

# Närståendes upplevelse av bemötande från vårdpersonal på en akutpsykiatrisk avdelning

Anna-Karin Aasa  
Petter Broström

Luleå tekniska universitet

D- uppsats  
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap  
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

## Närståendes upplevelse av bemötande från vårdpersonal på en akutpsykiatrisk avdelning

### Relative's experience of nurses encounters in an acute psychiatric ward

Anna-Karin Aasa  
Petter Broström

Kurs: Omvårdnad D- Examensarbete, vetenskapligt arbete 15hp  
Specialistutbildning inom psykiatrisk vård  
Vårterminen 2009  
Handledare: Stefan Sävenstedt  
Examinator: Lisa Skär

# Närståendes upplevelse av bemötande från vårdpersonal på en akutpsykiatrisk avdelning

Anna-Karin Aasa  
Petter Broström

Luleå tekniska universitet  
Institutionen för hälsovetenskap  
Avdelningen för omvårdnad

## Abstrakt

Samspelet mellan omvårdnadspersonal, patient och närstående är en hörnsten i omvårdnaden. Forskning visar att om närstående mår bra har det en positiv inverkan på patienten och vice versa. Närstående kan betraktas som en av de viktigaste stödjande faktorerna i återhämtningsprocessen för personer med en allvarlig psykisk störning. Inom psykiatrisk vård har närstående tidigare varit en tyst och förbisedd grupp som inte gjorts delaktiga i vården av patienten, men idag uppmärksammas närstående i allt högre grad. Syftet med vår studie var att beskriva närståendes upplevelse av bemötande från vårdpersonal på en akutpsykiatrisk avdelning. Sju intervjuer genomfördes och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i ett tema; Mötas med välvilja eller känna sig förbisedd, och tre kategorier; Personalen upplevs både tillmötesgående och avvisande, Viktigt att veta vad som händer men ibland svårt att få information och Att få komma till tals skapar förutsättning för delaktighet. Närstående upplevde personalen som vänliga och sympatiska, men kunde även känna sig till besvär. De såg delaktighet som nödvändigt men kände sig för lite med i processen. De fick ofta fråga själva för att få information. De ville även känna sig välkomna och uppskattade. Närstående befinner sig i en svår situation där stöd från vårdpersonal är viktigt. De vill även bli bemötta med respekt och värdighet i mötet med vården.

Nyckelord: Närstående, bemötande, information, delaktighet, vårdpersonal, akutpsykiatrisk avdelning

# Relative's experience of nurses encounters in an acute psychiatric ward

Anna-Karin Aasa  
Petter Broström

Luleå University of Technology  
Department of Health Sciences  
Division of Nursing

## Abstract

The collaboration between healthcare staff, patient and relatives is a keystone in nursing. Research shows that when relatives feel well, it has a positive effect on the patient and vice versa. Relatives could be seen as the most important supporting factor in the process of recovering for people with severe mental illness. In psychiatric care, relatives used to be a silent and neglected group who has not been participating in the care of the patient. But today relatives are more acknowledged. The aim of this study was to describe relative's experience of encounters with nurses in an acute psychiatric ward. Seven interviews were made and analysed using a qualitative content analysis. The analysis resulted in one theme; To be met with good intensions or feel neglected, and three categories; The staff is seen both as accommodating and rejecting, Important to know what is happening but sometimes hard to get information, and Be able to speak ones mind creates conditions for participation. The results showed that relatives experienced the staff as friendly and pleasant but they could also feel inconvenienced. They saw participation as necessary but felt they were not participating enough. They often had to ask to receive information. They also wanted to feel welcome and appreciated. To conclude, relatives are in a difficult situation where support from nursing-staff is important. They also want to be treated with respect and dignity.

Keywords: Relatives, encounters, information, participation, nursing-staff, acute psychiatric ward

I dagligt tal är bemötande ett uttryck för hur någon uppträder eller uppför sig mot någon annan person. Det är ett mellanmänskligt samspel som handlar om den inställning personer har till varandra och som bland annat visar sig i ord, gester och handlingar. Den aktuella situationen påverkar mötet liksom tidigare erfarenheter och vilka förväntningar som kan finnas inför mötet. Bemötandet kan även tolkas vidare, exempelvis frågor som rör vardagliga saker och informella möten mellan några få personer i vårdens olika miljöer (SOU 1995:159, s. 53).

Samspelet mellan omvårdnadspersonal, patient och närstående är en hörnsten i omvårdnaden och är viktigt för patient, närstående likväl som för omvårdnadspersonalen. Forskning (Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie & Paunonen-Ilmonen, 2001) visar att om närstående mår bra så har det en positiv inverkan på patienten och vice versa. Samspelet mellan närstående och omvårdnadspersonal är däremot ofta otillräckligt. Omvårdnaden gentemot närstående bör vara systematisk, holistisk och hälsofokuserad så att hela familjens behov blir utgångspunkt för omvårdnaden. Varje familj är dessutom unik så behoven varierar, vilket måste tas hänsyn till. Enligt Eggenberger och Nelms (2007) studie förstod närstående att omvårdnadspersonalens främsta uppgift var att vårda patienten, men närstående ville gärna att personalen även skulle finnas där för dem. Då de kände ett utanförskap upplevde de ilska, ledsenhet och misstro. Däremot kunde de lättare hantera den svåra situationen om personalen var ärliga och gav adekvat information.

Närstående ansågs som en av de viktigaste stödjande faktorerna i återhämtningsprocessen för personer som drabbats av en allvarlig psykisk störning (Sjöblom, Pejler & Asplund, 2005). Konkreta exempel på närståendes stödinsatser kunde röra sig om; social kontakt, emotionellt stöd och praktisk hjälp (Östman, 2004). Ofta fick närstående, vid akuta försämringar, ta kontakt med psykiatrin mot den sjuke personens vilja, vilket kunde skada deras goda relation. Det var dock sällan som närstående fick någon respons för sina insatser, utan deras hjälp togs oftast för given (SoS, 2002, s.22, 38). De hade ofta hela ansvaret för patientens liv och hälsa, vilket kunde påverka deras egen hälsa negativt (Östman, 2004; Östman, Wallsten & Kjellin, 2005; Sjöblom et al., 2005). Närstående ansågs ibland bära skulden för den psykiska sjukdomens uppkomst hos patienten, vilket ledde till känslor av sorg, oro, skam och skuld (Sjöblom et al., 2005).

Enligt en studie av Knutsson-Medin, Edlund och Ramklint (2007) ansågs det vara mycket påfrestande att vara närstående till en person med psykisk sjukdom. Oron över patientens hälsa och välbefinnande beskrevs som ansträngande. Oron var även stor över att den psykiskt sjuke personen inte skulle få rätt vård eller att personen skulle försöka begå självmord. Närstående beskrev även att ansvaret ökade när de hade en psykiskt sjuk familjemedlem. Att ta hand om övriga familjemedlemmar och att sköta hushållet var det som påverkades mest. Att vara närstående var också förenat med många negativa känslor. Det framkom känslor av skam, ilska, uppgivenhet, osäkerhet, ensamhet och rädsla.

