



EXAMENSARBETE

Våren 2012

Sektionen för Hälsa och Samhälle

Sjuksköterskeprogrammet

Omvårdnad 15 Hp

# Respekterad eller ifrågasatt?

Om bemötande av personer med  
psykisk ohälsa

Författare

Betty Andertoft

Helena Paulsson

Handledare

Anna Pålsson

Examinator

Sören Augustinsson

# Respekterad eller ifrågasatt?

## Om bemötande av personer med psykisk ohälsa

Författare: Betty Andertoft & Helena Paulsson

Handledare: Anna Pålsson

Kvalitativ studie

Datum 120606

### Sammanfattning

När sjukvårdspersonal inte kan skapa en relation i mötet med patienten får han/hon svårt att identifiera, bedöma och ta ställning till vilka behov som bör tillgodose patienten. Innehållet i en relation bygger på kommunikation och kommunikativa brister kan bero på stress, osäkerhet och rädsla. Det kan i sin tur leda till att patienten inte uppskattar den givna vården, alternativt inte vågar söka vård. Syftet med denna studie var att belysa hur personer med psykisk ohälsa upplever mötet med sjukvårdspersonal. Studien är gjord utifrån en kvalitativ ansats som bygger på fem självbiografier. I resultatet framkom att patienterna inte alltid kände sig delaktiga i sin behandling. Patienterna upplevde dessutom att de inte möttes med empati, vilket innefattar medkänsla och förståelse, från sjukvårdspersonal. Det framkom också att patienterna hade svårt att skapa tillit när det brast i kontinuiteten med sjukvården, och det var svårt för patienterna att känna trygghet när de ständigt konfronterades med nya människor. Oavsett vilken diagnos på psykisk ohälsa som patienterna har, är uppfattningen om hur de vill bli bemötta densamma. Genom att sträva efter kontinuitet och empati kan maktförhållanden utjämnas och patienterna slipper känna sig som brickor i ett spel.

Nyckelord: Bemötande, Upplevelse, Psykisk ohälsa, Självbiografi,  
Sjukvårdspersonal

# Respected or questioned?

## About treatment of persons with mental illness

Author: Betty Andertoft & Helena Paulsson

Supervisor: Anna Pålsson

Qualitative study

Date 120606

### Abstract

When medical professionals cannot achieve a relationship in meeting with the patient, he/she has difficulties to identify, evaluate and decide what needs the patient has. The content of a relationship is based on communication and communicative deficiencies may be due to stress, uncertainty and fear. This may in turn lead to the patient does not appreciate the given care, or dare not seek treatment. The purpose of this study was to illustrate how people with mental illness experience meeting with health professionals. The study is based on a qualitative approach based on five autobiographies. The results revealed that patients do not always feel involved in their treatment. Patients also experienced that they were not met with empathy, which includes compassion and understanding, from healthcare professionals. It was also revealed that patients found it difficult to build trust when things went wrong with the continuity of care, and it was difficult for patients to feel safe when they constantly were confronted with new people. Ignoring the diagnoses of mental illness, the perception of how the patients want to be treated, is the same. By striving for continuity and empathy, power relations can be equalized and the patients do not have to feel like pawns in a game.

Keywords: Treatment, Experience, Mental illness, Autobiography,  
Medical Professionals

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Urval.....	8
Datainsamling .....	8
Analys och genomförande .....	9
Forskningsetik.....	10
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
Sjukvårdens makt.....	10
Tillit.....	12
Empati .....	13
”En pjäs i spelet” .....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>15</b>
Metoddiskussion .....	15
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats .....	19
<b>REFERENSER</b> .....	<b>20</b>

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Modell

## INLEDNING

Människor med psykisk ohälsa har en sammansatt problematik att handskas med. För det första måste de hantera de symtom som den psykiska sjukdomen medför, vilket exempelvis kan vara hallucination eller vanföreställningar. Detta är symtom som gör det svårt för människorna att arbeta, leva ett eget liv eller att uppnå en skaplig livskvalitet. Personer med psykisk ohälsa är också en utsatt grupp i samhället, där de måste hantera allmänhetens missförstånd kring olika typer av psykisk sjukdom, vilket i sin tur kan leda till stigmatisering (Björkman, 2009). Dessutom har de inte allt för sällan brist på socialt stöd och har ofta ekonomiska svårigheter. Det här är faktorer som kan ge upphov till somatiska symtom, som till exempel smärta, vilket resulterar i att vi inte bara möter dessa patienter inom psykiatrin, utan även inom primärvården och på allmänsjukhus (Skärsäter, 2010). Vårt fokus i studien är mötet mellan patienten med psykisk ohälsa och sjukvårdspersonal, och vilka tankar och känslor mötet väcker hos patienten.

## BAKGRUND

Att definiera psykisk ohälsa har varit svårt. Diverse försök med att definiera begreppet har gjorts, och slutligen så beskrivs psykisk ohälsa som subjektivt upplevda besvär som inte behöver ha samband med en psykisk diagnos eller störning (Rönnerberg, 2002).

