SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT FÅ STÖD I EN KAOTISK TILLVARO

Patienter med psykossjukdom och deras upplevelser av möten med vårdpersonal inom psykiatrisk slutenvård

Hanna Cerny

Susanne Jennermark

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Psykiatrisk vård Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2015/Vt 2016
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Lars-Olof Persson

Titel (svensk):	Att få stöd i en kaotisk tillvaro, Patienter med psykossjukdom och deras upplevelser av trygga och otrygga möten med vårdpersonal inom psykiatrisk slutenvård
Titel (engelsk):	Getting support in a chaotic existence, Patients´ with psychosis and their experiences of secure and insecure meetings in an inpatient mental health ward.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet Psykiatrisk vård Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot psykiatrisk vård OM5380
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2015/Vt 2016
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Lars-Olof Persson
Nyckelord:	Trygghet, otrygghet, möten, patientperspektiv, psykiatrisk slutenvård, psykossjukdom, personcentrerad vård

Sammanfattning:

Bakgrund: Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vården vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. De flesta studier om bemötande utgår ifrån allmänpsykiatri och fokuserar på bemötande från all personal inom vården. Få studier utgår ifrån patienters upplevelser av trygghet i vårdandet och vad som skapar trygghet. Psykospatienter är en utsatt grupp med bristande verklighetsuppfattning och som har en tendens att isolera sig från omvärlden. Ökad kunskap behövs om hur patienter med psykossjukdom själva önskar att bli bemötta av sjuksköterskor och skötare för att kunna bedriva bästa möjliga vård och skapa trygghet för patienten.

Syfte: Utifrån ett patientperspektiv beskriva hur patienter med psykossjukdom har upplevt möten med sjuksköterskor och skötare efter att ha vårdats på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning.

Metod: Kvalitativ design användes med metoden Critical Incident Technique (CIT) varvid sex stycken informanter intervjuades. Intervjuerna spelades in, transkriberades, och analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Vårt resultat resulterade i två teman trygga respektive otrygga möten. Temat trygga möten representeras av upplevelser som beskriver personalen som en trygg punkt i tillvaron och att bli sedd bakom sjukdomen. Trygga möten innebär också att patienten upplever sig vara en samarbetspartner i sin egen vård tillsamman med personalen. Temat otrygga möten representeras av möten där personal använt sig av maktmissbruk och av upplevelser av att bli

bemött som ett objekt. Otrygga möten representeras också av upplevelser av en icke vårdande miljö på avdelningen.

Slutsats: För att säkerställa att patienten får en trygg vårdtid med trygga möten och ökad delaktighet och därmed minimera risken för att patienten ska känna sig som ett objekt kan personcentrerad vård vara ett effektivt instrument och förhållningssätt.

Nyckelord: Trygghet, otrygghet, möten, patientperspektiv, psykiatrisk slutenvård, psykossjukdom, personcentrerad vård

Abstract

Background: According to the Health Care Act (SFS1982:763) should the care be of good quality and meet the patient´s need for safety/security in care and treatment. Most studies of treatment and meetings are based on general psychiatry and focuses on meetings with all staff in healthcare. Few studies are based on patient´s experiences of safety in the care and what creates security. Psychosis patients are a vulnerable group with a lack of perception of reality and who have a tendency to isolate themselves from the outside world. More knowledge is needed about how the patients with psychosis themselves wish to be treated by nurses and attendants to conduct the best possible care and provide security for the patient.

Objective: From a patient perspective to describe how patient with psychosis have experienced meetings with nurses and attendants after being admitted to an inpatient mental health ward.

Method: Quality design was used with the Critical Incident Technique method (CIT), wherein six informants were interviewed. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed by qualitative content analysis.

Results: Our result resulted in two themes secure and insecure meetings. The theme secure meetings represented the experiences of staff as a secure point in life and to be seen behind the illness. Secure meetings also means that patients experience to be a partner in their own care together with the staff. The theme insecure meetings represented by meetings where staff used the abuse of power and the experiences of being treated like an object. Insecure meetings are also represented by the experiences of a non-nurturing environment in the ward.

Conclusion: In order to ensure that the patient receives a safe hospital stay with securing meetings and empowerment and thereby minimize the risk that the patient will feel like an object, person-centered care could be an effective instrument and approach.

Keywords:, secure, insecure, meetings, patients´perspective, in-patient treatment, psychosis, person-centered care

Förord

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till de informanter som ställde upp och delade med sig av sina erfarenheter och upplevelser till oss. Utan er skulle denna studie inte kunnat bli gjord. Vi vill också tacka Schizofreniförbundet, en kär kollega och psykiatrisk öppenvård för hjälpen med att hitta informanter. Vi tackar också våra kollegor på respektive avdelning för stöttning och visat intresse för hur det går med studien. Vi vill också tacka våra respektive familjer för stödet och förståelsen för att vi periodvis inte varit så sociala. Till sist vill vi tacka vår handledare Nils Sjöström för alla tips och råd som varit till hjälp för att komma vidare i arbetet och för att du snabbt svarat på våra meddelanden med frågor.

Innehållsförteckning

Inledning ... 1
Bakgrund ... 1
Teoretisk utgångspunkt ... 1
Psykossjukdom ... 1
Schizofreni ... 1
Schizoaffektivt syndrom ... 2
Vårdrelation ... 3
Kommunikation ... 3
Personcentrerad vård ... 4
Patientberättelsen ... 4
Partnerskap ... 4
Dokumentation ... 5
Tidigare forskning ... 5
Problemformulering ... 6
Syfte ... 7
Metod ... 7
Teoretisk bas ... 7
Urval/Deltagare ... 8
Datainsamling ... 8
Dataanalys ... 8
Forskningsetiska överväganden ... 9
Resultat ... 10
Tema Trygga möten ... 11
Personalen är en trygg punkt i tillvaron ... 11
Finns alltid där för mig ... 11
En person man kan öppna sig för ... 12
Har ett lugnt kroppsspråk ... 12
Har kunskap och förståelse för vad jag behöver just nu ... 12
Personalen ser mig bakom sjukdomen ... 13
Jag blir behandlad och sedd som en vanlig människa ... 13
Att få prata om det vardagliga ... 13
Att få utföra vardagliga aktiviteter tillsammans ... 13
Personalen ser mig som en samarbetspartner ... 13

Jag får vara med och utforma min vård ... 14
Ger mig valmöjligheter ... 14
Tema Otrygga möten ... 14
Maktmissbruk ... 14
Personal som hotar mig ... 14
Personal som strikt följer strukturen på avdelningen ... 14
Personal som inte ger mig några valmöjligheter ... 14
Personalen ser mig som ett objekt ... 15
Uppmärksammar inte mina behov ... 15
Kränker mig som person ... 15
Ser mig som ett problem som ska lösas ... 15
Ser inte helheten ... 16
En icke vårdande miljön ... 16
Personalstyrkans sammansättning ... 16
Dålig möjlighet till enskildhet ... 16
Otrygghet hos personalen ... 17
Personal som inte gör sitt jobb ... 17
Brist på vardagliga aktiviteter ... 17
Diskussion ... 17
Metoddiskussion ... 17
Urval ... 17
Datainsamling ... 18
Dataanalys ... 19
Förförståelse ... 19
Resultatdiskussion ... 19
Trygga möten ... 20
Otrygga möten ... 22
Slutsatser ... 23
Referenslista ... 24
Bilaga

Inledning

Studier har visat att patienter inom psykiatrisk slutenvård skattar relationen till sjuksköterskor och skötare som viktig och till och med viktigare än den medicinska behandlingen. Bemötandet och vårdrelationen som då uppstår mellan personal och patient och hur vi kommunicerar blir då viktigt för huruvida mötet uppfattas av patienten. Det behövs mer kunskap i detta område för att öka kvalitén inom den psykiatriska omvårdnaden. Det är de psykiatriska patienterna själva som har den största kunskapen om hur de själva önskar att slutenvården ska möta dem för att de ska kunna känna sig trygga och väl omhändertagna. De flesta studier inom bemötande inriktar sig på allmänpsykiatri. Personer som lider av psykossjukdom är en utsatt grupp med bristande verklighetsuppfattning och som inte alltid vill få kontakt med andra människor utan har en tendens att isolera sig från omvärlden. Hur psykospatienter vill bli bemötta skulle därför kunna skilja sig mot allmänpsykiatri. Patientgruppen psykos är en stor grupp som är i behov av omfattande vårdinsatser. För att kunna förbättra bemötandet och omhändertagandet av denna patientgrupp vill vi med denna studie beskriva ur ett patientperspektiv upplevelsen av möten med vårdpersonal på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning.

Bakgrund

Teoretisk utgångspunkt

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vården vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet.

Psykossjukdom

Psykossjukdomar är ett samlingsnamn för flera olika sjukdomar som alla har gemensamt att man upplever verkligheten annorlunda/förvrängd. En psykossjukdom kan komma plötsligt, men ofta utvecklas den under tid. En del drabbas av sjukdomen en gång, medan den för andra är återkommande. Den vanligaste psykossjukdomen är schizofreni, drygt hälften av alla drabbade av psykossymtom får denna diagnos (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009).

Människor med psykossjukdom utgör cirka 10 procent av den psykiatriska patientgruppen och är i behov av stora vårdinsatser (Socialstyrelsen, 2011). I genomsnitt får 15 personer av 100 000 en psykosdiagnos varje år (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009). Beräkningar visar att cirka 30-35 procent av all öppenvård och 40-45 procent av all slutenvård tas i bruk av människor med psykossjukdom (Socialstyrelsen, 2011).

Schizofreni

Enligt DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) måste två eller flera av följande symtom finnas under en stor del av tiden inom en period av 1 månad för att kunna fastställa diagnosen schizofreni, samt att ett av dessa symtom måste vara (1, 2 eller 3):

1. Vanföreställningar, 2. Hallucinationer, 3. Desorganiserat tal, 4. Desorganiserat eller katatont beteende, 5. Negativa symtom som exempelvis viljelöshet.