Andra studier visade på att närstående till personer med psykisk sjukdom bar på en stor psykologisk börda, samt att närstående ibland var tvungna att ge upp sina egna fritidsintressen, yrken och sociala kontakter, vilket kunde leda till isolering och stigmatisering (Östman, 2004; Östman et al., 2005; Östman, Hansson & Andersson, 2000). I tidigare forskning (Rose, Mallinson & Walton-Moss, 2004) indikeras att närståendes behov av professionellt stöd ökar beroende på stigmatiseringen associerad med psykisk sjukdom. På grund av denna stigmatisering saknas det stöd som närstående normalt skulle kunna få från deras eget sociala nätverk. Närstående undvek att dela sina tankar och oro med vänner och arbetskollegor av rädsla för att bli missförstådda och att deras personliga integritet riskerade att bli kränkt.

Enligt Sjöblom, Wiberg, Pejler och Asplund (2008) upplevde sig närstående väldigt sårbara, osäkra och stressade i första mötet med den psykiatriska vården. Första mötet kunde även vara traumatiskt samt kännas skrämmande och främmande. Om den sjuka personen vägrade vård eller om närstående hade negativa erfarenheter från tidigare kontakter, försökte de vårda personen på egen hand. I en studie av Schröder, Wilde-Larsson och Ahlström (2007) framkom att närstående ansåg att en god relation och kommunikation mellan patient, vårdpersonal och den närstående var en central faktor för hur kvaliteten på den psykiatriska vården uppfattades. Närstående önskade information om den psykiatriska diagnosen och ville vara delaktiga i vården. De närstående talade inte gärna med sitt sociala nätverk angående sin familjemedlems psykiska sjukdom, då det var förenat med känslor av skam och skuld.

Närstående beskrev att negativa erfarenheter av bemötande från vårdpersonal bestod i avsaknad av kontakt med vårdpersonalen, vilket ledde till brist på information och stöd. Närstående önskade mer kontakt med vårdpersonalen samt mer information om patientvården

och sjukdomstillståndet. De efterfrågade ökat initiativ från vårdpersonalen gällande stöd till dem under patientens vårdtid och efter utskrivning (Knutsson-Medin et al., 2007). Enligt Schröder et al. (2007) har närstående inom psykiatrisk vård tidigare varit en tyst och förbisedd grupp som inte gjorts delaktiga i vården av patienten, men idag uppmärksammas närstående i högre grad. Närstående i sin tur önskar vara ännu mer delaktiga i vården. Detta är positivt då de har unika kunskaper om patienten, vilket kan påskynda återhämtningsprocessen.

Närstående upplevde att personalen generellt saknade insikt i hur det var att vara närstående, samt att personalen saknade förståelse om den närståendes behov och situation (Rapaport, Bellringer, Pinfold & Huxley, 2006). Då de närstående anses vara en viktig del i den psykiskt sjuke personens återhämtningsprocess, måste vi inom vården bli bättre på att ta del av de närståendes erfarenheter, kunskaper, upplevelser och känslor. Närstående efterlyser idag mer information och delaktighet i vården, vilket vi anser ingå i begreppet bemötande.

## Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva närståendes upplevelse av bemötande från vårdpersonal på en akutpsykiatrisk avdelning.

## Metodbeskrivning

### **Kontext**

De intervjuade var närstående till patienter på en akutpsykiatrisk vuxenavdelning i norra Sverige. Avdelningen består av en akutmottagning samt en tillhörande slutenvårdsavdelning med 24 vårdplatser. Patienterna kommer till avdelningen via remiss, akut, med polis, ambulans eller från annan avdelning. Upptagningsområdet omfattar ca 137 000 personer men under jourtid är upptagningsområdet större. Avdelningen tar emot personer med alla typer av psykiatriska besvär och är inte uppdelad utifrån diagnoser eller vårdbehov. Vårdtiden för patienterna är mycket varierande. Avdelningens uppdrag är att vårda patienter med akut psykiatrisk problematik. Dock är avdelningen det enda alternativet till psykiatrisk slutenvård i upptagningsområdet, vilket medför att patienterna kan behöva stanna längre på avdelningen även när tillståndet inte längre är akut. Vi författare är verksamma som sjuksköterskor på avdelningen och arbetar i varsitt vårdlag. Sjuksköterskan fungerar som arbetsledare och ansvarar över omvårdnaden för patienterna i sitt vårdlag. Utöver detta tillkommer ronder, rapportering, läkemedelshantering, assistans vid ECT-behandling och på jourtid ingår även

telefonrådgivning och jourmottagning. Vi författare upplever att patienterna på vår avdelning har få närstående vilket även innebär att få närstående besöker patienten på avdelningen. Av de närstående som ändå besöker avdelningen upplevs de flesta vara män.

## **Deltagare**

Studien omfattar sju deltagare som presenteras i tabell 1.

*Tabell 1 Översikt av deltagare (n =7)*

<b><i>Kön/Ålder</i></b>	<b><i>Relation</i></b>
Kvinna 48 år	Maka
Man 51 år	Sambo
Man 38 år	Granne
Man 71 år	Far
Man 42 år	Make
Kvinna 41 år	Mor
Man 61 år	Sambo

Deltagarna har valts ut efter inklusionskriterierna att de var närstående till patienter som medgav kontakt med närstående, närstående till patienter som hade minst två eller fler vårdtillfällen, närstående till patienter som varit inskrivna mer än tre dagar senaste vårdtillfället och närstående som kunde och ville delge sina upplevelser. Exklusionskriterier var barn under 18 år, närstående som talade språk som krävde tolk (alla andra språk än svenska), närstående till patienter med sitt första vårdtillfälle eller som varit inskrivna mindre än tre dagar senaste vårdtillfället och närstående till patienter som vi själva hade kontakt med under vårdtiden. Nio personer tillfrågades om deltagande i studien varav en person tackade nej till att delta och den andra personen önskade delta men var bortrest under tidsramen för när intervjuer genomfördes.

## **Datainsamling**

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer med de närstående till patienter nyligen utskrivna från en akutpsykiatrisk avdelning. Intervjuerna spelades in på ljudband, för att därefter skrivas ut ordagrant. Fokus för intervjuerna var bemötande generellt samt delaktighet och information. En intervjuguide användes som stöd (se Bilaga 2) under intervjuerna. Plats för intervjun bestämdes gemensamt och den genomfördes på en avskild plats som kunde vara i deltagarens bostad eller i bokad lokal på sjukhuset.



Enligt Kvale (1997, s. 13, 32-34, 117, 124) bygger en kvalitativ forskningsintervju på ett vardagligt samtal, men det är ett mer professionellt samtal som har en struktur och ett syfte. Den semistrukturerade intervjun är varken som ett öppet samtal eller styrd efter ett strängt strukturerat frågeformulär. Den genomförs enligt en intervjuguide som koncentrerar sig till vissa ämnen och som kan omfatta förslag till frågor. Förändringar vad gäller frågornas form och ordningsföljd tillåts. I den semistrukturerade forskningsintervjun, vill beskrivningar fås av den intervjuades upplevelser samt beskrivningar av specifika situationer. De inledande frågorna ska kunna leda till dessa spontana och rika beskrivningar, därefter kan uppföljningsfrågor ställas för att få en bredare beskrivning. Även exemplifieringar kan ge bredare svar. Vid en ljudbandinspelning har den som intervjuar möjlighet att fokusera på ämnet och dynamiken i intervjun.

