



Røda Korsets Høgskola

Sjukskøterskeprogrammet 180 hp
Vetenskaplig metodik III, Sjølvstændigt examensarbete
KURS V1OET5, 15 hp
VT 2013

Hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet med vårdare

En analys av patienters egna berättelser

How patients with mental illness experience the encounter with care workers

An analysis of patients' own stories

Cecilia Schanning och Eniel Bosch

Handledare:

Examinator:

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Antalet människor med psykisk ohälsa har på senare år ökat. Dessa påträffas inom vårdens olika instanser och vårdare har stor sannolikhet att möta någon drabbad oavsett arbetsplats. Studier visar att vårdare har en ”negativ attityd” till att vårda patienter med psykisk ohälsa och känner sig oförberedda inför patienternas behov. Det behövs mer kunskap om hur mötet mellan vårdare och patient upplevs ur ett patientperspektiv. **Syfte:** Att beskriva hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet med vårdare i hälso- och sjukvården. **Metod:** Studien hade kvalitativ ansats och beskrev patienters upplevelser genom kvalitativ innehållsanalys utifrån sex självbiografier. **Resultat:** I mötet med vårdare upplevde patienter med psykisk ohälsa att de kände förtroende och misstroende, att de stod under vårdares makt, att de blev behandlade med omtanke och kyla, blev sedda och avvisade, att de inte blev respekterade och att de inte blev tagna på allvar. **Slutsats:** Mötet beskrevs i form av både positiva och negativa upplevelser. Förtroende, respekt, att bli sedd och omhändertagen bidrog till att mötet upplevdes positivt. Genomgående flest negativa upplevelser beskrevs rörande brist på respekt, makt och patienters trovärdighet. Negativa upplevelser hämmar återhämtningsprocessen vilket gör det angeläget att öka kunskapen hos vårdare hur livsvärlden ser ut hos patienter med psykisk ohälsa. **Klinisk betydelse:** Resultatet av studien kan användas för att få kunskap och ökad förståelse för hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet med vårdare. På detta sätt kan de brister uppmärksammas som finns i vårdares sätt att bemöta dessa patienter, vilket kan bidra till förbättrade förutsättningar för att vårdmöten skall ge positiva upplevelser.

Nyckelord: psykisk ohälsa, upplevelse, självbiografier, livsvärld, vårdmöte, vårdare

ABSTRACT

Background: In recent years the number of people with mental illness has increased. It is happening everywhere within healthcare and therefore care workers have a high probability of encountering someone suffering from mental illness. Studies show that care workers display a "negative attitude" towards caring for patients with mental illness and feel unprepared to meet their needs. Increased knowledge from a patient's perspective is needed to show how the encounter between care workers and patient is perceived. **Aim:** To describe how patients with mental illness experience the encounter with care workers within healthcare. **Method:** The study had a qualitative approach that described patients' experiences through the use of qualitative content analysis based on six autobiographies. **Results:** In the encounter with care workers, patients with mental illness experienced both trust and mistrust, powerlessness, as well as thoughtfulness but also coldness. They sensed concern but also rejection, disrespect and feeling of insignificance. **Conclusion:** The encounter was described in terms of positive and negative experiences. Trust, respect, to sense concern and to be shown consideration contributed to the encounter being perceived as positive. Most negative experiences were described concerning lack of respect, power and feeling of insignificance. Negative experiences are a hindrance to the recovery process which makes it important to increase knowledge in health care providers about what the life world of patients with mental illness contains. **Clinical significance:** The results of the study can be used to gain knowledge and increase understanding of how patients with mental illness experience the encounter with care workers. This provides a way to address the shortcomings of care workers' way of responding to these patients and may contribute to improved conditions for healthcare encounters to be perceived as positive.

Keywords: mental illness, experience, autobiographies, life world, encounter, health care provider

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	2
Psykisk ohälsa.....	2
<i>Depression</i>	2
<i>Bipolärt syndrom</i>	3
<i>Schizofreni</i>	3
<i>Panikångest</i>	4
Stigmatisering.....	4
Livsvärlden	5
Vårdmötet	5
<i>Det vårdande samtalet</i>	5
Sjuksköterskans tio förpliktelser	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
Design	9
Datainsamlingsmetod och urval.....	9
Analys och tillvägagångssätt.....	12
ETISKA ASPEKTER.....	15
RESULTAT	15
Förtroende - misstroende.....	16
Att stå under makten.....	17
Värde som människa	17
<i>Omtanke - kyla</i>	18
<i>Bli sedd - avisad</i>	18
<i>Att inte bli respekterad</i>	19
<i>Att inte bli tagen på allvar</i>	20
Sammanfattning av resultatet.....	20
DISKUSSION.....	21
Metoddiskussion.....	21
<i>Giltighet</i>	21
<i>Tillförlitlighet</i>	22
<i>Överförbarhet</i>	22
Resultatdiskussion	22
Slutsats	25
Klinisk betydelse	26
Förslag på vidare forskning.....	26
REFERENSER	27
BILAGOR.....	32
Bilaga 1	32

INLEDNING

Vårdare möter inom hälso- och sjukvården många patienter med olika sjukdomstillstånd. Antalet individer med psykisk ohälsa har på senare år ökat enligt folkhälsorapport - årsrapport 2013 (Socialstyrelsen, 2013) och med detta ökar också antalet patienter i vården som lider av psykisk ohälsa. Patienter med psykisk ohälsa påträffas överallt inom vården och vårdare har stor sannolikhet att möta någon drabbad oavsett arbetsplats. Då omvårdnads kvaliteten har ett direkt samband med hur mötet mellan vårdare och patient utspelar sig, blev vi som blivande sjuksköterskor intresserade av att ta reda på hur patienter med psykisk ohälsa beskriver sina erfarenheter av mötet med vårdare inom hälso- och sjukvården. I arbetet använder vi begreppet psykisk ohälsa i vid bemärkelse, men studien fokuserar på de fyra vanligaste tillstånden av psykisk ohälsa i världen.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2009a) definition på psykisk ohälsa måste vissa villkor uppfyllas för att ett tillstånd skall kunna inkluderas i det begreppet. De tillstånd som ingår måste vara vanliga, vara av psykisk karaktär och bidra till en ökad risk för grav sjuklighet. Depressionsrelaterade tillstånd, ångest, sömnsvårigheter och oro går alla under begreppet psykisk ohälsa, men även till exempel psykos, schizofreni, störd psykisk utveckling och ADHD räknas in (Statens folkhälsoinstitut, 2009b). Enligt World Health Organization (WHO, 2008) förekommer fyra tillstånd av psykisk ohälsa bland de ledande 20 sjukdomar i världen som bedöms orsaka måttliga till svåra funktionshinder. Rangordnade efter grad av funktionshinder återfinns depression, bipolärt syndrom, schizofreni och panikångest.

Depression

Depression återfinns på en tredje plats bland världens tjugo sjukdomar som anses orsaka störst funktionshinder (WHO, 2008). Sjukdomen räknas till kategorin förstämningssyndrom och delas in i ”egentlig depression, enstaka episod”, ”egentlig depression, recidiverande” och ”dystymi” (American Psychiatric Association, 2000). För att få diagnosen depression krävs att fem särskilda symtom förekommit samtidigt under en tvåveckorsperiod. Av dessa måste ett av symtomen vara ”nedstämdhet” eller ”minskat intresse eller glädje” (American Psychiatric Association, 2000). Skärsäter (2010) skriver att depression är en sjukdom som i hög grad influerar den psykiska hälsan genom att en människas uppträdande, tankar och känslor påverkas. Depression innebär många negativa känslor som riktas mot det egna jaget (Skärsäter, 2010) och är en av de vanligaste orsakerna till självmord (Mattsson, 2010). Feely och Long (2009) skriver att sjuksköterskan har en stor roll i behandlingen av patienter med depression, genom att inge hopp och bidra till positiva, vårdande möten. Ett antal patienter i Feely och Longs studie upplevde att vissa i vårdpersonalen inte svarade på det sätt som krävdes eller förväntades av patienterna under mötena, vilket ledde till att patienterna distanserade sig från de berörda i personalen. Detta benämner Feely och Long som en ”professional let-down” vilken kunde yttra sig på olika sätt. Vidare uppfattade patienterna att vårdpersonalens sätt att utföra omvårdnad ibland styrdes mer av riktlinjer än av patienternas egna behov.