För att kunna sätta diagnosen schizofreni krävs förutom ovanstående också att den drabbades funktionsförmåga sedan sjukdomens debut är sämre inom ett/flera viktiga områden så som arbetsliv och relationen till andra än innan debuten. Symtombilden ska inte kunna härledas till fysiologiska effekter av någon substans eller något annat medicinskt tillstånd och kontinuerliga sjukdomstecken ska finnas under minst 6 månader (American Psychiatric Association, 2014)

Både Malm, Lindström och Wieselgren (2010) och Mauritz och van Meijel (2009) beskriver att en person som lider av schizofreni upplever att det han/hon hör, ser och känner är sant, trots att omgivningen påtalar att personens uppfattningar och upplevelser inte stämmer eller är verkliga. Personen kan också tro sig känna till dolda sammanhang, uppleva sig vara utsatt för diverse olika hot och tro sig vara förföljd/jagad. Personen kan känna sig splittrad, kan känna sig som någon annan eller att de olika delarna i hans/hennes personlighet inte stämmer eller att de har förändrats, det kan bli som en förlust av den egna personen. Allt ovanstående leder ofta till en känsla och vilja av att isolera sig från omvärlden. Ensamheten kan både vara en känsla som uppkommer trots att man har människor omkring sig eller att man isolerar sig i hemmet och således inte kommer i kontakt med andra människor. Ibland upplever personer som lider av sjukdomen att förlusten av självet kommer då man försöker vara någon annan på grund av andras förväntningar på honom eller henne. Detta kan i sin tur leda till känslor av värdelöshet och uppgivenhet. Personer med schizofreni upplever stora förluster i sitt liv och dessa har en mycket påtaglig inverkan på deras dagliga liv. Den långvariga närvaron av symtom och biverkningar av mediciner orsakar ett stort lidande. Som ett resultat av detta är den dagliga funktionsnivån lägre än innan de fick sjukdomen. Personer med schizofreni beskriver som tidigare nämnt minskat socialt nätverk och minskat umgänge med de återstående sociala kontakterna. Detta ökar personernas känslor av ensamhet och sorg. Yilmaz et al (2008) tar upp att en person med schizofreni ofta inte själv tar initiativet till kontakt med andra människor utan förväntar sig att andra ska göra det. Personen kan också ha mycket svårt för att uttrycka sina behov och önskemål, vilket kan leda till känslor av ilska och isolering .

Schizoaffektivt syndrom

Schizoaffektivt syndrom tillhör gruppen schizofrena syndrom och likartade psykoser. Vid schizoaffektivt syndrom har man dels symtom som liknar schizofreni, dels symtom som påminner om bipolär sjukdom. De schizofrena eller psykotiska symtomen innebär som tidigare beskrivits att man har en förvrängd uppfattning av verkligheten. Samtidigt har man symtom som påminner om bipolär sjukdom med starka svängningar i stämningsläget från glättighet, snabbhet och impulsivitet till förtvivlan och nedstämdhet (American Psychiatric Association, 2014).

Nedanstående krävs för att kunna sätta diagnosen schizoaffektivt syndrom enligt DSM-5, America Psychiatric Association (2014),

A. En sammanhängande sjukdomsperiod under vilken en svår förstämningsepisod (depressionsepisod eller manisk period) föreligger samtidigt med symtom som uppfyller kriterium A för schizofreni.

B. Någon gång sedan sjukdomsdebuten har vanföreställningar eller hallucinationer funnits under minst 2 veckor i frånvaro av en svår förstämningsepisod.

C. Symtom som uppfyller kriterierna för en svår förstämningsepisod finns under mer än hälften av den totala varaktigheten av sjukdomens symtomaktiva faser och residualperioder.

D. Symtombilden kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans eller något annat medicinskt tillstånd.

Vårdrelation

Vårdrelationen anses vara kärnan i allt vårdande och den utgörs av ett professionellt engagemang från vårdpersonalens sida där faktorer så som kompetens, empati, ett aktivt lyssnande och ett individbaserat vårdande är av stor betydelse. Patientperspektivet är centralt, det är patienten själv som anses vara expert på sig själv och sitt mående och vad en viss sjukdom innebär just för henne/honom. Vårdpersonalen måste använda sig av sin kunskap och erfarenhet för att kunna vara närvarande och lägga fokus på den enskilda patientens upplevelser och behov (Dahlberg & Segesten, 2010). Relationen mellan patient och vårdpersonal är ojämlik. Framför allt är relationen ojämlik när det gäller i arbetet med personer med psykisk funktionsnedsättning. Patienten är i en beroendeställning till vårdpersonalen, vilket vårdpersonalen inte alltid är medvetna om (Abrams, Harty, & Lundin, 2012).

Kommunikation

Kommunikation är viktigt för alla människor. För personal inom hälso- och sjukvården är kommunikation en förutsättning för att kunna utöva sitt yrke (Magnusson, 2014). Kommunikationens betydelse i vård och behandling lyfts fram allt oftare och det är viktigt att vårdpersonal och patient förstår varandra för att mötet ska bli så bra som möjligt (Fossum, 2013). Professionell kommunikation är baserad på yrkets grundläggande värderingar och ska vara av stödjande art. Vad stödjande kommunikation är och innefattar varierar i mötet med den enskilda patienten och i olika situationer och sammanhang. En viktig förutsättning är att den stödjande personen har möjlighet att se patienten och styra samtalet med utgångspunkt i dennes behov (Eide, Eide, Kärnekull, & Kärnekull, 2006).

När man talar om kommunikation, lägger man mest vikt på det verbala språket, men för att verkligen kunna få en förståelse för kommunikationen och dess innebörd måste man även lägga vikt vid andra beståndsdelar så som kroppsspråk för att få en helhetsförståelse (Jensen & Ulleberg, 2013). Det icke-verbala språket kan ofta tolkas på flera olika sätt. Inom sjukvården är det sannolikt så att ju mer vi känner den enskilda patienten ju mer har vi en känsla för vad han eller hennes ordlösa språk betyder. I alla mellanmänskliga relationer signalerar vi verbalt och icke-verbalt på många olika nivåer – rationellt och emotionellt, direkt och indirekt, distanserat och empatiskt, kontrollerat och spontant, medvetet och omedvetet. Såväl verbal som icke-verbal kommunikation spelar en lika viktig del i kontakten mellan människor (Eide et al., 2006).

Inom psykiatrin innebär kommunikation också konflikthantering. Människan agerar utifrån känslor och konflikthantering innebär därmed även hantering av känslor. Det är viktigt att vara ärlig med sina känslor så att man inte säger en sak och menar något annat, vilket kan skapa förvirring i kommunikationen. Vid en konflikt är det bättre att hålla den på en konkret nivå och tala om det observerbara som t.ex. – varför sparkar du på dörren, än att fråga varför personen är sur. Personliga angrepp är svårare att hantera vilket oftare leder till konflikt. Vid våldssituationer döljer sig ofta stark ångest, dålig självbild och bristande självkänsla. Om ångesten får utrymme att växa så ökar risken för ett utåtagerande våld. En sådan våldssituation kan uppstå vid psykossjukdom då den bristande verklighetsuppfattningen leder

till stark ångest. Situationer som kan leda till aggressioner är gränssättningar, negativa besked, behandlingsåtgärder mot patientens vilja, ADL-hjälp och ett för litet personligt revir. Vid hantering av aggressioner ska personalen visa total respekt för individen och skapa trygghet. Det kan personalen göra genom att visa att personalen finns till för patienten, vara närvarande och visa intresse, lyssna aktivt och skapa en lugn miljö, lugn kommunikation och respektera revir (Abrams et al., 2012; Svenska Psykiatriska Föreningen, 2013).

Personcentrerad vård

I en litteraturstudie gjord av Constand, MacDirmed, Dal Bello-Haas & Law (2014) framkom kommunikation, partnerskap och hälsofrämjande åtgärder som tre områden som är viktiga när personcentrerad vård beskrevs i vetenskapliga artiklar. Kommunikationen ska vara individanpassad och vårdpersonalen ska lyssna aktivt och ställa öppna frågor för att utefter patientberättelsen ställa upp rimliga mål. Genom kommunikationen utvecklas en stark vårdrelation som bygger på patientens upplevelse av autonomi och förtroende. Den goda vårdrelationen möjliggör en ökad förståelse för hur patienten själv upplever sin sjukdom och vilka problem han/hon själv upplever som viktiga och påverkar det dagliga livet. Relationen mellan vårdare och patient kan beskrivas som ett partnerskap där bådas kunskaper är viktiga och kan användas för att tillsammans planera den fortsatta vården. Genom att lyssna på patientberättelsen kan vården planeras på ett effektivt sätt för att på så sätt kunna ta fram hälsofrämjande insatser.

Ekman och Norberg (2013) beskriver personcentrerad vård på ett liknande sätt där personcentrerad vård består av tre stycken hörnstenar: patientberättelsen, partnerskap och dokumentation. Samtliga tre hörnstenar krävs för att kunna bedriva en personcentrerad vård.

Patientberättelsen

Det centrala för personcentrerad vård är patientberättelsen. Patienten kan inte reduceras till sin sjukdom och behandlas som ett objekt. Personcentrerad vård utgår från patienten som en person och dennes egen upplevelse av situationen och ser till patientens egna resurser, förutsättningar och hinder. Som vårdare innebär det att lyssna och förstå det patienten berättar. Med hjälp av en trygg och förtroendefull relation mellan vårdare och patient kan man uppmuntra patienten till att våga berätta om sina föreställningar och tankar om hälsa, ohälsa och sjukdom. I vissa situationer kan patienten inte själv berätta, utan man får då ta hjälp av anhöriga och närstående för att utforma en patientberättelse (Ekman & Norberg, 2013). För att kunna utforma omvårdnad är det som personal viktigt att lära känna patienten och vara medveten om patientens egen plan i livet och vad patienten har för egna mål när man använder sig av personcenterarad vård. Hur är patienten som person, vad är viktigt för honom/henne och vad har han/hon för drömmar och förhoppningar med livet? För att kunna samla in livsplanen är det viktigt att personalen lyssnar på patientens berättelse och visar förståelse (McCormack & McCance, 2010).

Partnerskap

Utifrån patientberättelsen utformas sedan en vårdplan tillsammans med vårdpersonal, patient och anhöriga. Med personcentrerad vård menas att se personen som en egen unik individ, och visa respekt för dennes rättigheter. Relationen mellan vårdare och patient ska bygga på ett ömsesidigt förtroende och förståelse, vara terapeutisk, icke dömande och bygga på ett partnerskap. Alla har rätt att bli behandlade som en person som kan ta egna beslut. Patienten ska vara med och utforma sin egen vård så långt det är möjligt. (McCormack & McCance, 2010).

Dokumentation

För att kunna säkerställa den planerade vården är det viktigt att den dokumenteras. En förutsättning för personcentrerad vård är att patientberättelsen och den gemensamt formulerade vårdplanen dokumenteras i journalen och går att följa upp. Man kan se på vårdplanen som ett kontrakt mellan vårdgivare och patient (Ekman & Norberg, 2013).

Tidigare forskning

I en studie av (Längle et al., 2003) har författarna med hjälp av frågeformulär undersökt hur psykiatriska slutenvårdspatienter uppfattar kvalitén av vården. Ca 50 % av patienterna hade en schizofreni diagnos, övriga hade diagnoser som depression, ångest och personlighetsstörning. Studien visar att patienterna skattar relationen till enskild vårdpersonal som viktigare än läkemedelsbehandlingen. Den mellanmänskliga relationen var klart den viktigaste delen i den psykiatriska vården sett från patientens perspektiv. Det finns fler studier som tar upp just den mellanmänskliga relationen mellan vårdpersonal och patient och vikten av den i vårdandet av patienter med psykisk ohälsa. (Borge & Fagermoen, 2008; Håkan et al., 2003; Schröder et al., 2006; Thibeault, Trudeau, d'Entremont, & Brown, 2010).

