

TRYGGHETEN I ATT BEMÖTAS SOM MÄNNISKA

Psykiatripatienters upplevelser av bemötande
inom hälso- och sjukvård på Åland

ÅOM 2022/55

Mariehamn 30.11.2022



OMBUDSMAN

Ålands ombudsmannamyndighet

Ålands ombudsmannamyndighet har till uppgift att främja och trygga jämställdhet, jämlikhet och förhindra diskriminering. Orsaker till diskriminering kan vara kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, funktionsnedsättning, ålder, etnisk tillhörighet, religion eller annan övertygelse. Barnombudsmannen bevakar de åländska barnens intressen och ska vara med och påverka beslut kring allt som rör barns och ungdomars liv på Åland. Myndigheten har vidare till uppgift att främja och trygga jämlikhet i frågor som gäller rättigheter för klienter i socialvården och patienter i hälso- och sjukvården. Myndighetens uppdrag omfattar även rådgivning vad gäller konsumenters rättigheter.

Utöver personlig rådgivning ska myndigheten bedriva förebyggande informationsarbete, ingå dialog med olika aktörer och intressenter samt ta fram olika underlag och oberoende rapporter med analyser och rekommendationer vad gäller de rättighetsområden som berörs av myndighetens uppdragsområde. Diskrimineringsombudsmannen är tillsynsmyndighet i landskapet för jämställdhets- och diskrimineringsfrågor inom landskapets behörighet enligt lagstiftningens föreskrifter.

Mer information finns på www.ombudsman.ax

Kontaktuppgifter:

Johanna Fogelström-Duns, diskriminerings- och barnombudsman, myndighetschef
johanna.fogelstrom@ombudsman.ax, tel. 018–25565

Britt Danielsson, vik. patient- och klientombudsman
britt.danielsson@ombudsman.ax, tel. 018–25267 (telefontid: måndag-fredag, kl. 9-11)

Benjamin Sidorov, patient- och klientombudsman (tjänstledig)

Tuomas Nymark, konsumentrådgivare
tuomas.nymark@ombudsman.ax, tel. 018–25589 (telefontid: tisdag-torsdag, kl. 9-11)

Adress: Elverksgatan 10, Mariehamn (Kvarteret iTiden). Kom ihåg att boka tid före besök.

Ombudsmannanämnden

Ålands landskapsregering tillsätter ombudsmannanämnden för en mandatperiod på två år. Nämnden består av medlemmar med särskild sakkunskap vars uppgift det är att bistå myndigheten vad gäller de frågor som faller inom ramen för arbetet för diskriminerings-, barn-, patient- och klientombudsmannen.

Medlemmar 2021–23: Leif Jansson, ordförande; Lotta Angergård, vice ordförande; övriga medlemmar: Erika Boman, Sofia Enholm, Ida Eriksson, Henrik Lagerberg, Dan Sundqvist; ersättare: Jonah Jürgen Bogle, Olimpia Cocan, samt Sofia Enros.

Rapportens skribent

Den här studien är genomförd av högskolepraktikant **Julia Danielsson** under perioden juni-september 2022.

Handledare: Benjamin Sidorov och Johanna Fogelström-Duns



ALLA KAN BLOMSTRA
I ETT BÄRKRAFTIGT SAMHÄLLE
PÅ FREDENS ÖAR



Sammanfattning

År 2021 fanns det, enligt Ålands hälso- och sjukvårds verksamhetsberättelse, 1528 patienter inom den offentliga hälso- och sjukvårdens psykiatri på Åland. Patienter inom psykiatrin lider som grupp i högre grad av för tidig dödlighet och sämre livskvalitet än den övriga befolkningen (Walker et al., 2015). Av den anledningen är det mycket viktigt att de kan få den vård som de behöver, utan onödiga hinder. Den aktuella studien ämnar därför att göra en kvalitativ djupdykning i hur några patienter inom psykiatrin på Åland har upplevt bemötandet och vården inom både psykisk och somatisk hälso- och sjukvård. För detta ändamål hördes sammanlagt 18 personer som antingen var eller hade varit patienter inom psykiatrin. Av dessa intervjuades hälften, medan övriga nio svarade på frågor om sina upplevelser i en öppen digital enkät.

Dessa erfarenheter sammanfattades i fyra teman genom reflexiv tematisk analys (Braun & Clarke, 2006; 2019). Det första temat: *”Någon måste ta hand om mig nu”*: Svårigheten i att kämpa för den vård man behöver som psykiskt sjuk, tar upp den sårbara och utsatta position som deltagarna anser att psykiatripatienter befinner sig i. Flera nämner hur viktigt det är att så mycket som möjligt av det praktiska gällande vården inte är patientens ansvar, utan sjukvårdens. Dessutom framhålls vikten av att bli tagen på allvar, då många upplevde det som svårt, men ofta nödvändigt, att själva kämpa för att bli tagen på allvar. Det andra temat: *Betoning av det positiva inom vården*, fokuserar på den tacksamhet som många av de deltagande känner antingen till vården som helhet, eller till specifika personer inom vården. Det tredje temat: *Vården har inte tid för mig*, sammanfattar flera av de deltagandes frustrationer med väntetider, samt med hur komplicerat de upplevt det vara att komma i kontakt med psykiatrin. I det här temat uttrycks också en önskan om högre kontinuitet bland vårdpersonalen, samt att personalen ska ha tid för patienten. Det sista och avslutande temat: *Tryggheten i att bemötas som människa*, genomsyras av en önskan om ett bemötande där patienten blir trodd och lyssnad till utan förutfattade meningar, så att patienten därigenom kan känna tillit till och trygghet i vården.

Sammanfattningsvis framkom flera olika typer av erfarenheter, både positiva och negativa, i studien. Gemensamt för majoriteten av alla erfarenheter var en önskan om att bli tagen på allvar och bli bemött med respekt, vilket flera av de som deltog i studien anser skulle underlättas med ökad kontinuitet inom personalen, samt med ökad möjlighet för flexibla och individuella lösningar.

Förord

Ett av ombudsmannamyndighetens uppdrag är att främja och trygga patientmedverkan och förtroendefulla patientrelationer samt patientens rätt till god service och gott bemötande inom hälso- och sjukvården. Till patientombudsmannen hör drygt tvåhundra ålänningar av sig varje år med olika frågeställningar kring sjukvården och ungefär en femtedel av kontakterna inkluderar missnöje vad gäller bemötande. Ett annat av myndighetens uppdrag är att främja och trygga den enskildes rätt till likabehandling och icke-diskriminering enligt gällande diskrimineringslagstiftning. Upplevelser av bemötande kan ses vara nära förknippade med upplevelser av diskriminering.