Bipolärt syndrom

Bipolär sjukdom delas in i bipolärt syndrom I och bipolärt syndrom II. Det är en sjukdom som är mindre vanlig än depression och innebär att stämningläget växlar mellan depressivt och maniskt/hypomant i perioder (Levander et al., 2008). Enligt Levander et al. karaktäriseras en manisk episod av bland annat en sjukligt förhöjd självkänsla, pratsamhet och förlust av omdöme. Vidare har en hypoman episod samma karaktäristika men inte lika uttalade. Hummelvoll och Severinsson (2002) skriver att mani är påfrestande både fysiskt och psykiskt. De menar att den underliggande depressionen ständigt finns närvarande trots den sjukligt förhöjda sinnesstämningen under manin, och att de som är drabbade kan bära på stor sårbarhet och sorg. Hummelvoll och Severinssons studie visade att vårdpersonal såg den maniska patienten som någon som önskade att bli bekräftad som person och bli förstörd i sitt lidande. Patienten kan under en manisk episod uppleva sig själv som mer kreativ och skapande och anse att dessa egenskaper bör utnyttjas, enligt Hummelvoll och Severinsson. Vidare kan patienten känna frustration över att vårdare och familj inte förstår dessa tillgångar eller hur kompetent patienten vid tillfället är. I studien beskrev vårdpersonalen att de upplevde patientens behov under maniska perioder vara en trygg miljö, respekt samt struktur. Vidare uttryckte personalen förståelse för att vårdrelationen i sig kunde orsaka ett lidande. Hummelvoll och Severinsson skriver att lidandet främst kan vara beroende på om patienten ovilligt läggs in på sjukhus samt om patienten hyser ett lågt förtroende för vårdpersonalen.

Schizofreni

Enligt Levander et al. (2008) har 30 000 män och 25 000 kvinnor i den vuxna befolkningen schizofreni. Diagnosen ställs vanligen i åldern 18-25 för män och i åldern 23-30 för kvinnor. Mattsson (2010) skriver att schizofreni undergrupperas i paranoid schizofreni, desorganiserad schizofreni, kataton schizofreni, odifferentierad schizofreni, residuals schizofreni, schizofreniformt syndrom och schizoaffektivt syndrom. Schizofrena syndrom medför många gånger en stor risk för allvarliga funktionshinder och handikapp och kan leda till död genom självmord skriver Malm, Lindström och Wieselgren (2009). Vidare menar författarna att sjukdomsgruppen är förknippad med allvarliga fördomar. Kukulcu och Ergün (2007) skriver att patienter med diagnosen schizofreni är föremål för diskriminering eftersom ett av symptomen på sjukdomen – onormalt tänkande och hallucinationer - leder till att de uppfattas som aggressiva, konstiga, farliga och kapabla till att mörda. Författarna konstaterar att attityden i synnerhet hos sjuksköterskor som har nära och långsiktiga relationer med dessa patienter kan ha

en effekt på den terapeutiska miljön på avdelningen och direkt påverka dessa patienter. Kukulic och Ergün fastslår att det är viktigt för sjuksköterskor att undvika att stigmatisera patienter i syfte att främja en terapeutisk miljö - särskilt på avdelningarna - och även för att förbättra individuell medvetenhet och uppfattningar i samhället.

Panikångest

Panikångestsyndrom beskrivs enligt Levander et al. (2008) som en akut rädlereaktion, panikattack, utan att det finns någon extrem yttre fara. Vidare finns det ”normalvarianter” av detta, där en person under yttre och inre hård press plötsligt kan drabbas av en enstaka panikattack. Symtom för panikångestattacker kan bland annat vara hjärklappning, svettningar, känsla av att inte kunna andas, känsla av kvävning, yrsel, rädsla för att dö och svimfärdighet (Boydston, Chih-Jui Hsiao & Varley, 2012). Det kan även röra sig om överdriven agitation och rastlöshet (Burrow, 1994).

Stigmatisering

Då antalet patienter med psykisk ohälsa ökar och den psykiatriska vården alltmer flyttar in på allmänsjukhusen har sjuksköterskan blivit en viktig tillgång i vården av dessa patienter (Reed & Fitzgerald, 2005). Vidare påträffas och behandlas fler patienter med psykisk ohälsa på akutavdelningar och allmänna vårdavdelningar, och det är inte ovanligt med samtidig fysisk och psykisk åkomma hos patienter som behandlas på allmänsjukhus. Shim och Rust (2013) framhåller i sin studie att patienter undviker att uppsöka psykiatrisk specialistvård för behandling delvis på grund av stigmatisering som förknippas med psykiatriska diagnoser och behandling av exempelvis psykiater och psykolog. Attityder och stigmatisering kan enligt Lilja och Hellzén (2010) definieras på olika sätt. Stigmatisering menar de är det som en person ”upplever” medan attityden handlar om det sätt som människor bemöts på. Stigmatisering ses som negativt för individen och förknippas med utstötning och att inte ses som normal av det omgivande samhället (Lilja & Hellzén, 2010). Shim och Rust (2013) menar att självpåtagen stigmatisering samt den uppfattade stigmatiseringen från omgivningen är en viktig faktor som bidrar till underbehandling eller utebliven behandling. Patienter som upplever att de blir stigmatiserade kan känna skam, skuld och ilska (Horsfall, Cleary & Hunt, 2010). Reed och Fitzgeralds (2005) studie visar att sjuksköterskor har en ”negativ attityd” till att vårda patienter med psykisk ohälsa och känner sig oförberedda inför patienternas behov. Björkman, Angelman

och Jönsson (2008) samt Horsfall et al. (2010) menar att dessa patienter kan uppfattas av vårdare som skrämmande, aggressiva och oförutsägbara samt farliga för sig själva och andra.

Livsvärlden

I mötet mellan vårdare och patient är patientens livsvärld en aspekt att ta hänsyn till. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) menar att en människas livsvärld är världen så som den upplevs, det vill säga människans vardagsvärld. Författarna beskriver livsvärlden som den verklighet som människan lever i och som tas för given. Livsvärlden handlar om hur människan känner och upplever det som händer i det egna livet, och är därmed individuell och unik. Livsvärlden skall ses som ett verktyg som vårdaren kan utnyttja för att sätta sig in i och förstå patientens livssituation. Dahlberg et al. (2003) menar att i ett vårdande med livsvärlden som ansats fokuseras det på hur patienter erfar sin egen hälsa, sitt lidande, vård och välbefinnande. För att livsvärlden skall kunna förstås och analyseras krävs att den accepteras och bejakas som den är.

Vårdmötet

Begreppet möte beskrivs av Lindström (1994) som två personers ömsesidiga bekräftelse av den andres identitet. Mötet är något som för med sig något oväntat som inte kan förutsägas och leder till att människor smått förändras från det de varit tidigare (Lindström, 1994). Vårdkvaliteten bestäms av vårdarens bekantskap med mötets syften, förutsättningar och villkor. En god relation till patienten som baseras på samarbete öppnar dörren till professionalism och ökad vårdkvalitet (Andersson, 2007). Lilja och Hellzén (2012) framhåller att omvårdnadens kvalitet beror mycket på vårdarens attityder till patienten, till sig själv som vårdare och till det psykiska lidandet. I och med detta ökar kravet på kunskap och professionalism i vårdares bemötande av dessa patienter.

Det vårdande samtalet

Det vårdande samtalet är en del i kommunikationen mellan patient och vårdare och Baggens och Sandén (2009) skriver att samtalet kan utgöra den huvudsakliga komponenten i omvårdnaden. Andersson (2007) skriver att en kontakt med patienten redan skapas vid första hälsningsfrasen, vilken också avgör mötets nivå. Fredriksson och Eriksson (2003) menar att det vårdande samtalet består av tre etiska grundprinciper. Den första principen handlar om att sjuksköterskan bör sträva efter att uppnå de bästa resultaten gällande patientens hälsosituation,

att hjälpa patienten till "ett gott liv" för att lindra dennes lidande. För att detta skall ske krävs, som belyses i den andra principen, ett givande och tagande i vårdmötet och ett vårdande som kommer av medlidande. Författarna förklarar att patienten i och med sitt lidande blir passiv och initiativet till en vårdande relation måste därför komma från sjuksköterskan. Den tredje principen beskriver vikten av att låta patienten få komma till tals och använda språket som verktyg för att sätta ord på sitt lidande, men språket kan även verka hämmande i de fall som ord inte räcker till. Fredriksson och Eriksson menar att grunden till ett vårdande samtal ligger i sjuksköterskans förmåga till att visa självaktning till sig själv och andra och till att vara självständig. Lidandet innebär enligt Fredriksson och Eriksson ett hinder för självständighet och självaktning hos patienten. Det vårdande samtalet är således ett samtal där plats görs för den lidande patienten för att denne skall kunna återfå sin självständighet och öka förutsättningarna för "ett gott liv". Sjuksköterskan får en aktiv roll i att återställa patientens hälsa och i och med det skapas en relation där det är lätt för sjuksköterskan att utöva makt. Maktobalansen kan utgöra ett hinder för individen att uttrycka sina tankar och känslor och bidrar därmed till att inget utrymme ges för patienten att beskriva sin livsvärld (Baggens & Sandén, 2009). Fredriksson och Eriksson (2003) anser att genom aktiv konversation i vilken patienten berättar om sitt lidande, möjliggörs för patienten att återta en aktiv roll i relationen med sjuksköterskan. Språket blir ett ömsesidigt medium och möjliggör utveckling av ansvar och självrespekt. Vidare skriver författarna att ge av sig själv, att finnas där för andra, är sjuksköterskans gåva. Endast genom att patienten tar emot denna gåva, kan man dela patientens lidande hävdar Fredriksson och Eriksson (2003).