Flertalet studier har kommit fram till samma svar att patienter inom psykiatrisk slutenvård med olika diagnoser i den vårdande relationen vill bli sedda bortom sjukdomen och bli sedda som egna unika individer. De vill inte känna sig som ett objekt som kan lagas och fixas till. De vill inte behandlas som ett barn som inte har någon förmåga att själv få vara med och planera sin vård (Enarsson et al., 2011; Gaillard, Shattell, & Thomas, 2009; Håkan et al., 2003; Koivisto, Janhonen, & VäIsänen, 2004; Lilja & Hellzen, 2008; Schröder et al., 2006). Upplevelser av att känna sig som ett objekt beskrivs också som upplevelser av att inte bli sedd i ögonen, att inte få någon återkoppling och att vårdare har mer fokus på vad som står i den medicinska journalen än att verkligen lyssna på patienten. Vården fokuserar mer på att lindra symtomen med hjälp av mediciner (Gaillard et al., 2009; Lilja & Hellzen, 2008). Koivusto, Janhonen och Väisänen (2004) för även fram att allmänpsykiatriska patienter har ett stort behov och önskemål av att på den psykiatriska slutenvårdsavdelningen kunna känna sig trygga, känna sig förstådda, respekterade och kunna känna tillit till vårdpersonalen. Patienterna beskriver vårdpersonalens bemötande och vårdrelationen som betydelsefullt i vårdandet.

Närheten till vårdpersonal beskrivs som viktig och patienter inom allmänpsykiatri beskriver själva att det ofta är de ”små” sakerna som har stor betydelse som t.ex. att uppsöka patienten aktivt, ge en kram, ett leende, att man som vårdpersonal visar att man finns där och lyssnar aktivt (Voogt, Goossens, Nugter, & Achterberg, 2015). Vårdandet kan ses som ett ljus i mörkret och hjärnan får en chans att vila. Patienterna inom allmänpsykiatri uppskattade att bli behandlade som vanliga människor och uppskattade när personalen tog sig tid att prata och skratta tillsammans med patienterna (Lilja & Hellzen, 2008; Schröder et al., 2006). Patienterna uppskattade också när personalen var kunnig, hade förmåga att visa empati, hade ett sätt som var personligt men inte påträngande och hade en förmåga att kunna inge hopp (Schröder et al., 2006). För att hjälpa patienter att må bättre inom psykiatrisk slutenvård måste miljön och vården vara säker, trygg och baserad på ett personcentrerat sätt (Delaney, Johnson, & Fogg, 2015).

Att inte få information om vården och att inte få vara delaktig i beslut och behandling kan leda till upplevelser av att känna sig tvingade av att genomgå vissa behandlingar (Gaillard et al., 2009; Schröder et al., 2006). Det som framkommer som negativa aspekter i vården och

som försvårar för patienterna att må bättre är en otrygg miljö, okunskap om sjukdom och behandling, dåligt bemötande från vårdpersonal och deras oförmåga att kunna se patienterna som helhet och att kunna ge en personcentrerad vård (Koivisto et al., 2004). Att känna sig missförstådd inom allmänpsykiatri är en vanlig anledning till att sedan bli missnöjd med vården (Håkan et al., 2003). När en person med psykisk ohälsa blir missförstådd som människa påverkas hela dennes existens. Att känna sig missförstådd kan också förstöra den terapeutiska relationen mellan vårdare och personal. En del patienter väljer att censurera sig själva genom att välja andra ord när de pratar för att undvika att bli missförstådda. De vågar därmed inte riktigt vara sig själva i mötet med personalen. Galliard (2009) och Stenhouse (2011) beskriver att flertalet av allmänpsykiatriska patienter upplever att sjuksköterskor inte uppsöker patienterna själva utan att de själva måste söka kontakt. Detta ses av patienterna som ett ointresse från sjuksköterskornas sida och att de inte bryr sig om patienternas mående.

I en studie gjord av (Andreasson & Skärsäter, 2012) framkommer att patienter med psykossjukdom som tvångsvårdas anser att det viktigaste är att få behovet av stöd tillgodosett, att få hjälp att förstå deras situation och få hjälp i en läkande miljö. I detta lägger patienterna att vårdpersonalens bemötande är av stort vikt och de för fram aspekter så som empati, engagemang, att ge tillräckligt av sin tid, att de är lyhörda och visar att de bryr sig som väsentliga delar av bemötandet. Liknande aspekter framkom i en studie gällande patienter med bipolär ohälsa genomförd av (Schröder et al., 2006) där även ytterligare faktorer så som vårdpersonalens kroppsspråk och deras kompetens hade stor betydelse för patienternas upplevelse av vårdpersonalens bemötande som i sin tur var en viktig del i huruvida patienterna upplevde vården i sin helhet som positiv eller negativ. Johansson & Lundman (2002) för fram att en del patienter som vårdas enligt psykiatrisk tvångsvård inte känner sig delaktiga eller hörda på. Patienterna själva för fram vårdpersonalens bemötande som den mest centrala aspekten kring detta. De känner sig osäkra och hjälplösa om de får ett bristfälligt bemötande och uttrycker ett behov och önskemål om ett bättre bemötande och en bättre relation till vårdpersonalen. I de fall då vårdrelationen är god upplever patienter att det främjar trygghet, lindrar ångest och osäkerhet och gör deras vistelse inom slutenvård lättare och bättre.

Problemformulering

Då studier har visat att patienter skattar relationen till sjuksköterskor och skötare som viktig och till och med viktigare än den medicinska behandlingen behövs det mer kunskap i detta område. Vi behöver ökad kunskap om hur patienter önskar att bli bemötta av sjuksköterskor och skötare på en slutenvårdsavdelning för att kunna bedriva bästa möjliga vård och skapa trygghet för patienten. Få studier utgår ifrån patienters upplevelse av trygghet i vårdandet och vad som skapar trygghet. Fler mer djupgående studier av patienters upplevelser behövs för att kunna fånga fenomenet. Det finns en del forskning om bemötande inom vården som fokuserar på allmänpsykiatri och studier där informanterna har olika diagnoser. Under litteratursökningen hittades endast en studie som bara fokuserat på informanter med psykossjukdom. De flesta studier utgår också ifrån bemötandet från all personal inom vården och upplevelser av vårdandet i allmänhet, både slutenvård och öppenvård. Det saknas därmed studier med fokus på psykossjukdom och slutenvård och upplevelser av bemötande från sjuksköterskor och skötare som står närmast patienten på en vårdavdelning. För att få svar på hur vi som personal ska möta psykospatienter har vi valt att fokusera på deras upplevelser av mötet.

Syfte

Syftet är att utifrån ett patientperspektiv beskriva hur patienter med psykossjukdom har upplevt möten med sjuksköterskor och skötare efter att ha vårdats på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning.

Metod

Teoretisk bas

Då vårt syfte är att beskriva patienters upplevelser av möten har vi valt att använda oss av The Critical Incident Technique (CIT), som forskningsmetod. Metoden är lämplig att använda då vi vill studera positiva och negativa händelser i ett bestämt sammanhang. CIT är en kvalitativ metod som utgår från informantens subjektiva värld som studerar informantens erfarenheter och vilken konsekvens (beteende, handling åtgärd) det får. CIT har under lång tid använts som en effektiv metod inom forskning som rör omvårdnad och sjukvård. Det är en lämplig metod att använda då den sker utifrån deltagarens perspektiv (Schluter, Seaton, & Chaboyer, 2008). Det är en flexibel metod där såväl intervjuer, frågeformulär, workshops, fokusgrupper och direkta observationer kan användas. Oftast ger CIT även god information från informanterna på relativt kort tid (vanligen räcker 15-20 minuters intervju) om den används på rätt sätt, detta ställer dock krav på frågeställningstekniken (Sharoff, 2008).

Flanagan (1954) har utarbetat riktlinjer för hur CIT ska användas och består av 5 steg: 1, *Fastställa de övergripande målen:* Tydligt beskriva studiens syfte. 2, *Utarbeta planer och specifikationer för hur studien ska utföras:* fastställa vad som i studien är en kritisk händelse, i vilken miljö det utspelar sig, var och hur data ska inhämtas och inklusions- och exklusionskriterier av informanterna. 3, *Datainsamling*: Kvalitativa metoder som observation, intervjuer eller öppna frågeformulär. För att vid en intervju få en så hel beskrivning som möjligt av den kritiska incidensen ska informanten uppmanas att beskriva en incident i taget som påverkat han/henne positivt eller negativt så detaljerat som möjligt. För att kunna få en god möjlighet att analysera den data som samlas in bör intervjun spelas in och transkriberas. 4, *Dataanalys*: Syftet med dataanalysen är att sammanställa och beskriva det som kommit fram i intervjun för att sedan kunna använda materialet till förbättringsarbete. Flanagan beskriver ingen direkt analysmetod men påtalar att forskarens förförståelse är en tillgång i analysarbetet. 5, *Tolkning och rapportering*: Både vad studien har för begränsningar och till vilken nytta resultatet kan används.

Vi har följt Flanagans 5 olika steg i processen att utföra studien genom att först formulera mål och tydligt beskriva syftet med studien. De kritiska incidenterna i vår studie som visar på en positivt och en negativ händelse är trygga respektive otrygga möten. Vi har reflekterat över vår förförståelse då vi själva har erfarenhet av att arbeta inom psykiatrisk slutenvård.

Flanagan (1954) beskriver att urvalet ska vara specificerat och att tydliga inklusionskriterier ska framgå för att besvara studiens syfte. Flick (2007) beskriver att det i en kvalitativ studie används färre antal informanter och att det då är viktigt att hitta personer med olika erfarenheter och upplevelser som kan ge rika beskrivningar av fenomenet man vill undersöka. Sharoff (2008) tar upp i sin artikel att inom kvalitativa studier förekommer inga regler kring

hur stort ett urval bör vara. I en studie som använder CIT som metod är datainsamling inte beroende av antalet intervjuer utan på antalet kritiska incidenter som framkommer.

Urval/Deltagare

Inklusionskriterierna i vår studie är informanter med psykossjukdom som har erfarenhet av att ha vårdats på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning. Informanten ska ha erfarenhet av både trygga och otrygga möten och ska vid intervjutillfället vara fri från psykosskov eller förstämningsepisod och ha en god verbal förmåga och tala det svenska språket. För att få så variationsrika berättelser som möjligt eftersträvas variation i ålder och kön.

För att undvika beskrivningar från samma enhet togs kontakt med Schizofreniförbundet i Göteborg, 5 olika öppenvårdsmottagningar i Västsverige. Vi fick därmed en spridning av informanter från tre städer i Mellansverige.

Kontakt togs med de intresserade informanterna och information om studien lämnades via telefon och forskningspersonsinformation skickades via mail (se bilaga). Plats för intervjun bestämdes efter informanternas önskemål. Samtliga informanter tilldelades ett samtyckesformulär för att ge ett skriftligt samtycke till att delta i studien. Sammanlagt har sex informanter intervjuats, varav tre var kvinnor och tre var män. Åldern på informanterna har varit från 32 år till 63 år med en medelålder på 51 år. Hälften av informanterna har schizofrenidiagnos och resterande halva har schizoaffektivt syndrom. Tillsammans delar de sex informanterna erfarenheter från psykiatrisk slutenvård från tre olika psykiatriska kliniker i Västsverige. En intervju gjordes på öppenvårdsmottagning, tre i hemmet och en via Skype. En av informanterna valde ett café som plats för intervjun. Intervjuerna utfördes under en 3 månaders period. De förbestämda frågorna med följdfrågor ställdes till informanten och samtliga intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjuernas tidsåtgång var mellan 21 minuter och 36 minuter, med ett medelvärde på 27 minuter.