Som ett led för att kunna verka främjande och framåtsyftande behövs kunskapsunderlag om hur situationen ser ut på Åland. Att undersöka i vilken utsträckning diskriminering eller upplevelser av diskriminering förekommer på Åland är ett enormt studieområde. År 2020 gav Ålands ombudsmannamyndighet Ålands statistik- och utredningsbyrå (ÅSUB) i uppdrag att genomföra en studie av upplevd diskriminering i det åländska samhället som ett led i att få en uppdaterad lägesbild. Rapporten¹ konstaterar att var tredje ålänning har erfarenheter av upplevd diskriminering inom olika samhällsområden. Andelen som svarade att man upplevt diskriminering inom hälso- och sjukvård var 16%. Sammanlagt 576 personer deltog i studien.

För Ålands ombudsmannamyndighet är studier som ur ett brukarperspektiv tar reda på vilka erfarenheter och upplevelser som finns runt om i det åländska samhället av särskilt intresse. Specifikt vad gäller hälso- och sjukvård vet vi att det finns många parametrar som kan påverka vården och bemötande så som kön, ålder, etnicitet och funktionsnedsättning. Upplevd diskriminering inom hälso- och sjukvård har av myndigheten identifierats som ett viktigt område att undersöka. Det är ett stort studieområde och myndigheten har begränsade resurser att utföra sitt uppdrag.

Inom ramen för landskapsregeringens finansierade högskolepraktik, har Ålands ombudsmannamyndighet haft möjlighet att ge studerande Julia Danielsson i uppdrag att undersöka vuxna psykiatripatienters upplevelser av bemötande inom hälso- och sjukvården på Åland.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla er som har bidragit till studien genom att träffa Julia Danielsson för en intervju, samt ni som har tagit er tid att dela era erfarenheter genom att svara på vår enkät. Er bidrag är värdefullt. Vi vill även rikta ett stort och varmt tack till Julia Danielsson som har genomfört studien och författat rapporten.

Resultatet är en kvalitativ studie som inte gör anspråk på generella slutsatser, men den ger en fördjupad bild av några erfarenheter som patienter inom psykiatrin haft vad gäller bemötande vid hälso- och sjukvården på Åland. Studien visar att både positiva och negativa upplevelser förekommer och en rad förbättringsförslag framkommer i studiens avslutande kapitel. Det är vår förhoppning att dessa erfarenheter och förbättringsförslag kan bidra till verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården på Åland.

Ålands ombudsmannamyndighet, 30 november 2022

¹ www.asub.ax/sites/default/files/reports/diskrimineringsundersokning_2020_0.pdf

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
2. Metod	2
2.1 Deltagare	2
2.2 Etiska överväganden.....	4
2.3 Datainsamling.....	4
2.4 Dataanalys och reflexiv analys	5
3. Analys	6
3.1 Tema 1: "Någon måste ta hand om mig nu": Svårigheten i att kämpa för den vård man behöver som psykiskt sjuk.....	7
3.2 Tema 2: Betoning av det positiva inom vården.....	11
3.3 Tema 3: Vården har inte tid för mig.....	14
3.4 Tema 4: Tryggheten i att bemötas som människa	17
4. Diskussion och slutsatser.....	20
5. Referenser	24
6. Bilagor.....	26
Bilaga A: Intervjuguide	26
Bilaga B: Enkäten	27
Bilaga C: Exempel på initial kodning.....	33
Bilaga D: Exempel på tidiga temaförslag baserat på andra omgångens koder.....	34

Tabellförteckning

Tabell 1 – Deltagare.....	3
Tabell 2 – Sammanfattning av teman	6

1. Bakgrund

Psykisk ohälsa är globalt en bidragande dödsorsak, och personer som lever med psykisk ohälsa lider av en högre tidig dödlighet jämfört med personer som inte lider av psykisk ohälsa (Björkenstam et al., 2013; Walker et al., 2015). Likaså kan livskvaliteten påverkas negativt av att leva med psykisk ohälsa, framför allt om den inte behandlas (Evans et al., 2006). Av denna anledning är det mycket viktigt att personer med psykisk ohälsa kan söka och få den vård de behöver. Detta gäller både i uppsökande av psykiatrisk vård, men det är också relevant för den fysiska, somatiska vården.

Den största bidragande faktorn till tidig dödlighet bland personer med psykisk ohälsa är så kallade naturliga orsaker, till exempel hjärt-och kärlsjukdomar och cancer (Walker et al., 2015). Det här beror delvis på bieffekter av medicinering, då till exempel både många antidepressiva och antipsykotiska läkemedel kan leda till förändringar i hjärtrytm och andra hjärt-och kärlproblem (Delgado et al., 2020; Wang et al., 2018). Det är därför extra viktigt att de personer som använder dessa typer av mediciner erbjuds möjlighet och stöd för regelbundna hälsokontroller (Hausleiter et al., 2020). Livsstilsfaktorer spelar också in. Personer med psykisk ohälsa har i genomsnitt en högre grad av riskbeteenden så som rökning (Prochaska & Young-Wolff, 2017) och kan ha svårare att delta i hälsofrämjande aktiviteter som motion (Firth et al., 2016). Många psykiska sjukdomar kan påverka sömn- och matvanor (Gold & Sylvia, 2016; Teasdale et al., 2019). Likaså påverkar exempelvis depression möjligheten och motivationen att motionera (Glowaski et al., 2017). Psykiska sjukdomar kan alltså också påverka den fysiska hälsan direkt eller indirekt.

Medicinering och livsstil är dock inte de enda orsakerna till att personer med psykisk ohälsa ofta också lider av försämrad fysisk hälsa och somatiska problem. En annan viktig orsak är att personer med psykisk ohälsa riskerar att få sen eller bristfällig vård för somatiska problem (Gandré & Coldefy, 2020). Flera faktorer bidrar till att det händer: kommunikations-svårigheter, vårdpersonals bristande kunskap om att vårda personer med samsjuklig psykisk ohälsa, tidspress inom vården, antaganden att fysiska problem har psykiska orsaker och därför görs inte vidare undersökningar, stigmatiserande attityder från vårdpersonal samt internaliserad självstigmatisering från patienten själv som fördröjer uppsökandet av vård (Björk Brämberg et al., 2018).