Fredriksson (1999) menar att vara närvarande, att röra vid och att lyssna är tre viktiga aspekter som är avgörande för att ett samtal skall vara vårdande. Att "vara närvarande" beskriver Fredriksson som att vara på en plats både psykiskt och fysiskt med fokus på patienten och att som sjuksköterska helt och fullt ge av sig själv. I likhet med det Fredriksson och Eriksson (2003) skriver om att detta är sjuksköterskans gåva, skriver Fredriksson (1999) att patienten måste acceptera denna gåva, och först då kan sjuksköterskan bjudas in till patientens värld. Det ger sjuksköterskan en möjlighet att stötta och visa sin medmänsklighet. Patienten i sin tur sätter ord på känslor och lär sig tolka och förstå sig själv, och det i sig leder till att denne kan fatta beslut och se valmöjligheter (Fredriksson, 1999). Att röra vid, eller kontakt, kan enligt Fredriksson innebära hudkontakt, eller indirekt kontakt såsom ögonkontakt eller att rynka pannan. Vidare är vårdande beröring en form av ickeverbal kommunikation som formas efter sjuksköterskans avsikter och hur mottagaren tolkar den. Att röra vid patienten kan ge stöd, öka

självkänslan och förmedlar också en acceptans av patienten som en unik person. Fredriksson skriver att lyssnandet är en process. Det är ett aktivt beteende som kräver ansträngning av lyssnaren och innefattar tolkning och förståelse för det som sägs. Lyssnandet kan vara det första steget till att skapa en relation till patienten och det räcker inte med att bara höra. Författaren skriver att ett problem hos sjuksköterskor är att de ofta är handlingskraftiga och sitter inte gärna tillbaka och väntar ut, även om tystnad och stillsamhet är det som passar situationen bäst. Att lyssna på patienten innebär att få en insikt i patientens värld och upplevelser, kan bidra till att minska ångest och rädsla och det skapar en relation, en kontakt, till patienten (Fredriksson, 1999).

Sjuksköterskans tio förpliktelser

Tidvattenmodellen är en filosofisk modell vilken baseras på uppfattningen att patienten själv skall medverka till sina egna livsförändringar och få hjälp och stöd av sjuksköterskan för att lyckas (Buchanan-Barker & Barker, 2008). Vidare utgår modellen ifrån patienten som en person och inte enbart en ”patient”, och har sin grund i att sjuksköterskans arbete ska präglas av medkänsla och omsorg. Detta uttrycks i form av 10 ”förpliktelser” som beskriver sjuksköterskans ansvar i omvårdnadens genomförande. Bland annat skildras vikten av att lyssna och ta in patientens egen historia, då det är dennes berättelse som omvårdnaden bygger på, och det är också där nyckeln till återhämtning finns. Vidare skall patientens individuella språk och uttryck respekteras då dessa ger information om patientens erfarenheter. Dessa två förpliktelser utgör en del i det aktiva lyssnandet men även vid dokumentation där patientens perspektiv och formuleringar måste bevaras för att förhindra att berättelsen skrivs ur sjuksköterskans perspektiv. Buchanan-Barker och Barker beskriver vidare att ett ärligt intresse för patientens historia kan bidra till en mer fullständig berättelse genom att sjuksköterskan ställer fördjupande frågor. Att bli patientens lärling är den fjärde förpliktelsen och innebär att helt och fullt låta patienten vara expert på sig själv, för ingen annan känner patienten bättre skriver Buchanan-Barker och Barker. Wiklund Gustin och Lindwall (2012) bygger vidare på detta och skriver att visa ödmjukhet inför patientens ord och erfarenheter kan stärka patientens tilltro till sig själv och minska känslan av maktlöshet. Den femte, sjätte och sjunde förpliktelsen handlar om att vägen till ökad hälsa och återhämtning skall bestämmas efter patientens egna erfarenheter i första hand, och gå via andra beprövade metoder då patientens egna resurser inte räcker till (Buchanan-Barker & Barker, 2008). Med andra ord blir sjuksköterskans roll att hjälpa patienten att hitta vägar som fungerar. Buchanan-Barker och Barker skriver att för att främja hälsa krävs

att man som vårdare möter patienten på dennes våglängd och tillsammans konkretiserar vad nästa steg i återhämningsprocessen skall bli samt hjälper patienten att identifiera vad som innebär ett steg framåt. Att ge av sin tid står den sjunde förpliktelsen för. Buchanan-Barker och Barker konstaterar att tid är en illusion och att det som gör skillnad är hur sjuksköterskan förhåller sig till den. Den åttonde förpliktelsen belyser patientens visdom och kunskap om sig själv genom sin livsberättelse. Här skall sjuksköterskan bistå patienten i att hitta dennes styrkor och svagheter vilket kan öka patientens tilltro till sig själv och därigenom dennes förmåga att hjälpa sig själv. Buchanan-Barker och Barker skriver vidare att den nionde förpliktelsen består i att sjuksköterskan skall hjälpa patienten att se de förändringar som sker och på ett förutseende sätt styra dessa så att de främjar hälsa. Slutligen beskriver den tionde förpliktelsen värdet av att vara transparent i sin yrkesutövning. Användning av sjukhusspråk vid samtal med patient verkar distansnerande och förstärker sjuksköterskans befintliga maktposition. Genom att anpassa språket till patienten kan sjuksköterskan hjälpa patienten att förstå det som händer, och det bidrar i sig till att ge patienten ett större självförtroende. Vidare bidrar detta till att förenkla ett samarbete med patienten (Buchanan-Barker & Barker, 2008).

PROBLEMFÖRMULERING

Antalet patienter med psykisk ohälsa ökar. Studier visar att vårdare har en ”negativ attityd” till att vårda patienter med psykisk ohälsa och känner sig oförberedda inför deras behov, vilket leder till stigmatisering. Befintlig forskning tillhandahåller inte tillräckligt med information om hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet med vårdare. Då vårdkvaliteten har ett direkt samband med hur mötet mellan vårdare och patient utspelar sig finns ett behov att undersöka hur dessa möten upplevs ur ett patientperspektiv. Därför är intentionen med denna studie att genom ökad kunskap om hur patienter själva upplever mötet med vårdare bidra till ökad förståelse.

SYFTE

Syftet var att beskriva hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet med vårdare i hälso- och sjukvården. Med vårdare avses läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och kuratorer.

METOD

Design

Denna uppsats är en litteraturbaserad studie som följer Fribergs (2012a) tankeprocess och som belyser patienters egna erfarenheter genom analys av självbiografier. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2012) kan denna form av kvalitativ studie bidra till att frambringa kunskap om hur en individ upplever vård, lidande och hälsa, öka kunskapen om hur vården skildras i berättelser samt uppmärksamma vad individers erfarenheter ger för följder för vårdande och vård. Vidare kan resultaten fungera som vägledning i det kliniska vårdarbetet (Friberg, 2012b).

Datainsamlingsmetod och urval

För att finna litteratur som var relevant för syftet inleddes datainsamlingen med en litteratursökning i Libris bibliotekskatalog. En översikt över antalet sökträffar redovisas i bilaga 1. Urvalet bestod av patienters olika berättelser som svarade mot studiens syfte: att beskriva hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet med vårdare. Sökorden valdes utifrån de fyra psykiska ohälsotillstånd som studien baserades på. Inklusionskriterier var att berättelserna skulle vara skrivna på svenska och publicerade under eller efter år 1995 i form av självbiografier. Skildringarna skulle vara skrivna av patienter med psykisk ohälsa samt texterna skulle fokusera på individernas egna upplevelser och erfarenheter av mötet med vårdare i hälso- och sjukvård. Skönlitterära berättelser kan vara verklighetsbaserade men också ren fiktion och kan därför medföra problem i analysarbetet (Dahlborg-Lyckhage, 2012) varför dessa exkluderades. Sökordet ”depression” genererade 3969 träffar. Resultaten avgränsades med avseende på typ (bok), språk (svenska) samt ämne (biografi med genealogi). Avgränsningen resulterade i 27 träffar. Av dessa 27 ströks åtta böcker direkt då dessa var dubletter av sökresultaten. Böcker skrivna innan 1995 uppgick till fem stycken och dessa exkluderades. Sammanfattningar om de återstående 14 böckerna lästes. Av de 14 valdes tre böcker bort då de var skrivna ur anhörigperspektiv och två böcker ströks då de inte handlade om depression. Därefter exkluderades två böcker som inte fanns tillgängliga på närbelägna bibliotek. En översiktlig genomgång gjordes av materialet i de sju kvarstående böckerna och därefter exkluderades fem biografier då de inte svarade mot studiens syfte: att beskriva mötet med vårdare. Av de två återstående böckerna exkluderades en, då den endast beskrev sjukdomen. Kvar blev en biografi som inkluderades i analysen. Då materialet efter djupare granskning visade sig vara otillräckligt genomfördes en breddande sökning i Stadsbibliotekets databas med

sökordet ”depression”. Resultaten avgränsades med avseende på medietyp (bok), språk (svenska), år (1995-2013) och klassifikation (biografi med genealogi). Detta genererade sex träffar av vilka två exkluderades då de även dykt upp i sökningen i Libris. Räknades bort gjordes en bok som var en dubblett av en titel i träfflistan. Av de tre återstående biografierna exkluderades en då den inte fanns att låna och en bok ströks då den efter att sammanfattningen lästs inte ansågs svara mot studiens syfte. Efter en översiktlig genomgång av materialet i den återstående boken inkluderades denna i studien, då materialet var relevant för syftet.

