

Psykiatrins barriärer - En kvalitativ studie om unga vuxnas erfarenheter av vuxenpsykiatri

Av: Mia Björklund

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)
ht 14



Handledare: Marianne Larsson
Lindahl

Abstract

Author: Mia Björklund

Title: The barriers of psychiatry - A qualitative study about young adults experience of adultpsychiatry (translated title)

Supervisor: Marianne Larsson Lindahl

The purpose of this study was to explore young adults experience of adultpsychiatry. The study was based on eight interviews with young adults in the age 23-30. The analyze was done with the assistance of the tidal model and the stigmatheory. The main outcome of this study was that most of the respondent had negative experience of adultpsychiatry. They felt that the staff only saw them as social security numbers and only saw the diagnosis – not them as individuals. The respondents expressed that they wanted to be given the opportunity to influence their own care and that the staff should be more helpful, engaged and take the time to sit down with the respondent.

Keywords: users' perspective, psychiatry, stigma, the tidal model

Förord

Ett stort tack till intervjurespondenterna som givit av sin tid och sina erfarenheter – utan er hade det inte blivit en kandidatuppsats. Jag vill också rikta ett stort tack till min handledare, Marianne Larsson Lindahl, för alla dina goda råd och för att du alltid funnits till hand. Ett sista tack till mina kära hundar som hamnat i skymundan under skrivprocessen – nu ska vi äntligen bege oss ut på flera långpromenader!

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Problemformulering.....	1
1.2 Syfte.....	2
1.3 Frågeställningar.....	2
2. Metod	2
2.1 Val av metod.....	3
2.2 Metodens förtjänster och brister.....	4
2.3 Förförståelse.....	4
2.4 Metodens tillförlitlighet.....	5
2.5 Urval.....	5
2.6 Materialinsamling och analys.....	7
2.7 Etiska överväganden.....	7
3. Teoretiska utgångspunkter	8
3.1 Tidvattenmodellen.....	8
3.2 Stigmatisering.....	10
4. Tidigare forskning	12
4.1 Brukarnas erfarenheter av psykiatrisk vård	12
4.1.1 Brukarnas erfarenheter samt hur de vill ha det.....	12
4.1.2 Brukarnas erfarenheter av stigma.....	14
4.1.3 Brukarnas erfarenheter av tvångsvård.....	15
5. Resultat och analys	16
Vårdens yttre ramar	16
Receptionen.....	16
Väntetider.....	18
Telefontider.....	20
Bemötande och attityder	22
Personalens bemötande.....	22
Objektifiering.....	25
Relationers betydelser	26
Lämna relationer.....	26
Kontinuitet.....	27
Låga förväntningar på ny kontakt.....	29

Ansvarig för min egen vård	29
Mitt fel, min förtjänst.....	30
6. Sammanfattning och avslutande diskussion	31
7. Referenslista	35
8. Bilagor	36
Bilaga 1.....	36
Bilaga 2.....	37
Bilaga 3.....	38

1. Inledning

”För fyra år sedan begravde jag min dotter. I många år hade Ehline kontakt med öppenpsykiatrin och fick allt starkare medicin utskrivna. Hon fick 35 olika tabletter utskrivna på sju månader. Dagen innan hon dog var vi tillsammans hos psykiatrikern. Ehline fick ännu en gång tabletter utskrivna, trots risk för överdos. Det är som att ge en back öl till en alkoholist.” (Aftonbladet, 2011).

Detta berättar en mamma som i Aftonbladets granskning av psykiatrin delar med sig av sina erfarenheter. Hon är inte ensam, det är många som har hört av sig till Aftonbladet och delat med sig av sina erfarenheter. Aftonbladets granskning av psykiatrin (Aftonbladet, 2011) visar att det finns en del brister. Det handlar bland annat om att självmordsriskbedömningar inte alltid görs, att det saknas kompetens, att patienten inte får en vårdplan, att det tar för lång tid att få hjälp inom öppenvården efter utskrivning samt att psykiatrin inte lyssnar på de anhöriga.

1.1 Problemformulering

Psykisk ohälsa bland unga vuxna ökar och enligt Statens offentliga utredningar (2006:100) har det de senaste tio åren blivit vanligare att unga vuxna är oroliga, nedstämda, lider av sömnproblem samt har värkproblem. Statens offentliga utredningar (2006:100) menar vidare att det är mest vanligast hos kvinnor i åldrarna 16-24 år. Eftersom psykisk ohälsa ökar söker fler personer hjälp inom psykiatrin. I Skåne år 2010 var det ca 1142 personer som väntade på ett första besök till allmän psykiatrin, år 2014 var det ca 1156 personer (Väntetider, 2014).

Statens offentliga utredningar (2006:100) skriver att det inom psykiatrin finns stora brister gällande tillgång till kompetent personal, metoder, arbetssätt och organisation. I en undersökning gjord av Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Umeå framkommer det att patienter inom psykiatrin efterfrågar bättre information, bättre bemötande från personal, bättre uppföljning av mediciner samt annan behandling, ökad delaktighet i vården för både patienter och anhöriga samt ett bättre arbete kring vårdplaner (Socialstyrelsen, 2004).

I en rapport av Eskner Skoger (2011) har fem kvinnor intervjuats om sin erfarenhet av psykiatrin. Ett återkommande tema hos alla fem är att vården är svårtillgänglig. Alla beskriver att de har fått kämpa för att få tillgång till vård, till det stöd de behöver och att det är svårt att få information samt att det krävs många telefonsamtal för att överhuvudtaget kunna söka vård. Kvinnorna berättar även att vården känns otillgänglig med tanke på bemötandet de får vid första telefonkontakten.

Kvinnorna upplever att det är oerhört svårt att ringa upp en okänd person och be om hjälp och mötas av ett ointresse, stress eller avfärdande och att det kan leda till att deras tillstånd försämras ytterligare.

Björkman & Hansson & Svensson & Berglund (1995) uppger att utvecklingen av kvalitetsprogram inom psykiatrisk vård har ökat intresset för brukarnas erfarenheter. Tidigare har få utvärderingar inkluderat brukarna eller använt brukarna som en källa av information. Behovet av att införliva brukarens syn på vården den har fått har blivit mer erkänd som användbar och nödvändig (ibid). Enligt Björkman et al (1995) är det viktigt att använda brukarna som en källa av information, detta eftersom utan brukarperspektiv blir utvärderingarna ofullständiga och ensidiga. Jag har inte hittat mycket forskning om brukarnas erfarenheter av psykiatrin och det jag har hittat har varit bristfälligt. Det behövs mer kunskap om hur brukarna upplever psykiatrin, vad brukarna anser fungera samt inte fungera och hur brukarna upplever att de vill bli bemötta. Vad är det i bemötandet som är viktigt för en brukare inom psykiatrin och vad är det som faktiskt fungerar i praktiken?

Enligt Denhov (2007) är relationen mellan brukare och professionell mycket viktig. Relationen kan vara ett stort stöd för brukaren samt ha stor betydelse för brukarens återhämtning. Enligt brukarna själva förstärks relationen till professionella om de professionella bryter mot verksamhetens normer och regler. Brukarna betonar även vikten av att ses som en person och inte en diagnos samt att de har mycket kunskap om sig själva och sina problem. Denhov (ibid) uppger även att den professionella bör ha egenskaper såsom engagemang, intresse, ta sig tid för brukaren och vara respektfull. Denhov (ibid) menar att när en stressad personal tar sig tid för en brukare och fokuserar på just den påverkar det brukarens syn på den professionella men även brukarens självkänsla kan påverkas vilket i sig är ett stort stöd.

Detta anser jag vara ett tydligt problemområde som dessutom har betydelse för socialt arbete. Socialt arbete gynnas av att få kunskap i hur unga vuxna upplever vuxenpsykiatrin samt hur den kan förbättras. Personal som arbetar inom socialt arbete är förhoppningsvis intresserade av att få veta hur unga vuxna vill bli bemötta samt deras erfarenheter för att på så sätt, om det behövs, kunna förbättra psykiatrin.

1.2 Syfte

Syftet med denna kvalitativa studie är att analysera unga vuxnas erfarenheter av vuxenpsykiatrin utifrån tidvattenmodellen samt stigmatologi.

1.3 Frågeställningar

- Hur beskriver brukarna första kontakten inom vuxenpsykiatrin?
- Hur beskriver brukarna bemötandet från vuxenpsykiatrin?
- Vad innefattar en bra professionell relation enligt brukarna?

2. Metod

2.1 Val av metod

Jag har valt att använda mig av kvalitativ metod, detta eftersom kvalitativ metod är ett tolkande synsätt samt har fokus på hur individerna uppfattar och tolkar sin sociala verklighet (Bryman, 2011). Jag menar att detta stämmer överens med mitt syfte eftersom jag vill undersöka unga vuxnas erfarenheter av psykiatrin. Jag har övervägt att använda mig av kvantitativa metoder, främst gällande enkäter. Med hjälp av enkäter skulle jag precis som Bryman (2011) skriva nå ut till en större målgrupp och därmed kunna göra större generaliseringar, dock anser jag att kvalitativ metod stämmer bättre överens med mitt syfte samt frågeställningar. Detta eftersom jag hellre vill ha ett fåtal respondenter som jag kan analysera på djupet och ha utrymme för att kunna tolka och förstå deras upplevelser. Med kvantitativ metod och enkäter menar Bryman (2011) att enkäter har färre öppna frågor och är kortare för att minska risken att respondenten tröttnar. Dock är fördelarna med enkäter att de är billigare än intervjuer eftersom man inte behöver resa till olika geografiska områden, enkäter är också snabbare att administrera. En nackdel med enkäter enligt Bryman (ibid) är att respondenterna inte skickar tillbaka enkäten eller att det tar lång tid att få tillbaka enkäten. En annan nackdel enligt Bryman (ibid) är att det inte finns någon intervjuare i närheten när enkäterna fylls i, därför kan inga följdfrågor ställas och det finns ingen som kan svara på respondentens frågor och funderingar. Med bakgrund av detta stämmer kvalitativ metod bättre överens med mitt syfte och frågeställningar. Jag har möjligheten att ställa öppna frågor, ställa följdfrågor samt svara på respondenternas frågor och funderingar.

Jag har vidare valt att använda mig av kvalitativa intervjuer eftersom intervjuer ger en inblick i individers upplevelser, erfarenheter samt känslor. Enligt Bryman (2011) är kvalitativa intervjuer mycket flexibla. Flexibiliteten i intervjuerna kan vara oerhört viktigt för uppsatsen med tanke på att intervjun kan röra sig i olika riktningar beroende på vad intervjupersonerna upplever vara relevant och viktigt. Den intervjuform jag anser vara bäst lämpad för min uppsats är den semistrukturerade intervjun. Levin (2008) menar att den intervjuades åsikter och synpunkter lyfts fram på ett bättre sätt i en öppen intervjusituation än i en standardiserad intervju. Vidare menar Levin (ibid) att kvalitativa intervjuer innebär att människors egna talade ord kommer till uttryck samt att forskarna söker förståelse för människor utifrån dess egna referensramar. Enligt Bryman (2011) innehåller semistrukturerade intervjuer en lista över specifika teman som ska beröras, en intervjuguide. Trots detta har intervjupersonen en stor frihet att utforma svaren på sitt egna sätt och intervjuaren kan även ställa följdfrågor. I denna intervjuform kommer jag att utgå ifrån vissa specifika teman som intervjuguide men ändå ha möjligheten att vara lyhörd för det intervjurespondenterna finner viktigt och relevant. Intervjurespondenterna får möjligheten att tala fritt och fördjupa sina svar varav jag även kan ställa följdfrågor utifrån det jag finner intressant. Jag har intervjuat en person åt gången

eftersom området kan vara känsligt att tala om. Jag har även spelat in intervjuerna med hjälp av min mobiltelefon. Detta eftersom Bryman (2011) menar att det krävs för att kunna fånga intervjurespondenternas svar i deras egna ordalag. När jag väl ska citera intervjurespondenterna i uppsatsen vill jag vara säker på att det blir korrekt. Om jag enbart hade antecknat under intervjuerna finns det en risk att ord och meningar försvinner samt att det blir svårare att vara lyhörd inför intervjuerna.

2.2 Metodens förtjänster och brister

Jag har i förra avsnittet, val av metod, beskrivit relativt många förtjänster metoden har och därför kommer jag främst att inrikta mig på vilka brister metoden har. Forskarens roll i kvalitativa intervjuer bör inte underskattas. Bryman (2011) skriver att olika faktorer som rör forskaren samt respondenten kan påverka de svar som respondenterna lämnar på frågorna. Detta innebär att jag måste ha i åtanke att min undersökning kan påverkas av mig själv samt de resultat jag kommer fram till. Bryman (ibid) skriver vidare att faktorer såsom intervjuarens kön, etnicitet och sociala bakgrund kan ge en skevhet i respondenternas svar. Bryman (ibid) menar att detta är något som inte är ett lika stort problem i den kvantitativa forskningen. En av intervjuens svagheter är att den ger en begränsad bild av ett fenomen (Ahrne & Svensson, 2011). Att använda kvalitativa intervjuer innebär ytterligare ett problem, nämligen vad en utsaga egentligen betyder. Det går inte att till hundra procent veta vad en individ gör eller tycker, även om den säger det (ibid). I tolkningen av intervjumaterialet kan fler svårigheter uppstå såsom om intervjurespondenten menar det som forskaren uttolkar eller om utsagan egentligen har andra betydelser (ibid). Dessa problem kan förhindras genom respondentvalidering. Under intervjuerna har en mobiltelefon använts som inspelningsapparat eftersom jag ville vara fokuserad på intervjuerna och respondenterna. Både Bryman (2011) och May (2001) anser att någon form av bandinspelning behövs för att kunna fånga intervjupersonernas svar i deras egna ordalag. May (2001) nämner även en brist, nämligen att en bandspelare kan vara hämmande för en del individer samt att utskriften av intervjuerna tar många timmar att renskriva. Att föra anteckningar under intervjuerna trots bandinspelning kan vara en fördel med tanke på eventuella följdfrågor samt intervjurespondenternas kroppsspråk, gester och grimaser (Ahrne & Svensson, 2011). Om det finns en medvetenhet om metodens brister kan ett kritiskt förhållningssätt finnas gentemot undersökningen samt resultatet och det går även att redovisa för eventuella brister under undersökningens gång.

