

Bemötande av personer med psykisk ohälsa inom den somatiska vården

-En kvalitativ studie

Irene West

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Irene West

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Marlene Gädda

Titel: Bemötande av patienter med psykisk ohälsa inom den somatiska vården- En kvalitativ studie

Datum: 8.11.2023 Sidantal: 29

Bilagor: 5

Abstrakt

Examensarbetets syfte var att studera hur personer med psykisk ohälsa blir bemötta inom den somatiska vården. I studien lyfts det fram vilken inverkan vårdpersonalens bemötande har haft i hälsa och välbefinnande hos personer som lider av psykisk ohälsa.

Som teoretisk utgångspunkt användes Erikssons (1994) vårdteori, med fokus på vårdlidande.

Frågeställningar: Hur upplever personer med psykisk ohälsa bemötandet inom somatiska vården?

Hur har bemötandet inverkat på livet och måendet?

Metod: Kvalitativa intervjuer som bestod av fyra deltagare som hade någon form av psykiatrisk diagnos. Alla deltagare hade blivit vårdade på en somatisk avdelning. Av dessa fyra deltagare var majoriteten bosatta i Finland. En av dessa fyra deltagare var bosatt i Sverige. Deltagare hade en varierande ålder mellan (29-70 år). Intervjufrågorna bestod av semistrukturerade frågor.

Resultatet belyser problem inom den somatiska vården med att bemöta klienter på en somatisk avdelning på rätt sätt. Flera deltagare har upplevt misstro, utebliven eller bristfällig vård samt felaktig dokumentation i sin journal. En deltagare har upplevt rädsla över att utebliven vård skulle riskera återfall av sjukdom. Majoriteten av deltagarna i studien har upplevt någon form av vårdlidande som var fokus på teoretiska utgångspunkten.

Slutsatser för studien belyser problemen som uppkommer när människan inte vårdas som en helhet. Somatiska sjukdomar kan ge upphov till psykisk ohälsa och tvärtom. Därför behövs ett övergripande multiprofessionellt samarbete mellan dessa olika områden så att vårdkvalité uppnås. Vårdare behöver mera kunskap om psykisk ohälsa för att motverka attityder och fördomar mot personer som lider av psykisk ohälsa för att främja bättre hälsa och livskvalité och frånvaro av stigma.

Språk: svenska

Nyckelord: Bemötande, Patientens rättigheter, Psykisk ohälsa, Psykosomatisk vård, stigmatisering.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Irene West

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja(t): Marlene Gädda

Nimike: Mielensterveysongelmista kärsivien potilaiden kohtaaminen somaattisessa hoidossa-
Kvalitatiivinen tutkimus.

Päivämäärä 8.11.2023 Sivumäärä 29 Liitteet 5

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia, miten psykiatrisen diagnoosin omaava henkilöä kohdellaan somaattisessa hoidossa. Tutkimuksessa korostettiin hoitohenkilökunnan vaikutusta kohtaamisellaan mielensterveysongelmista kärsivien ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin.

Teoreettisena lähtökohtana käytettiin Erikssonin (1994) hoitoteoriaa, jossa painopisteenä on hoitokärsimys. Kysymykset: Miten psyykkisesti sairaat henkilöt kokevat, että heidät kohdataan somaattisessa hoidossa? Miten kohtaaminen on vaikuttanut heidän elämään ja hyvinvointiin?

Menetelmä: Tutkimus koostuu neljästä kvalitatiivisesta haastattelusta. Haastateltavilla henkilöillä oli kaikilla jonkinasteinen psykiatrisen diagnoosi, ja heitä kaikkia oli hoidettu somaattisella osastolla. Näistä neljästä osallistujasta suurin osa asui Suomessa. Yksi näistä neljästä osallistujasta oli Ruotsista. Osallistujien ikähaarukka vaihteli (29–70 vuoteen). Haastattelukysymykset koostuivat puolistrukturoiduista kysymyksistä.

Tulokset paljastivat somaattisessa hoidossa ilmeneviä ongelmia, jotka kohdistuvat psyykkistä sairautta sairastavien henkilöiden kokemuksiin somaattisella osastolla saamastaan kohtelusta. Osallistujat ovat kokeneet epäluottamusta, puutteellista tai riittämätöntä hoitoa ja virheellistä dokumentaatiota potilasasiakirjoissaan. Osallistujat ovat kokeneet pelkoa sairauden uusiutumisesta koska ei saavuttanut tarvitsemaansa hoitoa. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista on kokenut jonkinlaista hoitoon liittyvää kärsimystä, joka on teoreettisen lähtökohdan keskipiste.

Tutkimuksen johtopäätökset tuovat esiin ongelmia, jotka ilmenevät, kun ihmistä ei hoideta kokonaisuutena. Somaattiset sairaudet voivat aiheuttaa mielensterveysongelmia ja päinvastoin. Siksi tarvitaan kokonaisvaltaista moniammatillista yhteistyötä näiden eri alojen välillä hoidon laadun saavuttamiseksi. Hoitohenkilökunta tarvitsee enemmän tietoa mielensterveysongelmista, torjuakseen psyykkistä sairautta sairastaviin henkilöihin kohdistuvia asenteita ja ennakkoluuloja, parantaakseen terveyttä ja elämänlaatua sekä stigman ehkäisyä.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Kohtaaminen, potilaan oikeudet, psyykinen sairaus, psykosomaattinen hoito, leimautuminen.

BACHELOR'S THESIS

Author: Irene West

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Marlene Gädda

Title: Encounter of patients with mental illness in somatic care- A qualitative study.

Date 8.11.2023 Number of pages 29 Appendices 5

Abstract

The aim of the thesis was to study how people with mental illness are encountered within somatic care. The study highlights the impact the care staff's encountering has on the health and well-being of people suffering from mental illness.

As a theoretical point of this study Eriksson's (1994) care theory was used, with a focus on care suffering. Questions: How do people with mental illness experience the encountering in somatic care? How has the treatment affected life and well-being?

Method: Qualitative interviews that consisted of four participants who had some form of psychiatric diagnosis. All participants had been cared for in a somatic ward. Of these 4 participants, the majority were living in Finland. One of these four participants was from Sweden. Participants had a varying age between (29-70 years). The interview questions consisted of semi-structured questions.

The results reveal problems in somatic care with encountering clients in a somatic department in correct way. Participants has experienced mistrust, missing or inadequate care and incorrect documentation in their medical records. Participants has experienced fear that failure to receive care would risk relapse of illness. Most participants in the study have experienced some form of care suffering which was the focus of the theoretical point.

Conclusions for the study highlight the problems that arise when the person is not cared in body and mind. Somatic diseases can give rise to mental illness and the opposite. Therefore, an overall multi professional collaboration between these different areas is needed to achieve quality of care. Caregivers need more knowledge about mental illness to counter attitudes and prejudices against people suffering from mental illness to promote better health and quality of life and absence of stigma.

Language: Swedish

Key words: Encounter, Patient's rights, Mental illness, Psychosomatic care, Stigmatization.

Innehållsförteckning

1	Inledning	5
2	Bakgrund	6
2.1	Vad innebär psykisk hälsa/ ohälsa	6
2.1.1	Ångest och depression	7
2.1.2	Förvrängd verklighetsuppfattning.....	8
2.2	Lagen om patientens ställning och rättigheter	8
2.3	Interaktion mellan vårdaren och patienten	8
2.3.1	Bemötande	9
2.3.2	Psykisk ohälsa och vårdens tillgänglighet.....	9
2.4	Somatiska symptom hos personer med psykisk ohälsa.....	10
2.5	Forskning om effektiviteten av en psykoedukations grupp inom primärvården...	11
2.6	Hälsa och välbefinnande hos personer som lider av psykisk ohälsa	11
2.7	Psykisk ohälsa och sund livsstil	12
3	Teoretisk utgångspunkt	13
4	Studiens syfte och frågeställningar.....	14
5	Metod	14
5.1	Urval	14
5.2	Kvalitativa intervjuer	15
5.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	16
5.4	Etiska överväganden.....	16
6	Resultat.....	17
6.1	Upplevelser av bemötandet inom den somatiska vården.....	18
6.1.1	Negativa upplevelser av bemötandet	18
6.1.2	Vårdpersonalens fördomar	19
6.1.3	Positiva upplevelser av bemötandet.....	21
6.2	Bemötandets inverkan på livet och måendet idag.....	22
6.2.1	Motion, hälsa och välbefinnande.....	23
6.2.2	Socialt nätverk och meningsfulla uppgifter.....	24
6.3	Metoddiskussion.....	24
6.4	Resultat diskussion	26
7	Slutsatser.....	28
8	Litteraturförteckning	30
	Bilagor/Appendices.....	32

1 Inledning

Personer som har någon form av psykisk ohälsa kan känna skuld och skam och kan ha svårt att söka vård. Svårighet att söka vård kan bero på att personen tidigare inte har fått hjälp att hantera sin sjukdom, på grund av vårdpersonalens attityder, fördomar eller okunskap. Vårdaren kan använda det som ursäkt att man endast sköter somatiska sjukdomar, resursbrist och därför hör inte bas info för patienter med psykisk ohälsa på vårdenhetens eller vårdarens arbetsplikt (Folkhälsomyndigheten, 2022) .