I Libris användes även sökordet ”bipolär” för att finna material. Totalt antal träffar uppgick till 128. Efter att resultaten avgränsats utifrån samma kriterier som i sökningen för depression återstod 19 biografier. Av dessa 19 exkluderades sex då de var dubletter av sökresultaten och tre böcker ströks då de var skrivna ur ett anhörigperspektiv. Därefter valdes tre biografier bort då de inte fanns tillgängliga på närbelägna bibliotek. Kvar återstod sju biografier och sammanfattningar om dessa lästes. Efter detta valdes tre biografier bort då de endast beskrev upplevelser av att leva med sjukdomen. De fyra återstående biografierna lästes ingående och två valdes därefter bort då de inte beskrev mötet med vårdare. Berättelserna i de två återstående biografierna bedömdes utgöra ett tillräckligt material och inkluderades i studien.

Libris bibliotekskatalog användes även till att finna relevant litteratur skrivna av patienter med schizofreni. Sökordet som användes var ”schizofreni” vilket resulterade i 773 träffar. Så som vid tidigare sökningar gjordes en avgränsning på typ (bok), språk (svenska) och ämne (biografi med genealogi) vilket resulterade i 26 träffar. Efter ytterligare avgränsning efter publiceringsdatum under eller efter år 1995 återstod 19 biografier. Av dessa utgjorde tre träffar dubletter och ströks. Av de resterande 16 böckerna valdes fem bort då de var biografier skrivna av närstående eller annan utomstående person. Därefter exkluderades sju böcker som inte fanns tillgängliga på närbelägna bibliotek och då återstod fyra biografier. Efter en översiktlig granskning av innehållet i dessa fyra, valdes tre bort då de inte svarade mot studiens syfte. Den kvarvarande biografien ansågs relevant för syftet och inkluderades men materialet bedömdes vara otillräckligt varför en kompletterande sökning med sökordet ”schizofreni” genomfördes i Stadsbibliotekets databas. Den första sökningen genererade 212 träffar och efter avgränsning på medietyp (bok), språk (svenska), år (1995–2013) och klassifikation (biografi med genealogi) uppgick antalet träffar till 23. Därefter ströks fyra böcker då dessa var dubletter i resultatlistan. Då återstod 19 böcker. Av dessa exkluderades tio som även dykt upp i sökningen i Libris. Av de återstående nio biografierna valdes

ytterligare en bok bort då den var skriven utifrån ett anhörigperspektiv. Därefter lästes de resterande åtta självbiografierna översiktligt varefter sju exkluderades då de inte beskrev mötet med vårdare. Den återstående biografien ansågs relevant för syftet och inkluderades i studien.

En sökning efter relevant litteratur inom området panikångest genomfördes också i Libris bibliotekskatalog. ”Panikångest” som sökord användes vilket gav 85 träffar. Efter att träfflistan avgränsats till att endast visa biografier med genealogi återstod en biografi som efter granskning visade sig inte vara relevant för studiens syfte, på det sätt att endast sjukdomsupplevelser var beskrivna. För att utesluta att användbart material sållades ut i sökningen användes i Libris även alternativa sökord som ”panikattack”, ”paniksyndrom” och ”panik*”. ”Panikattack” genererade sju träffar som efter avgränsning resulterade i tre böcker men ingen biografi. Sökordet ”paniksyndrom” gav 67 träffar där efter avgränsning en bok av biografisk karaktär återstod, men var skriven ur anhörigperspektiv och exkluderades. ”Panik*” som sökord resulterade i 451 träffar i Libris. Dessa reducerades till tre efter filtrering på biografier med genealogi. Endast en bok visade sig vara en självbiografi, men var även den skriven av en anhörig. Försök att hitta material gjordes även i Stadsbibliotekets databas med samma resultat som i föregående sökning. På grund av brist på relevant litteratur togs därefter beslutet att ur studien exkludera tillståndet panikångest. Självbiografierna som valdes ut för analys redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Självbiografier som underlag för analys

Depression	Askén, H. (2012). <i>Moderslycka: Vart tog glädjen vägen? En mammas berättelse om depression efter förlossningen</i> . Stockholm: SKL Kommentus Media. Sverige	Helena känner stor lycka när hon föder sitt första barn. Men snart försvinner ljuset i tillvaron och hon pendlar fram och tillbaka mellan ilska och skuldkänslor. I boken skriver hon om sina tankar och känslor och om det bemötande hon fått av vården.
	Manning, M. (1995). <i>Underströmmar: en psykoterapeuts kamp mot sin depression</i> . Stockholm: Natur och kultur. USA	Martha är en framgångsrik terapeut när hon drabbas av en depression som till synes inget råder bot på. I boken berättar hon om hennes tid då hon var inskriven på sjukhus.
Bipolär sjukdom	Johansson, S. (2006). <i>Bron blev inte slutet</i> . Mjölby: Atremi. Sverige	Solveig är en framgångsrik kvinna mitt i karriären när hon en dag drabbas av kraftfull ångest och klarar inte längre sina arbetsuppgifter. Boken är en berättelse om hennes tid på en låst psykiatrisk avdelning.
	Hornbacher, M. (2009). <i>Vansinnet: mitt bipolära liv</i> . Sundbyberg: Optimal. USA	Marya får diagnosen bipolär sjukdom vid 24 års ålder och kämpar i åtta år för att få ordning på sitt liv. Boken skildrar hennes resa mot en friskare vardag och hennes möten med patienter och vårdare.
Schizofreni	Lauveng, A. (2010). <i>Onyttig som en ros</i> . Stockholm: Sivart. Norge	Arnhild befann sig på psykiatrisk avdelning i tio år, men övervann sjukdomen till slut. I boken berättar hon om sin tid som patient och utifrån egna erfarenheter om hur människor med psykiska sjukdomar bemöts.
	Wegler, B. (1998). <i>När själen skenar</i> . Stockholm: Njurner och Brund AB. Sverige	Berit berättar om hur det är att uppleva psykos och ger en personlig beskrivning om hur verkligheten förändras och hur familj, vänner och vården reagerar.
Panikångest	Ej tillgänglig	-

Analys och tillvägagångssätt

Till analysen av berättelserna användes den kvalitativa innehållsanalys som beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim (2012) samt Elo och Kyngäs (2008). En kvalitativ innehållsanalys används till tolkning av texter och har som mål att beskriva likheter och skillnader (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Analysen utgår enligt Lundman och Hällgren Graneheim ifrån meningsbärande textstycken vilka hämtas ur en originaltext. Omfattningen kan variera från att vara ett ord till flera sidor beroende på forskningsfrågan (Elo

& Kyngäs, 2008). Dessa kortas ner, kondenseras, med det centrala budskapet bevarat för att göra materialet lättöverskådligt. Därefter förses de kondenserade texterna med koder, vilka syftar till att ge en kortfattad beskrivning av innehållet i den meningsbärande enheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Koder med liknande innebörd utgör grunden för skapande av kategorier. Innehållet i en kategori skall enligt Lundman och Hällgren Graneheim vara likartat och utmärka sig från andra kategoriers innehåll.

Analysen utgick ifrån de sex ovan beskrivna självbiografierna. Dessa delades upp mellan uppsatsförfattarna, lästes och analyserades. Tillsammans omfattade böckerna ca 1114 sidor. Ur berättelserna hämtades av varierande omfattning meningsbärande textstycken, som Lundman och Hällgren Graneheim (2012) benämner meningsenheter. Totalt återfanns 137 meningsenheter om ca 5000-5200 ord som under läsningens gång skrevs ned på papper med sidhänvisning till originaltexten. Varje biografi tillskrevs en bokstav, A till F, och varje meningsenhet numrerades från 1 till 137. Till varje bok gjordes sedan en analystabell i vilken meningsenheterna fördes in i nummerordning för att göra texten lättöverskådlig. Då avsikten enligt Elo och Kyngäs (2008) är att fördjupa sig i texten, lästes och studerades meningsenheterna var för sig noggrant flera gånger för att skapa förståelse för vad materialet handlade om. Därefter reducerades materialet till mindre hanterbara delar genom kondensering, med det centrala budskapet bevarat. Den kondenserade texten tillskrevs sedan beskrivande koder för att sammanfatta innehållet. Då koderna alltid skall överensstämma med meningsenhetens sammanhang (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012), kontrollerades löpande val av kod mot meningsenheten samt originaltexten. I analysens slutskede skrevs koderna ut och ordnades upp efter likheter och skillnader. Efter diskussion resulterade detta i bildandet av tre kategorier och fyra underkategorier. Exempel på analysförfarande redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Exempel på analysförfarande