På 1870-talet präglades synen på personer med psykisk ohälsa av rädsla och fördomar. För att få kontroll på dem inrättades hospital, som hade till avsikt att skilja dem från det övriga samhället. Behandlingsmetoderna och bemötandet inom vården innehöll tvång och atmosfären var auktoritär, men under 1900-talet har synen på psykisk ohälsa successivt förändrats. Utvecklingen av behandlingsmetoder och psykofarmaka har bidragit till att behandlingstiderna inom slutenvården har minskat, men däremot har det skapats ett större behov av eftervård i form av öppenvårdsbesök. Syftet med öppenvården har varit, och är fortfarande, att det ska ge stöd åt ett aktivt liv och en meningsfull fritid. 1995 tillkom psykiatrireformen, vars ambition var att ge patienterna större inflytande i sin vård och underlätta vård i öppnare former (Pettersson, 2001).

Dagens psykiatriska vård har integrerats med den övriga hälso- och sjukvården och det ger människor med psykisk ohälsa samma rättigheter och skyldigheter som andra grupper i samhället (Pettersson, 2001). I hälso- och sjukvårdslagen redogörs för hur vård ska ges på lika villkor med respekt för alla människors lika värde. Den ska tillgodose patientens självbestämmanderätt och integritet, främja goda kontakter mellan sjukvårdspersonal och patienter och vara av god kvalitet genom att ta hänsyn till varje enskild patients behov (HSL 1982:763). Även i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2007) beskrivs det att omvårdnad ska ges utan att begränsas av funktionsnedsättning eller sjukdom. Det finns olika faktorer som kan bidra till att en god omvårdnad inte alltid upprätthålls. Faktorer som kan påverka personalens arbete kan vara stress, osäkerhet och tankar kring att uttrycka sig fel eller rädsla hos sjuksköterskan. Det här är faktorer som även framkommer i Reed & Fitzgeralds studie från 2005. Sjuksköterskor i deras studie uttrycker också att personer med psykisk ohälsa kan visa motstånd och sakna samarbetsförmåga, vilket resulterar i att patienterna inte alltid uppskattar den givna vården. Det kan medföra att sjuksköterskan får svårt att identifiera, bedöma och ta ställning till vilka behov som bör tillgodoses för patienten med psykisk ohälsa när han/hon söker vård. Det kan ibland vara svårt att veta hur mötet med personer med psykisk ohälsa ska ske på bästa sätt. Men mötet bör inte ses som en svår situation att hantera, utan som en erfarenhet. På så sätt kan sjuksköterskan bli mer professionell i mötet med patienten. Att använda sina misstag och reflektera över dem leder till ständig förbättring (Skärsäter, 2010).

Omvårdnadsteoretikern Travelbee (2006) anser att en god relation med patienten måste skapas för att kunna tillgodose dennes omvårdnadsbehov. Travelbee poängterar hur viktigt det är för sjuksköterskan att kommunicera med patienten för att skapa denna relation.

Kommunikation handlar inte bara om verbal kommunikation, utan innefattar även icke verbal kommunikation. Det är oftast första mötet mellan sjuksköterskan och patienten med psykisk ohälsa som ligger till grund för den fortsatta relationen och det är betydelsefullt att sjuksköterskan försöker förbise sina förutfattade meningar. Detta är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna se personen bakom patienten och för att kunna förstå hur denna patient upplever sin situation. Det är viktigt att låta patienten själv ge en helhetsbeskrivning av sin situation när han/hon möter sjukvårdspersonal. Travelbee menar att alla människor är unika och det är bara patienten själv som kan beskriva hur denne mår och vad han/hon behöver ha hjälp med (Travelbee, 2006).

Kommunikationen i mötet mellan sjuksköterskan och patienten med psykisk ohälsa kan vara komplex. Samma situation kan uppfattas på olika sätt och kommunikationen mellan de två parterna kan ge upphov till missförstånd. Om patienten upplever svårigheter i att kommunicera och skapa en relation i mötet med sjukvårdspersonal kan det leda till att patienten inte känner sig trygg, inte vågar söka vård och isolerar sig, vilket i sin tur kan leda till ångest och depression (Sjöström & Skärsäter, 2010). Personer med psykisk ohälsa har ofta långa vård- och behandlingstider och är ofta återkommande patienter inom sjukvården (McKenna, Keeney, Bannon, & Finn, 2000). De har i och med det ett stort behov av att bygga upp en förtroendefull relation där sjukvårdspersonal visar intresse för patienten och hans/hennes situation (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008).

Som sjuksköterska möter du personer med psykisk ohälsa inom all sjukvård. Professionalism, medmänsklighet och empati är de grundläggande principerna för vårdpersonalen i mötet och relationen med patienten (Cullberg, 2000; Ottosson, 2009). Författarna till denna studie anser att bemötande av patienter med psykisk ohälsa inte alltid lever upp till hur patienten önskar bli bemött av sjukvårdspersonal. Ofta anses deras beteende spegla personligheten när det i själva verket är ett symptom på sjukdom. Förhoppningen med denna studie är att läsarna ska reflektera över bemötandes betydelse och hur det påverkar individer med psykisk sjukdom.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa hur personer med psykisk ohälsa upplever mötet med sjukvårdspersonal.

## **METOD**

Studien bygger på fem självbiografier och är gjord utifrån en kvalitativ ansats. Genom att utgå från en kvalitativ ansats har strävan varit att få en helhetsförståelse av de valda böckerna. Detta för att få en så fullständig bild som möjligt av författarnas situation. Självbiografier har använts då de är skrivna i ett upplysande syfte och innehåller detaljerade och beskrivna uppgifter (Dahlberg, 1997). Att använda sig av självbiografier kan ses som ett bra sätt att införskaffa kunskap, eftersom innehållet baseras på berättarens tolkning av erfarna upplevelser (Dahlborg-Lyckhage, 2006). Att analysera

berättelser handlar om att systematiskt tolka andra människors tolkningar av sig själva och sin sociala värld (Johansson, 2005). Studien är formad efter de tolkningar som studiens skribenter gjort av det insamlade materialet. Böcker skrivna av personer med olika diagnoser på psykisk ohälsa valdes för att upptäcka mönster och kännetecken. Avsikten med studien var att lyfta fram personers upplevelser av mötet med sjukvårdspersonal.