En vårdrelation behöver byggas upp mellan vårdaren och patienten med ett aktivt samspel sinsemellan. Patienten behöver känna sig trygg, trygghetskänslan uppnås när patienten får berätta om känslor som uppkommer på grund av sjukdomsbelastningen, arbets-och livssituationen, ekonomiska svårigheter sociala relationer samt annat som oroar patienten. Därför är det viktigt att patienten blir sedd och hörd. Patientens känslor och oro är viktiga att ta till beaktande eftersom dessa kan påverka vårdresultatet. Vårdaren behöver visa medkänsla och se på helheten när man gör vårdplaneringen. (Finlands Läkarförbunds etiska delegation, 2021)

Enligt statistiken belastades primärvården (5,6%) av personer som uppsökt vård på grund av psykiska eller missbruksproblem i Finland år 2021. Motsvarande siffra för astma var (1,1%), för minnessjukdom (0,5%), Diabetes (3,0%), COPD (0,4%). Denna statistik ger indikation om att vårdpersonalen inom primärvården vårdar ofta patienter som lider av någon form av psykisk ohälsa. (Sotkanet, 2021)

Först och främst måste man förstå vad somatisk vård är. Somatiska vården har fokus på vården för fysiska sjukdomar. Mitt intresse till bemötande av patienter med psykisk ohälsa inom somatiska vården grundar sig på det jag har observerat under min praktik. Men även på egen erfarenhet av att en nära anhörig har insjuknat i schizofreni. Patienten som har en psykisk sjukdom har samma behov som patienter med somatisk sjukdom. Patienten behöver känna sig trygg, få information om sin sjukdom och att hen tas på alvar. Viktigt att vårdpersonalen ger information, kontaktuppgifter till patientföreningar samt hur man ska förhålla sig ifall patienten får ångest hemma, tex. jourtelefonnummer man kan ringa 24/7h. Syftet med detta är att få den värsta ångesten att lätta och då är risken mindre för tex. Överdoserering av medicin. Det är ett ekorrhjul som resulterar i en stor belastning för sjukvården. Syftet med min studie är att öka kännedomen om upplevelser och känslor som

uppkommer hos personer som lider av psykisk ohälsa inom den somatiska vården. Med hjälp av informationen försöka förbättra bemötandet av patienter med psykisk ohälsa.

2 Bakgrund

I de olika kapitlen nedan beskrivs först vad psykisk hälsa/ohälsa innebär. Därefter förklaras symptom som uppkommer vid ångest, depression och förvrängd verklighetsuppfattning. Lagen om patientens ställning och rättigheter ger riktlinjer för en säker och god vård. Bra interaktion och bemötande mellan vårdaren och patienten ger god grund för vårdrelationen. Somatiska symptom hos personer med psykisk ohälsa förekommer ofta, då vårdas dessa personer på en somatisk avdelning. För att ge bra vård vid psykisk ohälsa behövs mera kunskap om psykiska sjukdomar. Lyfter även fram forskning som gjorts om effektiviteten av en psykoedukations grupp inom primärvården. I sista kapitlet beskrivs vad hälsa- och välbefinnande innebär hos personer som lider av psykisk ohälsa, samt om psykisk ohälsa och sund livsstil.

2.1 Vad innebär psykisk hälsa/ ohälsa

Psykiska hälsan har en stor betydelse för människans välmående. Psykisk hälsa är ett omfattande begrepp som innebär att man kan ha en känsla av kontroll över sina beslut, gott självförtroende, positiv livssyn som gör det lättare att hantera motgångar. Psykisk hälsa gör att man har lättare att skapa hälsosamma relationer med andra personer som främjar den fysiska hälsan. Psykisk välmående främjas även med sysselsättning som känns meningsfull, ekonomisk balans, goda relationer med vänner och familj. (Institutet för hälsa och välfärd, 2019; Bejerot, Gardner, & Humble, 2011)

Psykisk ohälsa däremot har motsatt effekt på individen och då drar man sig undan i sociala situationer, har dåligt självkänsla. Psykisk ohälsa kan vara tillfälligt eller kronisk och kan orsaka tex. ångest, sömnstörningar, nedstämdhet, depression, hallucinationer ändrad verklighetsuppfattning och självmordstankar. Olika sjukdomstillstånd vid psykisk ohälsa är, bipolär sjukdom, depression, fobier, generaliserad ångest, paniksyndrom, personlighetsstörningar, psykos, schizofreni, tvångssyndrom, ätstörningar. Psykisk ohälsa kan vara orsaken eller orsakas av olika beroende tillstånd som drog eller spelmissbruk. Det har även forskats att ärftligheten, svåra händelser; Trauman, D-

vitaminbrist och årstider har ett samband i att insjukna i psykisk ohälsa. (Folkhälsomyndigheten, 2022; Bejerot, Gardner, & Humble, 2011)

Det har även gjorts studier om att olika livskriser kan vara en utlösande faktor för psykisk ohälsa. Dessa olika faser personen går igenom i en livskris är: chock, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. En livskris har en väldigt kraftig påverkan och ändrar vårt sätt att tänka och handla. Livskrisen kan vara långvarig. Dessa livskriser kan vara bland annat att man kommer i puberteten, mister sin livspartner, skiljer sig, får ett svårt sjukdomsbesked eller ett återfall i sitt missbruk. (Cullberg, 2010)

2.1.1 Ångest och depression

Ångest innebär att man känner rädsla och oro som ofta uppkommer på grund av händelser som inträffat i det förflutna, har hänt just eller kommer att hända. Att känna lindrig ångest nu som då är normalt, och förekommer hos de flesta människor någon gång i livet. Lindrig ångest hjälper en att hantera situationer som är livshotande. Ångest som orsakar problem är oftast långvarig och intensiv. Känslor som uppkommer vid ångest är oro, sorg, rädsla, otrygghet, otillräcklighet, osäkerhet, ensamhet, utanförskap, ilska, besvikelse, skam. Vid ångest uppkommer symptom som muntorrhet, hjärtklappningar, andnöd, aptitlöshet, svindel, högt blodtryck och förstörade pupiller. Andra symptom som kan uppkomma är syra uppstötningar, illamående och diarré, spända muskler. Ångest orsakar ofta sömn- och koncentrationsstörningar. (Rovasalo & Eerola, Läkärkirja Duodecim, 2023)

Depression kännetecknas som ett tillstånd där personen känner sig nedstämd. När personen är deprimerad kan det vara svårt att hitta glädje i vardagen. Andra symptom som uppkommer vid depression är aptitrubbingar, förändrad sömn-och näringsbehov, humörförändringar, skuld-känslor, beslutsångest, koncentrationssvårigheter, känsla av värdelöshet, tankar förknippade med döden och självmordstankar. Depression kan klassas som lindrig, mellansvår eller svår. Det finns även psykotiska depressionstillstånd som betyder att personens verklighetsförankring är bristande. Det betyder att personen kan ha vanföreställningar som inkluderar tillexempel förvrängd, hörsel, syn, känsel, lukt och smak. (Rovasalo, 2022)

Både depression och ångest kan ge upphov till att personen försöker lindra sina symptom med alkohol. Alkoholkonsumtion i samband med psykiskohälsa kan fort utvecklas till

missbruk. Därför behövs rätt diagnos och behandling utredas snabbt för att minimera risken för missbruk. (Rovasalo, 2022; Rovasalo & Eerola, 2023)

2.1.2 Förvrängd verklighetsuppfattning

Förvrängd verklighetsuppfattning innebär att man har en illusion av något som inträffat som inte överensstämmer med verkligheten. Detta tillstånd kallas att man hallucinerar och inkluderar sinnesrubbingar av smak, lukt, känsel, hörsel och syn. Dessa sinnesrubbingar kan vara så kraftiga och långvariga att personen börjar tro på illusionen. Personer som har hallucinationer beskriver det som att man hör en röst som ger instruktioner om vad man ska göra i olika situationer. Personen kan känna att någon berör en. Smaken och luktsinnet är förändrad och då kan man tro att maten man äter eller luften man andas är förgiftad. Vid ett tillstånd som denna behöver man få hjälp att hantera symptomen med hjälp av psykosmediciner och psykoterapi. (Huttunen, 2018)

2.2 Lagen om patientens ställning och rättigheter

Alla individer som bor tillfälligt eller permanent i Finland är berättigade till hälso- och sjukvårdstjänster som uppnår god kvalitet. Vårdkvaliteten ska vara jämlik oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, sjukdom, livsåskådning, etniskt ursprung mm. Patienten har rätt till vård på sitt modersmål, en tolk kan anlitas om vårdaren inte behärskar språket för att patienten ska få korrekt information. Patientuppgifter uppdateras i patientjournalen när patienten har varit i kontakt med vården. Anteckningarna i journalen behöver vara korrekta och tydliga. Anteckningarna ska inte vara kränkande för patienten. Hälso- och sjukvårdspersonalen har tystnadsplikt, tystnadsplikten innebär att patientuppgifter är sekretessbelagda. Patienten har rätt att bli bemött med stor respekt så att inte hans människovärde kränks. Alla patienter har rätt att bli sedda och hörda samt att patientens individuella vårdbehov ska tas i beaktande. (Valvira, 2021)

2.3 Interaktion mellan vårdaren och patienten

Interaktion mellan vårdaren och patienten är viktig eftersom bemötande av patienten avgör om patienten kan lita på vårdaren. Förtroende för vårdaren byggs upp när patienten känner att vårdare lyssnar och tar patienten på allvar. Patienten ska få en medmänsklig bemötande som betyder att vårdaren ska vara jämlik med patienten, se patienten i ögonen

när de konverserar samt se till att patientens ögon är på samma höjdnivå som vårdarens. Vårdaren ska berätta vad hen gör och motivera varför för att patienten ska känna sig trygg. Patienten är värd en professionell bemötande som inte är kränkande eller nervärderande på något sätt. Alla patienter oavsett vilken minoritet de hör till är berättigade till god vård. (Bäärnhielm, Reichenberg, Gabrielsson, & Fossum, 2020; Møllerhøj, et al., 2019)