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
De skonade mig aldrig för smärta, inte ens när vi alla visste att de kunde ha gjort det. Därför hjälpte det inte att de sa att jag var värdefull. Jag visste att det bara var en lögn.	Subj. trodde inte på vårdarna när de sa att subj. var värdefull.	Misstroende		Förtroende - misstroende
Då jag var sjuk, upplevde jag att bli hämtad hemma med makt av polisen, bli transporterad till ett ställe jag absolut inte önskade att vara och bli inlåst på, rannsakar och få mina personliga saker beslagtagna. ... Jag var tvungen att acceptera en massa regler och restriktioner som bland annat gällde telefoner, besök, radio, teve och generell kontakt med andra människor.	Subj. blev tvungen att acceptera regler och restriktioner	Bli tvingad		Att stå under makten
De (personalen) prövade inte att få mig att "ta mig samman" genom att ta hårt i mig, tvärtom gjorde de sig besvär för att inte skada mig eller göra mig illa.	Personalen gjorde sig besvär för att inte skada eller göra subj. illa.	Göra sig besvär att inte skada	<i>Omtanke - Kyla</i>	Värde som människa
En av de första gångerna jag mötte henne (läkaren) satt jag i salen o grät. ... - men jag berättade att det regnade ute. Det kunde hon ju se själv, men jag sa som det är, att jag älskar att gå ute i regn... .. Hon hade inte skrattat. Hon hade inte argumenterat. Hon hade inte försökt prata vett med mig. Hon hade bara mött mig.	Läkaren sätter sig in i subj. situation och förstår subj.	Bli accepterad	<i>Bli sedd - Avvisad</i>	
Attityden (hos kontaktpersonerna) var "vi har rätt, du har fel!"	Kontaktpersonernas attityd var att subj. hade fel.	Nedlåtande attityd	<i>Att inte bli respekterad</i>	

... Jag berättade att jag var rädd för att vänta på tåget ensam, därför att rösterna då tjtade om att jag skulle kasta mig framför tåget. Det var sant, rösterna sade det. Personalen trodde mig inte, och sa att det var något jag hittade på därför att jag inte orkade gå.	Personalen trodde inte subj. och sade att det var något subj. hittade på.	Inte bli trodd		
---	---	----------------	--	--

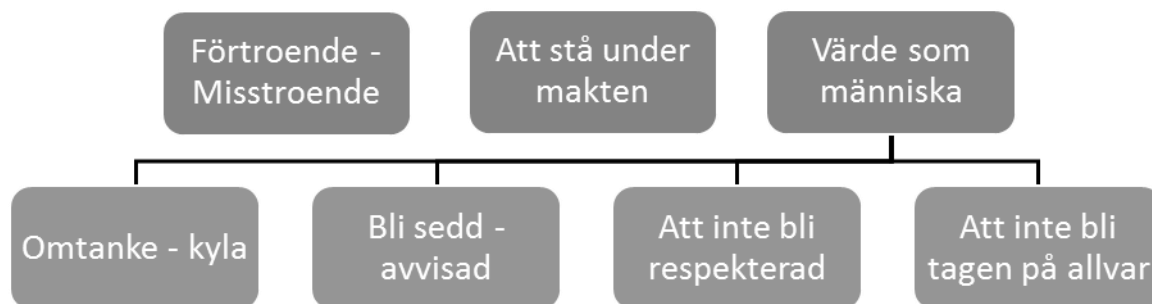
Att inte bli tagen på allvar

ETISKA ASPEKTER

Enligt Segesten (2012) krävs stor öppenhet vid analys av berättelser för att inte gå det meningsbärande förbi. Något som kan hindra en öppen tolkning är den egna förförståelsen som kan innebära förutfattade meningar och en känslomässig koppling till forskningsfrågan (Segesten, 2012). Vid studiens början diskuterade vi våra erfarenheter av forskningsproblemet ifråga, samt de föreställningar vi hade som möjligen kunde försvåra texttolkningen, för att synliggöra detta och göra oss medvetna om deras existens. Detta blev desto mer angeläget för oss då en av oss är verksam inom psykiatrisk vård. Tolkningen av texterna kontrollerades och korrigerades åtskilliga gånger till dess att den slutliga tolkningen ansågs vara fri från felskrivningar och missuppfattningar. I de fall förförståelsen blev uppenbar i tolkningen skrevs denna ned och reflekterades över, vilket gjorde att den enligt Dahlborg-Lyckhages (2012) beskrivning kunde ställas åt sidan. Vi har även försäkrat oss om att texten blev korrekt återgiven i tabellerna och att ingen meningsenhet exkluderats i analysen, för att säkerställa ett rättvisande resultat. Texterna utgjordes av offentliga berättelser i bokform som respektive författare gett sitt medgivande till att publicera. Därmed finns inget krav på att först inhämta författarens godkännande innan texten används i studien.

RESULTAT

Analysen resulterade i tre kategorier: *Förtroende - misstroende*, *Att stå under makten och Värde som människa* med underkategorierna *Omtanke - kyla*, *Bli sedd- avvisad*, *Att inte bli respekterad* och *Att inte bli tagen på allvar* (figur 1).



Figur 1. Översikt över kategorier och underkategorier

Förtroende - misstroende

Patienter beskriver att de vid möte med vårdare upplever att de känner förtroende om de blir visade omtanke. Vidare upplever de att de kan anförtro sig till vårdare om de ser att de är uppriktiga i sitt sätt att vara och bemöta dem. När vårdare genom ord visar förståelse för patienternas lidande känner patienter förtroende till att vårdarna har det som krävs för att hjälpa dem. Vidare beskrivs vårdmöten som präglas av förtroende vilket leder till att patienter vågar tro att de inte kommer att bli skrattade åt. Om det uppstår missförstånd om varför en åtgärd sätts in gentemot patienten ifråga, kan det ge upphov till misstro i mötet med vårdare. Patienter kan uppleva sig bli lurade och känner då misstro mot vårdare. I mötet kan det förekomma fysiska tilltag för att skydda patienten vilket får till följd att förtroendet för vårdare sjunker. Detta sker när patienten som lider av psykisk ohälsa utsätts för smärta och förstärks när patienten ifråga upplever att han eller hon kunde ha skonats från detta. Förtroendet till vårdare förändras beroende på hur patienten ser på vårdarens roll i en viss situation. Det som vårdare säger upplevs ibland som tomma ord. Rädsla inför situationer ger upphov till att patienter misstror vårdare. Misstro mot vårdare kan också uppstå om vårdare inte visar med sitt engagemang att de finns där för att hjälpa patienter med psykisk ohälsa i deras dagliga aktiviteter och förehavanden.

Hon (läkaren) går vidare och säger i något skede: "Folk som lider av depressioner..." Jag uppfattar inte resten av meningen. "Lider av depressioner." Just det. Det är ett lidande. En person *har* inte bara en depression. Hon lider av den. Den meningen ensam räcker för att säga mig att den här kvinnan kan hjälpa mig (Manning, 1995, s. 82).

De skonade mig aldrig för smärta, inte ens när vi alla visste att de kunde ha gjort det. Därför hjälpte det inte att de sa att jag var värdefull. Jag visste att det bara var en lögn (Lauveng, 2010, s. 166).

Att stå under makten

Mötet med vårdare kan leda till känslor av maktlöshet och känslor av att befinna sig i underläge. Patienter beskriver dessa känslor som konsekvenser av att straffas med fysisk smärta vid oro, av att aktivt stängas ute från social gemenskap och genom att förlöjligas inför andra. Att bli förlöjligad leder till en känsla av att bli nertryckt och förstärker upplevelsen av att vårdarens berättelser är de som är trovärdiga och att makten att bestämma ligger i vårdarnas händer. Inom vården upplevs en känsla av tvång. Patienter upplever sig bli tvingade till att delta i obligatoriska gruppaktiviteter och tvingade att rätta sig efter regler, rutiner och restriktioner. Vidare beskrivs upplevelsen av att bli tvingad till att acceptera beslut som de inte fått vara delaktiga i, där vårdarna inte har tagit hänsyn till deras åsikt, tankar och funderingar eller hur de mår. Patienter beskriver att vårdare kan använda makt och hot för att få dem att lyssna eller skärpa till sig och att olydighet straffas på sätt som kan orsaka fysisk smärta. Vidare upplevs att relationen till vårdarna inte känns jämlik. Patienter uppskattar den hjälp de erbjuds, men påminns då samtidigt om hur lite egen makt de har över sin livssituation.

Jag talade aldrig med överläkaren i enrum, eftersom hon alltid hade sällskap av en underläkare. Med i samtalen var också den ena eller båda av mina kontaktpersoner. Det gjorde att samtalen kändes som förhör eller kanske som att sitta i en offentlig utfrågning. Jag kände mig nertryckt av att dom var så många. Varför behöver dom vara så många? (Johansson, 2006, s. 55).

Jag kände mig ensam och övergiven, eftersom min advokat just inte sa nånting. Dr Överläkare däremot lade fram sina skäl för att jag skulle fortsätta vara inspärrad på ett sätt som fick mig att häpna. Hon förlöjligade saker som jag hade gjort och sagt och hon kom med flera helt ur luften tagna påståenden (eller ska jag säga som det är – hon blåljög) (Johansson, 2006, s. 96).

