas och oss som genomför intervjun. Allt material som inhämtas kommer att behandlas strikt konfidentiellt och ingen utom de studieansvariga kommer att få ta del av informationen. Allt skriftligt och inspelat material kommer att förvaras oåtkomligt för alla utom de studieansvariga. I den färdiga magisteruppsatsen kommer allt material att vara avidentifierat så att det inte går att härleda resultatet till någon enskild individ.	Deltagande i studien är helt frivilligt. Du som informant kan när som helst, utan någon motivering välja att avbryta ditt deltagande i studien. Du tillfrågas härmed om du önskar delta i denna studie. Om du har några frågor eller önskar förtydligande information så kontakta oss på e-mail carin.hasselskog@gmail.com.

Bilaga 3

När hade du din första kontakt med psykiatri?

Hur upplevde du det första mötet med psykiatri?

Har du haft ytterligare kontakt med psykiatri? Hur upplevde du detta?

Har du haft någon kontakt med den kommunala psykiatri (t ex boendestöd)? Hur upplevde du detta?

Har du blivit utsatt för några tvångsåtgärder i vården? (Formella/ informella.) Hur upplevde du detta?

Hur upplevde du bemötandet från personalen? (Och detta vid alla kontakter med psykiatri)

Hur upplevde du miljön?

Är det något särskilt i mötet med psykiatri som du vill berätta om?

Är det något som du önskar att personalen gjort annorlunda?

Hur tycker du att din kontakt med psykiatri idag fungerar?