### **Analysmetod**

Analysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys som är en metod för att organisera och samordna kvalitativ information såsom innehållet från berättande data. Alltefter analysens gång identifieras framstående teman och begrepp (Polit & Beck, 2008, s.517, 750; Burnard, 1991). Målet med innehållsanalys är att öka kvalitén på resultatet genom att relatera teman/kategorier till sammanhanget. För att få ett så insikts- och betydelsefullt resultat som möjligt är det bästa sättet att använda sig av både manifest och latent ansats i innehållsanalysen (Downe-Wamboldt, 1992). Enligt Polit och Beck (2008, s. 529) skapas efter en latent innehållsanalys teman som speglar helheten i innehållet.

Intervjuerna analyserades med en metod som till stora delar följer en beskrivning av Downe-Wamboldt (1992). De ordagrant utskrivna intervjuerna lästes igenom upprepade gånger för att få en känsla för helheten. Därefter delades texten in i meningsenheter, fraser eller stycken som innehöll information som var relevant för syftet med vår studie. Omgivande text togs med så att sammanhanget kvarstod. Textenheterna kondenserades i syfte att korta ned texten men ändå behålla kärnan. De kondenserade textenheterna kodades med siffror som hänvisade till intervjuerna, vilket gjorde det lättare att identifiera dess ursprung. Liknande textenheter sammanfördes med varandra, dessa grupperades i ett flertal kategorier som återspeglade det centrala budskapet i intervjuerna. Kategoriseringen skedde i flera steg, med små steg åt gången, för att slutligen komma till några större kategorier. Kategorinamnen var beskrivande och riktade till syftet, samt gav en bra bild av vad textenheterna handlade om. Efter kategoriseringen identifierades ett tema som speglade det latent innehåll. Resultatet skrevs

in som brödtext under kategorinamnen. Citat användes för att styrka brödtexten och göra det lättare för läsaren att förstå innebörden av resultatet. Under analysarbetets gång gick vi kontinuerligt fram och tillbaka mellan de olika stegen, för att försäkra oss om att innehållet uppfattats rätt (jmf. Downe-Wamboldt, 1992).

## **Procedur**

Vi började med att få godkänt av verksamhetschefen att genomföra studien via ett skriftligt samtycke (Bilaga 4). Därefter gick vidare med att få godkännande av patienten att kontakta dennes närstående angående förfrågan om deltagande i studien. Information lämnades till patienten angående studiens syfte. Vi informerade även våra kollegor om studien, för att de i sin tur skulle kunna ta kontakt med närstående och lämna skriftlig information (Informationsbrev, se Bilaga 1) om studien. Om närstående efter den skriftliga informationen var intresserad av att delta, lämnades muntlig information av författarna. Informationen beskrev syftet med forskningen, hur intervjuerna skulle genomföras, att valet att delta eller inte delta på inget sätt skulle påverka det bemötande de fick från vårdpersonal, deras anhörigas vård och till vem de skulle vända sig om de har frågor. Viktig information var att ett deltagande i studien var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta ett eventuellt deltagande. Om de önskade delta skrev de på en bifogad svarstalong (Bilaga 3) vilket innebar att de intygade att de läst informationsbrevet och önskade delta i studien. Tid och plats för intervjun bokades gemensamt per telefon. För att få variation i materialet försökte vi få deltagare med varierande kön, ålder och närstående relation. Målet var att få till stånd 8-10 stycken intervjuer som beräknades ta cirka 30-60 minuter.

## **Etiska överväganden**

Vi som sjuksköterskor visste att de vi intervjuade var närstående till patienter på avdelningen. Vi var väl medvetna om att det fanns en risk att resultatet kunde bli mindre trovärdigt, då vi som intervjuade de närstående även var sjuksköterskor på avdelningen och det fanns risk för att de närstående inte skulle svara uppriktigt på frågorna. För att undvika icke uppriktiga svar intervjuades närstående som haft sin sjuka anhörige ineliggande på motsatt vårdlag i förhållande till där vi som intervjuade jobbar. Efter intervjuerna kunde det konstateras att den som intervjuade aldrig tidigare samspråkade med deltagaren. Vi valde att utföra intervjuerna efter patientens utskrivning från avdelningen, för att den närstående skulle känna sig mer bekväm i att svara uppriktigt på frågorna. Den närstående behövde inte heller fundera över om

deras svar skulle påverka vården för den enskilda patienten. De inspelade intervjuerna och pappersutskriften förvarades i ett låst skåp och förstördes efter att studien publicerats. Innehållet i utskriften kunde inte härledas till någon person, då personlig data skrevs ut med X.

Vi var medvetna om att en intervju kunde kännas obehaglig, den närstående kunde vara nervös och rädd samt känna en oro över att ha varit alltför öppen. Vi erbjöd därför tid för reflektion efter intervjun. Vi antog dock att de närstående skulle finna det trevligt och givande att få dela med sig av sina upplevelser och att de även skulle känna sig som viktiga deltagare i utvecklingen av vården på avdelningen.

## Resultat

Analysen resulterade i tre slutkategorier (tabell 2) och ett tema som beskriver innehållet i anhörigas upplevelser av bemötande. Resultatet beskrivs i löpande text med stöd av citat från intervjuerna.

Tabell 2 Översikt av slutkategorier (n =3) och tema (n=1)

Slutkategori	Tema
Personalen upplevs både tillmötesgående och avvisande	Mötas med välvilja eller känna sig förbisedd
Viktigt att veta vad som händer men ibland svårt att få information	
Att få komma till tals skapar förutsättning för delaktighet	

### *Personalen upplevs både tillmötesgående och avvisande*

Närstående upplevde personalen som vänliga, trevliga, sympatiska, empatiska och ödmjuka. De upplevde ett bra möte då personalen var positiva, glada och framåt samt när personalen skojade, skämtade och skrattade. De tyckte att personalen lyssnade på dem och visade på så vis också respekt. De kände att de blev tagna på allvar och att personalen tog till sig det de sade, samt att personalen visade hänsyn och förståelse. Den manliga personalen upplevdes som mer tillmötesgående och omhändertagande. Personalen tog tillvara på närståendes åsikter

och kunskaper och uppfattades som professionella och kunniga. De tyckte att det var positivt när personalen kom in på patientrummet och hälsade. De uppfattade personalen som engagerade och de kände stöd av personalen. De upplevde att de hade blivit erbjudna möjlighet att träffa kurator om de så önskade. Personalen brydde sig om dem, de tog sig tid med dem och de fick vetskap om att det var viktigt att även tänka på sig själva;

*”...de har ju faktiskt frågat att ”hur mår du då?”, och så där. Och liksom tagit upp sådana här saker själv. Och det är ju faktiskt ett jätteplus, att man känner som anhörig att det är ju faktiskt..., att de faktiskt bryr sig om mig också som individ”.*

Närstående upplevde att personalen ansåg att de hade rätt att få information och att personalen även tog på sig brister i informationen. De upplevde positiva möten då personalen tog det lugnt, inte var tillgjorda, inte uppträdde som robotar och inte satte sig på ”höga hästar”. Det var även positivt då personalen såg mötet som en normal situation och inte som något märkvärdigt. Det kändes bra när personalen uppträdde enkelt, talade samma språk och inte uppfattades som slentrianmässiga.