Bemötandet spelar stor roll i patientens mod att söka sig till vård igen. Tidigare forskning har påvisat att patienter med psykisk ohälsa har en stor risk att insjukna i somatiska sjukdomar och har en stor belastning på primärvården. Vårdrelationens uppbyggnad tas fram i studien. (Institutet för hälsa och välfärd, 2022)

2.3.1 Bemötande

Det har gjorts forskning om hur patienter med psykisk ohälsa bemöts av vårdpersonalen samt vilken påverkan attityder i samhället har till stigmatisering. I den här vetenskapliga artikeln lyfter forskarna fram problematiken som uppstår när personen med psykisk ohälsa har svårt att söka vård när hen måste tampas mot omgivningens fördomar och tankar och den egna sjukdomen. Personer som lider av psykisk störning kan uppfattas som märkliga, hotfulla och skrämmande. Personer med psykisk ohälsa möts oftast med reserverad attityd, blir åsidosatta och stämplade i stället för att få medmänskligt stöd och hjälp. Detta resulterar ofta i att personen känner utanförskap, värdelöshet, skuld och skam. Detta påverkar även i att personen med psykisk ohälsa har svårt att återvända till sitt vanliga liv när hen har tillfrisknat. Stigmatiseringen förhindrar läkningsprocessen när stödnätverket är utebliven. (Tanriverdi, Kaplan, Bilgin, & Demir, 2020)

2.3.2 Psykisk ohälsa och vårdens tillgänglighet

Studien ger indikation om att de flesta upplever att de blir stigmatiserade på en medelmåttlig nivå, men även att 1/3 del lider av stora nivåer utav stigmatisering. Forskningens resultat antyder också att de personer som hade någon form av missbruksproblem drabbades mest av stigmatisering. I studien framkom det även att stigmatisering orsakar socialt tillbakadragande eftersom patienter känner sig diskriminerade, nervärderade och har svårt att ta sig till vården eftersom personer med psykisk ohälsa har erfarenheter att bli fel bemötta. (Tanriverdi, Kaplan, Bilgin, & Demir, 2020)

Bemötandet spelar stor roll i patientens mod att söka sig till vård igen. Tidigare forskning har påvisat att patienter med psykisk ohälsa har en stor risk att insjukna i somatiska sjukdomar och har en stor belastning på primärvården. Vårdrelationens uppbyggnad tas fram i studien. (Institutet för hälsa och välfärd, 2022)

2.4 Somatiska symptom hos personer med psykisk ohälsa

Författarna till denna vetenskapliga artikel lyfter fram data om att personer med allvarliga psykiska sjukdomar som till exempel schizofreni, bipolär sjukdom eller psykos drabbas oftare av somatiska sjukdomar jämfört med andra folkgrupper. Dödlighetsstatistiken i Norden (Danmark, Finland och Sverige) för personer med allvarlig psykisk sjukdom ger indikation att livslängden är 15-20 år kortare än allmänna befolkningens. Personer med allvarlig psykisk ohälsa har större risk att utveckla somatiska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes typ 2. Risken kopplas ihop med näringsfattig diet, rökning, bristen på motion och till bieffekter av antipsykotiska läkemedel. Dessa patienter hamnar ofta i primärvården. (Brämberg, Torgerson, Norman Kjellström, & Welin, 2018)

Det har framkommit i flera artiklar att det var svårt att behandla patientens somatiska symptom då patienten har en psykisk sjukdom i bakgrunden. Det har tidigare forskats om faktorer som gjorde det svårt för vårdarna att behandla dessa patienter. Dessa var somatiska och psykiatriska vårdens samarbete mellan varandra och myndigheter, men även resursbrist och okunskap. Patientens svårigheter att söka sig till vården berodde på psykiska måendet och stigmatisering, hemförhållanden, ekonomi samt transportsvårigheter. Patienten hade svårt att bibehålla och utveckla kontakten med allmänläkaren och vården. (Brämberg, Torgerson, Norman Kjellström, & Welin, 2018; Janlöv, Clausson, & Johansson, 2018)

Slutsatser för dessa studier antyder att det behövs mera samarbete mellan olika instanser. Multiprofessionella insatser samt kunskap för läkemedel och psykiatriska sjukdomar, samspelet mellan patienten och vårdare är också viktig. Personalökning är en annan åtgärd för att minska på stressen. Samspelet blir lidande när personalen är stressad. Personalen behöver ha tid och engagemang för att kunna lyssna och vara närvarande hos patienten. Det behövs även personer som har kunskap inom psykiatrin och somatiska symptom som kontaktpersoner för vårdare och anhöriga för att minska stressen och ansvarsbelastningen.

(Brämberg, Torgerson, Norman Kjellström, & Welin, 2018; Janlöv, Clausson, & Johansson, 2018)

2.5 Forskning om effektiviteten av en psykoedukations grupp inom primärvården

Psykoedukation är ett begrepp som inkluderar information om sjukdomen och dess behandling men även förebyggande åtgärder för att förhindra återfall. Psykoedukationen ger individuellt stöd för personen som lider av psykisk ohälsa. För denna metod ligger fokus på att personen som lider av psykisk ohälsa ska finna bättre sjukdomsinsikt och hitta verktyg som fungerar i vardagen. För att man ska uppnå bästa effekten av psykoedukation är det en förutsättning att samverkan sker mellan klienten och vårdaren samt närstående för klienten. Klientens samtycke är viktig för att uppnå goda resultat. (Bankovska Motlova, et al., 2017)

Enligt (Casañas, et al.) till den här vetenskapliga artikeln är personer som lider av depressiva sjukdomar den tredje största gruppen som söker sig till primärvården. Det har gjorts forskning som ger indikation att psykoedukation borde implementeras till primärvården för att förebygga psykisk ohälsa. Forskare till studien antyder att det skulle vara gynnande av ekonomiska skäl, men även för att ge en ökad livskvalité och kontroll över sin sjukdom hos personer som har en diagnos med psykisk ohälsa. (Casañas, et al., 2019)

2.6 Hälsa och välbefinnande hos personer som lider av psykisk ohälsa

För att övervinna stigmatisering vid psykisk ohälsa har (Tekin & Outram) analyserat patienternas memoarer. Forskarna jämförde utvecklingsländer med västerländska länder och kom fram till att det är en *"låg nivå av stigma kopplat till psykisk ohälsa"* i utvecklingsländer eftersom personer med psykisk ohälsa lever som en del av samhället. Forskarnas slutsatser av studien ger en indikation om att det behövs en större acceptans hos samhället mot psykisk ohälsa i västvärlden. (Tekin & Outram, 2018)

Tanken bakom integration av psykiatriska patienter inom somatiska vården, grundar sig på att minska förekomst av stigmatisering. Forskare har delade meningar om personer med psykisk ohälsa känner sig mindre (Tekin & Outram, 2018) eller mer (Butler, et al., 2020) marginaliserade när de vårdas på en somatisk avdelning. Personer som lider av psykisk

ohälsa kan leva ett meningsfullt liv, men då behövs tillfredställande sysselsättning/arbete och en känsla av gemenskap i samhället. Personen behöver ett stödjande nätverk omkring sig som till exempel familj och vänner. Det är viktigt med fastställande av diagnos för att få rätt behandling och förståelse för symptom som eventuellt uppkommer. (Tekin & Outram, 2018; O'Connell, Clayton, & Rowe, 2017; Butler, et al., 2020)

2.7 Psykisk ohälsa och sund livsstil

Det har gjorts forskning om psykisk ohälsa kan lindras med sund livsstil. Det finns studier som ger indikation om samband med effekterna av fysisk träning på psykisk ohälsa. Det finns även forskning som antyder att fysisk aktivitet är ytterst viktigt vid psykisk ohälsa under första året och speciellt för personer under 18 år. Forskare menar att personer med psykisk ohälsa drabbas ofta av viktstörningar och metabola sjukdomar. Det har gjorts flera undersökningar där resultatet är liknande. En undersökning som gjordes om fysisk motion under 3 månaders tid hos personerna resulterade i minskad ångest och depression. Minskad ångest och depression antogs ha ett samband med socialt umgänge när deltagare motionerade. Under studiens gång kände deltagare en bättre psykisk hälsa och välbefinnande. (Mechling & Arms, 2019)

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt används Erikssons (1994) teori om lidande, fokus ligger på vårdlidande. Här tar skribenten fram några av vårdlidandets olika kategorier (livslidande, sjukdomslidande samt vårdlidande) Dessa kategorier beskrivs i Erikssons bok (1994) "Den lidande människan". Enligt Eriksson är vårdandets syfte att minska på lidandet. Utan lidande finns det inget liv. Lidandet och liv befinner sig hos människan till livets slut eftersom människan utgörs av kropp, själ och ande. (ss. 11-12) Det som framkommer i boken är att även om målet är att minska lidandet så ökas lidandet för patienten i stället. (Eriksson, 1994, s. 82)

Innebörden av livslidande ligger i grund och botten i hur sjukdomen hindrar en att leva ett sådant liv man vill leva. (Eriksson, 1994, s. 93)

Sjukdomslidande är ett begrep som innebär att patienten känner smärta i samband med behandling och/ eller på grund av sjukdom. Erikson berättar i boken att smärtan kan vara kroppslig, själslig eller andlig smärta. Eriksson pratar om fysisk smärta som kroppslig smärta, själslig och andlig smärta som förekommer när patienten blir kränkt eller känner skam. Fördomar och diskriminering samt förnedrande behandling ger upphov till andlig och själslig smärta. Patientens känsla att ingen lyssnar, att man blir missförstådd eller att man fråntas självbestämmanderätten kan ge andlig och själslig smärta. (Eriksson, 1994, ss. 83-85)

Vårdlidande uppstår när vården är bristfällig. Bristfällig vård förekommer i samband med kränkande behandling, maktmissbruk och bestraffning samt utebliven vård. Patienten kan bli behandlad respektlöst och fråntas sin frihet. Det kan hända att vårdpersonalen har fördomar för patienten på grund av tex. utseende, sjukdom, sexualitet, funktionshinder eller etniskt ursprung. Patientens vård kan utebli helt och hållet eftersom vårdare inte har kunskap om patientens behov. (Eriksson, 1994, ss. 87-92)

I Erikssons bok (1994) står det att man som vårdare i en vårdenhet ska bemöta patienten med värdighet. Detta behövs för att skapa en välkommande atmosfär för individen. Detta är en god grund för att lindra lidandet. (Eriksson, 1994, s. 95)

4 Studiens syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet var att studera hur personer med psykisk ohälsa blir bemötta inom den somatiska vården. Här lyfts även fram vilken inverkan vårdpersonalens bemötande har haft i hälsa och välbefinnande hos personer med psykisk ohälsa, eftersom skribenten har upplevt att det är ett problem. Därav ville skribenten studera vidare i ämnet för att se om det fanns en grund för detta, samt att uppmärksamma blivande sjukskötarkolleger om detta.