2.3 Förförståelse

Förförståelse är en viktig aspekt att ha i åtanke eftersom det kan finnas en risk att ta saker för givna. Jag är medveten om min förförståelse inför det jag ämnar att undersöka och förförståelsen består främst av medias och vänners bild av fenomenet. Jag har blivit påverkad av de negativa åsikter både

media och vänner har om vuxenpsykiatrin, som att psykiatrin är dåliga på bemötande och behandling men eftersom jag är medveten om problemet kan jag inta en öppenhet inför mitt material och se saker jag inte tidigare sett. Förförståelsen har på ett sätt varit positiv eftersom det har lett till att jag har velat undersöka unga vuxnas erfarenheter av vuxenpsykiatrin.

2.4 Metodens tillförlitlighet

När det gäller tillförlitligheten i undersökningen är reliabilitet och validitet viktiga begrepp att lyfta. Vad är det jag faktiskt undersöker i undersökningen och stämmer det överens med det jag ämnar undersöka? Bryman (2011) skriver att det är svårt för kvalitativ forskning att använda begreppen validitet och reliabilitet eftersom de främst är tänkta för kvantitativ forskning. Bryman (ibid) skriver vidare att ett forskarlag kan komma överens om hur de ska tolka det insamlade materialet för att på så sätt stärka reliabiliteten. Jag genomförde undersökningen själv och då kan det vara svårt att undvika subjektivitet samt personliga värderingar och uppfattningar. Dock var jag medveten om dessa problem och kunde resonera om dem och informera tydligt om hur jag har gått tillväga gällande insamling av materialet och hur jag har analyserat det. Eftersom jag har använt intervjuer i min undersökning är det av största vikt att det finns en trovärdighet i det material som framkommer. Detta löses genom respondentvalidering, då återkopplas materialet till intervjurespondenterna och det kan säkerställas att jag som forskare har uppfattat deras utsagor korrekt (Bryman, 2011). Triangulering är ytterligare ett sätt att säkerställa trovärdigheten i ens undersökning. Triangulering innebär att jag i min undersökning har använt mig av olika källor för att verifiera resultaten. Det är bland annat mina intervjuer men även olika teorier och begrepp samt tidigare forskning (Bryman, 2011). Som jag tidigare har skrivit är jag medveten om undersökningens svaga sidor, dels att jag skriver ensam men även undersökningens svaga sidor när det gäller generaliserbarheten. Intervjurespondenterna i min undersökning är inte representativa för en hel population, dock kan jag generalisera de resultat som framkommer till olika teorier (Bryman, 2011).

2.5 Urval

Jag har valt att intervjua unga vuxna inom Skåne län, detta eftersom jag enkelt skulle kunna ta mig till de olika geografiska områdena samt för att spara tid. Ett annat kriterium jag hade var att dessa unga vuxna skulle ha haft en kontakt med vuxenpsykiatrin. Jag har valt ett målinriktat urval. Ett målinriktat urval innebär att forskaren vill intervjua personer som är relevanta för ens problemformulering (Bryman, 2011). Jag sökte därmed efter deltagare genom informationslappar där det tydligt framkom vad jag sökte efter och vad undersökningen handlade om. Informationslapparna satte jag upp på en socialhögskola i Skåne och på en psykiatrisk mottagning i Skåne. Deltagarna kunde själva anmäla sig till undersökningen genom att kontakta mig, antingen via mail eller telefon. Dock var det svårt att få tag på deltagare och det var enbart tre personer som

hörde av sig, därför använde jag mig dessutom av ett bekvämlighetsurval. Jag ansåg det vara nödvändigt eftersom tre intervjuer upplevdes vara få och att jag dessutom inte hade tid att vänta på att eventuellt fler skulle höra av sig. Ett bekvämlighetsurval innebär enligt Bryman (2011) att man använder sig av deltagare som befinner sig i ens närhet på något sätt. Då fick jag kontakt med ytterligare fem deltagare.

Jag anser att bekvämlighetsurval samt målinriktat urval kan ha både negativa och positiva effekter. Ett målinriktat urval kan vara positivt på så sätt att respondenterna själva hör av sig och bestämmer därmed om de passar in på kriterierna och om de vill delta. Dessutom känner de inte mig och jag känner inte dem, en nackdel här kan vara att det kan vara svårt för dem att öppna sig för en total främling. Gällande bekvämlighetsurvalet kan det vara negativt eftersom jag frågar människor i min närhet om de vill delta och bestämmer därmed i förväg om de passar in på kriterierna eller inte samt att vi känner varandra vilket kan påverka resultatet. Med människor i min närhet avses bland annat bekanta samt människor jag har en närmare relation med. Med tanke på konfidentialitetskravet väljer jag att utelämna ytterligare detaljer om de respondenter jag fick kontakt med via bekvämlighetsurvalet. En positiv effekt kan vara att de har enklare för att berätta om sina erfarenheter eftersom de känner en trygghet i att de känner mig och vet vem jag är. Under intervjuerna upplevde jag att respondenterna från bekvämlighetsurvalet var mer öppnare än respondenterna från det målinriktade urvalet. Resultatet hade säkerligen blivit annorlunda om jag inte hade haft med de respondenter jag känner, dock har jag försökt att gå in med ett öppet sinne i alla intervjuer, oavsett bekantskap eller ej, för att undvika favoriseringar eller att resultatet ska bli påverkat allt för mycket. Jag upplever att jag till viss del lyckades bibehålla mitt öppna sinne men resultatet kan givetvis ha blivit vinklat eftersom jag antagligen hyser ett större förtroende för de respondenter jag känner och kan omedvetet ha valt att belysa fler citat från deras sida. Resultatet kan även ha blivit påverkat av att respondenterna fick information om att jag studerade till socionom eller redan visste att jag studerade till socionom; det kan ha lett till att respondenterna har tonat ner sina svar, undvikit att berätta om känsliga händelser eller haft en egen uppfattning om vad för resultat jag önskade och därmed modifierat sina svar därefter.

De åtta respondenterna består av en man och sju kvinnor mellan 23 och 30 års ålder från olika län i Skåne. Respondenterna har olika anledningar till att ha tagit kontakt med vuxenpsykiatri. Det fanns olika diagnoser samt ohälsa representerade; ätstörningar, social fobi, borderline, bipolaritet, autism, självskadebeteende, ångestproblematik samt depression. Alla utom två respondenter hade nuvarande kontakt med vuxenpsykiatri. Respondenternas kontakt med vuxenpsykiatri har varierat och det är olika hur länge de har haft denna kontakten. Den längsta kontakten har varit 9 år och den kortaste har varit 3år. Majoriteten av respondenterna fick kontakt med psykiatri som 16 eller 18

åringar, då via BUP, akutpsykiatri eller vårdcentral. Vissa av respondenterna är aktiva i att bearbeta sina erfarenheter genom att vara politiskt aktiva eller genom att starta egna samtalsgrupper.

2.6 Materialinsamling och Analys

Materialinsamlingen skedde som sagt med hjälp av semistrukturerade intervjuer. En intervjuguide användes där det fanns ett visst antal förutbestämda teman och öppna frågor som respondenterna kunde berätta fritt kring. Följdfrågor ställdes vid behov. Intervjuerna ägde rum på en plats som respondenterna själva valde, detta för att respondenterna skulle känna sig trygga och avslappnade. Två intervjuer ägde rum i Socialhögskolans salar, en intervju ägde rum hemma hos mig och resten av intervjuerna ägde rum hemma hos respondenterna. Intervjuerna var mellan 25 och 80 minuter långa och genomfördes under mitten av november 2014. Intervjuerna spelades in med respondenternas samtycke och transkriberades ordagrant.

Transkriberingen skedde så fort som möjligt med tanke på att det kan vara svårt att höra vissa ord i ljudfilerna och då är intervjuerna fortfarande färska i minnet och jag kunde ta hjälp av minnet (Ahrne & Svensson, 2011). Intervjuerna skrevs ut ordagrant och lästes igenom ett antal gånger. Steget efter transkribering blev kodning. Att koda innebär att vara nära sitt material och utgår från olika kategorier eller begrepp som återfinns i materialet, dessa kategorier eller begrepp går sedan att överföra till olika begrepp eller teorier som i sin tur hjälper till att skapa samband och mönster (Ahrne & Svensson, 2011). Första och andra gången läste jag enbart igenom intervjuerna, tredje gången läste jag intervjuerna igen och började ana mönster i texterna. Fjärde gången läste jag intervjuerna återigen och började markera mönster samt teman med färgöverstrykningspennor. Dessa mönster och teman blev till slut kategorier och underkategorier. Kategorierna och underkategorierna sammanfattades och reflekterades över i förhållande till uppsatsens syfte samt frågeställningar.

2.7 Etiska överväganden

Jag var medveten om att min studie kunde vara av känslig karaktär för intervjurespondenterna. Som forskare måste jag reflektera kring vilka frågor jag valde, hur jag ställde dem, hur respondenterna svarade på dem samt deras reaktioner. Jag uteslöt exempelvis frågor om deras diagnoser eller problem för att inte göra intrång på deras privatliv, dock kom de på tal ändå eftersom respondenterna själva nämnde dem. Vissa av frågorna i intervjuguiden kunde upplevas som känsliga eftersom de kunde leda till minnen av en eventuellt jobbig tid. Eftersom det var svårt att veta hur respondenterna skulle uppfatta frågorna var frågorna öppna, detta för att ge respondenterna chansen att själva bestämma hur mycket de ville berätta och vad de ville berätta. Eftersom studien kunde vara av känslig karaktär var det viktigt att intervjurespondenterna blev informerade om

vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Vetenskapsrådet har fyra huvudkrav; *informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 2014). I enlighet med informationskravet fick intervjurespondenterna erhålla ett informationsblad (se bilaga 1) där syftet med studien tydligt framgick samt hur intervjun kommer att vara upplagd. Intervjurespondenterna fick även information kring frivillighet och att de som medverkande kunde avbryta när som helst. Samtyckeskravet uppfylldes genom att intervjurespondenterna fick information samt att de skrev under en samtyckesblankett (se bilaga 2). I samtyckesblanketten framgick det att intervjurespondenterna hade möjlighet att avsluta intervjun när som utan att behöva berätta varför. Allt intervjurespondenterna berättade i intervjuerna är konfidentiellt, vilket konfidentialitetskravet kräver. I studien är intervjurespondenternas namn, platser och liknande fingerat. För att skydda respondenternas identitet ytterligare har mycket få detaljer angående respondenterna publicerats och inga personuppgifter från respondenterna har inhämtats, förutom deras ålder. Intervjurespondenterna blev vidare informerade om att jag hade tystnadsplikt. Informationen som intervjurespondenterna delade med sig av kommer inte att användas till något annat ändamål än i studiesyfte, vilket de också blev informerade om.

3. Teoretiska utgångspunkter

De teorier som jag har valt för att analysera mitt resultat är tidvattenmodellen och stigmat teorin. Tidvattenmodellen används för att kunna förstå och tolka respondenternas erfarenheter av vuxenpsykiatri. Tidvattenmodellen valdes även för att det är en teori som utgår ifrån brukarnas personliga berättelser, därför passar den bra in på mitt resultat. Med hjälp av denna teori kan jag på individnivå förstå vad brukare anser fungera i exempelvis relationer och bemötande. Stigmat teorin används för att förstå och tolka resultatet på samhällsnivå. Stigmat teorin kan hjälpa mig att förstå och analysera om respondenterna upplever stigmatisering och isåfall på vilket sätt samt om stigmatisering påverkar dem på något sätt. Tidvattenmodellen och stigmat teorin går att förena och kompletterar varandra mycket väl. På sätt och vis går de också in i varandra, detta eftersom bland annat självstigmatisering kan påverka individens vård, professionella relationer samt bemötande. De kompletterar också varandra eftersom tidvattenmodellen kan förstås utifrån stigmat teorin; varför en viss individ reagerar och agerar på ett visst sätt kan förklaras genom någon form av stigmatisering.

3.1 Tidvattenmodellen

Tidvattenmodellen är en teori som belyser återhämtning samt egenvård. En annan viktig aspekt i teorin är att den utgår från personliga berättelser av brukare (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Tidvattenmodellen är baserad på fyra olika principer, dessa principer är enligt Barker & Buchanan-Barker (2005):

- Det primära terapeutiska fokuset vid vård av psykisk hälsa är den naturliga gemenskapen.

Människor lever naturliga lev där de har ett hav av olika erfarenheter och en psykisk kris är endast en sak bland många som metaforiskt kan "dränka" dem. Avsikten med vård vid psykisk ohälsa är att återföra brukarna till deras hav av erfarenheter så att de eventuellt kan fortsätta med sin resa i livet.

- Att förändras är en konstant pågående process. Även om människor förändras konstant, kan det vara bortom deras medvetande. Tidvattenmodellen avser att hjälpa människor att utveckla deras medvetenhet om de små förändringar som till slut kommer att ha en signifikant effekt på deras liv.
- Självbestämmande är hjärtat i omsorgsprocessen. Professionella hjälpare hjälper brukarna att identifiera hur de kan ta större kontroll över deras liv.
- Den terapeutiska relationen mellan den professionelle och brukaren involverar en tillfällig samstämmighet. Effektiv omsorg involverar att vårda tillsammans med brukarna snarare än att vårda för dem eller om dem. Detta har konsekvenser för vad som pågår inom relationen men också för den typ av support den professionella hjälparen behöver för att upprätthålla den integritet en omsorgsprocess kräver.