Närstående upplevde att jourläkaren inte lyssnade på dem, litade på dem eller tog dem på allvar. De upplevde även att övrig personal struntade i deras oro och att de ibland kände sig ifrågasatta;

*”...då ringde han en natt från telefonen där på avdelningen. Och han ringde och ringde och ringde, och till slut så ringde jag till avdelningen och då var klockan kvart över fem på morgonen. Och så svarade det då en tjej, och så sade jag vem jag var, och så säger hon så här åt mig va att ”vet du vad klockan är”? Jo sade jag att det vet jag, den är kvart över fem. -JA, OCH (svarar personal), typ ”vad vill du då”? Och då sade jag så här åt henne att ”vet du var X är”? -Ja han ligger väl och sover...Nä, sade jag ”det gör han inte, utan han har suttit vid telefonen i flera timmar”.*

De kände att personalen inte trodde på deras berättelse, att berättelsen var påhittad samt att de fick känslan av att de brydde sig för mycket i vården. De upplevde att personalen blev irriterad på dem då de ställde frågor, att de kände sig till besvär och att personalen ibland var förbannad på dem. De kände det viktigt att bli tillfrågade hur de själva mädde, de önskade att personalen brydde sig mer om dem samt att de kände det viktigt att få prata av sig med någon professionell. De upplevde att personalen inte alltid hade tid att stanna och prata med dem och

att de ibland fick vänta på hjälp. Personalen tycktes vara upptagna inne på expeditionen och det var ibland svårt att bli utsläppt från avdelningen. När de fick vänta länge på läkarkontakt kändes det uselt och det tärde på dem. Det hände att de kände sig som luft i mötet med personalen och att personalen inte alltid hälsade på dem. De kunde även känna sig avvisade. De upplevde att personalen inte hade social kompetens och att personalen ibland uttryckte sig på ett klumpigt sätt. Personalen uppfattades som slöa, trötta, hjärntvättade av sitt yrke och som ”nötter” i behov av vidareutbildning. Personalen behövde även stanna upp, reflektera och tänka efter. Kvinnlig personal upplevdes som mer strikta och arbetsskadade.

*Viktigt att veta vad som händer men ibland svårt att få information*

Närstående upplevde att de fick för lite information om planering, medicinering och fortsatt behandling för patienten. De ansåg den informationen som väldigt viktig. Några tyckte att de fått information om det de ville veta samt att informationen kändes konkret och korrekt. De fick bland annat information om medicinering, planerad behandling, permissionsplanering och boendeplanering. De hade fått information om patientens sjukdomstillstånd och hur de skulle hantera det, likväl kände de att de ville ha mer information om förhållningssätt;

*”Sen har du en annan bit om du nu säger att det blir...får permission och får komma hem för att träna i hemmiljön. Det är ju ingen som säger någonting om vad du ska tänka på nu som närstående. Det kan man ju tycka att, var bara dig själv men, jo, men det kanske inte är så lätt. Patienten kanske behöver något speciellt just då. Exempelvis tänk på att inte hitta på för mycket nu eller, gör gärna en aktivitet tillsammans eller, tänk på det här. Den informationen fick jag inte med mig riktigt, tycker jag, när vi for hem”.*

De upplevde det viktigt att få information om sjukdomstillståndet och om pågående vård eftersom det gav mer förståelse. De uppfattade information som positivt trots egna förkunskaper. De kände att de ville ha daglig, schemalagd information och gärna specifik information om behandling för att slippa fundera. De uppfattade informationen per telefon som ganska allmän och inte speciellt specifik. Om personalen tog kontakt kändes informationen bra men mer formell. De närstående ville gärna ha svar på en fråga direkt och kunna lita på informationen för att slippa gå och fundera. De upplevde att de hade fått information från patienten istället för från personalen, men det kändes viktigt att få information från personalen istället för från patienten. De kände sig informerade även om de fått information från andra närstående, men de kunde känna sig oinformerade om

informationen inte gått fram. De fick ofta fråga själva för att få information. De upplevde det viktigt men svårt att få tala med rätt person i vårdlagen som visste något om patientens mående och behandling. Närstående upplevde att personalen var dålig på att presentera sig i avdelningstelefonen och ibland upplevde de att de talade med en vårdtagare. De önskade att det fanns någon som var mer professionell som tog emot inkommande samtal. De blev upprörda när personalen talade i generella termer och använde ordet ”man” istället för att uttrycka sig konkret. De kände att de inte fick information vid skiftbyten och att de var tvungna att jaga läkaren för att få information. De upplevde att personalen inte kunde informera tillräckligt eller svara på frågor då information inte gått fram från läkaren, dock upplevdes sjuksköterskan vara den som kunde ge mest information av omvårdnadspersonalen.

Närstående upplevde bristande information om förfarandet vid jourbesök då de inte förstod varför läkaren ville tala enskilt med patienten. De kände sig trygga när de fick information om avdelningens struktur i samband med inläggning, genom en folder där bland annat telefonnummer till avdelningen framgick. De upplevde även en brist i informationen angående hur de skulle få kontakt med sin sjuka närstående på avdelningen via telefon. De kände sig besvärade då de var tvungna att fråga om personalen kunde hämta patienten till telefonen. De kände det viktigt att någon personal tog emot dem när de kom på planerade besök till avdelningen samt att de kände sig välkomna och uppskattade. De upplevde det viktigt att personalen hälsade, tog reda på vem de var och varför de var där. Samtidigt fanns det de som upplevde personalen som dörrvakter och de fick känslan av att vara kriminella på grund av att de kände sig ifrågasatta. Vid besök ville de att personalen skulle visa dem var deras sjuka närstående befann sig.

#### *Att få komma till tals skapar förutsättning för delaktighet*

Närstående kände sig delaktiga vid olika sammankomster på avdelningen i form av vårdplaneringar, utskrivningssamtal, samtal med läkare och planerade möten. De önskade ett möte initialt för att diskutera vårdplan och medicinering. De upplevde sig delaktiga när de tog egna initiativ och när de fick möjlighet att vara med och planera permissioner samt när de fick framföra vad de ansåg vara bäst för patienten. De kände sig även delaktiga när de kunde framföra om de ansåg att något var gallet. De kände sig delaktiga när de fick förklara för läkaren hur patienten fungerade och när de fick upplysa personalen om patientens beteende samt normal tillstånd;

*”Om man då inte är med i processen..., så mycket som man kan vara så..., då är det väldigt svårt. Dessutom så är jag övertygad om att man missar väsentlig information. Allting står inte i journalerna. Sen naturligtvis ser ni ju patienten, ni kan ju vara duktig på att bedöma hur patienten mår men ni vet inte hur de såg ut då de var friska”.*

Närstående upplevde deras delaktighet som nödvändig och önskade bli inkopplade så fort som möjligt. De upplevde det positivt när personalen tog kontakt. De kände sig inte delaktiga då de inte blev tillfrågade om deras kunskaper, åsikter och hur de kunde hjälpa och stötta vid utskrivning. De kände sig även utanför och upplevde att de var för lite med i processen och att de inte fick komma till tals. De upplevde avsaknad av kontakt med personalen. Personalen tog inte kontakt med dem så länge de inte själva begärde det. De uppfattade att det inte var meningen att de skulle vara delaktiga då personalen aldrig hörde av sig. Närstående kunde känna att de gick bakom ryggen på patienten då de var delaktiga samt att de upplevde det som ett hinder att framföra negativa aspekter om patienten i dennes närvaro. De upplevde det viktigt att personalen inte jobbade över huvudet på dem. De kände det svårt att framföra sina åsikter men kunde ändå känna sig delaktiga trots ”Fort Knox” känsla. Närstående upplevde sig mer delaktiga då sekretessen hävdades och då de fick ta del av patientjournalen, de såg sekretesslagen som ett hinder för delaktighet. De kände att de ibland inte hade egna kunskaper för att kunna vara delaktiga i läkemedelsbehandlingen, de kände även att de inte alltid behövde vara språkrör för patienten. Närstående kände det lönlöst att prata med läkaren då de upplevde att de inte kunde påverka läkarbeslut.