Frågeställningar i detta arbete är:

- Hur upplever personer med psykisk ohälsa bemötandet inom somatiska vården?
- Hur har bemötandet inverkat på livet och måendet?

5 Metod

I examensarbetet användes kvalitativ metod och det innebär att man har studerat i det som upplevdes som ett problem. Metoden gav möjligheten till en mera personlig upplevelse för det som ansågs vara ett problem. Forskningen gjordes så att människovärdet respekterades. Med andra ord ska deltagare för studien ska skyddas mot alla former av kränkningar och skador som kan uppkomma på grund av forskningen. (Henricson, 2017, s. 72)

Skribenten har använt intervju som datainsamlingsmetod. Analys av data har gjorts med hjälp av innehålls analys. Intervjuerna görs personligen med deltagarna för att skribenten ska kunna återspegla känslor och mimik som uppkommer i samband med intervjun.

5.1 Urval

Urvalet av deltagare bestod av bekvämlighetsurval och ändamålsenligt urval. Bekvämlighetsurval betyder att man väljer deltagare som är lättast att få tag på. Ändamålsenligt urval har en gemensam nämnare för att passa i målgruppen. (Henricson, 2017, ss. 280, 289)

Deltagare för studien var i varierande ålder, från 29-70 år och består av tre finländare samt en svensk bosatt i Sverige. Majoriteten av deltagare var kvinnor men även en man ingick i intervjuerna. Två av dessa deltagare arbetar inom vården. Alla deltagare hade blivit vårdade på en somatisk avdelning mellan åren 2020-2023. En deltagare blev vårdad på grund av psykosomatiska problem, tre av deltagare tog sig till vården på grund av somatiska problem. Alla personer skribenten intervjuade hade informerats på förhand om syftet för intervjun samt hur länge intervjun skulle pågå. Deltagare informerades även om tystnadsplikt och att allt information behandlas konfidentiellt med syftet att skydda deltagare för skada.

5.2 Kvalitativa intervjuer

Intervjun påbörjades med lättare frågor som kön, ålder, medborgarskap och antal gånger man vårdats i somatiska vården. Det är bättre att börja med lättare frågor för att få deltagaren att slappna av och fortsätta med ingående frågor. Semistrukturerade frågor användes för att kunna forma om frågan om det behövdes. Då datainsamlingen var gjord börjades analysen av svaren. (Henricson, 2017, s. 147)

I examensarbetet hade skribenten intervjuat 4 personer med psykisk ohälsa som fått vård på en somatisk avdelning. Syftet för intervjuer var att få mera kännedom om känslor och upplevelser deltagarna hade för ämnet. Strukturen på intervjufrågorna (se bilaga 4 och 5.) utgick från materialet här ovan. Frågor som är heltäckande kan ge mera information, men samtidigt bör man tänka på hurdana frågor man ställer och vilken ordning de har för att få så omfattande svar som möjligt.

Nedan mera ingående om hur intervjuerna gjordes. Kontakt togs med stödföreningar (hyvänmielentalo ry. och finfami mielenterveystyön tukena ry.) samt via sociala medier för att få tag i personer som har fått vård på en somatisk avdelning, Stödföreningarna vidarebefordrade intervjuförfrågan (se Bilaga 2 och 3.) åt sina medlemmar. Intervjuförfrågan delades även på Facebook på min egen sida men även i flera psykisk ohälsa grupper. En deltagare hittades via sociala medier. En annan deltagare blev rekommenderad via en bekant. Intervjun startade med att det förtydligades för deltagaren att allt behandlas konfidentiellt. Att de är fria att avbryta sitt deltagande när som helst innan publiceringen. Detta hade också klargjorts i intervjuförfrågan som sändes ut. Två av

fyra deltagare intervjuades via teams. En av deltagare valde att komma till en stödförenings utrymmen för att bli intervjuad. Den sista deltagaren valde att hålla intervjun hemma hos sig.

Personerna som intervjuades via teams frågades om intervjun får spelas in, eftersom skribenten ville hålla fokus på intervjun medan den pågick. Efteråt gicks materialet igenom flertalet gånger för att transkribera och säkerställa att allt viktigt framkom. Samma fråga ställdes även de två deltagare som blev intervjuade på plats om samtalet fick bandas för samma orsaker som för teams deltagarna. Det gjordes även snabbanteckningar om personens mimik och artikulation som sen fogades ihop med transkriberingen av intervjuerna. Längden på intervjuerna varierade från en halv timme till 3 timmar beroende på hur pratglad personen var.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

I detta examensarbete användes innehållsanalys som ett verktyg för att analysera intervjuerna (även kallad dataanalys). Intervjuerna spjälktes i olika kategorier, där alla delar i kategorin hade gemensamt tema. Ett gemensamt tema kan kännetecknas av meningar, flera ord eller stycken med likadant ämne. I Henricssons bok beskrivs en kod som undergrupp för en huvudkategori. Koden är den gemensamma nämnaren och kategorin beskriver kodgruppens innehåll. (Henricson, 2017, ss. 286-287)

Intervjuanalysen börjades med sökandet efter samma typer av ord med likadan mening. Det upplevdes enklast att föra in koder i tabellen (se Bilaga 1.) och analysera vilken huvudkategori och kategori de tillhörde utgående från vilka saker dessa koder har gemensamt och vilket ursprung (huvudkategori) de härstammar från.

När detta var gjord började införandet av "citater" under varje kategori för att skriva en sammanfattning om deltagares upplevelser och åsikter om ämnet. Samt att avgöra vilka "citater" som är bäst att bibehålla som de är.

5.4 Etiska överväganden

Forskningsetiken innebär att deltagare för studien ska informeras om att de är fria att säga till om de inte vill delta i studien mera i vilket skede som helst under studiens gång.

Forskaren ska respektera mänskovärdet och grundläggande rättigheter, det innebär att deltagare för studien ska skyddas från att bli skadad, kränkt eller utnyttjad. Intervjuerna behandlas konfidentiellt. Forskningsetiken och kvaliteten säkerställs när den görs enligt TENK som är en forskningsetisk delegation. (Henricson, 2017, s. 57; Forskningsetiska delegationen (TENK), 2020)

I denna studie har forskningsetiken tillämpats när deltagare har kontaktat mig frivilligt efter att ha sett informationsbladet (se Bilaga 2 och 3). Redan i informationsbladet kom det fram att deltagare för studien är fria att avbryta sitt deltagande i studien när som helst under studiens gång. Det kom fram även i informationsbladet att studien görs konfidentiellt. Detta klargjordes även i början av intervjun.

6 Resultat

I resultatet ingår huvudkategorier och kategorier och skall vara objektiv. Med objektivitet menas att skribentens egna värderingar uteblir. Resultat kan redovisas med hjälp av en tabell (se bilaga 1.) I tabellen ingår huvudkategorier och kategorier, som skrivs in i resultatet som löpande text. När man redovisar resultatet behöver man utgå ifrån studiens syfte. (Henricson, 2017)

Resultatet för intervjuerna byggs upp utav 4 deltagare som blivit vårdade på en somatisk avdelning och har någon form av psykiatrisk diagnos. Efteråt transkriberades intervjuerna. Dessa deltagare har en ålder mellan 29-70 år och består av 1 man och 3 kvinnor. Tre av deltagare är från Finland med finskt medborgarskap, samtliga har finska som modersmål. En deltagare är svensk medborgare bosatt i Sverige med svenska som modersmål.

Skribenten har delat in upplevelserna i två huvudkategorier. Huvudkategorierna har focus på upplevelser av bemötande inom den somatiska vården och bemötandets inverkan på livet och måendet idag. Som inledande huvudkategori i resultatet beskrivs deltagares upplevelser av bemötandet inom den somatiska vården. Som kategori för denna beskrivs negativa upplevelser, vårdpersonalens fördomar och positiva upplevelser av bemötandet. Som kategorierna för den andra huvudkategorin om bemötandets inverkan på livet och måendet idag, är motion hälsa och välbefinnande samt socialt nätverk och meningsfulla uppgifter hos deltagarna.