Datainsamling

Då vi vill studera patienters tidigare erfarenheter har vi valt att använda oss av en kvalitativ datainsamlingsmetod. Vi har valt intervju som insamlingsmetod som möjliggör en dialog och en mer personlig relation mellan informant och intervjuare än vad ett frågeformulär med öppna frågor skulle göra (Kvale, 2006).

Inför intervju formulerades några frågor som svarar på vårt syfte. För att få en så hel och rik beskrivning av de trygga respektive otrygga mötena som möjligt av informanterna har vi inspirerats av Flanagans (1954) riktlinjer vilket resulterade i två huvudfrågor och fyra följdfrågor. Fråga 1: *Kan du beskriva ett tryggt möte som du tidigare varit med om, så detaljerat som möjligt?* Fråga 2: *Kan du beskriva ett otryggt möte som du tidigare varit med om, så detaljerat som möjligt?* Följdfrågor: *Vad tänkte du under detta möte? Vad kände du under detta möte? Vad fick detta möte för konsekvenser? Vad har detta möte inneburit för dig fortsättningsvis?* Följdfrågornas syfte är att hjälpa patienten med att beskriva mötena så rikt och fullständigt som möjligt.

Dataanalys

Som analysmetod har vi valt att använda oss av innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman, (2004) som är en kvalitativ analysmetod. Denna metod valdes då den är en metod som används när fokuset är att tolka texter. Vi har valt att använda oss av kvalitativ

innehållsanalys med en induktiv ansats vilket innebär att analysen utgår ifrån texter av människors berättelser av upplevelser. Vi har följt de olika stegen inom innehållsanalys och har därmed tillsammans läst igenom texten flera gånger och rört oss mellan att se både delar och helheten av texten. De olika delarna i texten som svarade på vårt syfte markerades med överstrykningspenna och bildade meningsenheter. Redan nu innebar analysarbetet att texten delades upp i två olika Teman. Det ena temat bestod av meningsenheter som beskrev trygga möten och det andra temat bestod av meningsenheter som beskrev otrygga möten. Nästa steg i analysprocessen innebar att de olika meningsenheterna kondenserades och kodades. De olika koderna som liknade varandra sammanfördes och bildade kategorier och underkategorier.

Forskningsetiska överväganden

De etiska krav som måste uppfyllas kring forskning som avser människor beskrivs i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Det huvudsakliga syftet med lagen är att vid forskning skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet. Dock undantar lagen forskning som genomförs vid högskoleutbildningar på grund- och avancerad nivå. Således krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd för examensarbete.

Etiska riktlinjer kring forskning konkretiseras i fyra huvudkrav som har för avsikt att skydda den enskilda människans grundläggande rättigheter. Dessa krav är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (World Health Organization, 2001b).

Forskningsetiska överväganden skedde i enlighet med dessa krav:

Informationskravet: Informanterna blev i förväg informerade om studiens syfte både skriftligt och muntligt. Informanterna har inför vår studie fått en forskningspersonsinformation (se bilaga) där den övergripande planen, syftet och nyttan av att delta i studien framgår. De informerades även om att deltagande i studien var frivilligt och när som helst kunde avbrytas utan att ge särskild anledning till det.

Samtyckeskravet: Informanternas samtycke erhölls både muntlig och skriftligt. Om en informant valt att avbryta sitt deltagande i studien förstörs omedelbart forskningsmaterialet som berörd informant bidragit med.

Konfidentialitetskravet: Informanterna fick information i förväg om att studien kommer att behandlas med största möjliga konfidentialitet och att personuppgifter och datamaterial förvarades på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av det.

Nyttjandekravet: Informanterna informerades om att insamlat material om studien endast används för forskningsändamål och förstörs när studien är avslutad.

Processen att rekrytera informanter (speciellt från särskilt utsatta grupper) är komplicerad och tidskrävande och det är av yttersta vikt att etiska riktlinjer följs och att informanter inte utsätts för press att delta i forskningsstudier (Keogh & Daly, 2009). Som informant ska man inte behöva utsättas för psykisk eller fysisk skada. Som informant kan han/hon uppleva frågorna i intervjun som både svåra och jobbiga att svara på. Informanten kan ha varit med om situationer som han/hon upplevt som smärtsamma och svåra att tala om. Det finns en risk för att intervjun kan uppbringa mycket känslor. För att förhindra att informanterna kom att må dåligt efter intervjun, erbjöds de ett samtal med studiens författare efter att intervjun var

färdig. Om de fortfarande upplevde ett obehag efter intervjun skulle informantens ansvariga behandlare informeras. Detta blev dock aldrig aktuellt under vår studie.

Resultat

Antal identifierade incidenter var 41 incidenter varvid 21 stycken tematiserades som trygga möten (se tabell 1) och 20 stycken tematiserades som otrygga möten (se tabell 2). Varje tema har under analysprocessen delats upp i tre olika kategorier med respektive underkategorier.

Tabell 1: Resultattabell för Trygga möten

Underkategori	Kategori	Tema
Finns alltid där för mig	Personalen är en trygg punkt i tillvaron	Trygga möten
En person man kan öppna sig för		
Har ett lugnt kroppsspråk		
Har kunskap och förståelse för vad jag behöver just nu		
Jag blir behandlad och sedd som en vanlig människa	Personalen ser mig bakom sjukdomen	
Att få prata om det vardagliga		
Att få utföra vardagliga aktiviteter tillsammans		
Jag får vara med och utforma min vård	Personalen ser mig som en samarbetspartner	
Ger mig valmöjligheter		

Tabell 2: Resultattabell för Otrygga möten

Underkategori	Kategori	Tema
Personal som hotar mig	Maktmissbruk	Otrygga möten
Personalen som strikt följer strukturen på avdelningen		
Personal som inte ger mig några valmöjligheter		
Uppmärksammar inte mina behov	Personalen ser mig som ett objekt	
Kränker mig som person		
Ser mig som ett problem som ska lösas		
Personalen ser inte helheten		
Personalstyrkans sammansättning	En icke vårdande miljö	
Dålig möjlighet till enskildhet		
Otrygghet hos personalen		
Personal som inte gör sitt jobb		
Brist på vardagliga aktiviteter		

Tema Trygga möten

Personalen är en trygg punkt i tillvaron

Under den här kategorin beskriver informanterna egenskaper samt kroppsspråk hos personalen som bidragit till att ett tryggt möte har skapats.

Finns alltid där för mig

I denna underkategori beskrivs trygga möten med att personalen finns tillgänglig för patienten när han hon behöver det och att personalen aktivt söker patienten för samtal.

> *Jag kände mig trygg på avdelningen…det fanns människor omkring mig som ville mig väl… det är som en tillflykt liksom när man vill må bra. Ett skydd mot sig själv och annat som skrämmer…man blir sedd på nåt vis…(Intervju 5)*

Personalen visar även att han/hon är tillgänglig även i de stunder då patienten själv inte vill eller har förmågan att ta kontakt själv.

> *…och även om jag inte sa något till han, han pratade ju… ja det var tryggheten och ja…den gången…han fanns alltid där…även när jag inte ville eller eh…orkade prata…han var som en trygg punkt i en kaotisk tillvaro…(Intervju 2)*

En person man kan öppna sig för

I ett tryggt möte beskrivs personalen som en kompis som man kan prata om allt med och dela med sig av sina upplevelser. Personalen beskrivs som vänlig, empatisk, förstående och som en person som utstrålar värme och har en vilja att göra gott. Informanterna framhåller att de minns dessa eldsjälar inom vården som tagit bra hand om dem vilket leder till en ökad tilltro till vården.

> *– Ganska trygg och tillfreds får jag säga och jag tycker att jag kommit i rätta händer… och sådär. Jag tycker jag kan uppleva att man kan öppna sig för dom och prata med dom om saker och ting…(Intervju 1)*

En personals förmåga att kunna nå fram till patienten kan också beskrivas med personkemi.

> *…alltså allting handlar ju om kemi och det är ju svårt, jag menar har man en personalgrupp på sju stycken, vem ska nå mig i det…svåra läget…men…men det brukar oftast finnas nån som når fram liksom…det handlar ju om att gå igenom min hinna av vanföreställningar och når fram till det liksom som är friskt i mig…(Intervju 3)*

Har ett lugnt kroppsspråk

Informanterna tar upp att det är av betydelse att personalen uppvisar ett lugn bemötande och kroppsspråk även i situationer när patienten är orolig och aggressiv.

> *…i de svåra lägena där…så det spelar det ju egentligen inte det verbala språket nån roll, utan det är mycket kroppsspråk som som tryggar mig… och gärna ögonkontakt då…..(Intervju 3)*

> *…jag kom in och var väldigt uppriven och aggressiv. Det behövde betalas in räkningar och jag gormade på varenda person. Men då var de förstående och lugna så det var ju ett bra bemötande just i den situationen...(Intervju 4)*

Har kunskap och förståelse för vad jag behöver just nu

Kunskap och förståelse för hur patienten mår och känner och att utföra omvårdnadsåtgärder för att lindra illabefinnande skapar trygghet hos patienten. Det är även de små sakerna som betyder mycket som t.ex. att ställa fram ett glas vatten eller att hänga en filt på stolen.

> *Hon sa till mig att lägga mig på sängen så skulle hon ge mig massage. Det gjorde att jag kunde somna. Hon hade förståelse för hur jag mådde och kunde hjälpa mig ur tillståndet, att det inte bara är medicin hela tiden…(Intervju 3)*

> *En person tog med oss för att styrketräna. När jag mår dåligt har jag mycket rörelseenergi i kroppen, jag är stressad och det är kaos. Att i det läget få lyfta skrot är bra för mig. Man har då visat förståelse för min kropp och vad som händer…(Intervju 3)*

Att personal även använder sin kunskap och utför omvårdnadsåtgärder även då patienten själv i situationen inte förstår varför i ett syfte av omsorg och skydd för patienten skapar trygghet.

> *…så jag fick eh…extravak och LPT då och då kände jag mig trygg i att min sjukdom behandlades fastän jag själv inte kunde uttrycka vad jag behövde…(Intervju 5)*

Personalen ser mig bakom sjukdomen

Att bli sedd som en vanlig människa och få utföra vardagliga aktiviteter tillsammans med personalen ses som en viktig del i återhämtningsprocessen och frambringar trygga möten mellan patient och personal.

Jag blir behandlad och sedd som en vanlig människa

Informanterna uttryckte att de uppskattade när personalen samtalade med dem som vilken vanlig person som helst och inte använde sig av en nedlåtande ton. Man vill bli behandlad som en person och inte ett objekt.