## **Tema**

### *Mötas med välvilja eller känna sig förbisedd*

De tre kategorierna tolkades till ett tema som beskriver kärnan av de närståendes upplevelser. Det verkade finnas en dubbelhet i deras upplevelser där de å den ena sidan uppfattade en välvilja och positivt bemötande från personalen och å den andra sidan en avvisande hållning. En dubbelhet som bidrog till att de kände sig osäkra och upplevde vården som otydlig. Otydligheten förstärktes av att de ofta upplevde att personalen inte var intresserade av att lyssna på deras tankar och erfarenheter och att de inte kunde vara delaktiga i vården. En annan del av otydligheten var bristande information om hur vården planerades och genomfördes vilket ytterligare bidrog till en upplevelse av osäkerhet. De ville bli bekräftade som betydelsefulla medmänniskor och vara en aktiv resurs i vården.

## Diskussion

Närståendes upplevelser av bemötande från vårdpersonalen på en akutpsykiatrisk vårdavdelning tolkades i ett övergripande tema: Mötas med välvilja eller känna sig förbisedd. Temat utgjorde en tolkning av tre kategorier av innehåll.

Resultatet visade att närstående upplevde personalen som trevliga, empatiska, glada, skämtsamma, lugna, engagerade och professionella. I en studie av Schröder, Wilde-Larsson och Ahlström (2007) anser närstående att personalen ska vara kunniga i sitt yrke och besitta vissa personliga egenskaper såsom självkännedom, empati, lugn, glädje, lyhördhet, engagemang och humor. Enligt Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi och Morosini (2002) är närstående nöjda med personalens snällhet, hjälpsamhet och tillgänglighet. I resultatet framgick det att de närstående tyckte att personalen ibland lyssnade på dem och visade på så vis också respekt. De kände att de blev tagna på allvar och att personalen tog till sig det de sade, samt att personalen visade hänsyn och förståelse. Närstående upplever att vårdpersonalen oftast inte lyssnar på dem, men då de lyssnar känner de sig bekräftade (Gavois, Paulsson & Fridlund, 2006). Närstående vill känna sig respekterade, de vill få tid till samtal, bli tagna på allvar (Schröder et al., 2007) samt bli lyssnade på (Schröder et al., 2007; Lakeman, 2008a). Resultatet visade att närstående upplevde att personalen gav dem stöd, att de brydde sig om dem, att de tog sig tid med dem samt att närstående blivit erbjudna möjlighet att träffa kurator. Samtidigt önskade närstående att personalen brydde sig om dem mer, att de kände det viktigt att få prata av sig med någon professionell och bli tillfrågade hur de själva mår. I en studie av Goodwin och Happell (2007a) upplever närstående stort stöd när personalen är tillgängliga för dem. I Sjöblom, Pejler och Asplunds (2005) studie beskriver sjuksköterskor att närstående är i stort behov av stöd och information, då de närstående spenderar långa perioder i svåra situationer utan någon att dela sina problem med. Enligt Cleary, Freeman och Walter (2006) kan förbättrat stöd till närstående ha positiva effekter på deras välmående likväl som det kan reducera deras frustration. Resultatet visade även att den manliga personalen upplevdes som mer tillmötesgående och omhändertagande, medan kvinnlig personal upplevdes som mer strikta och arbetsskadade. Även Rask och Levander (2002) har i deras studie kommit fram till skillnader mellan manliga och kvinnliga sjuksköterskor. Manliga sjuksköterskor anser att sjuksköterskan, patienten och närstående tillsammans ska formulera patientens problem i betydligt högre grad än kvinnliga sjuksköterskor.



Resultatet visade att närstående upplevde positiva möten då personalen inte var tillgjorda och inte satte sig på ”höga hästar”. Närstående tyckte det kändes bra när mötet sågs som en normal situation, när personalen uppträdde enkelt och inte uppfattades som slentrianmässiga. Ibland kände sig närstående som luft i mötet med personalen och att personalen inte alltid hälsade på dem. I en studie av Goodwin och Happell (2007a) beskriver närstående personalen som högdragna och empatilösa, vilket gör att de inte känner sig respekterade samt att de känner sig utanför vårdprocessen. I Gavois et al. (2006) studie upplever närstående att personalen behandlar dem som luft och inte bryr sig om vad de har att säga, men när vårdpersonal är avslappnade skapas en förtroendefull atmosfär vilket gör kommunikation möjlig. Enligt Schröder et al. (2007) beskriver närstående att det är viktigt att vårdpersonalen bekräftar dem, då de känner sig otroligt sårbara i och med att deras familjemedlem är sjuk.

I resultatet framgick att närstående upplevde att de fick för lite information om behandling. Närstående blev upprörda när personalen talade i generella termer och använde ordet ”man” istället för att uttrycka sig konkret. De ville även kunna lita på informationen för att slippa gå och fundera. Enligt Goodwin och Happell (2007b) upplever närstående att det är svårt att få information samt att de upplever informationen som inkonsekvent, oklar och förvirrande. I en studie av Gigantesco et al. (2002) framkom att närstående är mest missnöjda med information om behandling. I en studie av Sjöblom et al. (2008) upplever närstående att de inte alltid kan lita på informationen de får från vårdpersonalen. Resultatet visade att närstående fått information om patientens sjukdomstillstånd och hur de skulle hantera det. De ville även ha mer information om förhållningssätt gentemot patienten samt upplevde det viktigt att få information om sjukdomstillståndet och om pågående vård eftersom det gav mer förståelse. I en studie av Schröder et al. (2007) framkom att närstående anser att de inte själva ska behöva ta reda på information om psykisk sjukdom utan det ska vårdpersonalen stå för. Kunskap gör att de närstående kan bemöta den sjuke individen bättre och att de lättare kan sätta sig in i den sjukes perspektiv. Med kunskap kan de även i större utsträckning bidra med stöd, avlastning och hjälp. I en studie av Pollock, Grime, Baker och Mantala (2004) uttrycker närstående osäkerhet gällande diagnos och vad sjukdomen innebär. I resultatet framkom att närstående kände sig informerade även om de fått information från andra närstående, men de kunde känna sig oinformerade om informationen inte gått fram. I studien av Sjöblom et al. (2008) önskar närstående att information lämnas till alla familjemedlemmar samtidigt eftersom patientens vistelse på sjukhus påverkar hela familjen. I resultatet visade det sig att närstående upplevde det viktigt men svårt att få tala med rätt person i vårdlagen som visste något om

patientens mående och behandling. I en studie av Gavois et al. (2006) vill närstående få information om vem de ska fråga efter när de ringer till avdelningen.