Barker & Buchanan-Barker (2005) beskriver även att tidvattenmodellen är baserad på sex relaterade principer angående naturligheten och funktionen av terapeutiska relationer. *Nyfikenhetens förtjänster* är den första och innebär att den professionelle inte vet något om brukarens erfarenheter. Människor är experter på deras egna liv och alla är ett mysterium som behöver utforskas. *Kraften i uppfinningsrikedom* är den andra principen och belyser att brukare normalt sett definieras i termer av deras problem, diagnoser eller olika störningar. Tidvattenmodellen fokuserar istället på brukarens uppfinningsrikedom. Hur gör just denna brukare för att kunna leva eller samexistera med de problem hen har? Den professionelle ämnar identifiera brukarens osynliga resurser och även identifiera övriga resurser inom brukarens sociala nätverk som kan vara till hjälp för brukaren. *Betydelsen av att respektera brukarens önsknings* är den tredje principen där tidvattenmodellen förtydligar vikten av aktivt samarbete, för att kunna identifiera vad brukarna anser vara deras behov förtillfället. Den fjärde principen kallas *Att se kriser som en möjlighet*. Traditionellt sett ses kriser som ett problem som behöver bli kontrollerade och arbetade med. I tidvattenmodellen är kriser sedda som en möjlighet. Dessa kriser är en naturlig signal om att någonting behöver göras. Om detta blir bemött på ett lämpligt sätt kan det bli sett som en möjlighet för förändring, en chans att ta en ny vändning i livet. *Att äga målen* är den femte principen och belyser att professionella sätter mål som representerar slutet av omsorgsprocessen. Inom tidvattenmodellen lyfts små steg fram. Vilket mål som helst är satt lågt och är högst specifikt, målen representerar de steg som brukaren

kommer att ta på vägen till “vem vet var” för resten av deras resa i livet. Den sista och sjätte principen kallas *Strävan efter elegans*. Inom tidvattenmodellen belyses att identifiera det enklaste möjliga beslut för att kunna möjliggöra de ändringar en brukare behöver göra för att uppleva en förändring, oavsett hur liten, i deras nuvarande omständigheter.

3.2 Stigmatisering

Goffman (2011) skriver att begreppet stigma kommer från grekiskan. Stigma betyder kroppsliga tecken avsedda att visa någonting ovanligt eller nedsättande i en persons moraliska status. Dessa tecken skars in eller brändes in i kroppen och visade därmed tydligt att personen var en utstött person, en som måste undvikas, speciellt på offentliga platser. Idag används begreppet för att beskriva den situation som drabbar en individ som av någon anledning inte är i stånd att vinna fullt socialt erkännande.

Enligt Goffman (2011) kategoriserar vi människor vid första åsynen av dem. Vi utgår från dessa första intryck och formar om dem till normativa förväntningar. Goffman (ibid) menar att när människor befinner sig i vår närvaro kan det framgå att människorna besitter vissa egenskaper som gör de olik de övriga människorna som tillhör kategorin. Detta gör att de människorna reduceras från vanliga människor till utstötta människor. Det är den här stämplingen som benämns som stigma.

Goffman (2011) pratar om tre typer av stigma:

- Kroppsliga missbildningar av olika slag
- Den personliga karaktären kan uppfattas som viljesvag, såsom psykisk sjukdom, fängelsevistelse, självmordsförsök, alkoholism, arbetslöshet samt homosexualitet
- Tribala (stambetingade) stigmat såsom ras, nation och religion

Alla dessa olika typer av stigma har samma sociologiska drag: det är en individ som skulle ha accepterats i det vanliga sociala samspelet, men individen har ett drag, en egenskap som inte kan undgå uppmärksamhet. Detta drag eller egenskap får människor att vända sig bort från individen. Individen besitter alltså ett stigma, individen avviker på ett icke önskvärt sätt från våra förväntningar.

Goffman (2011) menar att en sociologiskt sett primär situation uppstår när normala och stigmatiserade kommer i varandras omedelbara närhet. Detta eftersom båda sidor måste ta hänsyn till stigmats orsaker och verkningar. Individen som är stigmatiserad kan känna sig osäker på hur de normala kommer att identifiera hen och ta emot hen. De stigmatiserade vet aldrig vilken attityd en ny bekantskap kommer att inta. Kommer den nya bekantskapen vara avvisande eller välkomnande?

Enligt Goffman (ibid) finns det en grupp människor som kan sympatisera med den stigmatiserade och dela den stigmatiserades känsla av att vara fullt mänsklig, dessa kallas för de egna. De egna är förstås människor som har samma stigma som den stigmatiserade personen själv har. Dessa människor har erfarenhet av just det stigma och kan handleda personen i hur man kan klara sig med just detta stigma, erbjuda moraliskt stöd och få känslan av att vara som vem som helst. När den stigmatiserade är bland sina egna kan hen använda sitt stigma som underlag samt berätta historien om sig själv och sitt stigma. Goffman (ibid) menar även att de som har ett visst stigma ofta driver en publikation av något slag som ger en röst åt hur de känner det. Det får läsaren att känna att den stigmatiserades grupp är verklig och i denna grupp utformas medlemmarnas ideologi - deras förhoppningar, politiska strävanden samt klagomål. I dessa publikationer trycks historier om framgångsrikt folk, berättelser om anpassningshjältar som har lyckats ta sig in i nya områden och blivit accepterade där. Publikationerna kan även tjäna som forum för debatt om hur man bäst kan klaga av den stigmatiserades situation. Goffman (ibid) uppger att om en person döljer sitt stigma och inte talar om det för någon kan det straffa sig i kontakten med andra. Intima relationer med andra människor kräver bekännelser, vilket kan få den stigmatiserade att bekänna sitt stigma eller känna sig skamsen över att hen inte vågar bekänna.

Enligt Goffman (ibid) kan personer som lyckas undanhålla omgivningen information om sitt stigma må psykiskt dåligt. De måste antagligen betala ett högt psykiskt pris, en ständig ängslan eftersom de lever ett liv som kan bryta samman när som helst. Det kan handla om en mentalsjukhuspatient som har blivit intagen och inte berättat det för omgivningen, då gör personen allt för att denna information inte ska komma ut och lever med en ständig oro och ängslan. Goffman (ibid) uppger att vid en utfrågning av mentalpatienter ville de efter återinträdet i samhället passera som ickestigmatiserade. De patienter som var tvungna till fortlöpande kontakt med exempelvis socialvården, arbetsförmedlingen eller arbetsvården, diskuterade ofta de risker och möjligheter de stod inför och de metoder de kunde ta till för att klara sig. Gällande den första anställningen var det oundvikligt att arbetsgivaren var medveten om stigma men däremot de lägre tjänstemännen inom institutionen samt arbetskamraterna kunde hållas utanför. De föredetta mentalpatienterna kände därmed en viss grad av osäkerhet eftersom de inte säkert kunde veta vilka som visste om stigma och vilka som inte gjorde det. De föredetta mentalpatienterna ansåg det vara lämpligast att under ett halvår stanna kvar i anställningen man hade erbjudits genom sjukhusmyndigheterna för att sedan göra sig oberoende av myndigheter. Då kunde de söka nytt arbete och hoppas på att alla på arbetet kunde hållas i okunnighet om deras vistelse på mentalsjukhuset.

Goffman (ibid) menar även att personer med ett stigma kan välja att frivilligt avslöja sig själva. Om en person med stigma frivilligt avslöjar sig själv förändras hans situation radikalt, från en person

som nog måste passa på den information hen lämnar ifrån sig som måste reda sig i en obehaglig social situation. Så fort personen har avslöjat sitt stigma blir det möjligt för den personen att använda sig av de författningssätt som är tillgängliga för dem vars stigma är välkänt. Goffman (ibid) menar att det är dessa fördelar som är en bidragande orsak till att många väljer att avslöja sitt stigma. En av dessa författningssätt samt fördelar är att öppet bära en stigmasymbol som exempelvis batterilösa hörapparater eller en vit käpp.

4. Tidigare forskning

4.1 Brukarnas erfarenheter av psykiatrisk vård

4.1.1 Brukarnas erfarenheter samt hur de vill ha det

I en studie gjord av Björkman & Hansson & Svensson & Berglund (1995) framkom olika kännetecken av idealistisk behandling av öppenvårdspatienter. Dessa kunde kategoriseras i åtta kategorier:

- Tillgänglig vård
- Tillfredsställande behandling
- Relationen mellan personal - patient
- Kontinuitet i vården
- Professionalism gällande personalen
- Patientinformation samt delaktighet
- Behandlingsmiljö
- Vårdkostnader

I studien fick även patienterna betygsätta betydelsen av olika kännetecken gällande behandling. Tyngdpunkten ligger enligt patienterna på personalens medkännande egenskaper som att vara intresserad, förstående, lyssnande och respektera patienterna. Patienterna fick betygsätta 57 kännetecken. En annan viktig del var att patienterna kunde känna förtroende och tillit till personalen. Medicinering hamnade också högt upp på listan, patienterna ville få information om sina mediciner. Många av dessa 57 kännetecken handlar om personalen. Som tidigare nämnts anser patienterna att det är viktigt att personalen är förstående, inkännande och respekterande men även att de visar att de bryr sig om patienterna, att patienternas hemligheter blir respekterade samt att personal ger hjälp och råd vid svår ångest. På plats nummer 10 vill patienterna få information om sin mentala sjukdom samt få information om olika behandlingsalternativ. På plats nummer 12 vill patienterna att miljön ska vara lugn och fridfull. På plats nummer 17 vill patienterna att den

allmänna befolkningen ska få information om psykisk ohälsa och sjukdomar. Björkman et al (1995) avslutar sin studie med att påpeka att oavsett nivå på vården är relationen mellan personal och patient av största vikt för att nå en bra kvalitet inom psykiatrisk vård. Björkman et al (1995) menar även att utvärderingar gällande kvalitet samt effektiviteten av psykiatrisk vård från patienternas perspektiv har varit underrepresenterat. De menar vidare att utvärderingar med patienternas erfarenheter är ett mycket viktigt perspektiv som bör betraktas som nödvändigt.

I en artikel av Campbell (2006) skriver han att han är en överlevare av vårdsystemet gällande psykisk ohälsa. Campbell (2006) anser att han är kritisk mot systemet även om han erkänner att mentalsjukvården har positiva kännetecken. Campbell menar vidare att många av hans svårigheter i livet har berott på samhällets attityder samt utövande gentemot psykiskt sjuka. Han menar att detta är både negativt samt djupt rotad i de psykiskt sjukas historia. Dessa attityder och utövande kanske stärks av den psykiatriska sjukvårdens förhållningssätt, men de skulle skulle ändå fortgå även om den psykiatriska vården vore perfekt. Därför menar han att den något försenade uppmärksamheten gällande diskriminering och social exkludering är så avgörande. Campbell anser att, även om det är svårt att vara säker, att mentalsjukvårdare tänker annorlunda om patienterna än vad de gjorde för tjugofem år sedan. Campbell är mindre självsäker gällande liknande positiv förändring hos samhället och dess invånare. Vidare menar han att mentalsjukvårdare på 1980- talet gjorde motstånd gällande brukarorganisationer. Tids nog blev de psykiskt sjukas behov av att ha eget utrymme accepterat. På 1990-talet fanns det ca 50 brukarorganisationer och siffran har växt till ca 600 år 2005. Brukarmedverkan är ett annat begrepp som Campbell tar upp, han menar att det har blivit allmänt förekommande samt lagstiftande. På senare år har brukarmedverkan blivit kopplad till två andra begrepp; empowerment (självbestämmande) och partnerskap. Campbell menar att brukarmedverkan ska ta plats i i partnerskap och om processen samt resultaten är bra blir det stärkande. Campbell menar att dessa tre begrepp är problematiska och slätar ofta över vad som egentligen pågår. Campbell menar att begreppen döljer det faktum att en stor obalans gällande makt fortfarande råder. Brister i den psykiatriska vården enligt Campbell (2006) är att elchockterapi fortfarande är möjligt samt drogbehandling (medicin). Han menar att mentalsjukvården är mycket beroende av psykiatrisk medicin och att medicinföretagen har stort inflytande över all mentalsjukvård. Den medicinska vårdmodellen slår fortfarande högst inom psykiatrin och psykiatrin är alldeles för långsam när det gäller att lyssna på vad patienterna efterfrågar. Patienterna och övriga kritiska röster har efterfrågat samtalsbehandlingar i över 30 år, ändå dominerar som sagt medicinering. Campbell (2006) avslutar sin artikel med att ett avgörande första steg för att komma tillrätta med problemen är att tänka att människor med psykisk ohälsa är medborgare istället för serviceanvändare.

4.1.2 Brukarnas erfarenheter av stigma

I en kvalitativ studie av Dinos & Stevens & Serfaty & Weich & King (2004) uppger de att intervjurespondenterna pratade mycket om stigma. I studien framkom två underkategorier; subjektiva känslor av stigma, även i avsaknaden av någon diskriminering, samt stigma mot bakgrund av öppen, offentlig diskriminering.