Bemötandet inom den psykiatriska vården spelar också stor roll. I Sverige har fyra av tio patienter inom psykiatrin upplevt att de känt sig orättvist behandlade av den psykiatriska vården (Wikman, 2017). Långa väntetider under vilka problemen hinner förvärras, bristande kontinuitet inom vården, exkludering av anhöriga, samt könsskillnader inom vård och diagnostisering uppges som några av de vanligaste orsakerna för att känna sig besviken på den psykiatriska vården. En respektfull och kontinuerlig vårdrelation med fungerande kommunikation där patienten känner sig sedd och

förstådd som individ underlättar å andra sidan vården, och kan till exempel bidra till minskad användning av tvångsåtgärder (Staniszewska et al., 2019).

Dessa tidigare undersökningar om hur patienter ser på och påverkas av bemötandet från sjukvården väcker frågan om hur läget ser ut på Åland. Den lokala kontexten, så som exempelvis sjukvårdens struktur, personalens och samhällets attityder, samt sjukvårdens resurser, påverkar både bemötandet och hur patienter upplever det, och det är därför viktigt att undersöka lokalt (Henderson et al., 2014). På Åland finns det 1528 patienter inom den offentliga hälso- och sjukvårdens psykiatri enligt 2021 års verksamhetsstatistik för Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS). Dessutom finns det troligen flera patienter som lider eller har lidit av psykisk ohälsa inom primärvård och privat hälso- och sjukvård. Den här studien har därför som mål att undersöka hur patienter inom vuxenpsykiatri på Åland upplever bemötandet inom hälso- och sjukvård på Åland, både inom psykiatrisk och somatisk vård. Intervjuer har valts som forskningsmetod för att få mer fördjupad information om bemötandet och om vad som påverkat patienternas upplevelser och tolkningar av bemötandet samt deras åsikter om vad som underlättar eller skulle kunna underlätta deras interaktioner med sjukvården. Positiva patientupplevelser korrelerar med andra faktorer rörande vårdresultat, så som patientsäkerhet och vårdens effekt (Doyle et al., 2013). Patienters berättelser och åsikter kan ge en bra början till att identifiera både områden inom vården som fungerar bra och områden som kan förbättras, och därigenom leda till en bättre vårdupplevelse för patienterna (Coulter et al., 2014).

2. Metod

2.1 Deltagare

Information om studien gick ut till allmänheten via artiklar i Ålands två dagstidningar, Ålandstidningen och Nya Åland, samt ett nyhetsinslag i Ålands radio. Riktad information skickades också till medlemmarna i Ålands intresseförening för psykisk hälsa Reseda. Ett informationstillfälle med möjlighet att anmäla intresse hölls också på Klubbhuset Pelaren, som ordnar verksamhet för personer med psykisk ohälsa. Inkluderingskriterier för att få delta i studien var att deltagare antingen hade varit eller var i kontakt med vuxenpsykiatri på Åland som patient.

32 personer som uppfyllde inkluderingskriterierna tog kontakt genom e-post, telefon, eller informationstillfället på Pelaren och anmälde sitt intresse att delta i intervjuer. På grund av praktiska tidsbegränsningar kunde enbart tio personer erbjudas intervjutid. En av intervjuerna användes aldrig som underlag för analysen då den intervjuade personen inte varit i kontakt med psykiatri, utan med primärvården, och därmed inte uppfyllde inkluderingskriterierna. Urval till intervjuer skedde delvis i ordningen intresseanmälningarna inkommit, och delvis genom strategiskt urval med målet att täcka en så bred patientgrupp som möjligt baserat på den information som vissa intresserade gett i

samband med första kontakt. Detta gjordes för att försöka fånga en så bred mängd upplevelser som möjligt i intervjuerna inom de begränsningar som projektets tidsram satte.

De som inte erbjöds intervjutid gavs i stället möjlighet att fylla i en digital enkät via enkätplattformen Webropol. Deltagarna informerades om att enkäten skulle innehålla samma frågor som intervjuerna. Detta gjordes för att ge alla intresserade som uppfyllde inkluderingskriterierna en möjlighet att framföra sina upplevelser och åsikter, även om enkätens skriftliga format skiljer sig från intervjuens muntliga, och kan ha gjort det svårt för intresserade med exempelvis läs- och skrivsvårigheter eller koncentrationssvårigheter att bidra. Likaså erbjöds enkäten enbart digitalt, vilket innebär att stabil tillgång till internet och en viss färdighet i att använda digitala tjänster krävdes för att besvara den, vilket kan ha oproportionerligt påverkat en del intresserade. Då de som inte intervjuades annars inte skulle ha haft någon möjlighet att framföra sina erfarenheter beslutades det att trots dessa orosmoment erbjuda enkäten som alternativ. Nio personer slutförde enkäten.

Sammanlagt bidrog 18 deltagare som uppfyllde inkluderingskriterierna med material till studien. Av dessa intervjuades nio, och nio fyllde i enkäten. Tolv personer identifierade som kvinnor, fyra som män, en som icke-binär, och en valde att inte uppge. Vidare var fyra mellan 18 och 34, åtta mellan 35 och 49, fyra mellan 50 och 64, och två 65 och äldre. För närmare demografisk information, se tabell 1.

Tabell 1

Deltagare

Pseudonym	Könstillhörighet	Ålder	Enkät/Intervju
Lovisa	Kvinna	35–49	Intervju
Susanna	Kvinna	50–64	Intervju
Fanny	Kvinna	35–49	Intervju
Anders	Man	50–64	Intervju
Josefin	Kvinna	18–34	Intervju
Kim	Annat/vill ej uppge	35–49	Intervju
Joel	Man	18–34	Intervju
Niklas	Man	50–64	Intervju
Inger	Kvinna	65+	Intervju
Pernilla	Kvinna	35–49	Enkät
Ida	Kvinna	18–34	Enkät
Sandra	Kvinna	35–49	Enkät
Moa	Kvinna	18–34	Enkät
Emelie	Kvinna	35–49	Enkät
Magnus	Man	65+	Enkät
Lena	Kvinna	50–64	Enkät
Sam	Icke-binär	35–49	Enkät
Helen	Kvinna	35–49	Enkät

2.2 Etiska överväganden

En risk- och konsekvensbedömning gjordes i och med att studien behandlar personuppgifter och berör känslig information gällande de deltagandes hälsotillstånd. För att försöka garantera deltagarna anonymitet ingår potentiellt identifierande historier inte i den slutgiltiga rapporten, och deltagarna har getts pseudonymer utgående från uppgett kön och ålder. Pseudonymer valdes framom att bara ge deltagarna identifierande nummer för att underlätta läsandes möjlighet att följa med deltagarnas individuella upplevelser och berättelser. Då intervju- och enkätfrågorna potentiellt kunde beröra obehagliga och känsloladdade minnen klargjordes det i informations- och samtyckesblanketten att ingen av frågorna var obligatorisk att svara på och att de deltagande när som helst hade rätt att avbryta intervjun eller enkäten. Intervjuinspelningarna, transkriptionerna, och enkätsvaren förvarades i en digital mapp som inga utomstående haft tillgång till. Fysiska och digitala kopior av de fullständiga svaren kommer att förstöras då studien är färdigställd.