> *…jag tycker väl överhuvudtaget i möten att det ska vara respektfullt…att man inte talar långsamt…utan att man har en vanlig samtalston…att man behandlar en som en vanlig människa….(Intervju 4)*

> *-Man känner när någon bryr sig om. Ni jobbar ju med en person, inte på en fabrik. Den personliga kontakten är viktig. (Intervju 6)*

Att få prata om det vardagliga

Flera informanter beskriver vikten av att kunna prata om det vardagliga med vårdpersonalen. De upplever att det lätt blir för mycket fokus på sjukdomen. Att prata om det vardagliga hjälper patienten att återkoppla till verkligheten. De uppskattar när personalen pratar om väder och vind och delar med sig av livet utanför avdelningen.

> *Jag uppskattar ”vanliga” människor som till exempel bönder som kommer in på avdelningen med träskor och ska jobba nattskift och pratar om vardagliga ting…(Intervju 3)*

> *…men kanske ägde de mest befriande samtalen rum där…på promenaderna mellan kiosken och enheten…avdelningen…då vi pratade vardagligt och han kopplade tillbaka mig till verkligenheten så som den var…(Intervju 4)*

Att få utföra vardagliga aktiviteter tillsammans

En informant tar upp att möjligheten att få utföra aktiviteter med vårdpersonal upplevs hälsofrämjande och har ett fokus på det friska och gör vårdtiden lättare att hantera och mindre enformig. Att inte ha något att göra gör att patienten istället fokuserar på sitt illabefinnande och mår sämre under vårtiden.

> *Det var mer aktiviteter på helgerna förr. Då var det mindre patienter och man kunde gå ner i pingisrummet och spela pingis och spela spel. Jag mådde bättre av det..(Intervju 6)*

Personalen ser mig som en samarbetspartner

Att som patient få vara med och utforma sin egen vård skapar trygghet genom att hon/han då får möjligheten att påverka sin vård så som just han/hon vill ha det för att känna sig trygg.

Jag får vara med och utforma min vård

En informant beskriver personalen som samarbetspartners som ingår i teamet som arbetar tillsamman med honom för att hjälpa och stödja honom att leva med sin sjukdom.

> *…… att vi tillsammans får lära att leva med sjukdomen likaså, jag kan ju aldrig bli frisk… men med tiden lära sig även att hantera min sjukdom…(Intervju 1)*

Ger mig valmöjligheter

När en informant beskriver en tvångssituation hon varit med om tar hon upp att hon i dessa situationer skulle önska att få mer valmöjligheter som hon trots allt skulle kunna få vara delaktig i.

> *Sen tycker jag också att personal som ger mig valmöjligheter…alltså vill du ha sprutan på höger eller vänster sida…vill du ha spruta eller kan du tänka dig att ta tablett…(Intervju 3)*

Tema Otrygga möten

Maktmissbruk

Under denna kategori tar informanterna upp händelser då de känt sig illa behandlade p.g.a. hot och struktur på avdelningen vilket skapar en känsla av otrygghet.

Personal som hotar mig

En informant berättar om ett otryggt möte vid en situation där hon blivit bältad. Hela bältessituationen var ångestladdad för henne och efteråt blir hon hotad med att det kan hända igen.

> *…och sen efteråt så…så var det en som visade mig det här bältesrummet och sa…ja nu ser du här, är det så att du inte passar dig så gör vi om det igen …det var ju verkligen ett otryggt möte….(Intervju 2)*

Personal som strikt följer strukturen på avdelningen

En informant berättar om hur strukturen på avdelningen kan leda till otrygga möten då personalen strikt följer strukturen och inte i stunden kan se till patientens bästa.

> *…man får inte dricka kaffe efter klockan sju, inte äta smörgåsar efter klockan åtta, man får inte titta på TV efter klockan tio och allt det här……och jag var så himla hungrig…och jag kan inte sova…jag kan inte sova om jag inte får mat i magen, jag blir bara mer nervös och paranoid och allt det här…..(Intervju 3)*

Personal som inte ger mig några valmöjligheter

Två av informanterna beskriver situationer där personalen styr över patienterna och inte ger så mycket valmöjligheter vilket skapar en känsla av otrygghet hos dem.

> *….han skulle väl lyckas styra mig och jag och jag som var lite ung då va, 22 år och skulle fylla 23 några månader senare, jag tror de lät honom för han var såpass ung….(Intervju 1)*

…det var väl lite avvisande mot min handling…att jag vill dra mig undan…hon var inte så förstående…att jag blev tvingad att sitta och äta med dom andra och det fanns ingen valmöjlighet…(Intervju 4)

Personalen ser mig som ett objekt

I den här kategorin berättar informanterna om hur de inte blivit sedda av personalen som vanliga människor utan snarare blivit behandlade som ett problem som ska lösas vilket skapar känslor av kränkning och otrygghet.

Uppmärksammar inte mina behov

Tre informanter beskriver möten på avdelningen då de upplever att personalen inte förstår deras behov vilket leder till upplevelser av att inte bli sedd och lyssnad på.

…jag drog mig undan resten av gänget…jag ville va lite för mig själv…det tyckte jag att jag behövde…men jag blev tvingad att äta med dom andra av en sköterska…(Intervju 4)

Då patienten inte lyckas nå fram till personalen kan det leda till att patienten letar efter andra vägar att fånga personalens uppmärksamhet på.

…gömde grejer lite här och där och liksom drog ut eldosor och golvbrunnar och liksom lite här och där…och det var ingen som…sen när de liksom uppmärksammade det och jag sa det då började dom ju undra liksom…, men just att det var ingen som tog sig tid att prata med mig……(Intervju 6)

Kränker mig som person

Flertalet informanter berättar om otrygga möten där de upplevt att de blivit kränkta då de inte mötts av förståelse av personalen för deras diagnos och person.

…vissa tror att man vill skada…eh…för att man valt det själv…och då vill dom straffa en…vissa förstår inte eller struntar i att man är allvarligt sjuk och inte alltid kan ansvara för sina handlingar…det är väldigt jobbigt…mycket otryggt…(Intervju 2)

…min man…han kom i ur och skur va…med det här lilla barnet då va…det regnade en dag och så säger en personal så här då va…att det…jaaa hade ja vart honom så hade ja…hade ja ju gjort slut för länge sen för dig hade jag ju inte orkat med…(Intervju 2)

…då var det liksom en en man där som inte gillade att jag levde ihop med en kvinna…som tryckte upp mig mot väggen och säger att bara för vi måste acceptera såna som dig så innebär inte det att vi gillar dig…(Intervju 3)

Ser mig som ett problem som ska lösas

Två stycken informanter berättar om hur de upplevt att personal behandlat dem som ett problem som ska lösas.

…det märks tydligt hur de pratar och i sitt kroppsspråk att de inte är måna om en…antingen blir det bara som ett jobb eh…eller så känner man sig som en belastning eller ett problem som måste lösas…(Intervju 2)

…och då tog det väl några minuter…sen kom det in jättemånga personal…alla möjliga personal…säkert en fem, sex stycken…det var säkert nån läkare med där också…så gav dom mig en injektion cisordinol……det första liksom otrygga mötet jag hade….jag hann ju inte tänka nånting utan dom brottade ju ner mig i sängen där och… nej, dom pratade inte alls…(Intervju 6)

Ser inte helheten

Två av informanterna berättar om flera incidenter då de upplevt att personalen inte ser och lyssnar och tar hänsyn till hela patientens livsvärld i vårdandet. En informant upplever att personalen bara tar hänsyn till det psykiska illabefinnande och inte vill ta tag i fysisk ohälsa som också kan uppstå.

-De tog blodtrycket för att jag hade huvudvärk och kände mig yr, men tyckte inte man behövde göra nåt åt det eller följa upp och det tyckte jag var konstigt. Jag fick själv be min kontaktperson i öppenvården mäta blodtrycket…(Intervju 5)

En informant berättar om när han har upplevt att personalen bara ser till här och nu i vårdandet på avdelningen och inte tar hänsyn till hur han mått och agerat innan han blev inlagd på slutenvården som skulle kunna vara av vikt för det fortsatta vårdandet.

…jag hade ätit massa mat och druckit massa och ätit chili och allt möjligt…hällt i mig på en eftermiddag säkert flera liter av olika drycker…tillsammans med flera chilifrukter…så att det tror jag hade stört balansen som gjort att litiumet var väldigt lågt…(Intervju 6)

En icke vårdande miljön

Hur personalen är sammansatt och arbetar, hur lokalerna är utformade och brist på vardagliga aktiviteter för patienterna kan vara orsaker till att otrygga möten uppstår.

Personalstyrkans sammansättning

På ett arbetspass på avdelningen kan fördelningen av män och kvinnor i personalen se olika ut. Det kan då i vissa situationer bli svårt att tillgodose en del patienters behov av att vårdas av antingen en man eller kvinna vilket kan leda till otrygga möten.

…jag har en övergreppshistoria bakom mig i relation till män, så jag, så jag behöver kvinnor runt mig och det är lite svårt ibland…ibland har man inte tillräckligt med kvinnor på skiftet eller sådär, så att… nej…och då leder det istället till svåra tuffa bältesläggningar för mig, speciellt…det är som att tutta eld på en…brasa liksom…att sätta en man nära mig i det läget…(Intervju 3)

Dålig möjlighet till enskildhet

Avdelningens fysiska utformning av lokaler och att det inte finns någonstans att gå undan och vara ifred och få utlopp för sina känslor kan också skapa känslor av otrygghet.

…var får jag möjlighet att få utlopp för min ilska som jag har i kroppen av sorg och ledsenhet…Som det ser ut nu finns det ju oftast inga rum och blir man arg kan man ju skrämma upp nån annan…man måste få uttrycka sina känslor nånstans…(Intervju 3)

Otrygghet hos personalen

Att personalen inte känner sig trygg i sin roll som sjuksköterska eller skötare och som visar upp en osäkerhet för patienten kan också skapa känslor av otrygghet och osäkerhet hos patienten.

> *… han han var rädd för mig…jag kunde bara inte då släppa det…så då försökte jag slänga en kaktus på honom……han gjorde ju inget fel så…men han var osäker på nåt sätt… Eller nånting…jag tror det är bra om personalen liksom är trygg och mår bra själva också…(Intervju 5)*

Personal som inte gör sitt jobb

Vetskapen om att det finns personal som inte alltid utför sitt jobb för att skydda patienten kan skapa en otrygghet för patienten då patienten vet att en impuls eller en försämring i måendet just då skulle kunna leda till skada för patienten.

> *….när jag hade extravak så satt hon och blundade…hon satt och nästan sov. Det är inte så bra…hon ska ju se vad jag gör… Efteråt så tänker jag att det är ju inte bra, då hade jag ju kunnat göra nåt…så hon skötte inte sitt jobb tänkte jag…(Intervju 5)*

Brist på vardagliga aktiviteter

En informant beskriver hur fokus på mediciner och bristen på aktiviteter på avdelningen gör att man fokuserar på sitt illabefinnande istället för att få stöd i att se det friska. Det fanns inget att göra förutom att vara i sitt illabefinnande.