I underkategorin subjektiva känslor av stigma var det fyrtioen av fyrtiosex intervjurespondenter som uttryckte känslor av stigmatisering. Arton av dessa led av psykoser, tretton stycken var icke psykotiska och tio stycken led av dubbeldiagnoser. Känslorna av stigmatisering var oftast relaterade till deras psykiska diagnos, främst kände de sig stigmatiserade när de fick besked om deras diagnoser. De intervjurespondenter som hade dubbeldiagnoser upplevde inte samma sak, de verkade redan vara medvetna om att deras psykiska problem var av stor omfattning. En intervjurespondent uppger att schizofreni är den värsta diagnosen eftersom den har läst och hört om schizofreni på tv och tidningar. Tv och tidningar utmålar schizofrena människor som en fara för samhället och att de inte har någon kontroll. Fyra intervjurespondenter som hade schizofrenidiagnos uttryckte negativa synpunkter angående deras behandlingar med tanke på stigmatiseringen. En person uttryckte att den inte berättade för andra om behandlingen eftersom personen själv tycker att behandlingen är hemsk samt upplever stigmatisering. Personen uppger även att andra människor på grund av stigmatiseringen kommer att tycka att den är galen om den skulle berätta om behandlingar. En annan stor aspekt av stigma var ångest över att klara av att ge information om sjukdomen till familj, vänner samt framtida arbetsgivare. Några är oroliga över att berätta om sjukdomen för sin familj, några har inte berättat eftersom familjen är mycket moraliska. Å andra sidan framkom det att personer med schizofrenidiagnos var mer intresserade av att få fram information om deras sjukdom, dock tonade de ner vad de berättade. Till exempel berättade en kvinna enbart att hon var mycket deprimerad, inte att hon hade diagnostiserats med schizofreni, detta eftersom hon tror att hon inte skulle få fortsätta praktisera då. Att media bidrog till stigmatisering tog personer med schizofreni upp. En person berättar att om schizofreni är på tv eller i tidningarna handlar det enbart om negativa saker, t ex att den har attackerat någon. Personer med diagnosen depression eller ångest oroade sig inte över media, de oroade sig istället över öppen diskriminering. En person uppger att människor inte förstår sig på depressioner eller ångest, om personen skulle vara borta från arbetet på grund av sin sjukdom skulle arbetet istället välja någon annan. Många av intervjupersonerna pratar även om personlig trakassering, antingen verbal eller fysisk. Några av intervjupersonerna uppger att de har blivit verbalt kränkta. En person uppger att någon hade sagt att den kostar skattebetalarna pengar och att den endast sitter på social kontoret och inte gör något med sitt liv. De mest vanliga konsekvenserna av känslor av stigmatisering kretsade kring ilska, oro/ångest, känslor av isolering,

skuld samt genans. Detta kunde även hindra återhämtning eller att de undvek att söka hjälp.

Allt var dock inte negativt, intervjurespondenterna pratade även om positiva effekter av deras sjukdomar. Några uppger att de redan visste att de hade en sorts diagnos och att de inte blev förvånade när de väl blev diagnostiserade med en. Andra uppger att de blev mycket lättade när de fick en diagnos. Andra positiva saker var att de fick behandling samt att vissa upplevde att deras sjukdom inte hindrade deras sociala och privata liv. De berättade även att vissa inte hade upplevt diskriminering och hade dessutom upplevt positiva reaktioner från andra. Dinos et al (2004) avslutar studien med att uppge att stigmatisering kan ta olika former och upplevas inom olika områden såsom diagnostisering, behandling samt olika sociala situationer. De menar även att Goffman (1963) uppger att stigmatisering kan leda till isolering och att deras resultat av studien visar att så är det än idag.

Verhaeghe och Bracke (2011) har genomfört en studie huruvida erfarenheter av stigmatisering hos psykiskt sjuka kan ha något samband med tilliten till sjuksköterskor och andra professionella. De kom fram till att äldre brukare hyser mer tillit till de professionella än vad de yngre gör. Brukare med fler psykiatriska symptom och de med psykotiska störningar hyste sämre tillit till de professionella. Brukare som mottar mer intensiv vård hyser också mindre tillit till de professionella. När Verhaeghe och Bracke (2011) la till variabeln stigma kunde de se att brukare som förväntar sig diskriminering och värdeminskning samt brukare med erfarenhet av självstigmatisering hyste mindre tillit till de professionella. Brukare som har fler symptom har mindre tillit till professionella eftersom de har högre förväntningar av stigmatisering och mer erfarenhet av självstigmatisering. Med andra ord verkar brukare med fler symptom ha en större rädsla för värdeminskning samt diskriminering och ha mer känslor av skam och underlägsenhet vilket i sin tur leder till mindre tillit till professionella. De har även fått fram att brukare med fler känslor av underlägsenhet och rädsla av att besöka den psykiatriska vården är mindre nöjda med servicen de får. Även brukare med fler symptom, med intensivare behandling och psykotiska störningar är mindre nöjda, delvis för att de har mer självstigmatisering. Verhaeghe och Bracke (2011) uppger att de i deras analys har kommit fram till att tillit är en avgörande faktor när det gäller tillfredsställelse. Ju mer tillit brukarna har till de professionella desto mer nöjda är de med servicen.

4.1.3 Brukarnas erfarenheter av tvångsvård

I en studie av Andreasson och Skärsäter (2011) belyses patienters erfarenheter av tvångsvård. I deras resultat framkom två beskrivningskategorier för att beskriva patienters erfarenheter och uppfattningar; att få det stöd man behöver samt att vårdas med respekt. Dessa kategorier understöds av subkategorier såsom *att få god omsorg, att få det skydd man behöver, att få hjälp att förstå, att vårdas i en läkande miljö, att bli sedd som medmänniska, att vara självständig och att vara*

delaktig. Angående kategorin att få det stöd man behöver ingick inte bara praktiskt stöd utan även extra omtanke, att få skydd och att det ställs rimliga krav. Det var också viktigt att kunna ta till sig information för att kunna fatta beslut, dämpa oro och förstå. För att patienterna skulle känna sig trygga behövde de möta kompetent och erfaren personal som ställde för dem rimliga krav och gränser. Patienterna upplevde att ett bra omhändertagande innehöll personal som var tillförlitlig, uppmärksamma, engagerade och visade omtanke.

Patienter uppskattade personal som kunde ha vardagliga samtal med dem och som kunde erbjuda praktiskt stöd. För att patienterna skulle kunna tillgodose sig informationen behövde de känna tillit till personalen. Patienterna fick extra förtroende för personalen om de gav dem mer stöd än vad de hade förväntat sig att få. Ett exempel på det var en patient som berättade att han ville träna och då sa en person i personalen att han kunde visa honom vägen till gymmet, följa med honom dit och hjälpa honom. Andreasson och Skärsäter (2011) avslutar sin studie med att berätta att tvångsvården kunde innebära en känsla av att få skydd samt vara en fristad. Patienterna upplevde också att det var betydelsefullt för dem att inte bli avvisade om de sökte hjälp i ett tidigt skede. De patienter som hade erfarenhet av att bli farliga för sig själva eller andra när de blev psykotiska ville gärna ha en skriftlig plan. Denna plan skulle innehålla hur patienterna vill att sjukdomen hanteras för att förhoppningsvis kunna slippa tvångsintagning. Patienterna i studien uppfattade att en del tvångsåtgärder hade kunnat förhindras om personal som möter dem visar att de bryr sig om dem och tar sig tid.

5. Resultat och analys

I det här avsnittet presenteras resultatet av studien i form av fyra kategorier, vilka kan ses nedan i analys-schemat. I dessa fyra kategorier ingår tio stycken underkategorier, de redovisas under respektive kategori. Först beskrivs kategorierna och underkategorierna, dessa innehåller citat ifrån intervju-materialet för att ge en bättre inblick och förståelse för deltagarnas erfarenheter. Varje kategori avslutas sedan med ett stycke där en tolkning av det som har framkommit görs i relation till mina teorier; tidvattenmodellen samt stigmatteorin. För att värna om konfidentialiteten används ordet *hen* istället för *han/hon* och namn, städer och liknande är antingen borttaget eller fingerat.

Vårdens yttre ramar	Bemötande och Attityder	Relationers betydelser	Ansvarig för min egen vård
<i>Receptionen Väntetider Telefontider</i>	<i>Personalens bemötande Objektifiering</i>	<i>Lämna relationer Kontinuitet Låga förväntningar på ny kontakt</i>	<i>Mitt fel, min förtjänst</i>

Vårdens yttre ramar

Receptionen

Alla respondenter har haft kontakt med receptionen på något sätt. Receptionen är psykiatrins ansikte utåt och det är alltid dem brukarna möter när de kommer in på en instans eller avdelning inom psykiatri. Respondenterna hade både dåliga och positiva erfarenheter av personal i receptionen, de flesta respondenterna hade dock dåliga erfarenheter. Respondenterna uppgav att personal i receptionen ofta lät arga, trötta, sura och upplevdes inte som hjälpsamma. En respondent uppgav att det negativa mötet med receptionen gör att hen får den känslan över hela psykiatri. Respondenterna uppgav att receptionen kunde påverka deras känslor och mående, både på ett negativt och positivt sätt. Receptionen kunde även få respondenterna att känna sig mindre värda som människor, de var istället enbart ett aktnummer, en i raden av alla som ringde. Respondenterna gav uttryck för att personal i receptionen borde få utbildning i hur viktiga de är, både för psykiatri som helhet och för respondenterna själva.

“...sen stod jag ju på mig ändå men då hade dem ju ingen annan och det var då jag pratade med nån i receptionen ‘nä vi har tyvärr ingen’ eller det var inte ens tyvärr tror jag.. nästan så man kände sig besvärad som ville byta, men det kanske var besvärligt också, men jag försökte be snällt”

Respondenten i citatet ovan beskriver en situation där hen ville byta psykolog och receptionen uppgav att det inte fanns någon annan att byta till. Respondenten upplevde på grund av personalens uttryckssätt att hen var en krånglig brukare och ger uttryck för att ha försökt vara snäll och tillmötesgående. Ett annat citat som berör erfarenheten av att känna sig till besvär och få sitt mående samt känslor påverkade av personal i receptionen redovisas nedan.

“man ringer och söker någon så får man tag på dem först och ibland låter dem helt arga eller trötta och om man då mår dåligt blir man lite paranoid och jag kan typ lägga på luren och typ tro att nu är hon i receptionen jättearg på mig för att jag ringde igen för att hon lät så trött och sur eller nånting”

En respondent gav uttryck för att hellre vilja öppna upp sig för personal i receptionen än psykologer och läkare. Respondenten upplevde att personal i receptionen hade tid att vara vänliga och visa att de bryr sig till skillnad från läkarna som oftast upplevdes vara stressade.

“Oftast är min erfarenhet att människor i receptionen är jättefina, jag skulle hellre prata med dem än läkarna som ofta e väldigt stressade. Att ha tid att kunna va vänlig och kunna bry sig”

En känsla av hopplöshet och ovilja hos personalen i receptionen återfanns också hos respondenterna.

“när jag mår dåligt glömmar jag bort saker och det är jättemånga gånger som jag bara åh nej jag har ingen medicin, jag har glömt bort att ringa och förnya receptet. så ringer man och berättar att man har ingen medicin kvar, då säger dem att man ska ringa på onsdagar till läkaren...’kan du inte

lämna ett meddelande' och då svarar personen inte. hon vägrar svara på vad jag säger och upprepar återigen att det är öppettider och ring läkaren och då lägger hon på telefonen... min mamma hotade till sist med pressen och då lämnade hon motvilligt en lapp till läkaren”

Respondenten i citatet ovan beskriver en ovilja hos personalen att vara hjälpsam, att inte vilja göra den extra ansträngningen för att hjälpa respondenten att få tillgång till sin medicin. Respondenten gav även uttryck för att inte bli hörd, inte bli lyssnad på. Respondenterna uppgav också att de önskade mer förståelse från receptionen. Att receptionen förstår att det är människor som mår dåligt som ringer till dem eller besöker dem, att receptionen är den första kontakten inom psykiatrin och att just den första kontakten är avgörande och viktig, bland annat för respondenternas upplevelser av fortsatt kontakt. Samtalstonen hos personalen var också ett återkommande tema, sättet personalen uttryckte sig på spelade stor roll.

“...lite mer förståelse, speciellt inom receptionen. att dem förstår att det är en människa dem pratar med och inte bara ett aktnummer eller personnummer, utan det är faktiskt en människa som kanske tagit allt sitt mod att ringa dit och får man ett dåligt bemötande kan det vara att man inte vill ringa dit igen på ett år”

Starrin (2011) skriver att skam och stigma är nära besläktade med varandra, detta eftersom skammen hela tiden finns i närheten därför att den stigmatiserade individen blir ständigt påmind om att den brist individen har är skamlig, kränkande och förödmjukande. Denna skam genererar i sin tur ny skam – lager läggs på lager. Det kan vara svårt för brukarna att ta en första kontakt med psykiatrin, dels på grund av stigmatisering och skamkänslor, och när de väl har tagit den första kontakten bemöts de på ett negativt sätt. Respondenterna i resultatet har uppgett att de har blivit bemötta negativt och upplevt att personal är arga, sura och trötta. Detta kan enligt Starrin (ibid) leda till ett hot mot självbilden, skamkänslan blir då en respons mot hotet och hotet är att det kan finnas en risk att bli avvisad av andra. Starrin (ibid) beskriver att skamkänslor samt förödmjukelse som att bli avvisad av någon som står en nära eller bli offentligt avspisad kan leda till depression. I resultatet har respondenterna blivit avvisade och uppgett att det har påverkat deras psykiska mående, speciellt när de redan mår psykiskt dåligt. Goffman (2011) menar att människor som är psykiskt sjuka är oerhört stigmatiserade. Det finns många fördomsfulla uppfattningar om vad en så kallad mentalpatient är för sorts person såsom att de är farliga, inkompetenta och knepiga. Goffman (ibid) menar att risken är stor att bli dåligt behandlad och bli bemött på ett diskriminerande sätt när diagnosen blir känd. Personal som arbetar inom receptionen kan ha fördomar om brukarna och det kan vara en anledning till att brukarna har blivit bemötta på det negativa sätt många av dem beskriver.

Väntetider

Majoriteten av respondenterna uppgav att det fanns mycket väntetider inom vuxenpsykiatrin, dessa väntetider var också mycket långa. Främst gällde det väntetider till att lyckas komma in i vuxenpsykiatrin samt att få en stabil kontakt där behandling och stöd ingick. Respondenterna gav uttryck för att det var psykiskt påfrestande att behöva vänta, speciellt på behandling och stöd.