6.1 Upplevelser av bemötandet inom den somatiska vården

Deltagarna för studien har alla upplevt ett mer eller mindre negativt bemötande av vårdpersonalen. En av deltagarna har känslan att ingen av vårdpersonalen lyssnar samt att hen fick känslan av att bli nervärderad. Två av fyra deltagare upplevde att de somatiska symptomen undersöktes inte ordentligt. När personalen noterade i patientjournalen en tidigare diagnos av psykisk ohälsa, var det lättaste att tilldela nuvarande symptomen som en följd av detta. En av fyra deltagare upplevde att vårdpersonalen har fördomar mot personer med psykisk ohälsa. En av dessa deltagare nämnde även att hen upplevde att vårdpersonalen pratade sinsemellan om hens situation utan att verifiera ifall informationen var korrekt, vilken visade sig vara felaktig och föråldrad information. En deltagare upplevde att hen blev anklagad att utnyttja vårdenheten ekonomiskt när hen kom dit för medicinbehandlingen. Två av fyra deltagare upplevde att integritetsskyddet var bristande. En av fyra deltagare hade även felaktiga och föråldrade personuppgifter i journalen.

”...Hon hade alltså inte alls lyssnat på mig utan gjort en egen bedömning utifrån texten på journalen... Och alltså det här möten är jag så fruktansvärt less på liksom...”

6.1.1 Negativa upplevelser av bemötandet

En av deltagare upplevde att vårdpersonalen pratade och behandlade hen som ett barn som inte förstår sin situation. Det kan kanske bero på att personen hade haft en felaktig diagnos (autism) som dock borde ha tagits bort för flera år sen. Dock hade något gått fel när diagnosen skulle tas bort. I stället för att ta bort autismdiagnosen togs ADD diagnosen bort. Personen tror att detta påverkar vårdpersonalens bemötande mot hen. Personen berättar att en vårdare ber hen kontakta personalen på hens boende. Vårdaren stannade kvar i rummet och väntade att personen skulle ringa. Personen blev sårad eftersom vårdpersonalen inte ansåg att hen kan hantera själv informationen om sin hemfärd. Vårdare frågade även om hen har sin hemnyckel när personen svarar att hen inte har varit på ett boende på 12 år. Personen frågade vårdaren varför de har felaktiga uppgifter om hen och vad orsaken är för särbehandlingen, då blev vårdaren stressad. Vårdaren sprang i väg men kom aldrig tillbaka för att berätta orsaken till den nervärderande behandlingen. I

stället får personen ett brev från en annan vårdare. I brevet står det följande: Hej (NAMN), du har kommit hit från hälsovårdscentralen för ditt låga kaliumvärde. Du har nu fått dropp över natten och fått sova över.

”Ja och jag känner bara att alltså informationen i sig är ju rätt. Det är ju inget alltså konstigt informationen i sig. Men varför berättar man det i brevform att jag har sovit över på sjukhuset. Det var som jag sa till alla involverade, att det kan till och med en ettåring förstå att man inte sover hemma. Alltså. Det är ju liksom ingen rymdforskning och förstå det...”

Två av deltagarna för studien har även upplevt att deras integritet hade kränkts. En av dessa deltagare berättade om när hen skulle besöka jouravdelningen för att få hjälp för sina sömnproblem. Deltagaren fick vänta i korridoren på att bli uppkallad till psykiaterns mottagning. Psykiatern ropade med stor röst deltagarens namn och deltagaren berättar att alla i korridoren hörde och deltagaren kände sig skamsen, detta hände för 3 år sen. Den andra deltagaren berättar om när hen skulle gall opereras, medan hen vänta på svar av hepatitproven så sade läkaren med hög röst i patientrummet (där de fanns 3 andra patienter) att när svaren från hepatitproven kommer så vet patienten hur hen ska skydda sig.

”Ja se silloin tiistaina vielä sanoit se lääkäri, että sitten kun ne tulokset tulee, niin tiedätte sitten, miten suojaudutte, se niinku oikein kailotti siinä kolmen potilaan huoneessa kaikille, kuinka hän on varma, että minulla on hepatiitti.... Ja minullahan ei mitään hepatiittia ollut...”

6.1.2 Vårdpersonalens fördomar

Det upplevs även att det finns en hel del fördomar mot personer som har diagnosen psykisk ohälsa. En av dessa deltagare hade blivit vårdad före hen fick diagnoserna (bipolär typ 1, ADHD) och efter att hen hade fått diagnosen. Hen upplevde att det var en markant skillnad när man jämför bemötandet före och efter diagnosen. Patienten var tvungen att vänta på galloperation 3 dygn (det tog tre dygn och få svar på hepatit proven som gjordes) eftersom läkaren hade den åsikten att alla med den diagnosen bipolär sjukdom och ADHD hade

hepatit. Personen berättade också att när hen skulle förnya sitt ADHD- medicin recept i hälsovårdscentralen så sa läkaren åt personen att hen inte tror att hen har ADHD och att hen är bara där eftersom hen är en drogmissbrukare. Personen gjorde en anmälan till patient ombudsmannen eftersom vardagen blir en svår utmaning med skolan och studier. Personen har diagnos svår ADHD som är diagnostiserad på neurologiska polikliniken. Överläkaren hade svarat att det hade uppstått ett kommunikationsproblem mellan patienten och läkaren. Läkaren ansåg att patienten hade missförstått läkaren. Läkaren hade frågat ut patienten på mottagningen i en timmes tid, läkaren ifrågasatte även patientens studier. Läkaren hade den åsikten att patienten inte har förmågan att studera eftersom hen har dessa diagnoser.

”Ja tota.... Kun mä lähdin sieltä lääkäristä niin mä vaan tiesin sen, että se oli mitätöinyt mun vanhan reseptin... sen se ilmoitti, että hän mitätöi ton vanhan.”

Det hände upprepade gånger att flera läkare anklagade patienten att utnyttja jouravdelningen för att hen inte har pengar att betala sin medicin på apoteket. Trots att det var hälsovårdscentralen som hade skickat dit hen, på grund av att patientens kaliumvärde var för låg. Patienten hade svårt att svälja kaliumtabletter och kalium i vätskeform som man kunde ta oralt var restnoterad och gick inte att köpa.

”Men läkaren framställde det liksom så, att jag typ använder akutmottagning som någon ”snabbt apotek” typ.... för att få medicin liksom och så var ju inte fallet utan det var ju vårdcentralen som skickade hit och dit mig liksom...”

Två av 4 deltagare upplevde att de inte blivit tagen på alvar när man behövt vård för bröstsmärtor, öroninflammation. Om inte personen med psykisk ohälsa hade krävt att hen vill konsultera en annan läkare skulle personen inte ha fått någon vård alls eftersom dessa läkare menade att bröstsmärtor och smärta i öra beror på den psykiska diagnosen som gör att personen inbillar sig smärtan. Läkaren vägrade att undersöka och behandla bröstsmärtor hos patienten och motiverade så här:

”ja sit se vertas sitä (rintakipua) niinku, että jos on jalka amputoitu niin se jalka voi olla kipeä, vaikka sitä jalkaa ei oisi... Niin se sillä, niin tosiaan sitten perusteli sitä, että se johtuu mun päästä”.

”...hoitaja luki mun diagnoosit ja sanoi että sinä vain luulet, että sinulla on korva kipeä... ja mulla oli välikorvan tulehdus ja korvakäytävän tulehdus...”

Två av deltagarna för studien har även upplevt att deras integritet hade kränkts. En av dessa deltagare berättade om när hen skulle besöka jouravdelningen för att få hjälp för sina sömnproblem. Deltagaren fick vänta i korridoren på att bli uppkallad till psykiaterns mottagning. Psykiatern ropade med stor röst deltagarens namn och deltagaren berättar att alla i korridoren hörde och deltagaren kände sig skamsen, detta hände för 3 år sen. Den andra deltagaren berättar om när hen skulle gall opereras, medan hen vänta på svar av hepatitproven så sade läkaren med hög röst i patientrummet (där de fanns 3 andra patienter) att när svaren från hepatitproven kommer så vet patienten hur hen ska skydda sig.

”Ja se silloin tiistaina vielä sanoi se lääkäri, että sitten kun ne tulokset tulee, niin tiedätte sitten, miten suojaudutte, se niinku oikein kailotti siinä kolmen potilaan huoneessa kaikille, kuinka hän on varma, että minulla on hepatiitti.... Ja minullahan ei mitään hepatiittia ollut...”

6.1.3 Positiva upplevelser av bemötandet

Deltagarna har även positiva upplevelser om bemötandet. Två av deltagarna beskriver sin vård som utmärkt och att man över lag får ett bra bemötande, och att den förbättras hela tiden. Den ena av dessa två tillägger ännu att fast det finns mycket bra bemötande så är en gång dålig bemötande redan en för mycket. En av dessa två deltagare berättade att hen alltid brukar ge positiv respons när hen får god vård och bemötande eftersom personen arbetar inom vården och vet att det är ofta vårdare får höra klagomål men det är sällan någon tackar en.

”kyllä mä aina koitan muistaa sitten kiittää ja mä sanoin sille.... Pelastuslaitoksen johtajalle, kun se sitten soitti mulle, kun mä laitoin netin kautta sen palautteen, niin mä sanoin, että saat kyllä olla ylpeä, että sulla on tommoisia alaisia, että aivan huipputyyppejä...”

”Minulla on vain positiivisia kokemuksia”.

6.2 Bemötandets inverkan på livet och måendet idag

En av fyra deltagare berättar om hur bemötandet har påverkat hens liv. Deltagaren berättar att hen fått diagnosen autism och ADD när hen var 15år. Deltagaren berättar om när diagnosen autism skulle tas bort flera år senare. Personen hade då deltagit i flera neuropsykiatriska utredningar. Den senaste utredningen som gjordes resulterade i att personen skulle bli av med den ena av sina två stora diagnoser(sin Autism). Men i stället hade läkaren orsakat att personens ADD diagnos togs bort i stället för autismdiagnos. Personen berättar att på grund av denna händelse har hens barn blivit omhändertagna av socialen. Personen säger att hen är ledsen över att hen inte får träffa sina barn, men försöker ändå vara positiv och fortsätta med livet. Personen säger att inte hjälper det någon att hen gråter över situationen. Händelsen har även påverkat stort i hur social- och hälsovårdspersonalen bemöter hen. Personen berättar att hens vårdbehov är 1 timme i veckan. Denna person berättar att hens förtroende för vårdpersonalen är bristande och säger att

”...om jag ska... Få någon upprättelse på något vis så är det ju att radera min journal för att.... Om inte jag raderar min Journal så kommer det här beteendet då fortsätta mot mig...”