2.3 Datainsamling

Intervjuintresserade som fick information om studien via tidningar eller radio hänvisades till en informationsblankett på Ålands ombudsmannamyndighets hemsida, där vidare kontaktuppgifter fanns. Efter att ha anmält intresse kontaktades alla intresserade via telefon eller e-post och erbjöds antingen intervjutid eller möjlighet att fylla i en enkät.

De deltagare som intervjuades erbjöds en intervjutid i första hand på plats i Ålands ombudsmannamyndighets lokaler, men det fanns också möjlighet att ordna intervjuer på distans om den intervjuade så föredrog. Intervjuerna gjordes primärt på plats eftersom det ger tillgång till icke-verbal information som kan vara svår att få på distans. Då intervjuns ämne kan vara känsligt erbjöds dock möjligheten att delta på distans, ifall detta var ett alternativ som uppfattades som bekvämare. Detta öppnade också deltagarmöjlighet för eventuella intresserade utan möjlighet att fysiskt ta sig till Mariehamn. Åtta intervjuer gjordes på plats, och en utfördes digitalt via Microsoft Teams. Alla intervjuer spelades in och automattranskriberades via Microsoft Teams, varvid transkriptionerna sedan gicks igenom och rättades för hand.

Före intervjun och inspelningen började fick deltagarna en informations- och samtyckesblankett där de gav samtycke till att delta i intervjun, samt uppgav kön och ålder. Intervjuerna var semi-strukturerade, vilket innebar att några frågor ställdes till alla intervjuade, medan följdfrågor ställdes anpassade till vad som togs upp i varje enskild intervju. Under intervjun ställdes frågor gällande deltagarnas erfarenheter av både psykisk och somatisk vård på Åland, med fokus på hur de upplevt bemötandet och hur deras erfarenheter påverkat dem. Fullständig intervjuguide finns i bilaga A. Intervjuerna varade mellan 13 och 61 minuter, med en medellängd på 42 minuter. Efter intervjun tackades de intervjuade för sitt deltagande och fick ta hem informationsblanketten, som också

innehöll kontaktinformation till högskolepraktikant Julia Danielsson ifall frågor uppkom efter studien, samt information om att de kunde dra tillbaka sitt deltagande fram till den 12.8.2022.

De som var intresserade att besvara enkäten fick en länk till enkäten via e-post. Enkäten började med en informations- och samtyckesblankett, vilket följdes av frågor gällande ålder och kön. Efter detta ställdes samma frågor som i intervjuerna, men utan möjlighet till individuellt anpassade följdfrågor. Svaren gavs i form av fri text utan längdgränser. Inga frågor var obligatoriska, och det var möjligt för deltagare att spara sina svar och återvända till dem fram till och med 9.8.2022. Efter att ha avslutat enkäten tackades respondenterna för sitt deltagande och gavs kontaktuppgifter till Julia Danielsson ifall frågor uppkom. För mer information om enkätens utformning, se bilaga B.

2.4 Dataanalys och reflexiv analys

Den kvalitativa forskningsmetoden är speciellt lämpad för att undersöka erfarenheter och upplevelser, vilket inte är lätt att kvantifiera (Braun & Clarke, 2014). Därför gjordes analysen genom reflexiv tematisk analys (Braun & Clark, 2006; Braun & Clarke, 2022). Reflexiv tematisk analys är en kvalitativ analysmetod som går ut på att först koda materialet och sedan skapa teman som sträcker sig genom materialet baserat på koderna. Inom reflexiv tematisk analys betonas forskarens roll. Det är därför viktigt att anmärka att de teman som tagits fram också är påverkade av skribentens erfarenheter och kunskaper. Jag har aldrig personligen haft kontakt med den psykiska hälsovården på Åland, vilket innebär att jag inte relaterat till någon av deltagarna specifikt mycket för att deras upplevelser liknat mina. Samtidigt saknar jag personlig erfarenhet av hur psykiatrin på Åland fungerar, vilket kan öka risken för att jag missförstått någons upplevelse. För att försöka minska risken för missförstånd ställde jag följdfrågor under intervjuernas i syfte för att klargöra vad den som intervjuades menade. Jag studerar också psykologi, och de studierna har gett mig ett förtroende till att psykiatrisk vård kan göra stor nytta, vilket är en grundinställning som troligen påverkat hur jag tolkat deltagarnas svar och berättelser.

Eftersom enkäterna och intervjuerna innehöll svar på samma frågor analyserades de tillsammans. För den tematiska analysen följde jag Braun och Clarkes analysriktlinjer: bekanta sig med data, kodning av data, skapande av teman, granskning och utveckling av teman, definiering och namngivning av teman, skrivande av rapport (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2019). Jag bekantade mig med materialet både genom att hålla och transkribera intervjuerna. Jag läste även igenom, och sammanfattade kort mina första tankar kring både intervjuer och enkäter. Efter detta började jag koda intervjuer och enkäter. Både intervjuer och enkäter kodades två gånger var i olika ordningar, först skrevs koderna ner i själva transkriptionerna och i svaren och sedan skrevs följande omgång koder på lösa lappar (se bilaga C för kodexempel). Lapparna med koder sattes därefter ihop i

preliminära teman (se bilaga D), som sedan flyttades om och utvecklades, och färdigställdes i sin slutgiltiga form vid skrivandet av rapporten.

Då målet med studien är att undersöka patienters upplevelser har intervjuerna och enkäterna analyserats utgående från ett kritiskt realistiskt perspektiv. I kritisk realism antar man att deltagarna beskriver sina upplevelser av verkligheten baserat utifrån vad som verkligen hände. Samtidigt tar man i beaktande att allas berättelser är deras tolkning av vad som verkligen hände, och att vad de säger påverkas av deras tidigare erfarenheter, känslotillstånd, språkbruk, och så vidare (Braun & Clarke, 2022, s. 170). Jag har därför utgått från att de deltagande berättat sanningen om sina upplevelser som de verkligen upplevde dem, samtidigt som jag är inte antar att deras tolkning är den enda, definitiva sanningen.