“jag väntade då på att få komma in i vuxenpsykiatrin, det skulle ta ett halvår”

“...sen så skulle jag få samtalskontakt som tog ett halvår innan jag fick och under det halvåret så lyckades jag försöka ta livet av mig en gång”

En respondent upplevde att hens första kontakt med psykiatrin kom igång snabbt, detta på grund av ett självmordsförsök.

“...det kanske förflöt någon månad eller två tills jag hamnade på psyk men sen efter det kom bollarna i rullning väldigt snabbt. det tog inte så himla lång tid innan jag då fick påbörja utredning, fick medicinering och sådär lixom. så det gick väldigt snabbt men det tror jag handlar mycket om att det krävs nästan ett självmordsförsök eller nån form av dramatisk grej för att man ska bli prioriterad inom psykiatrin”

Det fanns också upplevelser av att inte tillhöra någon instans eller avdelning, där respondenterna hade blivit rådda att söka kontakt på en viss instans eller avdelning och där fått höra att de ska kontakta någon annan, vilket i sin tur gjorde att väntetiderna blev längre.

“dels har dem slussat mig, ‘aa du ska kontakta dem här’ och då har jag ringt dit och dem bara ‘nä du ska inte vara här, du ska vara hos dem’, då får jag ringa tillbaka. det är lixom ingen som har velat ta tag i det”

Om respondenterna ville byta läkare uppgav de att de kunde få vänta i två-tre månader innan en tid hos den nya läkaren kunde ges. Akuttider har också varit svårt att få, likaså akutpsyki där väntetiden för att få träffa en läkare upplevdes som mycket lång. Brukarna kunde få vänta upp till fyra timmar i ett, enligt dem, sterilt väntrum.

“om jag ringer för att jag inte mår bra, att jag faktiskt får en tid, att det inte är såhär ‘ja om två veckor’. Om du har jättemycket ångest så hjälper inte två veckors väntetid”

Gällande behandlingar och stöd har väntetiderna varit långa och ofta har respondenterna inte haft något annat stöd under tiden av psykiatrin. Respondenterna uppgav att de oftast har fått vänta ett år för att få en utredning och efter utredningen fått vänta ett halvår för att påbörja behandling.

“då fick jag veta att behandlingen har ett halvårs väntetid och sen blev det ett år och nu är det ett och ett halvt år”

“väntetider är extremt långa, missar du en tid så är det två månaders väntetid. Denna jävla

väntetid, det tar ju livet av en. Försök säga det till en som vill dö 'ja vi har en tid om fyra månader'”

Enligt Barker och Buchanan-Barker (2005) fokuserar tidvattenmodellen på vilken typ av stöd brukarna upplever att de behöver just nu för att kunna leva deras eget goda liv, att få stöd och behandling inom rimlig tid är en typ av stöd som brukarna upplever att de behöver. Brukare som är inne i en livskris eller har upplevt trauman uppger ofta att de har förlorat sin självinsikt och de är i stort behov av psykiatrisk vård för att bli återhämtade. När återhämtningen väl är gjord ligger tyngdpunkten på att upptäcka vilken hjälp brukaren behöver för att kunna återgå till ett meningsfullt liv i samhället. Om brukarna inte får denna vård och behandling eller får vänta länge på den kan det få ödesdigra konsekvenser. Brukarna har därmed ingen som kan upptäcka och påpeka deras konstanta förändringar och assistera dem i att fatta beslut som gynnar vägen tillbaka till ett meningsfullt liv (Barker och Buchanan-Barker, 2005).

Björkman (2011) uppger att psykiskt sjuka människor ofta upplever stigmatisering genom att bli betraktade som opålitliga och oansvariga för sina handlingar. Detta kom till uttryck genom diskriminering i form av att personal inom psykiatri ignorerade somatiska åkommor hos brukarna samt visade bristande intresse för dem och förbisåg biverkningar av mediciner. Diskrimineringen märktes även i en strukturell dimension genom att den psykiatriska vården får för lite resurser, vilket i sin tur leder till brister i bland annat tillgänglighet samt omhändertagande. Detta märks i resultatet genom att bland annat väntetiderna är mycket långa samt att personalens bemötande samt attityder i resultatet ofta har varit av negativ karaktär.

Telefontider

Respondenterna uppgav att det kan vara oerhört psykiskt påfrestande att ringa, speciellt när de mår dåligt. Respondenterna uppgav även att telefontiderna var få, det gick enbart att ringa på vissa speciella tider i veckan. Många av respondenterna hade svårt att följa dessa telefontider och öppettider på grund av deras mående bland annat.

“Om du ringer.. ja just det, när man ringer och ska försöka få tid med läkare, du kan bara ringa henne en gång i veckan. Dem har bara öppet typ 1 eller 2 timmar”

Respondenterna uppgav att bristen på telefontider och flexibilitet får dem att känna sig bortglömda och avidentifierade. Respondenterna får ingen personlig kontakt med psykiatri och psykiatri upplevs även som svårtillgänglig.

“Man glöms bort, man känner sig bortglömd, man är en på listan, avidentifierad. Ingen personlig kontakt”

En respondent hade dock positiva erfarenheter avseende telefontider. Respondenten upplevde

tillgängligheten inom psykiatrin som god. Hen tyckte inte om att ringa och föredrog att skicka e-mail istället och hade då fått svar samma dag.

“har jag mailat som jag gjort de flesta gångerna så får jag svar samma dag, ofta inom en timme eller två.. asså nångång har jag ringt direkt till min samtalskontakt och spelat in ett meddelande och då har dem ringt upp samma dag”

Respondenterna gav uttryck för att det tar mycket kraft och energi att få tag på personer inom psykiatrin. De behövde vara ihärdiga och både ringa samt skicka e-mail för att försöka få kontakt. Respondenterna gav även uttryck för att ha blivit lovade att bli uppringda för att sedan inte bli det, detta ledde till att respondenterna tappade förtroendet för psykiatrin och kände att ingenting hände.

“det är konstigt att det är så mycket jobb att få tag på nån när man verkligen behöver det och när man inte har nån kontakt sen innan. sen när man väl har etablerat en kontakt och kanske till och med mår bättre, då serveras det såhär”

Många av respondenterna gav uttryck för att det var påfrestande att ringa, speciellt när de mådde dåligt. De hade ofta fått uppmuntra sig själva att våga ringa och därmed missat telefontiden, ofta på grund av att det tagit så lång tid att våga ta steget. Respondenterna uppgav också att de kunde ha en vän närvarande som kunde stötta dem när de ringde. Överlag tyckte respondenterna att telefontider och att ringa var en svår uppgift som inte alltid gick som de ville.

“jag har tyckt att det har varit väldigt jobbigt att ringa när jag har mått dåligt. Dem har telefontid vissa tider och då har man gått där och peppat att man ska ringa och sen bara nä just det nu missade jag telefontiden. eller att man har en kompis som kan stötta en, just då är det inte telefontid och sen tar det till nästa dag igen”

Björkman och Lundberg (2014) menar att stigmatiserade brukare lever med rädslan att bli diskriminerade och nedvärderade. Denna rädsla kan leda till att brukarna agerar defensivt, mindre tillitsfullt samt undviker sociala kontakter och vård, vilket leder till försämrad självkänsla och ökad ekonomisk och social stress. Försämrad självkänsla och självbild samt stress kan i sin tur leda till att återhämtningen och tillfriskningen fördröjs. Enligt Björkman och Lundberg (2014) lider psykiskt sjuka människor ofta av självstigmatisering. Det innebär att brukarna ifrågasätter sin tidigare identitet som exempelvis partner, vän eller förälder och ersätter den med en nedvärderande syn på sig själv. Detta leder till att brukarna upplever känslor av skam, skuld, hopplöshet samt förlust av självaktning. Brukarna lider ofta av låg självkänsla och låg livskvalitet och kan uppleva att problemen eller diagnosen är självförvållad. En nedvärderande syn på sig själv samt känslor av bland annat skam och hopplöshet kan vara en förklaring till varför respondenterna anser det vara psykiskt påfrestande att behöva ringa. Vissa respondenter uppgav att de behövde en vän som kunde

stötta dem i att våga ringa och andra upplevde att det var svårt att följa telefontiderna på grund av deras mående. De kan också ha problem med att ringa eftersom respondenterna tror sig bli diskriminerade och avspisade på grund av deras stigma.

Bemötande och attityder

Personalens bemötande

Varje möte med en ny instans eller avdelning inom psykiatrin innebar nya erfarenheter för respondenterna. Mötena skedde med bland annat undersköterskor, vårdare, psykologer, läkare, socionomer samt arbetsterapeuter. De kunde självklart träffa fler personer med andra titlar men sammantaget var det ett stort antal personer. Respondenterna hade både negativa och positiva erfarenheter av dessa möten, majoriteten var negativa. Respondenterna upplevde att det var stor skillnad på bemötande och attityder på olika avdelningar och även från person till person. Respondenterna gav även uttryck för att de förstod att bemötande samt attityder kunde skifta eftersom personalen ofta var stressade på grund av bland annat resursbrist.

“...var faktiskt på en akuttid, jag mådde så pass dåligt, suicidal liksom. och den här människan i ungefär en och en halvtimmes tid satt och bröt ner hela min personlighet, hon sågade mig vid fotknölen. Ingenting var rätt, ‘du är så omogen och såhär kan du inte tänka’. vad jag än sa var det negativt. och hon fattade inte, till slut satt jag och grät, det brukar jag inte göra, speciellt inte framför läkare. och hon slutade inte”

Några respondenter hade också upplevt raka motsatsen, bemötande som de hade upplevt som bra och som hade gjort ett djupt intryck. Ett bra bemötande enligt respondenterna hade mycket med delaktighet att göra, respondenterna ville vara delaktiga i sin egen vård och de beslut som fattades. Respondenterna föredrog att mötas på halva vägen och uppskattade mycket när personal hjälpte till med praktiska saker utanför vården, som exempelvis att ringa för att höra hur det är med dem, även efter arbetstid, att hjälpa till att fylla i olika papper eller skriva intyg - helt enkelt vara behjälplig med det respondenterna behövde hjälp med.

“och hon var ju fantastisk kuratorn asså, hon var helt otrolig. det var inte bara i just själva samtalsterapin, att man fick sitta och prata och lufta grejer, hitta den här verktyglådan att själv hantera sin ångestproblematik. men också att hon kunde, hon hjälpte mig med praktiska grejer sånt där”

Respondenterna uppskattade personal som var engagerade, lyhörda och som kunde möta brukarna där dem befann sig just då. Att personalen ställde följdfrågor och tog upp händelser eller berättelser som respondenterna hade berättat tidigare ansåg respondenterna vara ett sätt att visa att personalen var engagerade och brydde sig.

“...så sa hon ‘okej men jag har jobbat här skitlänge lixom, pröva med mig. jag har hört det mesta, pröva bara’...där tändes ju ett ljus, där jag fick hopp igen, verkligen. dels av hennes ‘jag har hört det mesta, bring it on’ och lixom att hon faktiskt hörde, såg och förstod och var så klok och sen kunde förmedla att ja men då fixar vi det”

Ett gott bemötande innebar också enligt respondenterna att personalen kunde vara lyhörda och inkännande för vad respondenterna behövde. Respondenterna gav uttryck för att vården skulle vara mer individinriktad istället för att enbart gå efter evidensbaserade mallar samt modeller.

“hon fatta lixom att alla inte var likadana, istället för att sitta i ett litet rum och prata, för det fixar inte jag. så gick hon med på att vi kunde mötas ute och gå en runda och prata istället”

“jag älskar paprika, så hon sa det nångång, en av dem psykologerna, ‘ja vad ska du göra här efter nu’ och jag bara ‘nä jag vet inte’ och hon bara ‘ja men då tycker jag att du går till ica och unnar dig en stor gul paprika’ och då kände jag såhär gud hon har verkligen brytt sig, hon vet om att jag gillar paprika, sån liten detalj men då kände jag verkligen att hon hade sett mig”

Många av respondenterna upplevde att främst läkare och psykologer var sämre gällande bemötande jämfört med socionomer och personal inom vårdcentral eller campus/universitet. Respondenterna upplevde att läkare och psykologer var mycket inriktade på en viss specifik modell eller metoder. Respondenterna upplevde att läkarna och psykologerna inte var öppna för att diskutera andra modeller eller tillvägagångssätt utan ansåg att deras sätt var det bästa. Främst läkare upplevdes av respondenterna som att de inte var intresserade av dem utan ville endast att respondenterna skulle fylla i formulär istället för att samtala och komma underfund med problemet tillsammans. Läkarna upplevdes därmed vara mycket formaliastyrda.

“som att jag inte hade insikt i mig själv, inte rätt att definiera mig själv, dem hade sanningen, jag hade inte det. det är respektlöst, det får en att känna sig sjuk. min problematik har varit sex, folk är jätteobekväma om att prata om sex, för mig hade det gjort tusen om någon hade vågat prata om det och inte tittat på mig med lite äckel.. jag märkte när jag pratade med läkare, att om du skulle vara inne på bdsm, ja då är du sjuk”

“...det kändes som att dem har snöat in så mycket att okej den här metoden, dem kunde inte tänka utanför och tänka att man kanske tar lite av den metoden och lite av den, utan dem var så otroligt kliniska och att nu ska vi bara använda den här metoden och då ska vi bara gå edter den, var inte så flexibla och väldigt strikta och såhär höga hästar, dem var väl lite förnäma tycker jag”

Ytterligare faktorer för ett gott bemötande enligt respondenterna var personal som tog sig tid, satte sig ner och pratade och som inte undvek respondenternas svårigheter. Personal som föreslog ett samtal när respondenterna mådde mycket dåligt utan att de själva behövde säga till uppskattades

mycket. Det viktigaste för respondenterna var att bli sedda, hörda, förstådda och att respondenterna inte blev dömda.