En av fyra deltagare berättade att bristande förtroende för vårdpersonalen resulterat i att hen vill radera hela sin journal. Detta beror på att deltagaren upplevt så många gånger felaktigt bemötande på grund av felaktiga uppgifter som ingen korrigerar i journalen. Hen upplever att felaktiga uppgifter resulterar bara i upprepat felaktigt bemötande. En annan deltagare berättade att hen vägrar att bli vårdad av en specifik person inom vården på grund av vårdarens dåliga bemötande. Samma deltagare berättade, att hen tog hepatitvaccin för att säkerställa att inte hens vård fördröjas på grund av hepatit misstanke. (Som i sig är en positiv åtgärd resulterad av negativ bemötande).

"No, sillaihan se vaikutti, että sen yhden lääkärin luokse tuonne terveystakeskukseen mä en enää suostun menneen potilaaksi ja mä tuun varmasti ikuisesti muistamaan sen nimen ja mulle kerran sitä ehdotettiin ja mä heti sanoin, että ei joku toinen lääkäri, Kiitos..."

"Ja sitten se, että sen tosiaan sairaalan lääkärin jälkeen kävin hepatiittirokotteen otattamassa".

6.2.1 Motion, hälsa och välbefinnande

En av dessa fyra deltagare berättar att hen har en medfödd höftskada som besvärar hen i sådan grad att rörelseförmågan är betydligt försämrad. Personen berättar att motionera med hunden och att plocka bär i skogen inte är möjligt när höften besvärar. Personen i fråga är 29 år arbetar inom vården, och hen berättar även att hen inte får en höftoperation före det syns i MRI att hen har nekros i höftleden. Personen lider av bipolär sjukdom typ 1 och ADHD och får ingen smärtlindring för sin sjuka höft på grund av sina diagnoser. Personen berättar att hen är orolig att smärtan blir så påtaglig att bipolär typ 1 börjar ge symptom på nytt. Då personen insjuknade i bipolär typ 1 sjukdom så var det ett resultat av att hen hade fått Burn out.

En av deltagare upplevde att ångest och sömnstörningar började på grund av sonens alkohol och drogmissbruk, deltagaren har rädsla för mörka utrymmen och vill ha nattlampan på när hen sover. En annan deltagare berättar att hen får ångest och sömnen rubbas när vanföreställningar blir så starka att hen är rädd att vistas i sitt hem på grund av röster hen hör, varelser (zombier) hen ser och att det ökar på självskadebeteendet (som gör att hen börjar skära sig själv). En av dessa deltagare har även ett alkohol problem som börjat när hen var 9 år. Personen har diagnostiserats som alkoholist vid 16- års ålder. Hen säger att fast hen varit nykter i flera år så är hen tillbaka i ruta 1 när hen dricker en gång. Alla framsteg som har blivit gjorda i Minnesota behandlingen är som bortblåsta efter en gångs festande.

"Joo...on mulla välillä myös kuuloharhoja, mä voin kuulla, että radiosta tai tv:stä joku puhuu mulle mutta ne puhuu niin hiljaa, että mä en kuule mitä ne sanoo...ja se voi myös ahdistaa."

”sitten on monesti sellasia, että mä luulen, että täällä on niin kuin Zombeja ja että niistä Zombeista tarttuu matoja mun käsiin... sit mä kaivan niitä matoja pois partakoneenterällä mun kädestä”. (näyttää käsivartta jossa tikit)...”

Den tredje deltagaren berättar att sömnstörningar uppkommer oftast när hen är stressad och har oftast kaliumbrist i samband med detta. Kaliumnivån har sjunkit i värsta fall till 2,5mmol/l, hen har då blivit intagen för sjukhusvård för att åtgärda detta. Hen berättar att på grund av ekonomiska orsaker har hen inte råd att ta bussen och behöver gå betydligt oftare fast vägen är lång. Två av 4 deltagare motionerar aktivt, en av deltagare cyklar ca. 10-15km/ dag året runt. En annan av dessa säger att psykiska måendet är bättre samt fysiska måendet har förbättrats mycket vid jämförelse med hur det var innan hen började med träningen. Personen har även fått en personlig tränare som hjälper med träningen.

”Fyysinen kunto sais olla parempikin, mutta mä oon toukokuusta asti treenannu kaupungin liikunnan ohjaajan kanssa kerran tai pari viikossa... ja omatoimisesti kerran tai pari viikossa ja uimahallilla...niin.... Silleen tyytyväinen siihen tilanteeseen, että se on kohenemassa toi kunto, mutta aika heikoista tilanteista se on lähtenyt... se treenaaminen...”

6.2.2 Socialt nätverk och meningsfulla uppgifter

Majoriteten av deltagarna hade ett bra stödnätverk som bestod av vänner, familj och släktingar. En av deltagarna upplevde att hen inte hade något stödnätverk. Hen berättade att hen känner sig lite tudelad med det eftersom hen vill berätta om sin situation men känner att hen inte får hjälp, mera stjälp och att alla vänner och släkt har stött ut hen (och är därför reserverad i möte med nya människor). Alla fyra deltagare har mer eller mindre olika frivillig verksamhet och fritidsaktiviteter som de tog del av.

6.3 Metoddiskussion

Kvalitetsgranskning görs med hjälp av metoddiskussion, metoddiskussion innebär att man redovisar hur man gjort studien och att den uppfyller god kvalitet samt att den är trovärdig. I metoddiskussionen granskar man informationen man samlat ihop i form av tex. artiklar

och andra källor. Det hör även till att man redovisar hur datainsamlingen blev gjord. (Henricson, 2017, s. 412)

För att Examensarbetet ska uppfylla en god kvalitet har skribenten förankrat bakgrunden av studien till källor som har en hög trovärdighet, det vill säga 11 vetenskapliga artiklar, läkarens utlåtanden samt Institutet för hälsa och välfärd och boklitteratur. Det finns även hänvisning till några svenska källor.

Syftet med examensarbetet var att studera hur personer med psykisk ohälsa blir bemötta inom den somatiska vården, och hur har bemötandet inverkat på livet och måendet? I studien användes kvalitativa interjuver med semistrukturerade frågor för att belysa hur personer med psykisk ohälsa har upplevt bemötande när de har blivit vårdade på en somatisk avdelning. Kvalitativa intervjuer som forskningsmetod gjordes eftersom skribenten ville få en djupare insikt i upplevelser hos deltagare för studien. Semistrukturerade frågor användes eftersom det var en bra metod att styra diskussionen.

Semistrukturerade frågor (se bilaga 4 och 5.) bestod av 8 öppna frågor om nuvarande psykiska måendet, stöd för att få hjälp med sjukdomen och vardagen, vårdpersonalens bemötande. Intervjun påbörjades med lätta frågor om ålder, kön och medborgarskap.

Fördelen med kvalitativa intervjuer är som skribenten skrev här tidigare att man får en djupare insikt i ämnet. Nackdelen är att även fast man ska vara objektiv i studien kan man inte rå för att bli påverkad av egna och deltagares upplevelser som avspeglar av sig i resultatet. För att testa frågorna (se bilaga 4 och 5.) gjordes en pilotstudie där skribentens man svarade på frågorna. Pilotstudiens syfte var att undersöka om frågorna kunde feltolkas och borde finjusteras före intervjuerna med deltagare.

För att styrka trovärdigheten för studien behövde skribenten vara öppen med att berätta varför studien görs och hur man tänkte gå till väga med studien. Därför skickades frågeformuläret (se bilaga 2 och 3.) först för att hitta deltagare för studien. Deltagare delgavs både skriftligt och muntligt att de var fria att avbryta studien när som helst samt att skribenten ska göra studien så att deltagare skyddas från skada. Skribenten kom överens med deltagare att de skulle säga om de inte ville att vissa delar kom fram i studien. Detta tog skribenten i beaktande och lämnade bort delarna av diskussion som var för känsliga.

Kvalitativ innehållsanalys gjordes efter intervjuerna. Skribenten delade upp ämnesord som bestod av två huvudkategorier och fem kategorier. Skribenten började med huvudkategorin upplevelser av bemötande inom den somatiska vården. Kategorierna för upplevelser av bemötande inom den somatiska vården är negativa upplevelser av bemötandet, vårdpersonalens fördomar, positiva upplevelser av bemötandet. Här efter kommer den andra huvudkategorin Bemötandets inverkan på livet och måendet idag. Kategorierna under huvudkategorin om bemötandets inverkan på livet och måendet idag är Motion, hälsa och välbefinnande, socialt nätverk och meningsfulla uppgifter. (se bilaga 1)

6.4 Resultat diskussion

Resultatdiskussionen som även kan kallas kritisk granskning görs så att först beskriver man arbetets syfte, frågeställningar. Sen förklarar man vilka tankar det har väckts under studiens gång (stöd av litteraturen). Följande steg innebär jämförelse av resultatet med andra studier som blivit gjorda. Reflektion görs utgående från dessa föregående steg, men även vad som kunde göras annorlunda. (Henricson, 2017, ss. 416-417)

Syftet med examensarbetet var att studera hur personer med psykisk ohälsa blir bemötta inom den somatiska vården, och hur har bemötandet inverkat på livet och måendet. I studien används kvalitativa interjuver med semistrukturerade frågor för att belysa hur personer med psykisk ohälsa har upplevt bemötande när de blivit vårdade på en somatisk avdelning.