Värde som människa

Resultatet visar att patienter med psykisk ohälsa upplever både omtanke och kyla, att bli sedda och avvisade, att vårdare inte respekterar dem samt att de i många fall inte blir tagna på allvar eller trodda.

Omtanke - kyla

Vårdare beskrivs som sympatiska och vänliga, men även som avståndstagande, kyliga och självupptagna med förutfattade meningar. Vårdare upplevs vara ett stöd om de visar att de bryr sig och visar omtanke om den enskilda patienten, och det hjälper patienter att känna att de inte är ensamma i kampen mot sin sjukdom. Patienter upplever vårdares kylighet i form av att deras tankar och idéer möts av avståndstagande, och vårdare upplevs som självupptagna då de gör sig upptagna och ursäktar sig med att de inte har tid när patienter söker upp dem. Vid tillfällen upplever patienter att vårdare ljuger för dem vilket leder till känslor av ilska och att bli förödmjukad. Vårdare visar omtanke i form av att de håller i handen, visar tålmod, håller sällskap, uppmuntrar och ger av sin tid. Vårdare utgör ett stöd för patienterna då de visar att de finns där, att de ställer upp och genom att de delar stunder med patienterna. De vårdare som lyssnar och stöttar ger upphov till att patienter upplever känslor av tacksamhet, glädje och trygghet.

Min doktor var sjuk den dan (tur, henne ville jag för allt i världen inte träffa, kyligt bakåtlutad med frågor som jag inte hade svar på) och ingen annan kunde ta emot mig, så jag transporterades till psykakuten (Johansson, 2006, s. 12).

En skötare bakom mig viskar med mild röst: ”Du..? Du är inte sjuk. Se det här som ett vilohem så är du snart hemma igen.” Hon skulle bara veta hur mycket hennes kommentar betyder (Askén, 2012, s. 76).

Bli sedd - avvisad

Patienter beskriver situationer där vårdare visar hänsyn och godkännande inför deras önskemål. Patienter upplever ibland att de i möten med vårdare bemöts som representanter för en grupp och inte som unika individer, vilket skapar känslor av ogillande. Patienterna beskriver att vårdare ger dem uppmärksamhet och visar intresse. Att vårdare ser de egna behoven ger en känsla av att vara prioriterad och utvald. Det beskrivs att vårdare stärker patienters självförtroende genom att lyfta det positiva, bekräfta och ge beröm. Detta gör att patienter upplever sig bli sedda bortom sjukdomen. I motsats till detta beskrivs även situationer där vårdare avvisar, säger att de inte har tid, och det upplevs av patienter som att inte vara prioriterad och sedd. I mötet förstärks känslan av att inte bli sedd av vårdare som visar bristande engagemang och hänsyn.

Jag bedömdes och tilltalades utifrån mina kunskaper om sömnad, inte utifrån hur sjuk jag var eller hur länge jag hade varit på avdelningen och det utgjorde hela skillnaden (Lauveng, 2010, sid. 66).

Dagen därpå var fredag och i köket efter lunchen sa jag nånting till Anja, som satt vid köksbordet och åt (patientmaten, som så ofta, och den var utmärkt, det var den). Hon fräste åt mig att jag kunde väl hålla mig till vad som var bestämt och inte prata och störa allttjämt. Häpen och tillplattad gick jag in i mitt rum och grät (Johansson, 2006, s. 33).

Att inte bli respekterad

Patienter beskriver att de i mötet med vårdare blir stämplade, avbrutna mitt i en mening och känner att vårdare visar för mycket medlidande i förhållande till respekt. Upplevelser av att bli åthutad, bli föremål för en nedlåtande attityd och att vårdare ”jävlas” beskrivs. Vårdare kan upplevas som elaka, otydliga i sin information och högfärdiga vilket framkallar känslor som mållöshet och ilska hos patienter. Vårdare uppför sig på sätt som tolkas som en brist på respekt mot patienter med psykisk ohälsa. Det beskrivs hur vårdare ser besvärade ut när deras hjälp efterfrågas och hur de suckar för att markera sitt besvär. När patienters beslut i behandlingsfrågor inte respekteras, kan vårdare ta till övertalning för att få igenom en behandling. Ett öppet hat mot patienter upplevs från äldre vårdare. Att berätta om sina problem och innersta tankar tolkas ibland som ovälkommet och problemen kan bemötas med nonchalans, vilket upplevs som frustrerande och framkallar ilska. När patienter berättar om sina problem möts de i de flesta fall av oförståelse eller förminskande av problemet, vilket även det leder till känslor av ilska och frustration. Vårdare beskrivs även som personer som månar om den enskilda patienten och låter denne få komma till tals.

”Du kanske borde träffa vår sjukgymnast för att få lite tips på ångesthantering?” säger läkaren. ”Jag har faktiskt ingen ångest”, säger jag. ”Sedan har jag nog rätt bra koll på min kropp. Jag har hållit på en del med yoga.” ”Ja, men yoga hjälper väl knappast vid världens ångestfall?!” säger läkaren nonchalant. Irritationen väcks. Vad vet hon om det? Som patient ska man tydligen tåga om vad man egentligen känner (Askén, 2012, s. 128).

Gruppen leds gemensamt av biträdande avdelningssköterskan, som är rätt skärpt, och en av de få sköterskor som jag fattat direkt ovilja mot. Det upphör aldrig att förvåna mig att folk kan utvecklas

till sådana surkart vid så unga år. Hon uppträder nedlåtande mot allihop, hennes röst stiger både i tonhöjd och styrka och varje ord betonas omsorgsfullt, som om hon talade till barn med hörselproblem (Manning, 1995, s. 144).

Att inte bli tagen på allvar

Resultatet visar att patienter med psykisk ohälsa upplever att de inte ses som trovärdiga till följd av sin sjukdom, men att de i vissa fall tas på allvar. När patienter försöker berätta om sina känslor och tankar upplever dem att det i många fall inte tas på allvar utan tolkas endast som ett uttryck för deras sjukdom. Upplevelser av att inte känna sig trodd leder till en känsla av maktlöshet. Patienter beskriver att vårdare inte talar med dem som medmänniskor och att de upplever sig bli behandlade som barn. I möten med vårdare beskriver patienter att den erfarenhet de har av sin sjukdom ibland inte tas på allvar. Men vårdare kan även visa förståelse och mottaglighet för patienters tankar.

Jag försöker tala med personalen och även med läkare det olämpliga i att män och kvinnor är på samma avdelning, men möts av liten förståelse. Jag är ju psykiskt sjuk och ingenting att räkna med. Mina känslor avfärdas bara som ett utslag av sjukdomen (Wegler, 1998, s. 16).

Hon (psykiatern) säger att jag ska ta Klonopin, alltså tar jag Klonopin. Hon säger att jag ska ta stora, giftiga doser Dekapote, alltså gör jag det. Hon säger att jag inte har något alkoholproblem, alltså har jag inte det. Hon är den som förmodas ha kunskaperna. Jag sväljer mina piller morgon och kväll, med ett glas vin (Hornbacher, 2008, s. 121).

Sammanfattning av resultatet

Mötet med vårdare kan ses som en balansgång mellan positiva och negativa upplevelser. Att bli visad omtanke ökar förtroendet på samma sätt som missförstånd och upplevelsen av att bli lurad leder till misstroende. Mötet kan förstärka känslor av att befinna sig i underläge då vårdrelationen upplevs som ojämlik. Vårdare upplevs som både sympatiska och avståndstagande. De som visar omtanke upplevs som ett stöd i kampen mot sjukdomen och motsatsen sker då vårdare distanserar sig. Vårdare ger bekräftelse och beröm vilket ger upphov till en känsla av att bli sedd bortom sjukdomen, men vårdare kan även vara avvisande och säga att de inte har tid. I mötet kan patienters problem bemötas med nonchalans och oförståelse.

Patienter upplever att deras trovärdighet är låg till följd av sjukdomen och att de sällan blir tagna på allvar.

DISKUSSION

Metoddiskussion

De begrepp som diskussionen utgår från inom kvalitativ forskning är enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Enligt författarna kan resultatets trovärdighet bedömas utifrån om val av litteratur och analysförfarande varit relevanta för syftet.