“asså dem var duktiga på att läsa av, jag behövde inte säga så mycket, dem såg på en och hur man uttryckte sig och vad man gjorde. jag bara satt där liksom och dem kunde se när man mådde dåligt och var det nånting så tog dem sig tiden”

Respondenterna hade bland annat erfarenheter av droger och självskadebeteende i form av sex, de upplevde mycket dömande kommentarer ifrån personal inom psykiatrin och hade önskat att det fanns någon som förstod dem och kunde ta sig an deras problem utan att döma dem.

Barker och Buchanan-Barker (2005) menar att brukare inom psykiatrin vill ta en mer aktiv roll gällande deras behandlingar och vård, vilket överensstämmer med resultatet. Respondenterna har uttryckt att de vill känna sig delaktiga i vården och i olika beslut som fattas. Barker och Buchanan-Barker (ibid) uppger även att brukarna innehar kunskapen om sig själva, inte de professionella. Brukarna vet vad som är bäst för dem, även om det går emot den professionellas tro. Istället ska de professionella lära sig från brukarna vad som behöver göras. Det är alltid brukarna som är lärarna och de professionella som är eleverna. Tidvattenmodellen gör att brukarna är delaktiga i allt rörande omsorgsprocessen; inom tidvattenmodellen är det brukaren och just den individen som är i fokus. Vad brukaren har för erfarenheter av sitt problem och vad brukaren anser behövs göras för att rätta till det omedelbara problemet är avgörande för delaktigheten. Ofta inom psykiatrin görs det intervjuer med brukarna där de professionella besitter en stor makt gentemot brukarna. De professionella kan manipulera, vägleda eller på andra sätt rikta brukarna mot olika terapeutiska mål som ofta är satta av de professionella. Respondenterna i resultatet har uppgett negativa erfarenheter av att bli intervjuade, både av psykologer samt läkare. Istället för intervjuer använder man sig av samtal inom tidvattenmodellen, där finns ingen maktposition utan både brukare samt professionella ska vara likvärdiga och det ska i sin tur leda till att båda vågar öppna sig och prata fritt.

Precis som respondenterna uppger i resultatet anser Barker och Buchanan-Barker (ibid) att de professionella måste ha förmågan att kunna läsa subtila signaler som föreslår vilken sorts vård som behövs vid just det speciella tillfället. De måste kunna fastställa vad som behöver göras just nu för just denna individ och de måste kunna erbjuda emotionellt stöd, lyssna samt hjälpa individen att uttrycka och klargöra vad de anser behöver göras. De professionella ska kunna ta sig tid med varje brukare, använda simpelt språkbruk som brukarna förstår och talar själva, inte ett professionellt byråkratiskt språkbruk, vara följsam i vad brukarna berättar, inte vara dömande, vara genuint intresserade samt vara närvarande i samtalet. Att uppmuntra personen att upprepa viktiga problem genom att be dem klargöra vad de menar samt ställa följdfrågor och öppna frågor är ytterligare ett sätt att visa engagemang.

Att använda sig av olika modeller samt beprövade behandlingar behöver inte vara dåligt. Inom tidvattenmodellen är det viktigt att låta brukarnas egna röster komma fram i t ex formulären som ska fyllas i genom att använda brukarnas egna naturliga språkbruk. Genom att göra detta, ge brukarna sin egen röst tillbaka, kan det bli en stärkande gest för brukarna. Det visar för brukarna att deras röst och åsikter är viktiga för de professionella. De professionella bör sträva efter att vara vänliga, stöttande och inte anta att brukarna är skadade, svaga eller farliga; de kan mycket väl vara allt detta men de är också fullt fungerande människor. Tidvattenmodellen anser att de professionellas uppgift är att komma underfund med hur individen fungerar och förmedla detta till individen. De ska också komma underfund med vilka egenskaper individen har som kan stärka individen och låta individen bli medveten om vad hen kan göra för sig själv och vilka outnyttjade möjligheter hen har (Barker och Buchanan-Barker (ibid).

Objektifiering

Respondenterna uppgav att de ofta kände sig mindre värda, att personal inom psykiatrin endast såg deras diagnoser och inte dem som individer. Respondenterna uppgav även att droger bidrog till objektifieringen eftersom psykiatrin kunde vägra att behandla dem eller ignorera deras egentliga problem och enbart fokusera på drogen.

“...och då fick jag för första gången cannabis inskrivet i journalen, vilket förföljer mig varje gång jag söker hjälp nu... träffade då en på vuxenpsykiatrin och då berättade jag att jag rökte cannabis och då ville hon inte behandla mig och då gick jag”

Vissa respondenter upplevde att de inte var välkomna inom psykiatrin om de hade ett pågående drogmissbruk. De var även rädda att berätta om missbruket för psykiatrin med anledning att bli objektifierade, att få en stämpel på sig. Respondenterna hade önskat mer förståelse hos personalen, respondenterna uppgav att det inte var ovanligt att man självmedicinerade eller missbrukade droger på grund av att man mådde dåligt.

“du får inte va i psykiatrin om du har något beroende, du får inte delta överhuvudtaget, du måste bli av med det först, då måste du gå på dem generella missbruksmötena. jag var inte redo att hamna på papper så och få den stämpeln, det kändes obehagligt”

Respondenterna talade även om att de märkte att personal inom psykiatrin var rädda för dem. Respondenterna kände sig inte som människor på grund av det utan mer som djur vars känslor inte var acceptabla. Personalen förstörde upp respondenternas känslor och de upplevde att de inte hade någon rätt att vara arga eller ledsna och var dem det blev personalen nervösa och rädda.

“många som jobbar inom psykiatrin är mycket nervösa över de patienter de har, nervositeten märks och de är rädda, de ser en inte som en människa längre. Det gör jävligt ont”

Barker och Buchanan-Barker (2005) anser att en psykiatrisk diagnos inte definierar vem individen är. Det som definierar vem en individ är är de historier och berättelser de berättar om sig själva, därför är det av oerhörd vikt att de professionella tar sig tiden att lyssna på brukarnas berättelser och vad som har format dem, vad de anser har bidragit till deras psykiatriska diagnos. Barker och Buchanan-Barker (ibid) tar även upp problemet med att psykiatriska diagnoser misslyckas med att se personen och istället reduceras brukarna till objekt med följden att sjukdomarna istället för brukarna hamnar i fokus. Vidare konstateras att om sjukdomen och diagnosen hamnar i fokus så riskeras individen att förloras. Detta visades tydligt i resultatet där respondenterna ansåg att psykiatrin endast såg deras diagnoser och inte dem som individer och personer.

Björkman (2011) uppger att man har funnit att personal inom psykiatrisk vård har mindre negativa attityder gentemot brukare med psykisk sjukdom, trots detta återfinns negativa attityder hos personal. Personal inom psykiatrisk vård hyser mest negativa attityder gentemot brukare med missbruksproblematik samt schizofrenidiagnoser eftersom de anses vara farliga och oförutsägbara, vilket återspeglas i resultatet där det har framkommit att respondenterna har erfarenheter av negativa attityder från personal samt att personal upplevs vara rädda för respondenterna.

Dahlgren och Starrin (2004) uppger att underlägsenhet innebär att brukaren känner sig sämre, mindre duglig samt mindre kompetent än andra. Underlägsenhet är en känsla av individens egna svaghet och de upplever sig vara inkompetenta när de jämför sig själva med andra. Detta kan kopplas ihop med självstigmatisering och kan göra att brukarna upplever att de är så värdelösa att de inte ens är värda en god fysisk miljö eller bra bemötande ifrån personalen.

Relationers betydelser

Lämna relationer

Både respondenterna själva och personalen kunde lämna relationer. Respondenterna gav uttryck för att när de ville lämna en relation var det för att relationen inte var bra, oftast tog det lång tid innan respondenterna kunde få en ny kontakt efter att de bytt. Dåliga relationer berodde ofta på att respondenterna och personalen inte "klickade" eller att respondenterna upplevde att personalen förminskade eller ifrågasatte dem. Många respondenter upplevde även att att personalen kunde ifrågasätta varför de behövde samtalskontakten vilket ledde till att respondenterna inte ville delta längre. Respondenterna mötte även ett visst motstånd när de bad om att få byta.

“och när jag förklarade då att jag inte kände att det klickade, hon hade väldigt svårt att inse... jag märkte tidigt där vad som inte hjälpte. Vi hade nog setts 4-5 gånger så jag hade gett det en chans för jag visste att det kan ta tid, men hon bara 'nej så är det inte alls', hon hade jättesvårt att se att vi inte klickade, hon tyckte ändå att jag skulle fortsätta där...jag stod på mig ändå och då hade

dem ju ingen annan”

Respondenterna kunde även lämna relationer som inte hade påbörjats än. Respondenterna skulle exempelvis få en ny psykolog och kunde ställa in mötet eftersom de mådde dåligt och inte orkade ta sig dit. Detta kunde leda till att respondenterna inte fick en ny chans, de fick helt enkelt klara sig utan samtalskontakten.

“Sen skulle jag börja hos en psykolog där precis efter att jag lämnade ett förhållande och var väldigt kaos så ställde jag in det för jag var för trött. När jag inte mår bra så tar jag mig inte ut, jag har svårt att passa tider. Nu har jag då inga samtal men medicinkontakt”

Personalen inom psykiatri kunde också lämna relationerna, det kunde vara av olika anledningar. Personalen kunde bli sjuk och därmed bli utbytt, personalen kunde uppleva att respondenterna var för svåra och inte kunde behandla dem och remitterade därmed vidare dem.

“...och då har jag tyckt det varit himla bra med en som jag inte klickade så bra med men som jag tyckte var väldigt trevlig. hon förstod på något sätt själv att hon inte kunde liksom connecta med mig och det var hon som såg till att jag fick komma in i öppenvården. hon sa att ‘jag tror inte det här kommer fungera men du behöver hjälp så jag ska ringa dem och maila’, hon la ner någon slags stolthet och fixade så att jag fick den hjälpen jag behövde istället. det var en jävligt bra grej, det var jävligt bra gjort tycker jag”

Barker och Buchanan-Barker (2005) menar att personal inom psykiatri inte är intresserade av att förändra brukarnas personligheter. Inom tidvattenmodellen vill de endast hjälpa brukarna tillbaka till deras livsresa genom att göra det försiktigt, engagerat och ansvarsfullt. Meningen är att brukarna ska behöva personalen mindre och mindre för att till sist inte behöva dem alls. Det är inte meningen att brukare och personal ska ingå en livslång relation utan personal är endast till för att finnas där en kort stund. Personal har något att erbjuda som eventuellt kan hjälpa under brukarnas resa till återhämtning och därför kan det vara bra att brukarna lämnar relationer som de känner inte fungerar. Detta eftersom de får en ny person som förhoppningsvis har kunskapen att hjälpa dem tillbaka till återhämtning och ett meningsfullt liv. Barker och Buchanan-Barker (ibid) menar att veta när det är dags att sluta är en av de viktigaste egenskaperna personalen behöver ha. Det är inte alltid det fungerar mellan personal och brukare, därför är det viktigt att veta när denna personalen ska ge upp och remittera brukaren vidare för brukarens bästa.

Kontinuitet

Respondenterna talade mycket om kontinuitet, det var oerhört viktigt för dem att ha samma samtalskontakter som medicinkontakter. Respondenterna kände en viss trygghet och tillit när det fanns kontinuitet i deras vård.

“terapi i sig är bra eftersom jag vet att jag kommer att ha den i ett eller två år. det är inte tio gånger, det är typ ett stöd i sig att det är kontinuitet”

Respondenterna gav uttryck för att det saknades kontinuitet i deras vård. Det var endast ett fåtal av respondenterna som upplevde att deras vård var kontinuerlig, dock hade de fått kämpa för att nå fram till kontinuiteten. Vissa respondenter hade läkare som inte visste vem de var trots att de hade träffats ett antal gånger.

“Jag har sett henne så sällan att på den senaste tiden i princip inte vetat vem jag var, har man varit där 15 gånger så tycker jag hon borde kunna komma ihåg vem man är! Men hon verkar komma in och bara ja, vem är du”

Respondenterna uppgav även att det var mycket påfrestande att behöva träffa ny personal hela tiden, dels kunde de inte bygga upp en relation med personen och dels behövde de berätta sin historia om och om igen. Respondenterna gav uttryck för att det var oerhört psykiskt påfrestande att behöva berätta sin historia om och om igen för ny personal.

“jag träffade så många olika personer som ställde samma frågor om och om igen. Dem vill ju höra det om och om igen, men förstår dem inte att det är jävligt jobbigt? Det är skittungt att berätta, att göra det för främmande människor och speciellt när dem inte tar emot det på det sättet som man menar”

Respondenterna uppskattade när psykiatrin inte släppte taget om dem, även om de skulle till en ny avdelning eller instans. Det betydde mycket när respondenterna ändå kunde behålla kontakten med den person som de hade byggt upp en relation till, det gav dem en känsla av trygghet och modet att fortsätta med den nya behandlingen.

“jag var jätteanti det, men där så sa hon som jag gick till i ett och ett halvt år, hon var väldigt såhär ‘ja men du kan behålla kontakten hos mig ändå’, för det låg i samma korridor och är det nånting så bara kom in till mig, jag kan prata med dig. man kände sig aldrig ensam eller övergiven, dem tog hand om en, det tyckte jag var jättebra”

Om det inte fanns en kontinuitet hos de professionella upplevde respondenterna att det inte fanns någon trygghet och ingen struktur. Respondenterna upplevde att de blev mycket oroliga när de inte visste om de skulle få fortsätta gå till samma person eller inte. Vid ett möte hade de en person och vid nästa möte kunde det vara någon annan.