Frågeställningar i studien är, hur upplever personer med psykisk ohälsa bemötandet inom somatiska vården och hur har bemötandet inverkat på livet och måendet?

I resultatet kommer det fram att majoriteten av deltagare känner sig stämplade enligt sin psykiatriska diagnos och att vårdkvaliteten blir lidande pga. diagnosen. Det upplevs även känsla av utanförskap och det är svårt att bli tagen på alvar eller att man blir behandlad som ett litet barn. Som överensstämmer med bakgrunden. (Butler, et al., 2020; Tanriverdi, Kaplan, Bilgin, & Demir, 2020) Upplevelsen av utebliven vård förekommer men även felaktig dokumentation i journalen som utsätter deltagaren för upprepade svårigheter att få korrekt vård och bemötande. I bakgrunden för studien behandlades även dessa olika områden. (Eriksson, 1994) I vetenskapliga artiklar gjordes det studier över utebliven vård

på grund av vårdpersonalens okunskap. I dessa artiklar kom det fram att vårdpersonalen kände sig osäkra i att vårda personer med psykiska sjukdomar på en somatisk avdelning trots att det förekom ofta att personer som lider av psykisk ohälsa behövde somatisk vård (Brämberg, Torgerson, Norman Kjellström, & Welin, 2018; Janlöv, Clausson, & Johansson, 2018).

Skribentens tolkning av studien är att deltagare har upplevt alla delar av lidande. Livslidande och sjukdomslidande eftersom sjukdomen hindrar en att leva livet som man vill. Det hindrar en från att gå med hunden i skogen på promenader samt att plocka bär som hen njuter av. Även känslor för rädsla kännetecknas, eftersom svår smärta pga. förslitningar kan utlösa den tidigare konstaterade bipolära sjukdomen eftersom insjuknandet skedde pga. utmatning. Långvarig och intensiv smärta för personen med förslitningar i höftleden gör att risken ökar för utmatning. Detta kommer fram även i bakgrunden. (Rovasalo & Eerola, Lääkärikirja Duodecim, 2023)

En annan deltagare berättade att hen inte klarar av att gå långa sträckor när hen har disbrockskada som läcker spinalvätska och vill därför inte motionera, det var även lång väg till vårdcentralen och ekonomiska problem gjorde att hen sökte sig inte ofta till vården. I Bakgrunden behandlades sund livsstil som en förebyggande faktor. (Mechling & Arms, 2019) I Teoretiska utgångspunkten i studien består av Erikssons vårsteori med focus på vårdlidande (Eriksson, 1994) .

Den ena deltagaren berättar att läkaren säger att *"du bara tror att du har öronvärk"* då hade deltagaren mellanörat inflammerat. Samma person fick sin ADHD medicin indragen när hen skulle förnya sitt recept. Recept var avgörande för att klienten skulle kunna fokusera i sina studier och fungera i vardagen. Där nervärderade läkaren patienten med att inte tro att denna person studerade. Samt att hen måste vänta på gallstensoperation flera dagar pga. hepatitmisstanke när klienten hade diagnosen bipolär typ1. Trots att hen inte fått i sig näring och vätska när hen spytt upp allt. Nervärderande bemötande uppkommer även när man blir bemött som ett litet barn som inte förstår sin situation. Även känslan av misstro mot patienten när hen söker vård för sin kaliumbrist som inte gick att åtgärda med kaliumtabletter utan patienten behövde komma på en vårdavdelning för att behandlas med kalium intravenöst. Där blev deltagaren beskylld att utnyttja vårdavdelningen som sitt apotek. Till vårdlidande hör även när vårdare skriver felaktig information till patientens

journal som gör att patienten blir felbehandlad på grund av felaktig information. Här säger deltagare att hen inte ser någon annan utväg än att hen måste radera hela hens journal för att få rätt behandling. Skribentens tolkning är att vårdlidande uppträder hos deltagare. Vårdlidande tas fram i teoretisk utgångspunkt. Vårdlidande uppkommer pga. bristfällig eller utebliven vård, kränkande behandling och maktmissbruk (Eriksson, 1994).

Det var 2 av fyra deltagare som kände att hen blivit bra bemöt under tiden hen blivit vårdad på en somatisk avdelning. Den ena deltagaren hade som åsikt att vi har så bra vård i Finland så vi får inte klaga. I detta fall var personen äldre och skribenten funderade i efterhand om det hör till mentaliteten hos äldre att man inte ska klaga utan vara nöjd i det man får.

Över lag anser skribenten att man kan se en "röd tråd" som följer genom hela arbetet.

7 Slutsatser

Frågeställningarna för studien blev besvarade. Jag fick mycket material att analysera av intervjuerna. Deltagare var av varierande ålder och från olika ort med varierande psykiatriska diagnoser och en del hade även missbruk av alkohol med i bilden. Intervjuerna gjordes via teams när geografiska avståndet till deltagare var längre. Deltagare som hade kortare avstånd till att träffas föredrog en träff i stället. Dessa deltagare som träffades för intervjun fick jag banda intervjun för att senare vid analysskedet kunna spola tillbaka och lyssna upprepade gånger. En del av deltagare hade jag svårt att uppfatta och fick jobba extra mycket för att tyda ut det som hade blivit sagt på intervjun.

En av deltagare var så pratglad så fast hen hade på förhand fått se frågorna så berättade hen hela sin livshistoria, som nog var händelserik och intressant. Jag lyssnade på deltagaren i 3 timmar och fick ett massivt material att använda mig av. Jag lovade deltagaren att skicka en transkriberad version åt deltagaren. Transkriberad text var 8 sidor lång. Transkriberingen kortades ordentligt för att ta bort sådant som man inte kunde använda i slutarbetet för att det var för hög igenkänningsfaktor. Därmed blev transkriberad version 4 sidor lång. Dessa 4 sidor skickade jag åt personen som blev intervjuad för att hen skulle känna sig trygg och säker. Personen svarade att jag måste skriva om transkriberingen eftersom alla känner igen hen. Sista slutligen blev det krympt till 1 sida transkriberad text som jag fick använda i min studie. Jag kände att jag gjorde ett massivt och onödigt arbete i att lyssna och banda in samt transkribera texten som jag var tvungen ta bort 7/8 delar av.

I arbetet belyses problemen som uppstår inom somatiska vården men även primärvården. Det var svårt att hitta material enbart av somatiska vården. En av deltagare som blev intervjuad hade även inslag av primärvården här. Personligen anser skribenten att vårdare inom primärvården eller somatiska vården borde ha samma kunskap för att vårda personer med psykisk ohälsa. Vårdare har get sitt löfte när de blivit utexaminerade att de ska vårda människor på bästa möjliga sätt utan att kränka människovärdet, det hör även till patientens rättigheter att få vård av god kvalitet (Valvira, 2021).

Statistik om antal personer som lider av psykisk ohälsa och har blivit vårdade på en somatisk avdelning lyser med sin frånvaro, som skulle ha varit intressant att ta del av. I inledningen kom det fram statistik från primärvården och psykisk ohälsa samt andra sjukdomar. (Sotkanet, 2021)

Studien belyser problemen som uppkommer när människan inte vårdas som en helhet. Somatiska sjukdomar kan ge upphov till psykisk ohälsa och tvärtom. Därför behövs ett övergripande multiprofessionellt samarbete mellan dessa olika områden för att vårdkvalité uppnås. Vårdare behöver mera kunskap om psykisk ohälsa för att motverka attityder och fördomar mot personer som lider av psykisk ohälsa (Brämberg, Torgerson, Norman Kjellström, & Welin, 2018; Janlöv, Clausson, & Johansson, 2018).

Examensarbetet kändes svårt för att skribenten saknade en partner att skriva med, och att bolla tankarna som uppkommer. Examensarbetet kändes nog riktigt tungt och frustrerande ibland men det är en process att skriva examensarbete. Processen måste få ta sin tid och mogna. Jag känner att detta arbete har givit mig en bra inblick i ämnet och en djupare förståelse för personer som lider av psykisk ohälsa. Om jag skulle utveckla arbetet vidare skulle jag rikta mig till att skriva om närstående till personer med psykisk ohälsa. Vilka känslor och tankar det väcker hos närstående när ens anhörig är sjuk. Vilka fysiska och psykiska symptom uppkommer. Får närstående tillräckligt med stöd och information när ens anhörig har insjuknat?