I resultatet framgick att närstående kände sig trygga när de fick information om avdelningens struktur i samband med inläggning, genom en folder där bland annat telefonnummer till avdelningen framgick. De ville även känna sig välkomna och uppskattade vid besök. Enligt Schröder et al. (2007) vill närstående att den psykiatriska vården ska vara lättillgänglig. Med hjälp av ett telefonsamtal vill de kunna komma i kontakt med en personal som kan hjälpa dem med ett problem, vilket skulle kännas som en stor trygghet. De vill också känna sig välkomna och värdiga när de kommer i kontakt med den psykiatriska vården. I resultatet framgick det att närstående upplevde personalen som dörrvakter och de fick känslan av att vara kriminella på grund av att de kände sig ifrågasatta. Sjöblom et al. (2004) visar i deras studie att närstående ibland känner sig förhörda, som om de är kriminella och det gör att de fylls med känslor av skuld.

Resultatet visade att närstående kände sig delaktiga då de tog egna initiativ, samt att personalen inte tog kontakt med dem så länge de inte själva begärde det. De kände sig även delaktiga när de fick framföra vad de ansåg vara bäst för sin sjuka närstående och när de fick upplysa personalen om patientens beteende samt normaltillstånd. Enligt Sjöblom et al. (2008) är telefonkontakt med närstående vanligast och det är oftast närstående som tar initiativ till kontakten. I en studie av Lakeman (2008a) upplever sig närstående inte delaktiga så länge de inte själva tar initiativ till det. De upplever även att det är dålig kommunikation mellan vårdpersonal och närstående under sjukhusvistelsen. De uttrycker frustration över att ingen tar till vara det de säger när de upprepade gånger ringer och informerar om hur de uppfattar patientens mående under vårddagen. Gavois et al. (2006) visar i deras studie att närstående känner ett behov av att bli uppmärksammade för att kunna hjälpa sjukvårdspersonalen att bedöma situationen. Enligt Schröder et al. (2007) vill närstående ses som en resurs till patienten, då de har god kännedom om patientens historia och om hur patientens vård kan utformas för att möta patientens behov. Resultatet visade att närstående önskade ett möte initialt för att diskutera vårdplan och medicinering. Enligt Gavois et al. (2006) upplever närstående att information i ett tidigt skede är nödvändigt för att de ska förstå situationen. Närstående ser tidig information som ett viktigt stöd och då de inte får tidig information känner närstående sig förvirrade och oinformerade över vad som händer med patienten. I resultatet kände sig närstående utanför och upplevde att de var för lite med i processen och att

de inte fick komma till tals. Närstående uttrycker svårigheter att få komma till tals (Pollock et al., 2004) och att vara delaktiga i diskussioner och beslut gällande behandling (Pollock et al., 2004; Gigantesco et al., 2002). Enligt Wynaden och Orb (2005) gör bristen på samarbete att närstående känner sig maktlösa och att de inte vet om de handlar rätt. Då närstående utesluts från vården känner de sig isolerade och ensamma. I resultatet framgick det att närstående kände det lönlöst att prata med läkaren då de upplevde att de inte kunde påverka läkarbeslut. I studien av Lakeman (2008a) upplever närstående att läkaren inte är villig att prata med dem och rådfråga dem och att läkaren kan fatta beslut som närstående uppfattar som felaktiga.

Studien av Lakeman (2008b) visar att närståendes tillfredsställelse med delaktighet i vården har starka samband med uppfattningen om de blir konsulterade, om personal är intresserade av vad de har att säga, att de får detaljerad information om sjukdomen och om de får svar på sina frågor. Cleary et al. (2006) menar att genom att förbättra kommunikationen mellan personal och närstående gör att det blir lättare att hantera situationen som närstående och gör rollen mer tillfredsställande. Kommunikationen reducerar även känslan av frustration, hjälplöshet, isolering och förbittring. I vårdpersonalens strävan att göra närstående mer delaktiga är det viktigt att ta hänsyn till vad närstående vill få ut av samarbetet och att inte ännu mer ansvar läggs på närstående, då de redan är tungt belastade.

I resultatet framgick det att närstående upplevde sig mer delaktiga då sekretessen hävdes och då de fick ta del av patientjournalen, de såg sekretesslagen som ett hinder för delaktighet. Närstående uppfattar sekretessen som en källa till frustration och kan även uppfatta den förvirrande. Sekretessen upplevs vara en ursäkt för personalen att inte göra närstående delaktiga i vården. Närstående uppfattar ofta att personalen gömmer sig bakom sekretesslagen (Cleary et al., 2006; Goodwin & Happell, 2007b) för att undvika att kommunicera med närstående (Goodwin & Happell, 2007b) och för att de inte ska få vara med i behandlingsplaneringen, vilket gör att närstående känner sig försvagade och undervärderade. Risken för att ta emot klagomål gör att personal tvekar till att kommunicera med närstående överhuvudtaget. En fråga som personalen bör ställa sig själva är; Har du patientens tillåtelse att kontakta närstående? (Cleary et al., 2006). Sekretessen påverkar närståendes roll på grund av att personalen exkluderar dem, inte är samarbetsvilliga och inte vill förmedla information till dem. Närstående är särskilt oroade över att de inte får information om patienternas sjukdom och hur de kan hjälpa dem bättre. Sekretessen påverkar närståendes upplevelse av välbefinnande på grund av att personalen inte kan särskilja på vilken information de får lämna

ut och inte. Vid oklara fall väljer personalen att hålla inne med informationen (Wynaden & Orb, 2005).

Patienten uppfattar att den närstående inte skulle få enskild tid med personalen, om patienten inte ger sitt godkännande till det (Rapaport et al., 2006). Då patienten ger sin tillåtelse till att information förs vidare känner de sig sårbara och de har lite kontroll över vad som händer med informationen. Fördelen med att ha sekretess är att det ger dem god personlig integritet. De är rädda att bli stigmatiserade och att de inte ska bli respekterade som individer om den personliga integriteten kränks. Patienterna ser sekretessen som en livlina som gör att det blir lättare för dem att öppna sig, då de känner att informationen stannar mellan fyra ögon.

Patienterna tycker att inget rättfärdigar att sekretessen bryts, utan det är en fråga om lojalitet, professionalitet och yrkesetik. Patienterna upplever däremot att sekretessen kan brytas då det föreligger stora risker i form av suicid eller risker att skada andra (Evans, 2007).

Sjuksköterskorna upplever att de kan vara lagligt förhindrade att kontakta närstående om inte patienten godkänner det. Problem kan uppstå när sjuksköterskan enligt lag inte får lämna ut information men samtidigt vill de inte heller ge närstående ett dåligt bemötande. Att bedöma hur mycket information de ska delge anhöriga är svårt även när patienten ger samtycke till att information får lämnas ut (Sjöblom et al., 2004).