## Urval

Inklusion- och exklusionskriterier användes för att avgränsa materialet och göra det hanterbart, samtidigt som det skulle svara till syftet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Inklusionskriterierna för de valda självbiografierna var att informanterna var vuxna över 18 år, att de led av diagnostiserad psykisk sjukdom och var skrivna på svenska under 2000-talet. Biografierna skulle spegla patientens upplevelser av bemötande med svensk sjukvård. Vi valde böcker som skildrade både kvinnors och mäns upplevelser för att studien skulle spegla båda genusperspektiven.

Böcker som speglar anhörigperspektiv exkluderades. Även faktaböcker valdes bort.

## Datainsamling

Sökningen skedde via Libris, som är ett nationellt bibliotekssystem, med hjälp av sökord som biografi, biografier, bipolär sjukdom, schizofreni, depression och ätstörning (Bilaga 1). Dessa är några av de vanligaste psykiska sjukdomarna i Sverige (Cullberg, 2000), och därav valet av sökorden. Sökord används för att finna litteratur som svarar mot syftet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Sökningen biografi, bipolär sjukdom gav 15 träffar. Av de böcker som valdes bort svarade två inte mot inklusionskriterierna och två var dubletter. Därefter söktes bokrecensioner upp på Adlibris och lästes. Detta för att få en inblick i vad böckerna handlade om och för att se om de var användbara för studien. Åtta böcker uteslöts då de inte innefattade mötet med sjukvården eller var faktainriktade och svarade därmed inte mot syftet. De tre självbiografier som valdes var: *Mitt galna liv* (Lagercrantz, 2010), *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva* (Heberlein, 2004) och *Adams bok* (Moberg, 2004). Ytterligare en sökning gjordes på biografier, depression, som gav 13 träffar. Sju av böckerna svarade inte mot inklusionskriterierna och fyra stycken svarade inte mot syftet. De två böcker som återstod var



redan valda under föregående sökning. Den tredje sökningen gjordes på biografier, schizofreni och fick fram 12 träffar. Nio stycken böcker svarade inte mot inklusionskriterierna, och efter att vi sökt fram recensioner på Adlibris, så uteslöts ytterligare två böcker då de inte svarade mot syftet. Den bok som valdes var: *Känn pulsen slå* (Pålsson, 2008). En fjärde och sista sökning gjordes på biografier, ätstörningar och gav 13 träffar. Sju stycken böcker svarade inte mot inklusionskriterierna, och fem böcker svarade inte mot syftet. Den bok som valdes var: *Ludenben* (Samuleson, 2004).

En kort beskrivning av de valda självbiografierna:

*Mitt galna liv* – En bok om Arvid Lagercrantz, som redan i tidig ålder fick diagnosen bipolär sjukdom, typ 1. I boken beskriver han sin sjukdom, hur han har behandlats och vad sjukvårdspersonalen skrev i hans journaler.

*Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva* – Ann Heberleins bok om hur det är att leva med diagnosen bipolär sjukdom, typ 2. I boken berättar hon om sin vardag med ångestattacker, självmordstankar, perioder av pendlande stämningslägen samt hur hon upplevt kontakten med sjukvården.

*Adams bok* - Boken handlar om Adam Inczédy-Gombos och hans manodepressiva tillstånd. Kärlek, förtvivlan, ilska, ångest och kämpen mot sjukvårdssystemet skildras i boken.

*Känn pulsen slå* – I denna bok berättar Berny Pålsson om hur det är att leva som psykiskt sjuk missbrukare. Hon beskriver hur hon anser att vården av psykiskt sjuka fungerar och om kampen att bli frisk. Hon berättar också hur hon hamnar mellan stolarna på grund av den dubbla problematiken i form av schizofreni och missbruk.

*Ludenben* – *Ludenben* är en bok om anorexi och bulimi. Katarina Samuelson redogör för hur hon lärt känna den sjukdom som så hänsynslöst förtärt henne och hur hon upplevt den ändlösa raden av sjukhusvistelser och vårdanstalter.

## **Analys och genomförande**

En analys genomfördes av de valda biografierna och av tidsskäl delades böckerna upp mellan författarna. Böckerna lästes från pärm till pärm, var och en för sig, för att få en övergripande bild av textinnehållet. Sidor och text som svarade mot syftet markerades under läsningen.

Texterna förkortades sedan så att innehållet endast handlade om upplevelser som var användbara för studien. Texterna som blev kvar handlade om mötet med sjukvården och

fördes samman utifrån likheter och skillnader. Efterhand som materialet bearbetades och strukturerades upp efter handling skapades tankar på passande kategorier. Text som svarade mot syftet delades sedan in under respektive kategori (Johansson, 2005). Sammanlagt framkom fyra kategorier som sammanfattades till ett resultat och det skapades en ny helhet utifrån en modell (bilaga 2). Kategorierna är *Sjukvårdens makt*, *Tillit*, *Empati* och *”En pjäs i spelet”*.