“när man äntligen kom fram fick man aldrig veta om man fick vara kvar hos den man träffade då och vad som skulle hända sen. oavsett hur bra eller dålig den var som man hade då så fanns det ingen trygghet med att man skulle få fortsätta”

Tiden som brukarna och personalen spenderar med varandra är den mest värdefulla tiden som finns och hur den tiden används kan ifrågasättas enligt Barker och Buchanan-Barker (2005).

Tidvattenmodellen fokuserar som tidigare nämnts på att brukaren är läraren och att personal ska lära sig av brukaren, om detta ska ske behöver personal tillbringa tid med brukarna. Att brukarna får tillbringa tid med personal kan också leda till kontinuitet som respondenterna efterfrågar, iallafall om det är samma personal. Enligt Barker och Buchanan-Barker (ibid) är tiden i sig inte ett problem utan snarare personals förhållande till tiden. Barker och Buchanan-Barker (ibid) nämner även att brukarna borde ha en kontaktperson som alltid är densamma och som har huvudansvaret för vården. Att införa kontaktpersoner kan också leda till en viss kontinuitet i brukarnas vård eftersom de vet att de alltid har en person som de kan vända sig till vid problem eller frågor. Tidvattenmodellen fokuserar mycket på återhämtning hos brukarna och för att återhämtning ska kunna ske måste tiden få ha sin gång, alltså måste det finnas en kontinuitet i brukarnas vård för att de ska känna sig tillräckligt trygga och veta att de har tiden på sin sida för att kunna återhämtas.

Låga förväntningar på ny kontakt

Respondenterna uppgav att de inte förväntade sig att få en bra relation till den nya kontakten de skulle få, detta kunde bero på att de tidigare hade fått byta personal många gånger. Respondenterna uppgav även att de till sist slutade anstränga sig för att skapa en relation till de nya kontakterna.

“det känns ibland till och med jobbigt när man träffade någon som man tyckte gud vad bra det var att prata med den här personen, fast nästa gång är det någon ny så att aa... man blir less till slut när man öppnar upp sig och så är det en ny person igen, var och en av dem har varit väldigt schyssta, men att det inte blir bra när det är nytt hela tiden. jag har skapat en relation med dem, jag har trott att jag har gjort det men sen har jag blivit besviken för att det har bytts ut lixom... då börjar man bestämma sig för att inte göra det istället lixom”

Barker och Buchanan-Barker (2005) menar att förändringar pågår konstant, dock ska förändringarna ske inom individen och inte hos personalen. Som jag tidigare har skrivit är det viktigt att brukaren och personal tillbringar tid tillsammans för att skapa kontinuitet och en relation där brukaren kan känna sig trygg för att kunna prata fritt och komma tillbaka till ett meningsfullt liv. Detta är inte möjligt om personal ständigt byts ut, eftersom brukarna utsätts för många nya personer vilket gör att de till sist inte orkar upprätthålla en relation eftersom den ändå snart ska bytas ut igen. Enligt Barker och Barker-Buchanan (ibid) är personalens uppgift att göra brukaren uppmärksam på de små förändringar som uppstår under vägens gång och om personal ständigt byts ut går denna uppgift inte att möjliggöra eftersom ny personal inte hinner se de små konstanta förändringarna i exempelvis brukarens mående, tankar eller känslor.

Ansvarig för min egen vård

Mitt fel, min förtjänst

Respondenterna kunde tala om att det var för mycket eget ansvar inom psykiatrin och att respondenterna, i deras tillstånd, inte klarade av det. Respondenterna ville gärna att någon annan skulle ta ansvar åt dem när det gällde vissa frågor samt beslut, eftersom de, på grund av sitt psykiska mående, inte kunde ta ett sådant ansvar.

“...om du skulle vilja så kan du, men jag mådde så pass dåligt att jag inte orkade ta tag i saker. Det kan vara svårt när de säger att det är helt upp till dig. Särskilt mycket det här att nu ska du välja och läsa igenom den här listan av läkare, men det här är jag inte kapabel till. Jag behöver ha en tid där jag ska vara, jag kan inte sitta och välja. Det är för mycket eget ansvar”

Respondenterna kunde även ge uttryck för att det var påfrestande att själv byta läkare. Respondenterna tänkte på att läkaren som de ville byta ut kunde bli sårad och att det var respondenternas fel att det inte hade fungerat.

“...bad jag om att få byta läkare, vilket man har rätt till, men det var jobbigt. Jag är en sån person som har svårt att ta för mig. Jag började tänka såhär jag vill inte sära den här fast hon var fruktansvärd, det var en jobbig situation”

Respondenterna kände även att det var jobbigt att själv kontakta läkarna när de upplevde att de behövde hjälp och vård. Detta eftersom de kände sig svaga och att deras problem låg hos dem själva, de kunde även uppleva att psykisk ohälsa var något “fult” som man inte skulle prata om och därför var det svårt att söka hjälp.

“då märkte jag sånt tabu, att man pratar inte om det, om man är stressad eller utbränd eller deprimerad, att det är något fult. det har varit väldigt svårt att kontakta läkarna för jag har känt okej jag är så svag så jag klarar inte av det här, man har tänkt att det ligger hos en själv. mer tabu hos omgivningen och kanske bara egentligen hos sig själv, det ska man inte prata om, det är något dåligt och det är synd”

Respondenterna kunde också känna att de var svåra patienter, på det sättet att det var svårt för personalen att nå fram till respondenterna eller bedriva en god vård. Vissa respondenter nämnde att de var mycket slutna vilket gjorde det svårt för personalen att veta hur de skulle bedriva vården på bästa sätt, andra upplevde att personalen skulle haft kunskaperna att kunna se igenom respondenterna och bedriva rätt vård ändå. Respondenterna kände sig ofta besvikna på personalen om de inte lyckades med detta.

“jag vill gärna göra mina terapeuter nöjda också och det förstår jag att det är svårt med en sån patient, men jag tänker att det är ganska vanligt ändå...även om man har sökt hjälp så betyder ju inte det att man har full sjukdomsinsikt. Jag tycker att hon borde kunna sett att det inte var så bra

som det var”

Björkman (2011) menar att människor skiljer ut och etiketterar mänskliga skillnader och dessa etiketter förknippas med negativa stereotyper. De etiketterade människorna placeras även i kategorier för att åstadkomma ett “vi” och “dem” tänk. Exempel på kategorier är psykiskt sjuka och sjukdomen schizofreni, då ska innehavaren av schizofreni motsvara vad man tillskriver schizofrena människor. Björkman (ibid) menar att allmänhetens bild av psykiskt sjuka människor bidrar till stigmatiseringen och anses psykiskt sjuka människor vara farliga, oförutsägbara, oansvariga och inkapabla. Enligt Goffman (2011) kan stigmatiserade människor förvänta sig att bli stigmatiserade trots att de inte har råkat ut för stigmatisering. Detta enbart eftersom de är medvetna om att de tillhör en stigmatiserad grupp. Detta kan medföra att psykiskt sjuka människor agerar såsom de tror att andra förväntar sig att de ska agera. Respondenterna i resultatet uppgav erfarenheter av att psykisk ohälsa är dåligt att prata om samt att ingen gör det. De hade även erfarenheter av att inte våga ta kontakt med läkare och känna sig svaga på grund av det. Respondenterna uppgav även att de bland annat ansåg sig vara svåra patienter samt att det kan vara känslomässigt svårt att byta läkare. Detta kan enligt Björkman (2011) bero på självstigmatisering. De brukare som tar till sig allmänhetens och vårdens negativa attityder och stereotyper leder till självstigmatisering. Det innebär att brukarna drar sig för att exempelvis söka arbete eller vård eftersom de anser sig inte vara värda det.

6. Sammanfattning och avslutande diskussion

Syftet med studien har varit att analysera unga vuxnas erfarenheter av vuxenpsykiatri utifrån tidvattenmodellen och stigmat teorin. I detta avsnitt kommer resultatet sammanfattas kort utifrån studiens frågeställningar, därefter följer en diskussion kring tankar som väckts hos mig under studiens gång.

Hur beskriver brukarna första kontakten inom vuxenpsykiatri?

I resultatet går det att utläsa att respondenterna har varit tydliga med att den första kontakten är oerhörd viktig eftersom den återspeglar hela vuxenpsykiatri. Om respondenterna får ett dåligt bemötande antingen genom telefon eller i receptionen kan det påverka respondentens syn på resten av vuxenpsykiatri. Därför har många av respondenterna påpekat att det är viktigt att personal som svarar i telefon och arbetar i receptionen får utbildning och får veta att de är minst lika viktiga som övrig personal inom psykiatri, att de påverkar respondenterna lika mycket, både negativt och positivt. Majoriteten av respondenterna uppgav att de hade blivit dåligt bemötta samt att personal i både reception och i telefon lät arga, sura och trötta. Respondenterna upplevde personal som ohjälpsamma och det ledde till att respondenterna kände sig mindre värda som människor. De upplevdes enbart vara ett aktnummer, en i mängden. Dock fanns det en respondent som uttryckte att

hen upplevde att personal i receptionen var mycket vänligare och omtänksammare än läkare och psykologer som enbart upplevdes som stressade. Väntetider var också ett tema som återkom, de upplevdes vara mycket långa. Respondenterna kunde vänta upp till ett år för att få en utredning och sedan ett halvår för att påbörja behandling. Det fanns också långa väntetider till att få akuttider samt att komma in på akutpsykiatri. Respondenterna uppgav att väntetiderna var oerhört påfrestande, speciellt eftersom de redan mår psykiskt dåligt och upplevs behöva hjälp nu och inte om två veckor. Majoriteten av respondenterna upplevde även vuxenpsykiatri som otillgänglig på grund av telefontiderna. Det fanns fasta telefontider och de var oftast en gång i veckan 1-2 timmar. Många av respondenterna hade svårt för att ringa och därmed svårt att följa de fasta telefontiderna, dels på grund av sitt psykiska mående och dels på grund av stigmatiseringen och rädslan för att bli nedvärderade.

Hur beskriver brukarna bemötandet från vuxenpsykiatri?

I resultatet framkommer det att respondenterna hade både negativa samt positiva erfarenheter av personalens bemötande. Majoriteten var dock negativa. Respondenterna talade även om att de ibland kunde förstå personalens dåliga bemötande eftersom personalen var stressade på grund av resursbrist bland annat. Respondenterna upplevde främst läkare och psykologer som mindre bra när det gällde bemötande. Psykologer och läkare upplevdes vara främst inriktade på modeller och metoder och kunde inte vara öppna för andra förslag eller tillvägagångssätt. De ansåg att deras sätt var det enda rätta och bästa. Respondenterna upplevde att de inte hade något att säga till om och upplevdes inte vara delaktiga i beslut rörande sin vård. Respondenterna hade även erfarenheter av dömande personal inom psykiatri, främst gällande sex och droger. Respondenter som hade erfarenheter av ett bra bemötande beskriver att de blev inbjudna att delta i sin vård och de beslut som skulle fattas, de möttes på halva vägen och uppskattade när personal hjälpte till med praktiska saker utöver vården. Andra egenskaper som respondenterna hade erfarenhet av och uppskattade var engagemang, lyhördhet, att de tog sig tid och att de såg dem som individer, inte diagnoser eller problem.

Vad innefattar en bra professionell relation enligt brukarna?

Respondenterna vill ha kontinuitet i de professionella relationerna, de vill inte träffa olika personer varje gång de ska ha ett nytt samtal eller ett möte. Många av respondenterna hade erfarenheter av att ständigt träffa nya personer vilket ledde till oro och ångest. Dessutom fick de ständigt berätta sin historia om och om igen, vilket även det upplevdes som psykiskt påfrestande. Om det fanns kontinuitet i deras vård samt i relationerna kunde respondenterna känna sig trygga och bygga upp en tillit till personalen. Respondenterna talade mycket om att det skulle finnas en kemi mellan dem och den professionella, att det skulle "klicka" mellan dem. Respondenterna ville ha relationer som

var på samma nivå, att maktskillnaderna inte skulle märkas, att de skulle vara vänliga, inte dömande samt göra det lilla extra för dem. Det lilla extra kunde vara att ringa till dem för att höra hur de mår, att hjälpa till med pappersarbete och bara veta att om respondenterna behövde dem så fanns de tillgängliga. Respondenterna uppskattade även när personal själva kände att relationen inte fungerade, att de då avslutade den på ett bra sätt och remitterade dem vidare så att de kunde få adekvat vård hos någon annan.

Det går inte att undgå att bemötande och relationer är oerhört viktigt för brukarna, vilket framkom i både resultatet samt i tidigare forskning. I Björkman & Hansson & Svensson & Berglund (1995) studie uppgav brukarna att det är viktigt att personalen är intresserade, förstående, lyssnande och respekterande. Det var också viktigt att personalen brydde sig om brukarna och att de gav råd och hjälp i olika situationer. Brukarna i min studie uppgav att de önskade att personal hade liknande egenskaper och de ville även vara delaktiga i sin vård och de beslut som fattades.

Självstigmatisering framkom ofta i resultatet i form av att respondenterna hade erfarenheter av att psykisk ohälsa är dåligt att prata om samt att ingen gör det. Respondenterna hade även erfarenheter av att inte våga ta kontakt med läkare och kände sig därmed svaga på grund av det. Respondenterna uppgav också att de ansåg sig vara svåra patienter samt att det kan vara känslomässigt svårt att byta läkare. Björkman (2011) menar att de brukare som tar till sig allmänhetens och vårdens negativa attityder och stereotyper leder till självstigmatisering. Som följd av detta kan brukarna dra sig för att söka arbete eller vård eftersom de anser sig inte vara värda det. Stigmatisering framkom också i resultatet i form av att respondenterna har blivit avvisade av psykiatrin. Respondenterna upplevde bland annat att väntetiderna var långa, att de blev negativt bemötta av personal inom receptionen och av personal som svarade i telefon. De upplevde även att personal i receptionen var ovilliga att hjälpa dem. Starrin (2011) menar att avvisningar kan leda till depression eftersom känslor som skam och förödmjukelse kan uppkomma till följd av avvisningen.