> *… jag kopplade om larmet……och sen gjorde jag ju liksom olika grejer med el och vatten och så liksom så det blev kortslutning…i badrummet till exempel……. personalen pratar med personalen och patienterna pratar med patienterna…det är ju liksom inte däremellan…(Intervju 6)*

Diskussion

Metoddiskussion

Urval

Till vår studie har vi endast kommit i kontakt och intervjuat sex stycken informanter vilket skulle kunna påverka överförbarheten till ett annat liknade kontext negativt. Flick (2007) skriver att ett färre antal informanter kan användas men att informanterna ska representera variationer när det gäller sociodemografisk data. I enlighet med Flick (2007) har vi för att öka resultatets trovärdighet fokuserat på att hitta personer med olika erfarenheter och upplevelser för att få en så rik beskrivning av möten som möjligt. Vi har därmed medvetet gjort ett strategiskt urval och valt informanter som representerar hälften kvinnor och hälften män. Vi strävade också för att få en variation av ålder men vi fick tag på endast en informant under 40 år. Detta skulle kunna påverka resultatets trovärdighet negativt då vi inte lyckats att få med upplevelser från fler yngre informanter. Flera av våra informanter som har medverkat i vår studie har uttryckt att de själva har haft svårt att prata om sin sjukdom med andra när de var yngre och att det är först när de blivit äldre som de har kunnat dela med sig av sina erfarenheter med andra. Det kan därför förklara varför vi haft svårt att nå fram till den yngre

patientgruppen med vår studie. Att intervjua äldre informanter kan dock även vara en fördel då de ofta har fler upplevelser att dela med sig av från slutenvården än en person som nyligen har insjuknat. För att få ytterligare en spridning av erfarenheter tog vi kontakt med Schizofreniförbundet och öppenvårdsmottagningar både tillhörande Borås och angränsande län. Det har varit svårt att hitta informanter via öppenvårdsmottagningarna i de olika angränsande länen vilket resulterat i att spridningen inte blev så stort som vi önskat. Det kan ha påverkat resultatets trovärdighet negativt till viss del då hälften av erfarenheterna bygger på upplevelser från en och samma vuxenpsykiatriska klinik.

Datainsamling

CIT har varit en lämplig metod att använda i vår studie då den utgår ifrån deltagarens perspektiv och ger god information från informanterna på relativt kort tid. Den stora fördelen med intervju är att i intervjusituationen ges intervjuaren möjlighet att läsa av icke-verbal kommunikation så som gester och kroppsspråk för att i sin tur kunna ställa eventuella följdfrågor. Det är av stor vikt att förbereda sig väl inför intervjusituationen och det är viktigt vilka ord som intervjuaren använder. Intervjuarens roll är att stödja informanten i att beskriva ett specifikt fenomen eller en incident så tydligt och ingående som möjligt (Schluter et al., 2008).

Enligt Sharoff (2008) är det inte antalet informanter som räknas utan hur många kritiska incidenter som kan identifieras och analyseras. Då flera av våra informanter har haft många incidenter att dela med sig av har det gett oss ett bra underlag att analysera vilket ger en ökad trovärdighet.

En betydande risk med CIT är att metoden är beroende av informanternas minnen och förmåga att komma ihåg specifika exempel på kritiska incidenter som efterfrågas. Resultatet kan därför påverkas om informanterna inte kommer ihåg dessa incidenter tydligt vilket i sin tur kan leda till omedvetna efterkonstruktioner. Dock är det enklare att minnas och beskriva extraordinära händelser, det vill säga händelser som sticker ut, i relation till vardagliga händelser (Sharoff, 2008). Flanagan (1954) belyser att fördelen med bristerna kring CIT är att de är påtalade och att givna förslag på hur dessa ska hanteras och minimeras finns beskrivna. Flanagan beskriver att det måste framkomma ett tydligt syfte/forskningsfråga för att CIT ska kunna användas på bästa sätt samt att det finns en risk i att informanter inte vill rapportera om en incident på grund av personliga skäl. Vi upplevde att de otrygga mötena blev rikligare beskrivna än de trygga mötena vilket kan vara ett resultat av att de negativa mötena har en förmåga att fastna mer i vårt minne.

Ett problem som vi stötte på under datainsamlingen var att informanterna hade en förmåga att börja berätta mer allmänt om hur de önskar att bli bemötta inom psykiatrisk slutenvård. Detta åtgärdades genom att påminna patienten under intervjuns gång om att beskriva en viss situation och inte bara allmänt.

Informanterna fick själva välja platsen för intervjun. Detta för att skapa en så avslappnad miljö som möjligt under själva intervjuerna. Detta tycks ha fungerat väl, då informanterna upplevdes som lugna och avspända trots det känsliga ämnet. Informanterna har tillfrågats om det går bra att båda studiens författare är med under intervjun vilket fem av informanterna sa ja till. Vid den återstående intervjun kunde bara en av författarna närvara. Att båda var med under intervjuerna ökar trovärdigheten och pålitligheten då vi kan hjälpas åt att minnas vad informanten beskrivit och vilka känslor som kom fram. Intervjuerna transkriberades i sin helhet direkt efter varje intervju vilket underlättade analysprocessen betydligt när det gällde

att komma ihåg stämningar, ansiktsuttryck och gester. Detta tillvägagångssätt rekommenderas av Keogh och Daly (2009).

Trots att informanterna fick information innan intervjuerna om vikten av att kunna beskriva såväl trygga som otrygga möten inom slutenvård, behövde intervjuarna vid ett flertal gånger under samtliga intervjuer återföra informanterna till det ämne som studien fokuserar på.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys betraktas som en lämplig metod för att analysera intervjuer och för att identifiera framträdande mönster och teman (Graneheim & Lundman, 2004). Vi anser att metoden varit lämplig att använda för att svara på vårt syfte. Vi har fått rikliga beskrivningar av trygga och otrygga möten och den kvalitativa analysprocessen har varit ett effektivt instrument för att strukturera upp och ta fram de viktiga delarna i texten som svarat på vårt syfte. Båda författarna har tillsammans deltagit under hela analysprocessen vilket ökar trovärdigheten då vi kommit fram till resultatet genom diskussion och att hela tiden tillsammans rört oss genom att se både helheten och delar. Vi har också diskuterat resultatet med kollegor. En diskussion gällande tolkningen av data som framkommit med kollegor kallas ”peer debriefing”. Även om kollegorna inte varit med om situationen med datainsamling kan resultatet bli tydligare för en själv om man som forskare berättar för andra vilket ökar studiens trovärdighet (Spall, 1998).

Förförståelse

Det är av stor betydelse att inte bortse från tolkning under analysprocessen. Det är även av väsentlighet att forskaren inte låter sina tidigare erfarenheter av fenomenet som studeras färga tolkningen. Tidigare kunskap, om det används på rätt sätt, bör fördjupa förståelsen för det studerade fenomenet (Schluter et al., 2008). Båda författarna till denna studie har åtta års erfarenhet av att arbeta inom psykiatrisk slutenvård varvid en av oss den tiden har arbetat på psykosavdelning. Vi har under arbetets gång hela tiden försökt vara medvetna om vår förförståelse. Vi har eftersträvat att lägga vår förförståelse åt sidan och låtit patientens berättelse tala. Det har varit en tillgång med vår erfarenhet inom psykiatrisk slutenvård då vi känner till kontexten och de olika arbetssätt som använd som patienten beskriver. Det har hjälpt oss på det viset att vi förstår och känner igen situationerna som patienten beskriver och ökar trovärdigheten då vi själva känner igen och upplevt flera situationer utifrån personalens perspektiv.

Resultatdiskussion

På grund av att vi i vår studie har använt oss av kritiska incidenter som beskriver positiva och negativa händelser så har analysprocessen resulterat i två teman, trygga och otrygga möten. Dessa två teman beskriver hur patienterna vill bli bemötta respektive inte vill bli bemötta inom psykiatrisk slutenvård för att kunna uppnå trygghet i mötet med vårdpersonal. I överensstämmelse med tidigare forskning framkom i vårt resultat att patienten vill bli sedd bakom sjukdomen av personalen. I vårt resultat beskrev informanterna trygga möten där personalen fungerat som en trygg punkt i en kaotisk tillvaro. Informanterna har också tagit upp i vår studie att i de trygga mötena har de fått vara med och utforma sin vård och därmed känt sig som en samarbetspartner. I de otrygga mötena har patienten ibland upplevt att personalen missbrukat sin makt och de har i de otrygga mötena känt sig som ett problem som ska lösas. I en del situationer så har den vårdande miljön blivit lidande av att t.ex. personal och lokaler inte varit anpassade eller att personalen inte känt sig trygg eller inte gjort sitt jobb.

I vår studie framkom att personalens förhållningssätt och arbetsrutiner är av stor betydelse för hur patienten sedan upplever möten som trygga eller otrygga inom psykiatrisk slutenvård. Vår egen erfarenhet av att arbeta på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning är att personalen har fått väldigt lite information och kunskap om vad personcentrerad vård innebär och hur olika förhållningssätt kan påverka upplevelser av vården. Vår upplevelse är att sjuksköterskor och skötare arbetar med olika förhållningssätt utan att tänka på vad det egentligen kan ge för konsekvenser för patientens upplevelse av möten. I Björkdahl, Palmstierna och Hansebo (2010) intervjustudie upplevde sjuksköterskorna att de använde sig av två förhållningssätt när de arbetade på en psykiatrisk slutenvårdavdelning. Det ena förhållningssättet beskrivs som en bulldozer som försöker skydda avdelningen från kaos och att minska oönskat beteende från patienter. Som bulldozer ser man patienten som ett objekt som går att kontrollera. Att som sjuksköterska se en av sina arbetsuppgifter som att skydda avdelningen från kaos upplevs rättfärdiga arbetssättet att vara en bulldozer. Det andra förhållningssättet är balettdansösen som försöker skapa relationer med patienter. Balettdansösen ser patienten som en person som går att möta och stödja genom samtal och att ge patienten tid. Balettdansösen liknar mer förhållningssättet som används vid personcentrerad vård. Vårt resultat ger en beskrivning av patienternas egna upplevelser av trygga och otrygga möten och hur personalens olika förhållningssätt och arbetssätt påverkar deras upplevelse av möten.

Trygga möten

Samtliga informanter i vår studie har beskrivit att i trygga möten så har personalen fungerat som en trygg punkt i en kaotisk tillvaro. Det stämmer väl överens med tidigare studier inom allmänpsykiatri där det framkom att patienten uppskattar då personalen är närvarande och lyssnar aktivt (Lilja & Hellzen, 2008; Schröder et al., 2006; Voogt et al., 2015). Utifrån vårt resultat anser vi att det är viktigt att personal vistas mer ute på gemensamma utrymmen på avdelningen. Vårt resultat visar att om man som personal lämnar patienten själv i sitt illabefinnande i tron att patienten vill vara ifred kan öka på känslan av isolering och utanförskap. När det gäller psykospatienter är det därmed viktigt att visa att man som personal finns till även då patienten själv inte kan uttrycka sig. I dessa situationer är det av vikt att personalen hela tiden visar att man finns till för patienten och aktivt tar kontakt.