### *Forskningsetik*

Forskare har ett ansvar gentemot författarna och bör ta hänsyn till, och skydda deras integritet. Att namnge författarna och lämna ut deras identitet skulle kunna ses som oetisk (Olsson & Sörensen, 2008; Stryhn, 2007), men eftersom böckerna är publicerade offentligt med författarnas riktiga namn, ansåg vi att deras identitet inte behövde skyddas.

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras utifrån fyra kategorier. *Sjukvårdens makt* beskriver sjukvårdspersonalens agerande i mötet med patienten. Om förtroendefulla relationer berättas under rubriken *Tillit*. Tillit är ett förtroende, en övertygelse, att man kan lita på någon och att vara övertygad om någon händelse, ett beteende eller en handling. *Empati* skildrar känslor i mötet mellan sjukvårdspersonal och patient. Empati är förmåga att kunna leva sig in i en annan människas känsloläge och behov, men också om att förstå och känna medkänsla för andra människor. Trygghet och kontinuitet beskrivs i *”En pjäs i spelet”*.

### *Sjukvårdens makt*

Att det var svårt att bli respekterad och tagen på allvar vid hjälpsökande har flera författare vittnat om i sina böcker (Heberlein, Lagercrantz, Moberg, Pålsson, Samuelson). Exempelvis beskrevs det i Mobergs bok att det var först när patienterna uttryckte sin dödsönskan som de fick den hjälp de önskade och behövde. Även Heberlein bevittnade denna svårighet, då hon fick antidepressiva läkemedel först när hon hade försökt ta sitt liv. Risken med att inte bli tagen på allvar är att hjälpen kommer för sent.

I Moberg och Pålsson framkom att informationen till patienten var bristfällig och att beslut fattades alltför snabbt och över huvudet på patienten. Detta medförde att patienten sällan kände sig delaktig i sin behandling. Pålsson menade att patienterna skrevs ut lite hur som helst och utan uppföljning. I följande exempel beskriver Pålsson sin syn på psykiatrin:

*”... med bara en tjock bunt av gula recept i handen. Recept som patienterna ofta inte ens plockar ut eftersom de inte har fått någon information om sin sjukdom och därför inte inser att de faktiskt behöver dessa mediciner.”(Pålsson 2008, s. 229-230)*

Gemensamt i böckerna var att personerna upplevde personalen som nonchalant och ouppmärksam i sitt bemötande (Heberlein, Lagercrantz, Moberg, Pålsson, Samuelson). Personalen upplevdes ha bristande kunskaper i bemötande av patienterna, men även kring deras sjukdomstillstånd. Samuelson berättade att trots att hon själv talade om för personalen att hon ständigt kräktes, kände hon att hon aldrig blev trodd. Personalen hade varken observerat eller dokumenterat problematiken. De hänvisade till labprover, som visade resultat inom normalvärde. Även i Mobergs bok beskrivs personalen som ouppmärksam och slapp. Patienterna kunde enkelt gömma läkemedel för att sedan spola ner medicinerna i toaletten.

Andra saker som var gemensamt i böckerna var att patienterna ofta fick olika besked av olika personal. De ansåg att de blev utskrivna för tidigt, med en massa mediciner, trots att de inte kände sig färdigbehandlade. Patienterna upplevde att de inte blev bemötta med respekt och att personalen hade bristande förståelse för deras sjukdom (Heberlein, Lagercrantz, Moberg, Pålsson, Samuelson). Lagercrantz upplevde det problematiskt att ingen lyssnade eller visade omtanke. Han ansåg att attityden till psykiskt sjuka är viktig och uttryckte att mötet bör ske på följande sätt:

*”Var mänsklig och inte som en staty i din kontakt med dem som söker din hjälp och kom aldrig med färdiga lösningar.” (Lagercrantz 2010, s. 225)*

## Tillit

Gemensamt i samtliga böcker har varit att när patienterna sökt vård, har de fått ny läkare gång på gång. De har då tvingats berätta sin historia om och om igen. När det brast i kontinuitet var det svårt att skapa tillit, vilket kunde leda till att klienterna undanhöll information av rädsla att bli avvisade (Heberlein, Lagercrantz, Moberg, Pålsson, Samuelson). Samuelson uttryckte att hon inte vågade vara ärligt på grund av rädsla att andra skulle avsky och äcklas av henne, mer än hon själv redan gjorde. Ett exempel från Samuelson är följande:

*”Jag vill ringa till avdelningen och skrika ut vad jag har gjort, men jag skäms så fruktansvärt och lagrar skammen i kroppen och själen.” (Samuelson 2004, s. 105)*

Moberg, Pålsson och Samuelson skriver att tillit också var svårt att skapa när personalen hade bristande kunskap kring patientens sjukdomstillstånd. De menade att de ofta ”kom i kläm” mellan olika instanser när personalen inte visste tillräckligt mycket eller kände till vilka befogenheter de hade. Pålsson skriver följande:

*”Men ingen följer upp mig och jag kastas nedåt ännu en gång av krafter som jag inte kan styra. Nu när jag äntligen har blivit beviljad en behandling mot mitt missbruk – en utdragen process som har tagit nästan två år – vill de skicka tillbaka mig till psykiatrin. Jag behöver både psykiatrisk vård och vård för mitt missbruk, men det slutar med att jag just därför inte får någon vård alls.” (Pålsson, 2008, s. 220)*