Giltighet

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) innebär giltighet att resultatet beskriver det som studien har för avsikt att undersöka. Vidare är den kvalitativa innehållsanalysen avsedd till att beskriva likheter och skillnader (Elo & Kyngäs, 2008). Denna studie utgick ifrån sex självbiografier skrivna av patienter med psykisk ohälsa. En av studiens styrkor är att tre diagnoser var representerade i dessa vilket bidrar till att patienters upplevelser belyses utifrån olika livssituationer och sammanhang. Då biografier skrivna av patienter med panikångest saknas, kan det innebära en brist i studien då det är möjligt att det kan ha påverkat resultatet. Det är möjligt att deras upplevelser skiljer sig åt från de beskrivna i resultatet. Om dessa inkluderades kunde detta ha bidragit till en större variation i resultatet. Alla självbiografier som används i studien är skrivna av kvinnor, då det saknades relevant litteratur skriven av män. Det väcker frågan huruvida resultatet skulle ha varit detsamma om även mäns upplevelser inkluderats då det kan finnas skillnader mellan kvinnors och mäns upplevelser. Av de sex böckerna är tre skrivna av svenskar, två av amerikaner och en av en norsk författare. Detta medför större variationer i upplevelser och kan ge en generell bild av hur möten med vårdare upplevs vilket kan ses som en styrka. Dessa författare tillhör den västerländska kulturen men detta innebär inte nödvändigtvis att de upplever situationer på liknande sätt, då en människas livsvärld inte liknar någon annans. Endast lättillgängliga biografier valdes ut, vilket kan innebära en svaghet då relevant material kan ha förbisetts. Lundman och Hällgren Graneheim skriver att en utförlig beskrivning av analysförfarandet kan öka studiens giltighet. Litteratursökningarna som genomfördes finns beskrivna i uppsatsens

metoddelen och redovisas i bilaga 1. Exempel på analysförfarande redovisas i tabell 2. Löpande i resultatet anges även citat från de analyserade texterna vilket bidrar till att öka giltigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Tillförlitlighet

Lundman och Graneheim (2012) menar att det för tillförlitlighetens skull är viktigt att noggrant beskriva hur analysen gick till. Analysen genomfördes av uppsatsförfattarna var för sig. Dock fördes en gemensam diskussion om de kondenseringar och koder som tagits fram under analysen, vilket ledde till större förståelse för textinnehållet. En av uppsatsförfattarna är av kubansk härkomst vilket kan ses som en styrka då det bidrog till ett annorlunda och berikande perspektiv under analysens gång. Förförståelsen och de tolkningar som gjordes diskuterades och reflekterades över kontinuerligt under analysens gång. Polit och Beck (2010) menar att en studies trovärdighet bland annat är beroende på om tolkningarna är sanningsenliga. Vi har arbetat nära texten och varit den trogen samt varit noga med att kontrollera våra tolkningar gentemot ursprungstexten genom att under processen hela tiden gå från del till helhet.

Överförbarhet

Överförbarheten, menar Lundman och Hällgren Graneheim (2012), innebär hurvida resultatet är applicerbart till andra kontext. Vi som uppsatsförfattare anser att resultatet är överförbart till andra sammanhang där ett möte sker mellan vårdare och patienter med psykisk ohälsa. Dock menar Lundman och Hällgren Graneheim (2012) att det är upp till läsaren att bestämma om resultaten kan överföras till en annan kontext. Detta underlättas genom att studiens metod och analys beskrivits ingående.

Resultatdiskussion

Mötet med vårdare kan leda till både positiva och negativa upplevelser, men resultatet visar att negativa upplevelser beskrivs i större omfattning. Vad som avgör vad utgången av ett möte blir är på vilket sätt patienter bemöts av vårdare. Det är möjligt att det finns en gråzon mellan det positiva och det negativa men detta går inte tydligt att utläsa från resultatet. Därför förs

diskussionen utifrån den uppdelningen som vi som uppsatsförfattare tolkat som positiva respektive negativa upplevelser i resultatet.

I resultatet framkommer att de tre områden där genomgående flest negativa upplevelser beskrivs rör respekt, maktförhållandet mellan patient och vårdare samt att inte bli tagen på allvar. Liknande resultat kom Kogstad, Hummelvoll och Eriksson (2009) fram till då de fann att patienter beskrev situationer där de bemötts med respekt och blivit tagna på allvar, men likväl situationer som präglats av respektlöshet och ovilja att lyssna från vårdarens sida. Fossum (2007) skriver att respekt för den enskilde individen, människovärde och människosyn är viktiga aspekter att ta hänsyn till i vårdmötet. Eftersom vårdkvaliteten har ett nära samband med vårdarens attityder, blir vården lidande om dessa aspekter ej beaktas. Ett respektfullt förhållande mellan patient och vårdare är vidare en förutsättning för att kunna återhämta sig och må bättre i sin sjukdom, menar Kogstad et al. (2009) och det visar ytterligare att respekt betyder mycket i vårdmötet. Att bli tagen på allvar leder till en positiv upplevelse visar resultatet. Vidare bidrar det till att bygga upp förtroendet till vårdare och ökar självförtroendet hos patienten (Kogstad et al., 2009). I resultatet framkommer att patienter upplever att vårdare inte har tid och de känner sig därmed inte sedda, men patienter beskriver även tillfällena då vårdare villkorslöst gett av sin tid. Att ge av sin tid till patienten innebär, enligt Kogstad, Ekeland och Hummelvoll (2011), en central faktor i återhämtningsprocessen. Mancini, Hardiman och Lawson (2005) konstaterar att återhämtningsprocessen kan hämmas eller förenklas genom negativa och positiva upplevelser i vårdmötet. Författarna fann, i likhet med denna studies resultat, att patienter upplevde att de blev sedda bortom sin sjukdom och det gav dem hopp att en dag kunna leva ett meningsfullt liv. Men patienter blev även sedda enbart som sjuka, vilket verkade hämmande på återhämtningen. Detta visar på vikten av att som vårdare vara öppen och kunna se människan bakom diagnosen för att underlätta återhämtningsprocessen. Att främja återhämtning är angeläget då det motsatta skulle innebära en längre vårdtid och ett längre lidande. Det framkommer i resultatet att patienter upplever att de befinner sig i underläge gentemot vårdare. Detta styrks av Mancini et al. som fann att patienter beskrev att de blev tvingade till att acceptera olika skeenden och tvingade till behandling med våld. Patienter beskrev även att de blev förödmjukade av vårdare, i likhet med denna studies resultat. Att vårdare har mer makt än patienten bekräftas av Latvala, Janhonen och Moring (2000). Patienter i deras studie beskrev hur deras vård hämmades av tvång och genom att vårdare använde makt över dem. Ett förhållande som bygger på förtroende och respekt beskrevs av patienter som ett vårdande samarbete, i motsats till ett

förhållande som grundas på tvång och vårdares paternalism (Mancini et al., 2005). De resultat som framkommer i studien tyder på att vårdare bemöter patienter med psykisk ohälsa på sätt som främjar samarbete, vilket underlättar återhämtning. Men de överhängande negativa upplevelserna som beskrivs ger bilden av att det saknas goda förhållanden mellan vårdare och patienter med psykisk ohälsa till följd av att vårdare bemöter patienter på sätt som brister i respekt, utgår från makt och som inte är ändamålsenliga för att skapa ett produktivt samarbete.

Att använda tvång går vidare emot Buchanan-Barker och Barkers (2008) teori om sjuksköterskans tio förpliktelser. Författarna förespråkar ett gott samarbete mellan vårdare och patient där patienten tillåts vara sig själv. Vidare menar Buchanan-Barker och Barker att patienten skall respekteras och att man som vårdare skall acceptera att ingen känner bättre eller vet bättre om patienten än vad patienten själv gör. Att använda makt genom tvång eller i form av otillräcklig information förstärker vårdarens redan befintliga maktposition (Buchanan-Barker & Barker, 2008). Författarna anser att genom att hjälpa patienten att förstå sin situation genom tydlig kommunikation bidrar det till att ge patienten ett större självförtroende och skapar väg för samarbete. Vårdaren har en stor roll i behandlingen av patienter med psykisk ohälsa då hon kan skapa förutsättningar för positiva vårdmöten menar Feely och Long (2009). I enlighet med vad resultatet visar kan det tilläggas att man som vårdare även kan bidra till negativa vårdmöten. Jenkins (2012) menar att vårdare måste lyssna och ta på allvar det som patienter berättar. Att lyssna på patienten innebär att aktivt anstränga sig för att tolka och förstå det som sägs menar Fredriksson (1993), och lyssnandet innebär en insikt i patientens livsvärld. Vården kan endast inbegripa patientens livsvärld om dennes erfarenheter tas i beaktande, och innebär att patientens lidande, välbefinnande och vård skall vara i fokus menar Dahlberg (2003). Som framkommer i resultatet ser verkligheten annorlunda ut då det förekommer att patienter upplever att de blir avvisade, inte får komma till tals och möts med oförståelse. Att lyssna bidrar till att skapa en relation till patienten som då får en aktiv roll i relationen till vårdaren genom att berätta om sin situation. Genom att man som vårdare väljer att ta avstånd och inte lyssna, skapas ingen relation till patienten och det som utgör kärnan i det vårdande samtalet, att patienten skall återfå sin självständighet och sin självaktning (Fredriksson & Eriksson, 2003), inträffar inte. Det inträffar heller inte utan en grundlig respekt för patienten, då det enligt Malmsten (2007) krävs respekt för den andres behov och intressen för att ömsesidiga relationer skall komma till skott.