3. Analys

I intervjuerna och enkäterna framkommer olika sjukdomsbilder, olika upplevelser av vård och bemötande, och olika syner på hälso- och sjukvården på Åland. Ungefär hälften av deltagarna upplevde att de var nöjda med majoriteten av den vård de fått, medan andra hälften kände sig mestadels missnöjda eller besvikna på vården. Många poängterade också att de upplevt både bra och dåligt bemötande, men vilket som dominerat varierade mellan deltagare. Från deltagarnas berättelser togs fyra huvudteman fram. "Någon måste ta hand om mig nu": Svårigheten i att kämpa för den vård man behöver som psykiskt sjuk, Betoning av det positiva inom vården, Vården har inte tid för mig, och Tryggheten i att bemötas som människa.

Tabell 2

Sammanfattning av Teman

Tema	Beskrivning
"Någon måste ta hand om mig nu": Svårigheten i att kämpa för den vård man behöver som psykiskt sjuk	Patientens sårbara situation gör att patienten kan ha svårt att stå upp för sig själv i vården och leder till ett behov att god kontinuitet och kommunikation i vårdkontakten, vilket därför behöver ligga på vårdens ansvar.
Betoning av det positiva inom vården	Positiva upplevelser och en positiv bild av vården på Åland poängteras.
Vården har inte tid för mig	Långa väntetider och personal som upplevs stressade och inte hinner lyssna ordentligt på patienten gör att patienten kan uppleva sig vara ovälkommen till hälso- och sjukvården på Åland.
Tryggheten i att bemötas som människa	Att bli bemött mänskligt och som individ, utan förutfattade meningar, skapar tillit och trygghetskänsla.

3.1 Tema 1: "Någon måste ta hand om mig nu": Svårigheten i att kämpa för den vård man behöver som psykiskt sjuk

Kärnan i det här temat är de intervjuades beskrivning av hur sårbar man ofta är som patient inom psykiatrin, och hur det ibland gör det svårt att stå upp för sig själv och begära eller kräva den vård man känner att man behöver. Många framhöll även att det på grund av patientens sårbara position blir mycket viktigt att både somatisk och psykiatrisk sjukvård tar hänsyn till detta i samband med vården. Josefin ger ett exempel där hon beskriver både hur hon känner sig besviken på hur hon upplever att både den somatiska vården och psykiatrin idag fungerar, och hur hon önskar att det skulle fungera i stället:

"Det är tungt, liksom när man redan mår dåligt och sen måste sätta upp typ så här ett extra skydd och ha typ argument till: att jag har faktiskt ont. Det blir så här bara extra, vilket är synd. Det borde vara tvärtom. Att eftersom man redan har det jobbigt på andra sätt att då blir direkt så här att man måste underlätta på andra sätt."

Josefin påpekar att det inte kan vara på patientens ansvar att försvara sig själv och på förhand komma förberedd för att argumentera om sitt mående med vårdpersonal, då det är någonting som tar extra energi och ork som man kanske inte har när man är sjuk. Hon menar att patienten behöver kämpa sig till ordentlig vård, vilket utgör ett hinder till att faktiskt få den vården som patienten behöver. Josefin beskriver vidare hur det här får henne att antingen "skjuta upp saker tills hon mår lite bättre" och har förmågan att föra sin egen talan, eller att det har helt fått henne att undvika att uppsöka vård.

Flera deltagare beskriver hur det kan vara utmattande att själv behöva ta ansvar för att se till att de inte hamnar mellan stolarna. Exempelvis berättar Joel hur han ibland undviker vård på grund av detta, trots att han egentligen känner att han vill och behöver ha kontakt med vården:

"Man är kanske den personen som inte tycker om att ringa någon och tjata på dem. Men sen till slut så måste man ju höra och så visar det sig att jonä, att inget har hänt, att ärendet har hamnat där. Så ber de om ursäkt och ska ta upp det och ja, det där tröttnar man ju på lite till sist. För det har nog varit liksom gånger då jag har helt tröttnat på ÅHS och inte alls varit till dem och, och det har väl fungerat ett tag, men sen blir liksom missbruk och så, och då, och man vill ju ha en kontakt med dem, en fungerande kontakt som inte gör en mer frustrerad, en risk."

Joel visar också hur det för honom känns fel att ringa upp och höra hur det går med ett ärende där han väntar på svar - Joel berättar hur det får honom att känna sig som att han är till besvär. Konsekvenserna av vad han upplever som onödiga och invecklade steg i vårdprocessen blir att

nödvändig vård inte blir tillgänglig på det sättet och i den tid han behöver den. Andra deltagare beskriver också hur viktigt det är att inte hamna i dessa vårdglapp, oavsett om det sker på grund av att man "under åren bollats fram och tillbaka" som Lena beskriver, eller om det beror på att man sagt upp en vårdrelation som inte längre upplevts som fungerande. Lovisa berättar om hur nära hon personligen var att hamna i ett glapp efter att hon sagt upp sin vårdkontakt, och förklarar hur viktigt det var att det aldrig hände henne.

"Och då liksom löste det sig, men där upplever jag kanske att, eller jag upplever, inte kanske, utan jag upplever att det borde finnas en plan för att det ska överlappa. [...] Där skulle jag vilja se en plan att det ska alltid finnas någon som liksom lyfter de här psykopatienterna att de ska inte få hamna mellan stolarna. För att det kan som sagt det kan leda till ett jätteförsämrat mående. [...] Att ingen, ingen psykopatient ska liksom någonstans ramla ner eller ramla mellan stolarna eller hamnar liksom långt bak i en kö. Är man väl där så ska man också liksom ha, ha sin plats tills man själv väljer att nu behöver inte jag den här hjälpen mera."

Hon betonar vikten av en kontinuerlig vårdrelation på patientens villkor. Samtidigt framställer hon också psykiatrin som ansvarig för att detta ska hända. Hon påpekar också hur samma sjukdom som lett till att man är patient inom psykiatrin också är orsaken till att det kan vara väldigt svårt att själv ta ansvar för att se till att man får den vård man behöver:

"Det blir ju jätte-jättejobbigt alltså för att är man väldigt deprimerad eller har någon typ av psykisk åkomma så finns väldigt sällan den där orken att kämpa för det."

Att kunna stå upp för sig själv i vården är också något som kräver kunskap från patientens sida. Dels krävs kunskap om eget mående och om vad man faktiskt behöver i stunden, något som man kanske inte har utvecklat speciellt i början av en sjukdom eller när man befinner sig i krissituation. Dessutom krävs kunskap om sina rättigheter som patient, något som Kim berättar att hen upplever att många inte är medvetna om: att de kan och framför allt att de ofta behöver stå upp för sig själva.