I enlighet med tidigare studier så har det i vårt resultat framkommit att de trygga mötena bygger på att patienten känner sig som ett subjekt, dvs. ses som en vanlig människa som du och jag. Patienter uttrycker att det är av stor vikt att både få möjlighet att prata om vardagliga ting och att få göra vardagliga saker tillsammans med personal även om man vårdas inom psykiatrisk slutenvård. Det vardagliga och gemenskapen främjar känslan av att känna trygghet. Att personalen minskar på fokuset kring sjukdom och det som är sjukt leder till att patienterna känner att personalen ser dem som ”vanliga” människor. De får hjälp att slappna av och avleda jobbiga tankar/känslor och istället främja det som är friskt inom dem. I Molin, Graneheim och Lindgrens (2016) studie framkommer att genom att göra saker ihop utanför avdelningen, att vårdpersonalen kan visa humor och kan vara personliga utan att bli privata har stor betydelse för hur patienterna upplever möten och vårdtid inom slutenvård som trygga eller otrygga. I den vårdande relationen behandlas patienten som ett subjekt. Vårdrelationen mellan patient och personal är därmed viktig i vårdandet. Det framkommer i vårt resultat att läkemedel är viktigt för behandlingen men att det inte är det enda som behövs för att återfå psykisk hälsa. Patienten behöver också ha mänsklig kontakt och inte bara mediciner. Vårdrelationen är av central betydelse då det gäller patientens förmåga att kunna känna tillit och vilja att ta emot stöttning, omvårdnad och behandling. Personalen måste kunna vara flexibel i mötet med patienten. Inom psykosvård är det inte alltid som verbal kommunikation

kan ske, speciellt inte vid akuta psykosskov. Därför är det av stor betydelse att personalen hittar andra vägar att gå för att främja en god vårdrelation och trygga möten. Att ses som en vanlig människa innebär även hos patienten att få samtala och delta i vardagliga aktiviteter med personalen. För informanterna i vår studie beskrivs dessa trygga möten med personal som ett sätt att få hjälp med att återkoppla till verkligheten. De vardagliga aktiviteterna stödjer patienten till att fokusera på det friska och blir därmed en viktig omvårdnadsåtgärd för tillfrisknandet för en psykospatient. Både tidigare forskning och vår studie visar att det idag finns en brist på vardagliga aktiviteter på avdelningen. Patienterna och personalen befinner sig ofta var för sig och den vårdande relationen blir därmed lidande.

Informanterna i vår studie framhåller att för att vårdtiden ska kännas trygg är det viktigt att patienten själv får vara med och bestämma så långt det går. Att få valmöjligheter i en tvångssituation som att t.ex. i vilken skinka man vill få sprutan i kan leda till att patienten kan känna att den ändå får en viss kontroll i en otrygg situation. Patienter uppskattar när sjuksköterskor har ett individuellt förhållningssätt och inte följer rutiner strikt på avdelningen utan ser till patientens individuella behov. Det ger en upplevelse av att sjuksköterskan lyssnat och tagit till sig patientens individuella önskemål och behov och visar i förlängningen att personalen vill patientens bästa (Voogt et al., 2015). Patienter uttrycker att de vill ses som samarbetspartners och vill dela ansvaret för sin vård och behandling tillsammans med vårdpersonalen. Om vårdpersonalen kan göra patienterna mer delaktiga i vården kan de uppleva en känsla av trygghet och medbestämmande (Molin et al., 2016). Att lyssna på patientens berättelse och att göra patienten delaktig i sin vård kan beskrivas med arbetssättet personcentrerad vård. Konceptet personcentrerad vård inom slutenvård beskrivs oftast utifrån somatiska vårdavdelningar eller vårdavdelningar generellt. I en litteraturöversikt av kvalitativa artiklar skriven av Thórarinsdóttir och Kristjánsson (2014) har författarna koncentrerat sig på patientens upplevelser av personcentrerad vård. I översikten har författarna tagit med erfarenheter från alla kontexter både från somatiska avdelningar och psykiatrisk slutenvård. Författarna beskriver i resultatet patienternas upplevelse av personcentrerad vård i tre faser. I den första fasen uppstår en mänsklig kontakt med vårdare och patient där patienten behandlas med respekt och som en egen unik person med lika mycket värde. Patienten upplevde att personalen lyssnade aktivt, uppmuntrade till samtal, tog patienten på allvar och tog sig tid för patienten. I den andra fasen söker och får patienten information. Med personcentrerad vård upplever patienten att informationen är anpassad till honom/henne och att det fortgår under hela vårdprocessen som en öppen dialog. Olika alternativ presenterades och patienten fick vara med och välja mellan de olika alternativen. Det visade sig i många fall vara själva diskussionen i sig som var viktig än själva beslutet. I den tredje fasen tas alla beslut om vården. Val av behandlingsmetod utifrån personcentrerad vård är för patienten att den väljs utefter diskussion med patienten och patientens förutsättningar, behov och värderingar.

Kan konceptet personcentrerad vård helt skrivas över till att användas inom psykiatrisk slutenvård? Gabrielsson et al (2015) tar just upp diskussionen om att personcentrerad vård kanske skiljer sig åt i arbetet med psykiatrisk slutenvård jämfört med inom andra kontexter och utförde därmed en litteraturstudie i ämnet. I resultatet framkom personcentrerad vård inom psykiatrisk slutenvård bygger på kultur, vårdrelation och återhämtning. Med kultur menas hur avdelningen fungerar, vilken kompetens vårdpersonalen har och hur samverkan med övriga instanser och patientmedverkan fungerar. Hur strukturen är uppbyggd på avdelningen är viktigt för att personcentrerad vård ska fungera optimalt. Som vårdpersonal är det viktigt att involvera patienten i sin egen vård och att se patienten som en partner i vården

och att han/hon får vara med i att fatta beslut om sin egen vård. Relationen mellan vårdare och patient bygger på att man ska se varandra som personer. Vårdaren ska stödja patienten som en person, stärka patienten och inge hopp. Vårdrelationen ska bygga på förtroende, engagemang, närhet och ärlighet. Vårdaren ska också lyssna på patienten och respektera patientens värdighet och försvara han/hennes rättigheter. Personcentrerad vård inom psykiatrisk slutenvård ser återhämtningen från sjukdomen som en central del vilket innebär förutom att uppnå hälsa även ansvar, valmöjligheter, självständighet och att minska stigmatisering för patienten. Utifrån vårt resultat anser vi att för att kunna skapa trygga vårdrelationer med personcentrerad vård behöver personalen ha kunskap om psykossjukdom och även känna sig trygga i sin roll som vårdare. Ett viktigt redskap i vårdandet är kommunikation för att patient och personal ska förstå varandra och ge möjlighet till att skapa trygga möten.

Otrygga möten

Som beskrivits i bakgrunden upplever en del patienter som vårdas inom psykiatrisk slutenvård att de ses som ett objekt, där fokus ligger på diagnosen de lider av och/eller att de är ett problem som ska lösas, vilket förstärker känslor och upplevelser av kränkning och stigmatisering (Andreasson & Skärsäter, 2012; Stenhouse, 2011). Detta bekräftas även av det resultat som framkommit i vår studie kring de otrygga mötena som informanterna varit med om där de beskrivit känslor och upplevelser som uppkommit i dessa situationer. Vi anser att otrygga möten kan leda till stigmatisering vilket i sin tur kan leda till negativa konsekvenser för patienten. I The World Health Report (2001) beskrivs stigmatisering som ett tecken på skam eller ogillande som resulterar i att en individ blir diskriminerad, utstött eller utesluten från deltagande i sociala sammanhang. Stigmatisering har beskrivits som en trehövdad problematik avseende kunskap, attityd och beteende. Bristande kunskap leder till ignorans eller ovilja att ta reda på sanningen, negativa attityder leder till fördomar och ett fördomsfullt beteende leder till diskriminering och stigmatisering. I den stund en person omnämns som psykiskt sjuk beskriver många att en kraftig förändring i attityden gentemot dem äger rum. Stigmatisering kan drabba vid alla typer av psykisk sjukdom, men schizofreni är en av de mest stigmatiserade. Händelseförloppet vid stigmatisering kan beskrivas som en kedjereaktion av bidragande faktorer, där den ena belastningen leder till den andra. Exempelvis leder rösthallucinos till avvikande beteende som leder till en större risk för social isolering, undvikande av vård, förvärrad psykossjukdom och i förlängningen större funktionsnedsättning och konsekvenser på grund av schizofreni. Patienten blir således tilltagande avvikande och fungerar allt sämre, vilket leder till att grannar och vänner med flera tar avstånd och slutar att höra av sig. Patienten blir stigmatiserad och kanske diskriminerad (Brain, 2014). Det är därmed av stor vikt att personalen är medveten om otrygga möten och konsekvenser av stigmatisering för att kunna arbeta förebyggande. Enligt vårt resultat framkommer det att vårdpersonalens syn på patienten, personalens kunskap, förståelse, personliga egenskaper, deras vilja och engagemang att stötta och hjälpa patienten är avgörande faktorer för hur känslan och upplevelsen av ett möte blir inom psykiatrisk slutenvård för patienten.

I vår studie berättar informanterna om att de upplever att personalen är för sig och patienterna för sig vilket skapar en otrygghet för patienten. Då patienter och personal inte möts och bristen på kommunikation minskar chansen för att kunna skapa trygga och vårdande relationer. I en studie genomförd av Molin, Graneheim och Lindgren (2016) framkommer att patienter som vårdas inom psykiatrisk slutenvård upplever att vårdpersonal prioriterar arbetsuppgifter som inte rör patienterna och att mycket av vårdpersonalens tid spenderas i kök och personalutrymmen där personalen fokuserar på att prata med varandra istället för att vara

ute i de allmänna utrymmena och prata med patienterna samt att genomföra vardagliga aktiviteter med dem. Detta ses från patienternas sida som ett ointresse och bristande engagemang vilket i sin tur leder till otrygga möten och en upplevelse av otrygghet under majoriteten av vårdtiden. Vi anser därmed att personalen behöver vistas ute mer på avdelningen tillsammans med patienterna för att kunna främja upplevelsen av mer trygga möten och vårdrelationer.

Mer studier behövs inom området personcentrerad vård inom psykiatrisk slutenvård med inriktning psykos för att få fram hur personcentrerad vård kan användas och dess konsekvenser för vårdandet.

Slutsatser

Den kvalitativa metoden CIT och intervju har gett rika svar för att fånga upplevelser av möten. Metoden har varit ett bra verktyg för att få rika beskrivningar av två självupplevda kritiska incidenter trygga och otrygga möten och ger ett bra underlag för hur vi personal ska kunna förbättra vårt sätt att arbeta för att skapa mer trygga möten och vårdande relationer för patienten. Resultatet visar att i de trygga mötena med personal blir patienten behandlad som en vanlig människa med egna tankar och önskemål genom stödjande kommunikation (subjekt). I de otrygga mötena blir man istället behandlad som ett problem som ska lösas (objekt) med ökad stigmatisering som följd. För att säkerställa att patienten får en trygg vårdtid med trygga möten och ökad delaktighet och därmed minimera risken för att patenten ska känna sig som ett problem som ska lösas kan personcentrerad vård vara ett effektivt instrument och förhållningssätt förutom ökad kunskap om sjukdom. För att få in arbetssättet och ett gemensamt förhållningssätt inom psykiatrisk slutenvård behövs mer utbildning och kontinuerlig diskussion i teamen om hur personcentrerad vård kan uppnås med fokus på patienten i centrum. Patientberättelsen, partnerskap och dokumentation blir då tre viktiga hörnstenar för att lyckas med personcentrerad vård. För att kunna bedriva personcentrerad vård är en trygg vårdrelation och kommunikation av stor betydelse för att kunna ta del av patientens berättelse.