Kogstad et al. (2009) menar att vårdare kan ha svårt att relatera till patienter med psykisk ohälsa vilket gör att det finns en risk att de stigmatiseras. I resultatet framkommer det att vårdare kan visa en nedlåtande attityd till patienter med psykisk ohälsa, vilket även Reed och Fitzgerald (2005) och Kukulcu och Ergün (2007) kom fram till. I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, 2 §) förespråkas en lika vård på lika villkor för alla där respekt är en förutsättning för detta. Därmed är det viktigt att man som vårdare visar öppenhet i mötet med patienter med psykisk ohälsa. I resultatet kan utläsas att vårdare kan upplevas som kyliga och avståndstagande. Fredriksson (1993) skriver att öppenhet och tillgänglighet är de egenskaper som kan få patienten att dela sin livsvärld. Att ta avstånd innebär att vara otillgänglig och betyder i praktiken att inte få inblick i patientens livsvärld. Detta ter sig desto mer allvarligt, då livsvärlden, patientens vardagsvärld och den levda erfarenheten enligt Buchanan-Barker och Barker (2008) är nyckeln till återhämtning och återtagande av hälsa. Vårdarens roll är att stötta och vägleda patienten genom positiva möten, vilka enligt Kogstad et al. (2011) ser till patientens behov och tillfredsställer dem. Författarna skriver att god kommunikation, att få respekt och förståelse, såväl som att känna sig säkra, att få tid och att få känna värdighet tillsammans hjälper patienten till återhämtning och insikt om ett meningsfullt liv. I resultatet beskriver patienter brister i dessa komponenter vilket tyder på att det finns ett behov av att öka vårdarens kunskap om hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet för att öka förståelsen för hur dessa patienter skall bemötas.

Slutsats

Studiens resultat visar att mötet med vårdare beskrivs i form av både positiva och negativa upplevelser. Positiva upplevelser kommer av att patienter känner förtroende för vårdare, känner att de blir respekterade, sedda, och omhändertagna. Mötet beskrivs oftare som en negativ upplevelse i situationer där respekt, makt och patienters trovärdighet står i centrum. Negativa upplevelser hämmar återhämtningsprocessen vilket gör det angeläget att öka kunskapen om hur livsvärlden ser ut hos patienter med psykisk ohälsa. Att mötet ger upphov till negativa upplevelser visar på att det finns ett behov av ökad förståelse hos vårdare för hur dessa patienter skall bemötas.

Klinisk betydelse

Resultatet av studien kan användas för att öka kunskapen om hur patienter med psykisk ohälsa upplever mötet med vårdare. Det kan vidare användas till att uppmärksamma de brister som finns i vårdares sätt att bemöta dessa patienter och öka kunskapen om vad som gör ett vårdmöte till en positiv upplevelse. Resultatet visar på att det förekommer stigmatisering i mötet mellan vårdare och patienter med psykisk ohälsa, och denna måste minskas då denna hämmar återhämtningsprocessen. Vårdmöten där patienten känner förtroende för vårdare och upplever att han eller hon blir tagen på allvar och respekterad ökar chanserna för en effektiv återhämtning, något som är önskvärt för både patienter och vårdare.

Förslag på vidare forskning

Ett fåtal studier har gjorts ur patientperspektiv som uppmärksammat att patienter med psykisk ohälsa upplever negativa vårdmöten, och att det beror på brister i vårdares bemötande. Att detta problem existerar är därmed känt, men nya studier inom detta område behövs ändå för att se om det sker förändringar i hälso- och sjukvården. Dock saknas forskning med genusperspektiv, och kvalitativa studier som är intervjubaserade skulle kunna genomföras för att undersöka hur män och kvinnor upplever vårdmötet var för sig, då det kan finnas både likheter och skillnader.

REFERENSER

American Psychiatric Association. (2000). *MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim press.

Andersson, S-O. (2007). Mötet och samtalet. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (s. 101-134). Lund: Studentlitteratur AB.

Askén, H. (2012). *Moderslycka: Vart tog glädjen vägen? En mammas berättelse om depression efter förlossningen*. Stockholm: SKL Kommentus Media.

Baggens, C. & Sandén, I. (2009). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 201-234). Kristianstad: Studentlitteratur AB.

Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(2), 170-76. Hämtad från databasen Medline.

Boydston, L., Chih-Jui Hsiao, R. & Varley, C. K. (2012). Identifying anxiety disorders in the primary care setting: the first step to effective treatment for adolescents. *Contemporary Pediatrics*, 29(6), 28-34. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Buchanan-Barker, P. & Barker, P. J. (2008). The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (15), 93-100. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Burrow, S. (1994). Nurse-aid management of psychiatric emergencies... part 2. *British Journal of Nursing*, 3(2), 86-87. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 161-172). Lund: Studentlitteratur AB.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Feely, M. & Long, A. (2009). Depression: a psychiatric nursing theory of connectivity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 725-737. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01452.x.

Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation, samtal och bemötande i vården* (s. 23-38). Lund: Studentlitteratur AB.

Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Fredriksson, L. & Eriksson, K. (2003). The ethics of the caring conversation. *Nursing Ethics*, 10(2), 138-148. doi:10.1191/0969733003ne588oa.

Friberg, F. (2012a). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 37-46). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.

Hornbacher, M. (2009). *Vansinnet: mitt bipolära liv*. Sundbyberg: Optimal.

Horsfall, J., Cleary, M. & Hunt, G. (2010). Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(7), 450-455. Hämtad från databasen Medline.

Hummelvoll, J. K. & Severinsson, E. (2002). Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 416-424. Hämtad från databasen Medline.

Jenkins, P. (2012). Talking about a revolution. *Mental Health Today*, 12-13.

Johansson, S. (2006). *Bron blev inte slutet*. Mjölby: Atremi.

Kogstad, R. E., Ekeland, T-J. & Hummelvoll, J. K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 479-486. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01695.x.

Kogstad, R. E., Hummelvoll, J. K. & Eriksson, B. G. (2009). User experiences of different treatment cultures in mental health care. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 11(2), 97-111. doi:10.1891/1559-4343.11.2.97.

Kukulu, K. & Ergün G. (2007). Stigmatization by nurses against schizophrenia in Turkey: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(3), 302-309. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Latvala, E., Janhonen, S. & Moring, J. (2000). Passive patients: a challenge to psychiatric nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36(1), 24-32. Hämtad från databasen Cinahl with Full Text.

Lauveng, A. (2010). *Onyttig som en ros*. Stockholm: Sivart.

Levander, S., Adler, H., Gefvert, O. & Tuninger, E. (2008). *Psykiatri: en orienterande översikt*. (2. rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Lilja, L. & Hellzén, O. (2012). Vårdares attityder och stigmatisering. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (s. 383-398). Lund: Studentlitteratur AB.

Lindström, U. Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Falköping: Liber utbildning AB.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl., s. 187-201). Lund: Studentlitteratur AB.

Malm, U., Lindström, E. & Wieselgren, I-M. (2009). Schizofrena syndrom och likartade psykoser. I J. Herlofson & L. Ekselius (Red.), *Psykiatri* (s. 283-304). Lund: Studentlitteratur AB.

Malmsten, K. (2007). Den goda vården. I K. Malmsten (Red.), *Etik i basal omvårdnad* (s. 135-169). Lund: Studentlitteratur AB.

Mancini, M. A., Hardiman, E. R. & Lawson, H. A. (2005). Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48-55. Hämtad från databasen Medline.

Manning, M. (1995). *Underströmmar: en psykoterapeuts kamp mot sin depression*. Stockholm: Natur och kultur.

Mattsson, M. (2010). Psykoser. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (s. 95-119). Lund: Studentlitteratur AB.

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Reed, F. & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 249-257. Hämtad från databasen Medline.

Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 47-56). Lund: Studentlitteratur AB.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 21 maj, 2011, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763

Shim, R. & Rust, G. (2013). Primary Care, Behavioral Health, and Public Health: Partners in Reducing Mental Health Stigma. *American Journal of Public Health*, 103(5), 774-776. doi:10.2105./AJP.2013.301214.

Skärsäter, I. (2010). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (s. 67-93). Lund: Studentlitteratur AB.

Statens folkhälsoinstitut. (2009a). *Psykisk ohälsa – avgränsning*. Hämtad 7 april, 2013, från Statens folkhälsoinstitut, <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Psykisk-ohalsa--avgransning-/>.

Statens folkhälsoinstitut. (2009b). *Psykisk ohälsa – former*. Hämtad 7 april, 2013, från Statens folkhälsoinstitut, <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Psykisk-ohalsa---former/>.

Socialstyrelsen. (2013). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2013*. Hämtad 10 april, 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19032/2013-3-26.pdf>

Wegler, B. (1998). *När själen skenar*. Stockholm: Njurner och Brund AB.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Hämtad 9 april, 2013, från World Health Organization, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.

BILAGOR

Bilaga 1

Sökord	Depression	Bipolär	Schizofreni	Panikångest	Panikattack	Paniksyndrom	Panik*
Sökträffar i Libris bibliotekskatalog	3969	128	773	85	7	67	451
Sökträffar efter avgränsning på typ, språk och ämne	27	19	26	1	3	1	3
Totalt inkluderade från sökning i Libris	1	2	1	-	-	-	-
Sökträffar i Stadsbibliotekets databas	330	-	212	23	-	-	-
Sökträffar efter avgränsning på mediatyp, år, språk och klassifikation	6	-	23	1	-	-	-
Totalt inkluderade från Stadsbibliotekets databas	1	-	1	-	-	-	-
TOTALT antal biografier inkluderade i studien	2	2	2	-	-	-	-