Patientens sårbara situation gör just att det blir viktigt att patienterna till så stor del som möjligt inte ska behöva kämpa för sig själva, och att vården ska ta hand om så mycket som möjligt för att underlätta för patienterna. En viktig del som fördes fram av många av de deltagande är hur kontinuitet i vårdrelationen är en otroligt viktig del för att de ska känna att de får en effektiv vård i en sårbar och utsatt situation. Kim identifierar förtroende som det som försvinner när hen behöver träffa nya läkare och på så vis inte kan få en kontinuitet i vården.

"Som patient på just psykiatrin så har det varit väldigt också att det finns en väldigt stor sårbarhet där, att måsta möta en ny människa hela tiden, eller ofta möta nya

människor, det är inte, funkar inte riktigt. Kanske för det här förtroendet, det kommer ju inte på en gång – det är någonting som måste byggas upp.”

Hen förklarar hur ett konstant byte av vårdare gör att det inte finns tid att bygga upp den tillit som behövs både för att kunna berätta om sina besvär och om sin historia. Kontinuitet och tillit behövs för att hen ska kunna lita på att vårdaren faktiskt förstår hen och kan se vad hen faktiskt behöver i sin situation. Detta kan ytterligare försvåras om patienten upplever att en ny läkare inte är insatt i patientens historia, och patienten själv kanske inte själv minns allt som hen har varit med om i vården. Emelie betonar hur hon upplever att den konstanta personalomsättningen innebär ännu fler hinder i hennes vårdprocess.

”Att hela tiden berätta till nya personer kanske fungerar inom medicinska problem men inom psykiatrin är det ibland ett maratonlopp rent psykiskt för att man skall kunna ta sig till sjukhuset och det kan ha lett till många ångestattacker. Man är så skör att det inte finns spelrum att träffa människor som inte har ett genuint intresse och tror på en. Man vill gärna även att de skall vara förberedda om ens historik. Man borde ha anmält fler gånger när det skett saker men när man är psykiskt sjuk finns det inte någon ork till det och man kämpar med att överleva dagen.”

Hon konstaterar också sjukdomsbilden inom många psykiska sjukdomar gör att det inte finns ork att stöta på människor som hon upplever att är ointresserade och inte insatta. Emelie lägger där ett stort ansvar på psykiatrin att se till att de har tillräckligt med kompetent personal som orkar och hinner ta patienterna på allvar och bemöta dem med empati och förståelse. Hon beskriver vidare hur sjukdomen kan bidra till att acceptera vård och bemötande som man egentligen upplever som oacceptabel. Om detta upprepas utan att patienten upplever att vården tar ansvar och reder ut felstegen kan denna typ av negativa erfarenheter leda till att patienten undviker att ta kontakt med vården i framtiden eller vill avsluta nuvarande vårdrelation. Moa berättar om hur ett negativt bemötande som aldrig förklarades eller rättades till ledde till att hon inte längre känner sig trygg i att ta kontakt med vården i eventuella framtida krissituationer.

”De betedde sig väldigt hetsigt och aggressivt mot mig och upplevdes som väldigt kalla och elaka. Man måste tänka på att en person som misstänkts ha försökt ta sitt liv förmodligen mår väldigt dåligt och är väldigt skör. Jag ansåg att deras bemötande var fullkomligt oprofessionellt. Det kändes som att jag skulle straffas för att jag hade hamnat där.”

Hennes upplevelse av bemötandet förstörde möjligheten att få tillit till vårdpersonalen, och hon kände i stället att det inte fanns någon förståelse för hennes situation. Då tilliten saknades kunde hon

inte heller öppna sig, och eftersom samarbetet mellan patient och vård inte fungerade sattes inte heller de vårdresurser som behövdes in. I krissituationer är patienter extra sårbara, och ett kallt eller antagonistiskt bemötande i en sådan situation kan innebära att vårdssituationen inte alls upplevs som vårdande eller hjälpande. Flera av deltagarna, bland annat Moa, betonar hur viktigt det är att vården kommunicerar med patienten och att patienten får information om vad som händer, varför det händer, och vad som kommer att hända. Detta gäller framför allt i krissituationer då patienten är utsatt, men det poängteras också som viktigt genom hela vårdkontakten, eftersom patienter inom psykiatri redan är en sårbar grupp. Här sätts än en gång ansvaret på sjukvården att se till att kommunikationen och informationsflödet fungerar, då patienterna själva kan sakna ork eller förmåga att ta reda på.

Vidare kan det vara svårt för patienten att ta till sig informationen, framför allt i en stressande situation. Susanna betonar hur vården ännu en gång kan ta ett ansvar och genom relativt enkla handlingar underlätta för patienten.

”Så tog hon en post-it lapp, så skrev hon några punkter, här har du liksom, gör så här. En så enkel sak, som att sätta upp lappen på kylskåpet så visste jag vad jag skulle göra. Så att, ibland kan det vara så, små saker som kan hjälpa. Men också det här som sagt, få information, liksom, det här, just vårdbesök och likande.”

Meddelanden som påminner om inbokade besök och provtider uppfattas som positiva, då de reducerar bördan på patienten att komma ihåg och överför en del av ansvaret att minnas och påminna på sjukvården. Att få information och instruktioner skriftligt och med klara besked uppskattas av många av de deltagande. Susanna med flera berättar också om hur de önskar att patienterna skulle ha lättare tillgång sina journaler för att kunna använda dem både som stöd för minne och som hjälp att reflektera över vårdssituationer i efterhand. Klara instruktioner på vart man ska höra av sig och vem som är ansvarig för ens vård upplevs också som mycket viktigt, då det kan vara väldigt svårt att själv leta reda på till exempel telefonnummer då man befinner sig i akut kris eller överlag vid psykisk ohälsa. Vårdens ansvar att underlätta, att ta hand om patienten och koppla vidare så fort patienten tagit första kontakt, betonas också. Niklas beskriver att han har fått den typen av vård som många av de andra önskar se, och beskriver det som positivt och smidigt:

”Man tar kontakt med sjukvården bara så sköter de resten, så är det för mig.”

Vårdens ansvar att underlätta för patienten betonas både vad gäller kontakten med psykiatri och med den somatiska vården, och i samarbetet mellan dem. Susanna beskriver hur hon uppskattar att ha någon annan med som stöd i den somatiska vården. Stödet kan komma från anhöriga eller från psykiatri, vilket Susanna fått och upplever som positivt.