Andreasson & Skärsäter (2011) menar att brukare fick mer förtroende för personalen om de gav dem mer stöd än vad de hade förväntat sig att få vilket även överensstämmer med min studie där brukarna uppgav att de uppskattade personal som gjorde det lilla extra, som att ringa efter arbetstid eller vara behjälplig med pappersarbete. Barker och Buchanan-Barker (2005) menar att självbestämmande är en viktig aspekt att ha i åtanke gällande relationer mellan brukare och professionella. De professionella ska hjälpa brukarna att återfå kontrollen över deras liv, de professionella ska stå i bakgrunden och identifiera vilka hjälpmedel brukarna har för att kunna återta kontrollen. Barker och Buchanan-Barker (ibid) menar vidare att det är viktigt att vårda tillsammans med brukarna snarare än att vårda för dem eller om dem. Detta innebär att det är brukaren som är läraren och den professionella som är eleven. Det är viktigt för den professionella

relationen att det är brukaren som får ta plats och berätta sin kunskap om sig själv och vad den anser sig behöva för att kunna bli bättre. Vidare är det viktigt att den professionella är uppfinningsrik, vi ska inte se brukarna i termer av deras diagnoser utan vi ska vara nyfikna och fokusera på brukarens uppfinningsrikedom. Hur gör just denna brukare för att leva eller samexistera med de problem hen har? Att respektera brukaren och brukarens önsknings är också viktigt för en god relation och för ett aktivt samarbete. Brukaren ska vara involverad i allt som rör hens vård och maktnivån ska vara på en jämn nivå. Allt detta överensstämmer med resultatet, respondenterna vill känna att de är delaktiga i sin egen vård och de olika beslut som fattas. De vill att de professionella ska respektera dem, inte vara dömande samt vara lyhörda och inkännande. Respondenterna vill samarbeta tillsammans med de professionella, de vill vara ett team och få känna att deras önsknings och kunskaper också är värdefulla och viktiga. De vill känna att de blir lyssnade på samt tagna på allvar. Respondenterna hade även erfarenheter av att bli objektifierade, att bli sedda enbart för deras diagnoser vilket Barker och Buchanan-Barker (2005) anser att vi inte ska göra.

Jag anser att min studie kan vara av betydelse för socialt arbete på så sätt att bemötande och relationer är av stor vikt inom socialt arbete. Som socionom är det viktigt att veta vad brukarna anser vara ett gott bemötande och hur man som socionom kan leva upp till dem kraven. En god relation mellan socionom och brukare är också viktigt och därför borde det vara av stort intresse för oss socionomer att veta hur brukarna anser att en god relation ser ut och hur en sådan skapas. Mer forskning behövs inom området och jag anser det vara märkligt att forskningen inte är mer intresserad av brukarnas erfarenheter. Vi pratar mycket om brukarmedverkan och brukarinflytande men hur mycket får brukarna egentligen vara med och påverka? Det är ju för brukarna vi arbetar och då borde det rimligtvis vara av intresse att tillvarata deras erfarenheter och kunskaper om sig själva. Vi måste inse att det är inte vi som innehar all kunskap och vi vet inte hur alla brukare vill bli bemötta, därför borde vi vara mer öppna och mer intresserade av just den brukare vi har framför oss. Barker och Barker-Buchanan (2005) anser att det är brukaren som har kunskapen om sig själv och är den som vet bäst, inte de professionella. Den professionella måste ta ett steg tillbaka och bli eleven och brukaren blir därmed läraren. Jag kan bara hålla med! I mitt resultat framkom det tydligt att brukarna vet vad som är bäst för dem och vad som fungerar för dem, både gällande behandling, relationer och hur ett samtal ska se ut – därför borde vi lägga vår akademiska utbildning och stolthet åt sidan och ta fram vår nyfikenhet och se det som en möjlighet att få lära oss ännu mer.

Socionomutbildningen borde ha mycket mer utbildning gällande bemötande och relationer – ifrån brukarnas perspektiv. Det borde finnas seminarier och diskussioner om hur vi, som professionella, kan ta ett steg tillbaka och återigen bli elev för att kunna tillvarata den brukares kunskap och erfarenhet som vi har framför oss. Hur kan socionomutbildningen lära oss att jämna ut

maktskillnaderna? Hur kan socionomutbildningen lära oss att lägga vår stolthet och den kunskap vi tror oss besitta åt sidan? Det är viktiga frågor och de bör få uppmärksamhet för att vi ska kunna arbeta tillsammans med brukarna – inte mot dem.

7. Referenslista

Aftonbladet (2011) ”De sveks av vården” (elektronisk), *Aftonbladet*

<<http://www.aftonbladet.se/nyheter/article13755762.ab>> (2014-10-22).

Aftonbladet (2011) ”Piller, pengar, psykvård” (elektronisk), *Aftonbladet*

<<http://pillerpengarpsykvard.aftonbladet.se/>> (2014-10-22).

Andreasson, E. & Skärsäter, I. (2011) *Patienter med psykossjukdom och deras uppfattningar om omhändertagandet vid tvångsvård: underlag för en handlingsplan*. Göteborg: Sahlgrenska universitetssjukhus

Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model - A guide for mental health professionals*. USA: Routledge

Björkman, T. (2011). ”Stigma och psykisk sjukdom - hur stigma kan upplevas och motverkas” i Ljungqvist, I. & Jenner, H. (red.): *Psykiatri för baspersonal - Kunskap för en evidensbaserad praktik*. Stockholm: Gothia Förlag

Björkman, T. & Hansson, L. & Svensson, B. & Berglund, I. (1995) ”What is important in psychiatric outpatient care? Quality of care from the patient's perspective” *International journal for quality in health care*, 7, 4, 355-362

Björkman, T. & Lundberg, B. (2014). ”Stigma” i Brunt, D. & Hansson, L. (red.): *Att leva med psykisk funktionsnedsättning - livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Campbell, P. (2006) ”Changing the mental health system – a survivor's view” *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 13, 578-580

Dahlgren, L. & Starrin, B. (2004). *Emotioner, vardagsliv och samhälle - en introduktion till emotionssociologi*. Malmö: Liber

Denhov, A. (2007). *Hjälpande relationer i psykiatrisk vård – en litteraturöversikt*. Stockholms läns sjukvårdsområde: Psykiatrin Södra, FoU-enheten

Dinos, S. & Stevens, S. & Serfaty, M. & Weich, S. & King, M (2004) ”Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: Qualitative study” *The British Journal of Psychiatry*,

184, 176-181

Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2011). ”Intervjuer” i Ahrne, G. & Svensson, P. (red.): *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Goffman, E. (2011). *Stigma - den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (2011). ”Att få vara precis som jag är” – fem unga kvinnors berättelser om sina möten med vården (elektronisk)

<http://dok.sls.sll.se/CES/FHG/Psykisk_halsa_och_ohalsa/Rapporter/att-fa-vara-precis-som-jag-ar.2011_10.2011.pdf> (2014-12-05).

Levin, C. (2008). ”Att undersöka det sociala – några ingångar” i Meeuwisse, A. & Swärd, H. & Eliasson-Lappalainen, R. & Rosmari & Jacobsson, K. (red.): *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur

May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2011). ”Att analysera kvalitativt material” i Ahrne, G. & Svensson, P. (red.): *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

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

Socialstyrelsen (2004) *Tillsyn av psykiatrisk vård. Synpunkter från brukar- och anhörigföreningar i norra sjukvårdsregionen 2003*

Starrin, B. (2011). ”Skam, stigma och psykisk ohälsa” i Sundgren, M. & Topor, A. (red.): *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm: Bonner utbildning

Verhaeghe, M. & Bracke, P (2011) ”Stigma and Trust Among Mental Health Service Users” *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 4, 294-302

Vetenskapsrådet. (2009) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (elektronisk) <<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> (2014-10-20).

Väntetider i vården (2014) ”Planerad specialiserad vård – Förstabetesök” (elektronisk), *Väntetider i vården – tillgänglig vård: en webbplats från Sveriges kommuner och landsting*

<<http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Skanes/SpecialiseradBesok/>> (2014-10-19).

8. Bilagor

Bilaga 1

Informationsbrev

Studiens titel Unga vuxnas erfarenheter av vuxenpsykiatri	Datum 2014-11-13
Projektansvarig Mia Björklund, Socionomstudent Socialhögskolan, Lunds Universitet E-mail: miabjorklund@live.se Telefon: 0739348872	Studerar vid Lunds Universitet Socialhögskolan, Box 23 22 100 Lund Utbildning: Socionomprogrammet, 210 HP Pågående termin: 6 Kurs: Självständigt arbete SOPA63, 15 HP
Handledare Marianne Larsson Lindahl, Lektor och handledare E-mail: marianne.larsson_lindahl@soch.lu.se Telefon: 046-2229897	
Information om projektet	
Har du erfarenhet av vuxenpsykiatri?	
<p>Jag är en socionomstudent som skriver en kandidatuppsats vid Lunds Universitet. Uppsatsen behandlar brukares erfarenheter av vuxenpsykiatri. Till min uppsats söker jag dig som är mellan 18-30 år gammal och som har haft kontakt med vuxenpsykiatri.</p> <p>Om du väljer att delta kommer du att bli intervjuad vid ett tillfälle. Intervjun spelas in och beräknas ta 45-60 min. Under intervjun kommer du att få berätta om dina erfarenheter av vuxenpsykiatri. Att du deltar bygger på ditt samtycke. Det innebär att du själv bestämmer om du vill delta, om du vill svara på frågorna eller om du vill avbryta ditt deltagande. Jag kommer även att fråga dig om det är okej att intervjun spelas in, detta för att jag ska komma ihåg allt du säger.</p> <p>Intervjuer samt personuppgifter behandlas konfidentiellt, vilket innebär att alla uppgifter och intervjuer kommer förvaras oåtkomligt för obehöriga. Det är endast jag och min handledare som kommer att ta del av själva intervjumaterialet. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna kopplas till enskilda personer.</p> <p>Om du vill delta, har frågor eller vill få mer information om uppsatsen kontakta mig eller min handledare, Marianne Larsson Lindahl, via e-mail eller telefon som står skrivet ovan.</p>	

Bilaga 2

Samtyckesblankett

Studiens titel Unga vuxnas erfarenheter av vuxenpsykiatri	Datum 2014-11-13
Projektansvarig Mia Björklund, Socionomstudent Socialhögskolan, Lunds Universitet E-mail: miabjorklund@live.se Telefon: 0739348872	Studerar vid Lunds Universitet Socialhögskolan, Box 23 22 100 Lund Utbildning: Socionomprogrammet, 210 HP Pågående termin: 6 Kurs: Självständigt arbete SOPA63, 15 HP
Handledare Marianne Larsson Lindahl, Lektor och handledare E-mail: marianne.larsson_lindahl@soch.lu.se Telefon: 046-2229897	
<p>Samtycke till att delta i studien ”unga vuxnas erfarenheter av vuxenpsykiatri”.</p> <p>Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange orsak, kan avbryta mitt deltagande i studien.</p> <p><input type="checkbox"/> JA, jag vill delta i studien ”unga vuxnas erfarenheter av vuxenpsykiatri” och jag samtycker till att de uppgifter jag lämnar behandlas på det sätt som beskrivits på föregående sida.</p> <p>_____</p> <p>Datum</p> <p>_____</p> <p>Underskrift</p>	

Bilaga 3

Intervjuguide

Inledning

Syftet med undersökningen

Anonymitet - namn, eventuellt städer osv kommer att ändras. Ska inte gå att koppla till enskilda individer

Frivillighet - deltagandet är frivilligt, kan avbryta när som helst utan att ange orsak

Inspelning - är det OK att spela in? Bara jag som kommer att lyssna på det
Tillvägagångsätt - spelar in, transkiberar, analyserar, sammanställer resultat
Om intervjun behövs kompletteras, är det ok att kontakta igen då?

Bakgrund

Ålder

TEMA Första kontakten

Göra en livslinje tillsammans med intervjurespondenten utifrån kontakten med psykiatri

Vad visste du om psykiatri innan den första kontakten?

Kan du berätta lite om din första kontakt med vuxenpsykiatri?

Hur har det sett ut senare när det gäller dina kontakter med psykiatri?

Vad hände samtidigt i ditt liv? På vilket sätt tror du att din kontakt med psykiatri kan ha påverkat det som hände i ditt liv?

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

TEMA Bemötande

Hur tänker du kring bemötande inom psykiatri?

Hur uppfattar du att du bemöttes inom psykiatri?

På vilket sätt lyssnade personalen inom psykiatri på dig? Hur märktes det?

Vad har varit viktigast för dig i kontakten med psykiatri?

TEMA Stöd från psykiatri

Hur skulle du vilja beskriva det stöd som du har fått av psykiatri? Är det något du önskar att personalen skulle gjort annorlunda?

TEMA Stöd från omgivningen

Beskriv varifrån du eventuellt hämtade stöd utöver psykiatri?

TEMA Tvångsåtgärder

Inom psykiatri så används ibland åtgärder mot den enskilda patientens vilja och dessa åtgärder kan man kalla tvångsåtgärder.

Finns det något som du upplevt under din kontakt som du skulle vilja kalla tvångsåtgärder och kan du i så fall berätta vad dessa bestod av?

Hur tror du att dessa påverkade dig och din kontakt med psykiatri?

Följdfrågor som kan användas till frågorna

Kan du ge något exempel?

Kan du utveckla det?

Hur menar du?

På vilket sätt?

Vad kände du?

Avslutning

Tacka för medverkan

Fråga om personen vill ha uppsatsen i sin helhet skickad till sig?

Har personen några frågor/funderingar?