8 Litteraturförteckning

Bankovska Motlova, L., Balon, R., Beresin, E., Brenner, A., Coverdale, J., Guerrero, A., . . . Weiss Roberts, L. (2017, maj 9). Psychoeducation as an Opportunity for Patients, Psychiatrists, and Psychiatric Educators: Why Do We Ignore It? *Academic Psychiatry*, 41:447–451. doi:10.1007/s40596-017-0728-y

Bejerot, S., Gardner, A., & Humble, M. (2011). *läkartidningen.se*. Hämtat från D-vitaminbrist-vems ansvar: <https://lakartidningen.se/debatt-och-brev/2011/04/d-vitaminbrist-vems-ansvarae/>

Brämberg, B., Torgerson, E., Norman Kjellström, J., & Welin, A. (2018). Access to primary and specialized somatik health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice*, 19,1-N.PAG. doi:<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0687-0>

Butler, J., Cassan, S. d., Turner, P., Lennox, B., Hayward, G., & Glogowska, M. (2020). Attitudes to physical healthcare in severe mental illness; a patient and mental health clinician qualitative interview study. *BMC Family Practice*, 8. doi:<https://doi.org/10.1186/s12875-020-01316-5>

Bäärnhielm, S., Reichenberg, K., Gabrielsson, K., & Fossum, B. (2020). *läkartidningen.se*. Retrieved from Gott professionellt bemötande kan stärka den utsatta patienten: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2020/01/gott-professionellt-bemotande-kan-starka-den-utsatta-patienten/>

Casañas, R., Royo, J. M., Fernandez-San-Martín, M. I., Tena, A. R., Mendioroz, J., Valmaña, G. S., . . . Lopez, L. M. (2019). Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Health Services Research*, 9. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4198-7>

Cullberg, J. (2010). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur. doi:ISBN e-bok: 978-91-27-12770-8

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Trelleborg: Liber AB. doi:ISBN 91-47-05822-6

Finlands Läkarförbunds etiska delegation. (2021). *läkaretik*. (8). (M. Kattelus, Red.) Kervo, Lahtis, Finland: Finlands Läkarförbund. doi:ISBN 978-951-9433-75-2

Folkhälsomyndigheten. (2022). *folkhälsomyndigheten.se*. Hämtat från Vad är psykisk hälsa: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Folkhälsomyndigheten.se*. Hämtat från Minska stigmatiseringen kopplad till psykisk ohälsa: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/>

Forskningsetiska delegationen (TENK). (2020). *TENK*. Hämtat från [tenk.fi](https://tenk.fi/sv/tenk): <https://tenk.fi/sv/tenk>

- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB. doi:ISBN 978-91-44-11328-9
- Huttunen, M. (30. november 2018). *Lääkärikirja Duodecim*. doi:dlk00371 (025.013)
- Institutet för hälsa och välfärd. (2019). *thl.fi*. Hämtat från Främjande av psykisk hälsa: <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/framjande-av-psykisk-halsa>
- Institutet för hälsa och välfärd. (2022). *thl.fi*. Hämtat från Psykiska störningar: <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar>
- Janlöv, A.-C., Clausson, E. K., & Johansson, L. (2018). Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32; 987–996. doi:10.1111/scs.12540
- Mechling, B. M., & Arms, T. (2019). Losing to Gain: The Effects of a Healthy Lifestyle Intervention on the Physical and psychosocial Well-being of Clients in a Community-based Mental Health Setting. *Community Mental Health Journal*, 55:608–614. doi:<https://doi.org/10.1007/s10597-019-00371-2>
- Møllerhøj, J., Hedberg, B., Rise, M. B., Stølan, L. O., Stahl, K., Erdner, A., . . . Jedenius, E. (2019). “I live, I don’t work, but I live a very normal life” —A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56:371–378. doi:10.1111/ppc.12444
- O’Connell, M. J., Clayton, A., & Rowe, M. (2017). Reliability and Validity of a Newly Developed Measure of Citizenship Among persons with Mental Illness. *Community Ment Health J*, 53:367–374. doi:10.1007/s10597-016-0054-y
- Rovasalo, A. (25. januari 2022). *Lääkärikirja Duodecim*. doi:dlk00389 (025.053)
- Rovasalo, A.; & Eerola, H. (31. januari 2023). *Lääkärikirja Duodecim*. doi:dlk00188 (025.001)
- Sotkanet. (2021). *sotkanet.fi*. Hämtat från Taulukko, indicator: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=szZMLYg3stY1jTex1jUDAA==®ion=s07MBAA=&year=sy5zAgA=&gender=t>
- Sotkanet. (2021). *Sotkanet.fi*. Hämtat från Tulostaulukko, indicator: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=szZMLYg3stY1jTex1jUDAA==®ion=s07MBAA=&year=sy5zAgA=&gender=t> 2022
- Tanriverdi, D., Kaplan, V., Bilgin, S., & Demir, H. (2020). The comparison of internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders. *Journal of Substance*, 251-257. doi:10.1080/14659891.2019.1675790
- Tekin, S., & Outram, S. M. (2018). Overcoming mental disorder stigma: A short analysis of patient memoirs. *Journal of evaluation in clinical practice*, 1114–1119. doi:10.1111/jep.13009
- Valvira. (2021). *valvira.fi*. Hämtat från Hälso- och sjukvård, patientens ställning och rättigheter: <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/patientens-stallning-och-rattigheter>

Bilagor/Appendices

Bilaga 1. Tabell

	HUVUDKATEGORIER	KATEGORIER "Koder"
<i>Hur upplever personer med psykisk ohälsa bemötandet inom somatiska vården?</i>	Upplevelser av bemötande inom den somatiska vården	Negativa upplevelser av bemötandet Vårdpersonalens fördomar Positiva upplevelser av bemötandet
<i>Hur har bemötandet inverkat på livet och måendet?</i>	Bemötandets inverkan på livet och mående idag	Motion, hälsa och välbefinnande Socialt nätverk och meningsfulla uppgifter

Texten nedan tänkte jag dela på Facebook i gruppen psykisk ohälsa.

Hej

Jag studerar till sjukskötare på yrkeshögskolan Novia och jobbar för tillfället med mitt examensarbete. Arbetet har fokus på **vårdpersonalens bemötande av personer med psykisk ohälsa på avdelningar för fysiska sjukdomar** (somatiska avdelning). Orsaken att man vårdats på avdelningen för fysiska sjukdomar kan vara pga. brist på vårdplatser på psykiska avdelningar eller att man även haft fysiska symptom som behövt behandling.

Bemötande innefattar allt från hur man blivit behandlad som patient, och tillräckligt med information och stöd för att hantera sjukdomen, och vilken inverkan det haft på återhämtningen?

Jag söker nu personer som vill delta i en konfidentiell intervju. Intervjun kan göras via Teams, Zoom eller liknande som du föredrar, och vid tillfälle som passar dig. Syftet med min studie är att öka kännedomen om upplevelser och känslor man tagit del av och med hjälp av informationen försöka förbättra bemötandet av patienter med psykisk ohälsa. Man har rätt att ångra sitt deltagande så länge arbetet inte har blivit publicerad.

Ifall du är intresserad av att delta, tveka inte av att ta kontakt via e-mail: Irewes2@edu.novia.fi

Inlägget får delas

Hei

Opiskelen sairaanhoitajaksi Novia-ammattikorkeakoulussa ja työskentelen parhaillaan tutkintoprojektini parissa. Työ keskittyy hoitohenkilökunnan mielenterveys potilaiden hoitoon fyysisten sairauksien osastoilla (somaattinen osasto).

Syy siihen minkä takia psyykkisesti oireilevaa henkilöä on hoidettu fyysisten sairauksien osastolla, voi johtua hoitopaikkojen puutteesta psykiatrisilla osastoilla tai henkilöllä on voinut myös olla hoitoa vaativia fyysisiä oireita.

Hoito kattaa kaiken sen, miten potilasta on kohdeltu, onko potilas saanut riittävästi tietoa ja tukea taudin hallintaan ja miten se vaikutti toipumiseen?

Etsin nyt ihmisiä, jotka haluavat osallistua luottamukselliseen haastatteluun. Haastattelu voidaan tehdä Teamsin, Zoomin tai vastaavan kautta haluamallasi tavalla ja sinulle sopivaan aikaan. Tutkimukseni tavoitteena on lisätä tietoisuutta kokemuksista ja tunteista ja vaikutuksesta luottamukseen terveydenhuollon henkilöstöä kohtaan. Tämän tiedon avulla yritän parantaa mielenterveys potilaiden hoitoa. Sinulla on oikeus peruuttaa osallistumisesi niin kauan kuin teosta ei ole julkaistu.

Jos olet kiinnostunut osallistumaan, älä epäröi ottaa yhteyttä sähköpostitse: Irewes2@edu.novia.fi

Intervjufrågor för deltagare:

Kön:

Ålder:

Medborgarskap:

1. Beskriv ditt mående(psykiskt/fysiskt)?
2. Hur inverkar ditt mående på arbete/fritid/vänner/familj?
3. När har du vårdats på en avdelning för fysiska sjukdomar, har detta skett vid flera tillfällen(årtal)? (Land ifall annat än ditt medborgarskapsland.)
 - Blev du vårdad på grund av psykisk ohälsa på avdelningen för fysiska sjukdomar?
4. Hur upplevde du bemötande när du vårdades på avdelningen?
5. Hade du möjlighet att få information/tillgång till tex. patientföreningar, jourtelefon nummer för akuta situationer.
6. Hur har vistelsen på avdelningen påverkat ditt psykiska välmående?
7. Vad skulle ha gjort vistelsen på avdelningen bättre (Tex. stöd, bättre information)?
8. Hur har ditt förtroende för vårdpersonalen påverkats av dessa händelser?

Haastattelukysymykset osallistujille:

Sukupuoli:

Ikä:

Kansalaisuus:

1. Kuvaile vointiasi tällä hetkellä (psykkinen/fyysinen)?
2. Miten mielialasi vaikuttaa: työhön/vapaa-aikaan/ystäviin/perheeseen?
3. Milloin sinua on hoidettu (somaattisella osastolla) fyysisten sairauksien osastolla, onko näin tapahtunut useaan otteeseen (vuosina)? (Maa, jos se on muu kuin kansalaisuusmaasi.)
4. Hoidettiin sinua mielenterveysongelmien takia (somaattisella) fyysisten sairauksien osastolla?
5. Miten koit hoidon, kun sinua hoidettiin osastolla?
6. Oliko sinulla mahdollisuus saada tietoa esim. potilasyhdistyksestä, vertaistuesta, tai yhteystietoja päivystävään puhelinumeroon hätätilanteita varten.
7. Miten osastolla oleskelu on vaikuttanut henkiseen hyvinvointiisi?
8. Mikä olisi parantanut osastolla oleskelua (esim. tuki, parempi tiedotus)?
9. Miten nämä tapahtumat ovat vaikuttaneet luottamukseenne terveydenhuollon henkilöstöä kohtaan?