Vårdpersonal identifierar organisatoriska hinder för bemötandet av närstående. Allt kortare vårdtider, underbemanning och resursbrist gör att endast den akuta vården för patienten hinns med och att närstående inte ingår i detta. Vårdpersonal beskriver även att arbetet med närstående inte uppskattas eller värderas särskilt högt i organisationen. Det finns få möjligheter att utbilda sig inom området och vårdmiljön begränsar möjligheterna i form av att det är brist på lokaler att träffa de närstående i. Tidsbrist gör också att närstående sällan involveras förutom då de närstående själva strävar efter att få kontakt med vårdpersonalen (Rose et al., 2004). Närstående upplever att arbetsbelastningen för personalen är mycket hög, vilket försvårar möjligheten till samarbete (Goodwin & Happell, 2007b) och att förtroende mellan vårdpersonal och närstående är viktigt för att uppnå en god relation (Goodwin & Happell, 2007a). Sjuksköterskorna upplever att synen på närstående förändrats och att man nu ser närstående som en resurs, men att det finns mycket mer att göra inom området (Sjöblom et al., 2004).

## **Metoddiskussion**

Vi ser både styrkor och svagheter i vår studie när det gäller trovärdighet, en svaghet kan vara urvalet av deltagare. Det fanns begränsad möjlighet till variation i urvalet, då studien i sina förutsättningar var begränsad till en avdelning och det fanns få närstående att tillfråga om deltagande. Trovärdigheten ökar när det finns variation hos deltagarna när det gäller erfarenhet, ålder och kön för att få olika aspekter på forskningsfrågan (Graneheim & Lundman, 2003). Risken med få deltagare kan vara att de data som studien bygger på endast reflekterar deltagarnas personbundna upplevelser i det specifika sammanhanget och inte upplevelserna av anhöriga generellt. Dock ser vi att resultatet överensstämmer med tidigare forskning inom området, vilket också framgår av resultatdiskussionen. Polit och Beck (2008, s. 539) menar att pålitligheten i data ökar om resultatet överensstämmer med studier i liknande kontexter.

Det kan ses som ett problem att genomföra en intervjustudie på en avdelning där vi själva arbetar som sjuksköterskor, då det är förenat med en risk att deltagarna inte vågar vara ärliga i sina svar på grund av de dubbla rollerna som forskare och personal. Vi försökte minimera den risken genom att intervjua närstående som vi inte själva hade haft kontakt med under patientens vårdtid. Vi intervjuade närstående till patienter i motsatt vårdlag i förhållande till där vi som sjuksköterskor är verksamma. Vid tiden för intervjun var patienten utskriven från avdelningen för att minimera risken för närstående att tro att intervjun på något sätt skulle påverka vården för patienten eller närståendes bemötande från personalen. Vi upplevde att de närstående hade ett stort behov av att få prata eftersom de under intervjuerna lätt tappade fokus på intervjuområdena. De ville bland annat diskutera diagnos, hemförhållanden och vårdmiljön. Ett sätt att undvika detta hade varit att träffa närstående vid två tillfällen. Först för att prata generellt och sedan för att genomföra intervjun. Enligt Polit och Beck (2008, s. 539) ökar möjligheten till trovärdighet och överförbarhet till andra sammanhang om författarna väl beskrivit omständigheterna för studien. Vi anser att då kontext och tillvägagångssätt finns väl beskrivet bör överförbarheten vara god och trovärdigheten öka.

Vi valde att använda en kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Downe-Wamboldt med både manifest och latent ansats. Kvalitativ innehållsanalys är en metod för att organisera och samordna kvalitativ information såsom innehållet från berättande data (Polit & Beck, 2008, s.517, 750; Burnard, 1991). Målet med innehållsanalysen är att öka kvalitén på resultatet (Downe-Wamboldt, 1992). Analysmetoden finns väl beskriven i studiens metoddel och vi har

följt de olika stegen i analysen noggrant för att säkerställa att deltagarnas upplevelser framgår i resultatet vilket enligt Polit och Beck (2008, s. 539) ökar studiens trovärdighet. Enligt Polit och Beck (2008, s. 539) ökar tillförlitligheten för studien då två forskare analyserar och tolkar samma data. Detta reducerar även risken för feltolkningar. Då vi deltagit i seminarier och handledning tillsammans med kurskamrater och handledare har metod delen diskuterats vilket ytterligare har ökat tillförlitligheten.

## Slutsats

Närstående till patienter med psykisk sjukdom befinner sig i en svår situation där stöd från bland annat vårdpersonal är väldigt viktigt. Närstående vill bli bemötta med respekt och värdighet samt att deras åsikter och kunskaper tas tillvara. Närstående vill ofta vara delaktig i vården, men detta är inte helt enkelt delvis beroende på lagstiftning gällande sekretess och brister i kommunikation mellan vårdpersonal och närstående. Närstående vill veta vad som händer under vårdtiden men kan ha problem att få tillräckligt med information. Det verkar som att närstående önskar en tydligare struktur på organisationen, för att känna sig mindre osäkra.

## Implikationer för omvårdnad

För att tydliggöra avdelningens struktur kan ett informationsblad utarbetas där det finns angivet avdelningens uppbyggnad, arbetssätt, fasta tider och telefonnummer. Där kan även information om sekretesslagen presenteras, då den verkar skapa osäkerhet och missförstånd. Avdelningen är på gång att omstruktureras då det gäller inkommande samtal. En administratör kommer att ta emot alla telefonsamtal och fördela dem till respektive vårdlag, för att underlätta informationsflödet och förbättra mottagandet. Riktlinjer kan utvecklas för hur kontakten med närstående skall se ut vad gäller information och delaktighet. Närstående kan även i större utsträckning erbjudas samtalskontakt med kurator eller vårdpersonal för att få möjlighet att ventiler sina känslor och tankar.

## Referenser

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Cleary, M., Freeman, A., & Walter, G. (2006). Carer participation in mental health service delivery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 189–194.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

Eggenberger, S.K., & Nelms, T.P. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1618–1628.

Evans, T. (2007). Confidentiality in Mental Health Services: A Negotiated Order? *Qualitative Social Work*, 6, 213-229.

Gavois, H., Paulsson, G., & Fridlund, B. (2006). Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 102-109.

Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A., & Morosini, P. (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *European Psychiatry*, 17, 139-147.

Goodwin, V., & Happell, B. (2007a). Consumer and carer participation in mental health care: the carer's perspective: part 1 – the importance of respect and collaboration. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 607–623.

Goodwin, V., & Happell, B. (2007b). Consumer and carer participation in mental health care: the carer's perspective: part 2—barriers to effective and genuine participation. *Issues in Mental Health Nursing*, 28:625–638.

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

Knutsson-Medin, L., Edlund, B., & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grown up children of mentally ill patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 744-752.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lakeman, R. (2008a). Family and carer participation in mental health care: perspectives of consumers and cares in hospital and home settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 203-211.