”Då brukar jag alltid gå igenom liksom vilka saker man ska ta upp med läkaren, och ha en plan liksom, för då är det liksom lättare för mig. Och då har jag liksom kommit överens också med den här vårdaren att är det någonting som jag behöver säga eller någonting jag borde få fram så fyller den i.”

Att ha någon med sig i vården underlättar för henne, då det avlastar vad hon behöver komma ihåg och göra, både före och efter besöket, vilket annars kan vara svårt. Patienten framställs i många av deltagarnas beskrivningar som extra sårbar och i behov av extra stöd, något som vissa sedan upplever att de saknat i antingen psykiatrisk eller somatisk vård. Deltagarna sätter också ett stort ansvar på hälso- och sjukvården, som de anser att bör ha det yttersta ansvaret för att se till att patienterna får vård när de väl uttryckt ett behov för det. Dessutom anser de att vården behöver utgå från patients förmågor och svårigheter. Joel sammanfattar:

”Vissa processer verkar liksom så, så omständligt onödiga steg att liksom vi gör det enkelt att liksom få hjälp och, ja... Måste liksom sätta sig in i en sjuk persons världsbild lite, det verkar som att det har fallit bort.”

Han efterlyser att processerna runt vården ska utgå från ett patientcentrerat perspektiv, och att rutinerna måste utvärderas med tanke på att en sjuk person kanske inte besitter alla de möjligheter och den ork som hen gör som frisk. Joel framhåller att man som patient är där i behov av hjälp, och ansvaret ska då ligga på sjukvården att förstå och hjälpa.

3.2 Tema 2: Betoning av det positiva inom vården

Det här temat utgörs av betoningen som många av de deltagande satte på antingen att de hade mestadels positiva upplevelser, eller att det trots deras negativa upplevelser fanns positiva sidor av vården. Personal som verkligen gör sitt bästa för patienterna lyftes också fram.

Lovisa positionerar sig tidigt i sin intervju som någon som har fått ett bra bemötande av psykiatrin, i motsats till vad hon tänker att vissa andra upplevt:

”Men jag är alltid så här, psykvården är jättebra, den har varit fantastiskt bra mot mig och därför vill jag också lite att du ska få fram att det inte är bara skit [...]. Därför vill jag också framhäva att alltså som sagt, jag varit där sedan tvåusenfyra alltså. Och jag har aldrig någonsin känt mig oönskad eller att man inte har tagit mig på allvar eller att man har liksom stängt en dörr. Aldrig. Jag har alltid varit jättevälkommen in på psyk, oberoende vad jag har ringt om eller vem jag har sökt eller så, så att det vill jag liksom att ska komma fram också, att det inte bara är negativt.”

I Lovisas betoning av det positiva finns också samtidigt ett antagande om att många andra inte har fått en lika positiv upplevelse, och att den allmänna bilden av psykiatrin är att den är otillgänglig och kanske inte alltid tar ens problem på allvar. Hon tar dock bestämt avstånd från bilden av psykiatrin som en enhet som inte tar sig tid eller tar patienterna på allvar, och vill uttryckligen föra fram det positiva som en motpol till det negativa som antas ofta dominera diskussioner om psykiatrin. Att negativa upplevelser och åsikter syns mest när det kommer till psykiatrin är något hon konstaterar, men inte accepterar. Att lyfta fram och betona det positiva blir därför viktigt: en negativ bild av psykiatrin kan fördröja att folk söker och får hjälp som de kanske behöver. Flera andra uttrycker också tydligt hur nöjda de är med vården, och beskriver på likande sätt som Lovisa ofta att de har haft positiva upplevelser inom områden som psykiatrin eller den somatiska sjukvården ibland kan få kritik för i den allmänna debatten. Helen kommenterar likasom Lovisa att hjälpen alltid har funnits där vid behov:

”Har känt stor trygghet att ha kontakt med psykiatrin. Jag har fått hjälp när jag behöver det.”

Niklas framhåller att det i hans upplevelser inte finns någonting som han vill klaga eller ändra på:

”Jag tycker den [sjukvården] är väldigt bra. Jag har inga, inga klagomål eller andra åsikter.”

Anders uttrycker en belåtenhet specifikt med bemötandet i både somatiska vården och inom psykiatrin:

”Jag tycker att det har fungerat bra, jag har fått bra bemötande i alla fall.”

Pernilla målar upp psykiatrin som en plats som förstår henne på ett sätt som saknas på andra ställen:

”Jag blir tagen på allvar av psykiatrin. De förstår även smärtprob. Och verkligheten med NPF [neuropsykiatrisk funktionsvariation] barn. Tyvärr förstår inte KST det eller resten av ÅHS.”

Psykiatrin beskrivs här både i förhållande till hur flera allmänna diskussioner om psykiatrin yttrar sig, och som en motsats till hur KST (Kommunernas socialtjänst) och den somatiska vården inom ÅHS bemöter henne. Psykiatrin betonas på så vis vara mycket bra, då den kan ge henne det hon faktiskt behöver, en förståelse för helheten.

Fanny uttrycker stor tacksamhet över att slutligen ha blivit sedd och förstådd i psykiatrin, samtidigt som hon är besviken på hur länge det tog innan hon fick den hjälp hon behövde. Hon betonar framför allt de i personalen som gör mer än vad som förväntas:

”Men som sagt, det finns guldgrubbor också, att det ska man inte glömma, och det är jätteviktigt liksom, faktiskt. För det finns folk som gör till och med mer än sitt arbete.”

Tacksamheten till och uppmärksammandet av de som gör mer än vad som behövs antyder också att Fanny ser brister i det nuvarande systemet, som gör att vissa i personalen behöver göra mer för att täcka upp och se till att patienterna får den vård som behövs. Många deltagande lyfter också sina kontaktpersoner som viktiga för deras vårdupplevelse och poängterar tacksamheten de känner över att ha fått dem. Majoriteten som nämner dem gör så i positiv bemärkelse, och påpekar att kontaktpersonerna ger en stadig kontakt att vända sig till och tar bort förvirringen över vem som ansvarar för en. Överlag betonas personalens mänsklighet och en del vill också betona att de förstår att vissa av sakerna de upplever som problem är svåra att lösa. Kim betonar en empati för personalen:

”Personalen är ju faktiskt också bara människor, och har dåliga dagar eller glömmet eller så, de är ju inte allvetande eller supermänniskor eller någonting sånt. Det inser jag ju.”