I alla fem böckerna upplevde personerna att de bemöttes med oförståelse kring sin situation av personalen. Det fanns få som orkade ta sig tid och visa intresse för dem som individer. (Heberlein, Lagercrantz, Moberg, Pålsson, Samuelson). Pålsson skrev att hon kände sig som en ”hopplös arbetsuppgift”, dömd på förhand att leva så begränsat som möjligt. Hon ansåg att hon redan hade tillbringat för många år inom sjukvården, utan att få den hjälp hon behövde. Hon kändes sig dessutom besviken på personalens åtgärder och agerande. Personalen talade nedlåtande till henne, som om hon var ett litet barn som inte förstod vad de sa. Samuelson upplevde att personalen tycktes föredra renodlade, skötsamma patienter och att hon inte

ingick i den kategorin. Hon var fel typ av patient. Heberlein poängterade att för att kunna vara sann och ärlig, var det viktigt att bli förstådd och utan dessa komponenter skapas ingen tillit.

## Empati

Moberg, Pålsson och Samuelson berättar att de tidvis kände att personalen inte visade empati. De blev inte sedda som individer, utan som patienter som identifierades med sin sjukdom. Känslan av att ingen lyssnade, och att de blev ifrågasatta när de ville vara delaktiga i beslut som fattades kring deras vård framkom i alla böcker (Heberlein, Lagercrantz, Moberg, Pålsson, Samuelson). Pålsson uttryckte att personalen inte fanns till hands när hon behövde dem, istället fick hon tröst av andra patienter.

*”Tårarna kommer plötsligt, en explosion av tårar, djuriska vrål. Personalen spelar pingis eller sitter i personalrummet. Ingen kommer fram och frågar hur det är med mig. Istället får jag tröst av de andra patienterna.” (Pålsson, 2008, s. 235)*

När Samuelson ville få personalens uppmärksamhet skadade hon sig själv. Skadorna var ett medel, ett redskap, för att synliggöra sina känslor och för att komma i kontakt med personalen. Hon var rädd för att bli bortglömd, att personalen skulle vända henne ryggen och inte bry sig om henne och hennes situation. Hon behövde empati.

Lagercrantz skrev att förhållningssättet till psykiskt sjuka är viktig och att bristen på respekt är det största bekymret. Han underströk att det kan vara svårt att handskas med psykiskt sjuka, men att de vill bli bemötta som alla andra och inte få uppmaningar om att ”rycka upp sig”. Även Heberlein uttryckte att det inte handlar om att skärpa sig och ta sig samman. Psykisk ohälsa är ett tillstånd som kräver kvalificerad vård och dessutom medkänsla från den omhändertagande personalen.

Fyra av författarna skriver om hur anhöriga blev belastade när de blev utskrivna, trots att de inte var färdigbehandlade. De kände att anhöriga blev tagna för givna, utan att någon frågade om de kunde eller orkade ta hand om dem när de var sjuka. Ingen frågade hur anhöriga mådde och ingen var heller intresserad av anhörigas känslor. (Heberlein, Lagercrantz, Moberg,

Pålsson). Både Heberlein och Lagercrantz uttrycker det som att sjukdomen ”smittar av sig”. Som sjukvårdspersonal är det viktigt att se familjen som en helhet, eftersom även anhöriga påverkas av sjukdomen. Anhöriga är därför i behov av personalens empati, stöd och information.

### ”En pjäs i spelet”

Genom att ständigt hamna på ny avdelning, med nya rutiner och bestämmelser, ny personal och nya patienter, upplevde Lagercrantz stor otrygghet. Han tyckte det kändes påfrestande att ständigt konfronteras med nya människor. Att slussas mellan olika instanser ledde dessutom till oro och ångest (Lagercrantz, Pålsson, Samuelson). Efter en natt på ny vårdavdelning beskrev Lagercrantz svårigheten med att anpassa sig till den nya avdelningen enligt följande:

*”Nästa dag hade jag svårt att förklara hur jag mådde, jag pratade osammanhängande och kunde inte hålla samtalstråden. Jag tyckte fortfarande att det var jobbigt på avdelningen, särskilt med de kvinnliga medpatienterna. Jag kände mig aggressiv och var rädd att jag skulle skada någon annan.”*  
(Lagercrantz, 2010, s. 174)

När uppföljning av patienter förbises, kastas patienterna än en gång nedåt och tvingas starta på ruta ett igen, precis som pjäsen i ett sällskapsspel. Detta i samband med dåligt bemötande från personalen menar Pålsson kan leda till att patienten slutligen inte söker vård. I samtliga böcker framkom att personalen sällan kunde lämna klara besked till patienten om vad som skulle hända och när det skulle ske. De fick inte tillräckligt med information och kände sig ständigt förvirrade. De levde i ovisshet och kände sig som brickor, som andra människor spelade med (Heberlein, Lagercrantz, Moberg, Pålsson, Samuelson).

I resultatet sammanställs en sammansatt bild av olika erfarenheter kring hur människor med psykisk ohälsa upplever bemötande från sjukvårdspersonal. Trots att det var de negativa upplevelserna av mötet med sjukvården som dominerade i böckerna, så framkom det att författarna också hade positiva erfarenheter av mötet med sjukvårdspersonal. Däremot förklarar författarna inte hur det positiva mötet har påverkat

dem, utan skriver endast med någon enstaka mening att de också upplevt positiva möten.