Referenslista

Abrams, D., Harty, M., & Lundin, L. (2012). Mötet med psykiskt funktionshindrade personer. In L. Lundin & Z. Mellgren (Eds.), *Psykiska funktionshinder- stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsätningar* (pp. 163-201). Lund: Studentlitteratur AB.

American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5 : diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press.

Andreasson, E., & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan.

Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses´ caring approaches in acute psychiatric intensive wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(6), 510.

Björkdahl, A., Palmstierna, T., Hansebo, G., Institutionen för, v., & Ersta Sköndal, h. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses´ caring approaches in acute psychiatric intensive wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(6), 510.

Borge, L., & Fagermoen, M. S. (2008). Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space. *Journal of Mental Health, 17*(2), 193-205. doi:10.1080/09638230701505996

Brain, C. (2014). Stigmatisering och bilden av psykiatrin. In C. Brain, S. Landqvist-Stockman, & H. Olsson (Eds.), *Integrerad Psykiatri Case management i teori och praktik* (pp. 185-204). Lund: Studentlitteratur.

Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC health services research, 14*(1), 271-271. doi:10.1186/1472-6963-14-271

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis* (Vol. 1. utg.). Stockholm: Natur & kultur.

Delaney, K. R., Johnson, M. E., & Fogg, L. (2015). Development and testing of the combined assessment of psychiatric environments: a patient-centered quality measure for inpatient psychiatric treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 21*(2), 134-147.

Eide, T., Eide, H., Kärnekull, B., & Kärnekull, E. (2006). *Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg* (Vol. 1. uppl.). Malmö: Liber.

Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. In A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wiik, & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (pp. 29-53). Lund: Studentlitteratur AB.

Enarsson, P., Sandman, P.-O., Hellzén, O., Medicinska, f., Institutionen för, o., & Umeå, u. (2011). They can do whatever they want: meanings of receiving psychiatric care based on a common staff approach. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 6*(1), 5296.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51*(4), 327-358. doi:10.1037/h0061470

Flick, U. (2007). *Designing qualitative research* (Vol. 1.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. In B. Fossum (Ed.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (pp. 25-50). Lund: Studentlitteratur.

Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., Zingmark, K., Luleå University of, T., Nursing, Nursing, C., & Department of Health, S. (2015). Person-centred care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29*(3), 555-562. doi:10.1111/scs.12189

Gaillard, L. M., Shattell, M. M., & Thomas, S. P. (2009). Mental Health Patients' Experiences of Being Misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 15*(3), 191-199.

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

Håkan, J., Eklund, M., Institutionen för hälsa, v. o. s., Social, S., Avdelningen för arbetsterapi och, g., Faculty of, M., . . . Division of Occupational, T. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*(4), 339-346. doi:10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x

Hälso- och sjukvårdslagen. (SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepardementet.

Jensen, P., & Ulleberg, I. (2013). *Mellan orden: kommunikation i praktiken* (Vol. 1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(6), 639-647. doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x

Keogh, B., & Daly, L. (2009). The ethics of conducting research with mental health service users. *British Journal of Nursing, 18*(5), 277-281. doi:10.12968/bjon.2009.18.5.40539

Koivisto, K., Janhonen, S., & Välsänen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*(3), 268-275. doi:10.1111/j.1365-2850.2003.00705.x

Kvale, S. (2006). Dominance Through Interviews and Dialogues. *Qualitative Inquiry, 12*(3), 480-500. doi:10.1177/1077800406286235

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor. (SFS 2003:460). Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Lilja, L., & Hellzen, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*(4), 279-286. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00544.x

Längle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'Ren, R., Schwärzler, F., & Eschweiler, G. W. (2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua, 15*(3), 213-221. doi:10.1093/intqhc/mzg032

Magnusson, A.-S. (2014). *Om kommunikation: för personal i vårdande yrken* (Vol. 1. uppl.). Stockholm: Liber.

Malm, U., Lindström, E., & Wieselgren, I.-M. (2010). Schizofrena syndrom och likartade psykoser. In J. Herlofson, L. Ekselius, L.-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Eds.), *psykiatri* (pp. 284-303). Lund: Studentlitteratur AB.

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: [Elektronisk resurs] : theory and practice*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Molin, J., Graneheim, U. H., & Lindgren, B.-M. (2016). Quality of interactions influences everyday life in psychiatric inpatient care—patients' perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 11*, 1-11. doi:10.3402/qhw.v11.29897

Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of advanced nursing, 61*(1), 107. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x

Schröder, A., Ahlström, G., Larsson, B. W., Hhj. Kvalitetsförbättringar, i. o. l. i. v. o. s. a., Hälsohögskolan, Hhj,

A. f. o., & Högskolan i, J. (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. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x

Sharoff, L. (2008). Critique of the critical incident technique. *Journal of Research in Nursing, 13*(4), 301-309. doi:10.1177/1744987107081248

Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Västrerås: Edita Västra Aros.

Spall, S. (1998). Peer Debriefing in Qualitative Research: Emerging Operational Models. *Qualitative Inquiry, 4*(2), 280-292. doi:10.1177/107780049800400208

Stenhouse, R. C. (2011). '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*(1), 74-80. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01645.x

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2009). *Schizofreni - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Förlag.

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2013). *Psykiatrisk tvångsvård kliniska riktlinjer för vård och behandling*. Stockholm: Gothia fortbildning.

Thibeault, C. A., Trudeau, K., d'Entremont, M., & Brown, T. (2010). Understanding the Milieu Experiences of Patients on an Acute Inpatient Psychiatric Unit. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*(4), 216-226. doi:10.1016/j.apnu.2009.07.002

Thórarinsdóttir, K., & Kristjánsson, K. (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: A framework analysis. *Nursing Ethics, 21*(2), 129-147. doi:10.1177/0969733013490593

Voogt, L. A., Goossens, P. J. J., Nugter, A., & Achterberg, T. (2015). The Patient's Perspective on “Providing Structure” in Psychiatric Inpatient Care: An Interview Study. *Perspectives in Psychiatric Care, 51*(2), 136-147. doi:10.1111/ppc.12076

World Health Organization. (2001a). *The World Health report.* Retrieved from http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

World Health Organization. (2001b). *World Medical Association Declaration Of Helsinki-Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects.* Retrieved from http://www.who.int/bulletin/archives/79(4)373.pdf?ua=1

Yilmaz, M., Josephsson, S., Danermark, B., Ivarsson, A.-B., Örebro, u., & Hälsoakademin. (2008). Participation by doing: Social interaction in everyday activities among persons with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 15*(3), 162-172. doi:10.1080/11038120802022102

Trygga och otrygga möten

Information till patienter med psykossjukdom om deltagande i studie om att beskriva trygga och otrygga möten med vårdpersonal inom psykiatrisk slutenvård.

Varför ska studien göras?

Tidigare studier har visat att relationen med vårdpersonal är viktig för att skapa trygghet för dig som patient när man vårdas på en psykiatrisk slutenvårdavdelning. Syftet med studien är att undersöka vad trygga och otrygga möten är och innebär och vad de får för konsekvens för dig som person. Studien är ett examensarbete inom specialistsjuksköterskeutbildningen inriktning psykiatri.

Varför frågar vi dig?

Eftersom du har kontakt med psykiatrisk öppenvård och har en psykossjukdom, och har erfarenheter av både trygga och otrygga möten av att vårdas på en psykiatrisk slutenvårdavdelning tillfrågar vi dig om deltagande i studien.

Vad innebär ditt deltagande?

Studien kommer att genomföras i form av en intervju med en sjuksköterska. Frågorna kommer att handla om dina tidigare upplevelser av möten med vårdpersonal när du vårdats inneliggande. Du kommer då att få berätta om ett tryggt möte och ett otryggt möte som du varit med om. Intervjun beräknas ta ca 20-60 minuter och kommer att spelas in digitalt. Därefter kommer den ordagrant att skrivas ut till en text och analyseras. Det du berättar kommer inte att skrivas in i din journal.

Att tala om tidigare erfarenheter kan ibland väcka obehag. Skulle detta ske finns en möjlighet att prata med specialistsjuksköterskestudenten efter att intervjun är färdig. Om du fortsätter att uppleva obehag som kräver uppföljning kommer din ansvarige behandlare att informeras.

Finns det några fördelar?

Dina erfarenheter om hur du som patient upplever trygga och otrygga möten förväntas leda till en ökad kunskap hos vårdpersonal om hur de ska möta dig som person på bästa sätt under vårdtiden.

Hantering av data och sekretess

Din intervjuutskrift kommer att behandlas konfidentiellt och obehöriga kommer inte att kunna ta del av den enligt personuppgiftlagen (1998:204) En kod kommer att koppas till din inspelning och intervjuutskrift så att det inte går att koppla den till dig. Kodlistan förvaras separat i ett låst skåp. Data kommer att redovisas avidentifierad så att du inte kan identifieras. Resultatet kommer att redovisas som ett examensarbete inom specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning psykiatri och inom den psykiatriska kliniken i Borås. Inspelning och intervjuutskrift kommer att förstöras efter att examenarbetet blivit godkänd.

Hur får du information om studiens resultat?

Om du vill ha information om studiens resultat kan du kontakta Nils Sjöström universitetslektor, Göteborgsuniversitet.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta studien utan att ange några skäl till varför och det kommer inte att påverka din behandling. Avbryter du kommer all insamlad data att förstöras.

Har Du några frågor kan Du ta kontakt med någon av oss nedanstående.

Nils Sjöström

Leg.ssk, universitetslektor, Ansvarig för studien Inst. F. Vårdevetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet. Tel. 031-7866133 e-mail: nils.sjostrom@gu.se

Hanna Cerny

Leg.ssk, specialistsjuksköterskestudent inriktning psykiatri Inst. F. Vårdevetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet. e-mail: guscerha@student.gu.se

Susanne Jennermark

Leg.ssk, specialistsjuksköterskestudent inriktning psykiatri Inst. F. Vårdevetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet. e-mail: gusjennesu@student.gu.se

Samtyckesformulär till att delta i studien om upplevelser av trygga och otrygga möten

Jag har fått muntlig och skriftlig information kring studien och vad deltagandet innebär. De frågor jag har om deltagande har besvarats.

Jag samtycker till att delta i studien och mina personuppgifter och data från intervjun används och lagras i enlighet med den information jag fått.

_____ _____

Datum Namnunderskrift

_____

Namnförtydligande