- Lakeman, R. (2008b). Practice standards to improve the quality of family and carer participation in adult mental health care: An overview and evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 44-56.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollock, K., Grime, J., Baker, E., & Mantala, K. (2004). Meeting the information needs of psychiatric inpatients: Staff and patient perspectives. *Journal of Mental Health*, 13(4), 389-401.
- Rapaport, J., Bellringer, S., Pinfold, V., & Huxley, P. (2006). Carers and confidentiality in mental health care: considering the role of the carer's assessment: a study of service users', carers' and practitioners' views. *Health and Social Care in the Community*, 14(4), 357-365.
- Rask, M., & Levander, S. (2002). Nursing satisfaction with nursing care and work in Swedish forensic psychiatric units. *Journal of Mental Health*, 11(5), 545-556.
- Rose, L-E., Mallinson, K., & Walton-Moss, B. (2004). Barriers to family care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarshi*, 36(1), 39-47.
- Schröder, A., Wilde-Larsson, B., & Ahlström, G. (2007). Next of kin's conceptions of the quality of care in the psychiatric setting: A phenomenographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 307-317.
- Sjöblom, L-M., Pejler, A., & Asplund, K. (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 562-569.
- Sjöblom, L-M., Wiberg, L., Pejler, A., & Asplund, K. (2008). How family members of a person suffering from mental illness experience psychiatric care. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 13(3), 1-13.
- SoS, 2002. Finns kvar och ställer upp- Hur anhöriga kan bidra till återhämtning från allvarlig psykisk störning, ur de återhämtades och de anhörigas perspektiv. Socialstyrelsen: Stockholm.
- SOU 1995:159.
- Wynaden, D., & Orb, A. (2005). Impact of patient confidentiality on carers of people who have a mental disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 166-171.
- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 142-150.
- Östman, M. (2004). Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 608-613.



Östman, M., Hansson, L., & Andersson, K. (2000). Family burden, participation in care and mental health- an 11-year comparison of the situation of relatives to compulsorily and voluntarily admitted patients. *International Journal of Social Psychiatry, 46*(3), 191-200.

Östman, M., Wallsten, T., & Kjellin, L. (2005). Family burden and relative's participation in psychiatric care: Are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance? *International Journal of Social Psychiatry, 51*, 291-301.

**Förfrågan om att delta i en studie**

Att vara närstående till en person med psykiskt funktionshinder kan vara krävande och samtidigt är ni en viktig del i den psykiskt sjuke personens återhämtningsprocess. Bemötandet av närstående inom vården kan upplevas olika. I dagligt tal är bemötande ett uttryck för hur någon uppträder eller uppför sig mot någon annan person. Det är ett mellanmänniskt samspel som handlar om den inställning personer har till varandra och som bland annat visar sig i ord, gester och handlingar. Studien kommer att fokusera på bemötande, delaktighet i vården, samt behovet av information. För att vi inom vuxenpsykiatrien skall bli bättre på att bemöta närstående och kunna ta hänsyn till era behov behöver vi mera kunskap om era upplevelser. Syftet med studien är att beskriva närståendes upplevelser av bemötande från vårdpersonalen. Vi önskar med denna studie få bättre vetskap om hur ni närstående uppfattar bemötandet från vårdpersonalen på vår akutpsykiatriska avdelning, för att senare kunna utveckla vår verksamhet inom detta område. Vi som genomför studien är själva personal på den avdelning där er anhörige vistas och därigenom fått kännedom att ni är närstående. Innan vi skickar en förfrågan om deltagande till er har vi fått ett godkännande att ta kontakt från er anhörige.

Studien genomförs med intervjuer där ni får berätta om era upplevelser. Intervjun kommer att spelas in på ljudband, genomförs som ett öppet samtal och förväntas ta ca 30-60 min. Det är viktigt att ni vet att ert val att delta eller inte delta i studien på inget sätt påverkar personalens bemötande av er eller den vård som er anhörige får. Om ni beslutar att delta kan ni när som helst avbryta ert deltagande utan att behöva motivera det. I rapportering av intervjuerna kommer inga uppgifter att finnas med som gör att utomstående kan känna igen att det är ni som har deltagit.

Denna studie ingår som en del i vår utbildning till specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård vid Luleå Tekniska Universitet. Resultatet kommer att publiceras på Luleå Tekniska Universitets hemsida <http://epubl.ltu.se/>. Kontakta gärna oss eller handledare om du har frågor angående studien.

Med vänliga hälsningar  
Petter & Anna-Karin

.....  
Petter Broström  
Sunderby sjukhus  
Vuxenpsykiatrien avd 32  
97180 Luleå  
Tel: 0920-282032, 070-6767698  
E-post: petbro-8@student.ltu.se

.....  
Anna-Karin Aasa  
Sunderby sjukhus  
Vuxenpsykiatrien avd 32  
97180 Luleå  
Tel: 0920-282032, 070-2866838  
E-post: annaas-4@student.ltu.se

Handledare:  
Stefan Sävenstedt  
Luleå Tekniska universitet  
971 87 Luleå  
Tel: 0920-494000

## Bilaga 2 Frågeguide

- Bakgrundsfrågor: Relation, ålder och kön.
- Vad tycker du ingår i begreppet bemötande?
- Berätta om ett bra möte med vårdpersonal? Hur kände du då?
- Berätta om ett dåligt möte med vårdpersonal? Hur kände du då? Hur tycker du man skulle ha gjort istället?
- Hur tycker du personalen uppfattar dig som närstående? Åsikter, kunskap – tas detta tillvara?
- Hur tycker du att du blir bemött när du tar kontakt med personal på avd? När de tar kontakt med dig?
- Hur tycker du att du blir informerad av personalen? Behandling, planering, förlopp. Vem tar kontakt?
- Vad innebär delaktighet för dig? Hur uppfattar du din delaktighet i samspel med personalen?

## Bilaga 3

### Svarstalong för deltagande i studie

Undertecknad är intresserad och önskar delta i studien som berör närståendes upplevelse av bemötande från vårdpersonal på akutpsykiatrisk avdelning genom att bli intervjuad. Genom att anmäla mig så intygar jag också att jag tagit del av informationsbrevet som rör studien. Författarna tar kontakt med dig för att boka tid för intervju.

---

Ort och datum

---

Underskrift

---

Namnförtydligande

---

Telefonnummer

Svarstalong skickas per post till avdelningen, attesterad till någon av författarna.

Petter Broström  
Sunderby sjukhus  
Vuxenpsykiatri avd 32  
97180 Luleå  
Tel: 0920-282032, 070-6767698  
E-post: [petbro-8@student.ltu.se](mailto:petbro-8@student.ltu.se)

Anna-Karin Aasa  
Sunderby sjukhus  
Vuxenpsykiatri avd 32  
97180 Luleå  
Tel: 0920-282032, 070-2866838  
E-post: [annaas-4@student.ltu.se](mailto:annaas-4@student.ltu.se)

## Bilaga 4

### **Till verksamhetschef vuxenpsykiatri Sönderby sjukhus.**

Vi är två sjuksköterskor på avdelning 32 som läser en specialistutbildning vid Luleå tekniska universitet för att bli psykiatrisjuksköterskor. Vi önskar genomföra en intervjustudie med närstående till patienter på avdelning 32 som examensarbete. Examensarbete på D-nivå ingår i studierna. Vi behöver ditt skriftliga samtycke till att studien genomförs på avdelningen. Vi bifogar informationsbrevet som kommer att användas för att informera närstående. Vid eventuella frågor, kontakta någon av författarna. Telefonnummer finns i informationsbrevet.

Jag godkänner att denna studie genomförs på avdelningen.

---

Ort och datum

---

Underskrift

---

Namnförtydligande

Med vänlig hälsning

Petter Broström och Anna-Karin Aasa