## **DISKUSSION**

### *Metoddiskussion*

Metoden som användes i denna kvalitativa studie, gjorde det möjligt att belysa hur personer med psykisk ohälsa upplever bemötande från sjukvårdspersonal. Fördelen med att använda sig av självbiografier som material är att författarna ger en beskrivning av sin situation, och det ges en inblick i författarens upplevelser (Dahlberg, 1997).

Nackdelen kan däremot vara att studiens skribenter tolkar författarnas upplevelser och det är då möjligt att beskrivningen av upplevelsena blir felaktigt tolkade (Johansson, 2005). Hade studien istället byggts på intervjuer hade följdfrågor kunnat förtydliga det som varit svårt att beskriva från böckerna.

För att underlätta arbetet med analysen, hade det varit bättre om båda skribenterna hade läst alla fem böckerna. Detta eftersom det fanns mycket information i biografierna som inte var användbart då det inte svarade till syftet, vilket gjorde materialet svårhanterligt.

Av de fem böcker som analyserades handlade tre stycken om kvinnor och två stycken om män. Med självbiografier som analyserande material finns risk att resultatet inte är överförbart till mer än personerna i de valda böckerna. För att kunna generalisera resultatet skulle mer material behöva analyseras. Då skulle resultatet bli överförbart ur båda genusperspektiven, vilket skulle kunna öka tillförlitligheten i studien. Böckerna handlade om personer med olika diagnoser på psykisk ohälsa. Detta skulle kunna innebära att resultatet kan överföras till mer än en diagnos på psykisk ohälsa. Om studien endast hade riktat sig till en diagnos, hade resultatet enbart gått att överföra till denna specifika diagnos.

I böckerna framkom mycket negativa upplevelser, som kan bero på att negativa känslor skapar emotioner som författarna kommer ihåg. Det kan också bero på att författarna till biografierna tar positiva upplevelser för givet, som förmodligen inte väcker lika starka

känslor. Det är ofta missförhållanden som framkallar frustration som författarna har ett behov av att berätta om. Studiens skribenter kan också ha påverkat resultatet då deras tolkningar av böckernas innehåll kan ha präglats av deras förförståelse och värderingar, eftersom de hade kännedom om problematiken redan tidigare. Däremot har forskarna försökt att inte låta deras personliga erfarenheter överskugga resultatetolknningen (Olsson & Sörensen, 2008). Om studien hade gjorts av någon som har en annan förförståelse eller ingen förförståelse alls, skulle resultatet kanske kunna bli annorlunda.

Resultatet hade också kunnat bli annorlunda om studien inte enbart hade riktat sig till svensk sjukvård och om det inte hade gjorts en begränsning av när böckerna skulle vara skrivna. Hur bemötandet av personer med psykisk ohälsa sker, kan vara olika beroende på vilken kultur vi befinner oss i och kanske har också upplevelser av bemötande förändrats över tid.

### *Resultatdiskussion*

För att utjämna maktkänslan i relationen mellan patient och sjukvårdspersonal bör strävan vara att upprätthålla kontinuitet och ett empatiskt förhållningssätt. När maktförhållandet utjämnas kände patienterna inte sig som brickor i ett spel och en relation som bygger på tillit kunde skapas. Sjukvårdspersonal har genom utbildning inhämtat kunskap kring hur patienter med psykisk ohälsa ska bemötas. Brister personalens kunskaper kan det leda till att patienterna inte får den hjälp som de behöver. I merparten av böckerna som ingick i studien betonade författarna att de fick söka vård flera gånger innan de fick hjälp, och att de bemöttes med nonchalans och respektlöshet. Även andra studier lyfter fram problematiken kring bemötande. Exempelvis så fann Clark, Dusome och Hughes (2007) i sin studie att när personalen inte hade tillräckligt med kunskap kände sig patienterna övergivna och inte betrodda. Winship (2009) kom i sin studie fram till att personal inom sjukvården upplever svårigheter med att visa intresse och känna empati i mötet med personer med psykisk ohälsa. Personalen kände att de hade otillräckliga kunskaper och var i behov av mer utbildning kring hur ett professionellt bemötande av dessa patienter bäst sker. Om personalen däremot var kunnig kände patienterna istället att de möttes med respekt och fick gehör när de sökte vård. Kunnig personal gav ett professionellt bemötande i form av stöd och råd. Genom kunskap och erfarenhet utvecklas ett förnuft i hur bemötande av personer med psykisk ohälsa ska ske. Enligt Jormfeldt, Svedberg & Arvidsson (2003) är det sjukvårdspersonalens professionella



kunskap som ligger till grund för att skapa en god relation med patienten. Dessutom bidrar mänskliga relationer som baseras på empati till en holistisk människosyn. Genom empati skapas förståelse för patienters reaktioner (Ottosson, 2009).

Det var sällan sjuksköterskan var omnämnd i böckerna, men sjuksköterskan har en betydelsefull roll, då det ofta är hon som har första kontakten med patienten. Det är därför viktigt att sjuksköterskan besitter goda kunskaper för att kunna identifiera patientens problem för att säkerställa en patientsäker vård. Patienter med psykisk ohälsa förekommer inom alla vårdinstanser, och för att öka sjuksköterskans kunskaper inom detta område bör det läggas större vikt vid bemötande av psykiskt sjuka patienter i sjuksköterskans grundutbildning.

För att patienterna ska känna sig nöjda med sin vård är det viktigt med kontinuitet. Att bli bemött av personal som är införstådd i ens situation skapar trygghet. Upprätthålls inte kontinuiteten är det svårt att skapa en relation mellan patient och sjukvårdspersonal. I flertalet av böckerna beskrivs svårigheten med att skapa tillit då det brast i kontinuiteten. Det kunde leda till att information undanhölls, men också till att patienten slutade söka vård. I Jones, Ahmed, Catty, McLaren, Rose, Wykes & Burns (2009) beskrivs diskontinuitet som ett påtagligt bekymmer inom sjukvården. Det var upprörande och störande för patienterna med ständigt skiftande personal. Det ledde också till att patienterna kände sig hjälplösa och isolerade. När patienterna istället känner förtroende för sjukvårdspersonal och har en fortlöpande kontakt, vågar de uttrycka privata tankar och känslor (Svedberg, Jormfeldt & Arvidsson, 2003). Perseus, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson (2005) menar också att patientens lidande kan minska genom att upprätthålla kontinuitet och kontakt med en professionell person kan öka förutsättningen till ett bra liv och en god hälsa.

Vad är det då som gör att det brister i kontinuiteten? Kan det vara på grund av hög arbetsbelastning och minskade resurser? Sedan slutet på 1960-talet har antalet vårdplatser minskat från 37 000 till dagens cirka 5000 (Allgulander, 2008). Även om vårdplatserna minskar är allt fler i behov av psykiatrisk vård (Socialstyrelsen, 2012). Med dagens begränsade resurser är personalen på vårdavdelningarna ofta stressade och har varken tid eller ork att möta patienterna efter deras behov. Detta bekräftas i en studie gjord av Koivisto, Janhonen & Väisänen från 2004, där det framkom att patienter upplevde att sjukvårdspersonal

aldrig hade tid för stöttande individuella samtal. De var ständigt upptagna med andra arbetsuppgifter. Men för att personalen ska kunna ge stöd åt patienterna, krävs det att även personalen får stöd. Varje vårdinstans borde erbjuda sin personal stöd i form av samtal och fortlöpande utbildning. Samhället borde öka resurserna och förutsättningarna inom vården, så att sjukvårdspersonal får möjlighet att utföra ett professionellt arbete.

För att en förtroendefull relation mellan patient och sjukvårdspersonal ska kunna skapas krävs en god kommunikation. Kommunikativa brister gör det svårt att skapa en sådan relation. I böckerna framgick det att författarna inte alltid bemöttes med den respekt de önskat. Personalen kunde uppträda överlägset och arrogant. Det hände också att personalen inte lyssnade, att de ifrågasatte patienterna och inte såg dem som individer, utan identifierade dem som en diagnos. Kommunikativa svårigheter och bristen på respekt har uppmärksammats även i andra studier. Winship (2009) skriver att sjukvårdspersonal upplever svårigheter med att kommunicera och skapa en god relation till patienterna. Detta beror enligt honom på att personalen anser att psykiskt sjuka personer agerar utmärkande endast för att få uppmärksamhet och personalen vet inte hur de ska bemöta det.

Varför är det då så svårt att kommunicera och skapa en relation till patienterna med psykisk ohälsa? Kanske beror det på att personalen än idag känner sig rädd i mötet med patienten. Det kan också bero på att personalen känner sig arg, ledsen eller blir starkt berörd av patienten. För att kunna kommunicera och skapa en relation bör personalen ha kvalifikationer som medmänsklighet och förståelse för patientens situation. Mötet bör inte heller handla om en maktkamp mellan personalen och patienten, utan parterna bör istället, som Travelbee (2006) poängterar, försöka bortse från ytliga skillnader där de eftersträvar en ömsesidig förståelse mellan två människor. Även Ottosson (2009) menar att ett önskvärt samförstånd bör uppnås, så att vårdens perspektiv blir mer personinriktat. Jormfeldt, Svedberg & Arvidsson (2003) förklarar i sin studie att det är viktigt att sjukvårdspersonal är uppmärksam på patientens känslomässiga tillstånd och försöker förstå den situation som upplevs av patienten. Studien beskriver också vikten av att vårdande personal och patient uppskattar varandra som unika individer, där alla människor har lika värde. Ett oväntat fynd som framkom i resultatet, var dock att patienterna kände att personalen hade makt, då patienterna sällan kände sig delaktiga i sin behandling. Personalen bör eftersträva att minska denna känsla hos patienterna, och

istället få dem att inse att de är experter på sig själva, sina upplevelser och sin kropp. Ett bra samtal förutsätter aktivt lyssnande och att sjukvårdspersonalen är informerad om patientens situation och tillstånd. Det är av värde att vinna patientens förtroende. Lyckas personalen med detta kan patienten känna sig tillfreds i mötet och en god relation skapas.

I flertalet av böckerna framkom det att författarna anser att anhöriga/närstående borde få bli mer delaktiga i patienternas behandling och rehabilitering. Ett förslag på fortsatt forskning skulle kunna vara att undersöka hur anhöriga själva känner och upplever delaktighet kring den sjukes vård. För att optimera vården av psykiskt sjuka är det av stor vikt att bemöta hela familjen professionellt och som en helhet.

### *Slutsats*

Trots att böckerna handlar om personer med olika diagnoser på psykisk ohälsa har de samma uppfattning om hur de vill bli bemötta. För att känna tillit och empati vill de alla bli bemötta med intresse och engagemang, bli sedda och hörda för den individ de är och känna att någon lyssnar på dem. Personalen ska ta sig tid och ha förståelse, inte vara rädda för varken patienten eller situationen och bemöta dem som alla andra. Deras önskan är att personalen ska ha ork, finnas där och hjälpa dem och framförallt att de ska tro på patienten. Men fem självbiografier är ett begränsat material och ytterligare forskning med ett större underlag skulle behöva studeras.

Sammanfattningsvis har det utifrån de fem självbiografierna visat sig, att i mötet med sjukvårdspersonal är det kommunikationen som har stor betydelse för omvårdnad av personer med psykisk ohälsa. Med kommunikation som bygger på tillit, empati och ömsesidig respekt kan maktförhållanden utjämnas och patienten kan bygga upp ett förtroende för sjukvårdspersonal. Det kan minska patientens lidande och förutsättningen till en god hälsa kan öka.

## REFERENSER

Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Björkman, T. (2009). Stigma och psykisk sjukdom – hur stigma kan upplevas och motverkas. I I. Ljungqvist (red.), H. Jenner, (red.), *Psykiatri för baspersonal – kunskap för en evidensbaserad praktik*. (s.56-73). Stockholm: Gothia förlag.

Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170-177.

Clarke, D., Dusome, D., Hughes, L (2007). Emergency department from mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 126-131.

Cullberg, J. (2000). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 139-148). Studentlitteratur.

Heberlein, A. (2008). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Stockholm: Svante Weyler Bokförlag.

Johansson, A. (2005). *Narrativ teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Jones, I, R., Ahmed, N., Catty, J., McLaren, S., Rose, D., Wykes, T & Burns, T. (2009). Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of services users and carers. *Social Science & Medicine*. 69, 632-639.

Jormfeldt, H., Svedberg, P & Arvidsson, B. (2003). Nurses' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10, 608-615.

Koivisto, K., Janhonen, S & Väisänen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11, 268-275.

Lagercrantz, A. (2010). *Mitt galna liv – en memoar om psykisk sjukdom*. Stockholm: Lind & Co.

McKenna, H., Keeney, S., Bannon, D., Finn, A. (2000). An exploration of community psychiatric nursing: a Northern Ireland perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 7, 455-461.

Moberg, Å., Inczédy-Gombos, A. (2010). *Adams bok*. Stockholm: Natur & Kultur.

Olsson, H., Sörensen, S. (2008). *Forkningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Ottosson, J-O. (2009). Psykiatrisk etik – innehåll och tillämpning. I I. Ljungqvist (red.), H. Jenner, (red.), *Psykiatri för baspersonal – kunskap för en evidensbaserad praktik*. (s.56-73). Stockholm: Gothia förlag.

Perseius, K-I., Ekdahl, S., Åsberg, M & Samuelsson, M. (2005). To Tame a Volcano: Patient with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*. 19(4), 160-168.

Pettersson, T. (2001). *Hälso och sjukvårdsprogram i Region Skåne – behovsstyrd vård utifrån ett gemensamt synsätt*. Hämtad 2012-05-03 från [http://www.skane.se/upload/Webbplatser/H%E4lso%20och%20sjukv%E5rdsprogram/Dok\\_Psyk\\_ori\\_skarm.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/H%E4lso%20och%20sjukv%E5rdsprogram/Dok_Psyk_ori_skarm.pdf)

Pålsson, B. (2008). *Känn pulsen slå*. Stockholm: Forum.

Reed, F & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse´s to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*. 14, 249-257.

Riksdagen (1982). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2012-02-03 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

Rönnerberg, L. (2002) *Psykisk ohälsa hos vuxna – program för landstinget i Uppsala län*. Hämtad 2012-02-13 från [http://www.lul.se/upload/831/Psykisk\\_oh%C3%A4lsa\\_hos\\_vuxna\\_program.pdf](http://www.lul.se/upload/831/Psykisk_oh%C3%A4lsa_hos_vuxna_program.pdf)

Samuelson, K. (2004). *Ludenben*. Lund: Bokförlaget Augusti AB.

Sjöström, N., Skärsäter, I. (2010). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. (s. 67-94). Studentlitteratur AB.

Skärsäter, I. (2010). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Studentlitteratur AB

Socialstyrelsen. (2012). *Psykisk ohälsa ökar bland unga män*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012april/psykiskohalsaokarblandungaman> den 2 maj 2012

Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

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.

Travelbee, J. (2006). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard Danmark.

Willman, A. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Willman, A., Stoltz, P & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Winship, G. (2009). The attitudes of nursing staff in secure environment to young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16, 947-951.

## Bilaga 1

### Sökschema

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Motiv till exklusion av litteratur	Utvalda böcker
120209	Libris	Biografi, bipolär sjukdom		15	Svarade inte mot syfte, inklusionskriterier eller var dubletter	<i>Mitt galna liv</i> (Lagercrantz, 2010) <i>Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva</i> (Heberlein, 2004) <i>Adams bok</i> (Moberg, 2004)
120209	Libris	Biografier, depression		13	Svarade inte mot syfte, inklusionskriterier eller var valda under föregående sökning	
120209	Libris	Biografier, schizofreni		12	Svarade inte mot syfte eller inklusionskriterier	<i>Känn pulsen slå</i> (Pålsson, 2008)
120209	Libris	Biografier, ätstörningar		13	Svarade inte mot syfte eller inklusionskriterier	<i>Ludenben</i> (Samuelson, 2004)



Bilaga 2 Modell