Emelie för likaså fram en vilja om att personalen ska trivas och att eventuella hinder mot trivseln bör åtgärdas:

”Hierarki sättet bland personalen borde förbättras för vi lever i 2020-talet. Att personalen trivs och verkligen vill arbeta inom vården är prio ett.”

Susanna påpekar också hur lätt det är att glömma att föra fram det positiva, och stryker under att det vore viktigt också för personalens skull att positiva tankar och tacksamhet framkommer:

”Och det borde kanske liksom patienter också bli bättre på att säga till att när det är bra också, inte bara höra av sig när det är dåligt. För att det är ganska tråkigt att jobba när man bara får höra kritik hela tiden. För nog har vi många saker som fungerar jättebra också.”

Många av de deltagande som hade haft överväldigande positiva erfarenheter av vården hade ändå ofta punkter där de ansåg att vården skulle kunna förbättras. Susanna beskriver att uppföljning borde förbättras och utökas, framför allt från somatisk hälsovård, och i samband med mediciner utskrivna via psykiatrin:

”Liksom uppföljning och liknande, det är nog, ja, där kan jag liksom känna att det skulle kunna bli bättre, men det här andra har nog funkat jättebra.”

Hon är dock snabb med att betona att även om det finns förbättringsmöjligheter så finns det också områden som fungerar utmärkt. Hon uppmärksammar därigenom helhetsperspektivet av vården, och målar en bild av att hälso- och sjukvård på Åland överlag fungerar mycket bra med mindre områden som skulle kunna utvecklas.

3.3 Tema 3: Vården har inte tid för mig

Det här temat sammanfattas av en känsla av att hälso- och sjukvården och dess personal inte alltid har tid för en. Detta gäller både när det kommer till att först få kontakt med sjukvården och när man väl fått kontakt. Känslan av att vården inte har tid för en uppstår för en del redan i första kontakten, då psykiatrin specifikt upplevs ha en hög tröskel. Ida och Emelie berättar:

”Tyvärr blir man inte alltid tagen på allvar när man kontaktar psyk utan de tar ens hälsa för lätt.”

-Ida

”Tyvärr tas inte den psykiska hälsan på allvar. Man är som patient ett papper som mest är i vägen. Det är svårt att komma in och man kan bli utslängd ur systemet utan läkarens godkännande.”

-Emelie

Psykiatrin upplevs av dem båda som en otillgänglig och opålitlig vårdinstans. Att ens få en första kontakt blir en barriär som är svår att överstiga, något som de båda är besvikna över och önskar ändring på. Önskan att bli tagen på allvar från första stund uttrycks starkt hos dem båda, likaså en vädjan om att kontinuerligt fortsätta tas på allvar, utan risk att plötsligt stå utan stöd och vård.

Vidare har många haft upplevelser av långa köer för att få exempelvis utredning eller terapi. Sandra beskriver sin upplevelse:

”Min kontakt med ÅHS har mestadels bestått av att vänta. Om de ska höra av sig inom tre månader tar det tre månader innan de hör av sig, inte en dag snabbare.”

Kontakten upplevs därför inte som särskilt produktiv eller effektiv, utan som en utdragen och utsättande väntan, vilket frustrerar. Lena berättar om sin första kontakt med psykiatrin:

”Efter att ha väntat i över en månad [sen februari] på kontakt från psyk kom ett brev hem till mig om att man hade bokat in en läkartid till slutet av augusti. Då dog jag nästan av utsatthet. Det skrevs ytterligare en ny remiss till psyk och jag lyckades få till en snabbare träff hos en läkare.”

De långa väntetiderna är något som flera av de deltagande understryker att borde ses över och åtgärdas om möjlighet finns, eftersom de ger en känsla av att vården inte hinner med att ta hand om en. Dessutom kan sjukdomsförloppet förvärras under väntetiden. Lena beskriver hur utsatt patienten kan vara under väntetiden, och hur tung vetskapen om att konkret hjälp kommer dröja länge kan vara.

Väl i kontakt med både psykiatrin och den somatiska hälsovården upplever vissa av de intervjuade att personalen inte har tid att ordentligt vårda patienten. I stället verkar personalen vara stressade och ointresserade. Josefin förklarar sin syn på situationen:

”Det känns aldrig som att någon lyssnar, eller har tid att lyssna egentligen. Man märker ju att de är underbemannade.”

Hon identifierar en underliggande personalbrist som grundproblemet i varför hon upplever att personalen sällan lyssnat och förstått henne på riktig. Problemet är då enligt henne mer på organisationsnivå än på enskild personal, då det är personalsituationen som orsakar personalens brist på möjlighet att ta sig tid för patienten, snarare än enskilda vårdares ovilja att lyssna. Lena påpekar å andra sidan hur enskild vårdpersonal själv kan påverka om patienten upplever att vårdpersonalen har tid för patienten eller inte:

”Vid ett tillfälle i mitt första besök hos den läkaren så kom han försenat till vår träff på morgonen, drack sitt kaffe och gäspade stort under sessionen, jag kände mig föraktad. [...] Om han bara hade bett om ursäkt först för att han var sen och frågat om det var ok att han drack kaffe och rent av frågat om jag velat ha en kopp, så hade det kanske slutat bättre.”

Lena beskriver hur läkaren skulle ha kunnat göra för att göra händelsen mindre negativ. Läkaren har på så vis en viss makt och möjlighet att influera hur patienten upplever situationen, och att få patienten att känna sig som att hen är första prioritet under deras möte, oavsett vilka utomstående faktorer som finns. Läkarens fokus blir på så sätt viktigt, och möjligen även avgörande för om patienten känner att läkaren har tid för hen eller ej. Inger pekar på likande sätt ut läkarens icke-verbala kommunikation som viktig:

”Tidigare då jag gick mera till vården så brukade jag ha såna här papper med franska streck om vad jag ska fråga. Då jag kommer till halva så tittar läkaren på klockan, så då förstår jag att min tid är ute.”

Då läkarens fokus går till klockan och inte till henne signalerar det för Inger att det helt enkelt inte längre finns tid för henne, och att det är dags för henne att gå. Detta oavsett om hon egentligen är klar med sitt ärende eller ej.

Något annat som flera också upplever att leder till att de känner att läkaren inte har eller tar sig tid för patienten gäller att sätta sig in i patientens journal och historia vid mötet med en ny läkare. Kim förklarar:

”Vissa människor, vissa utav de här jag har träffat har läst på. De har läst mina tidigare sjukdomar, läst i min journal, de, och så tar de liksom därifrån, medan vissa då har sett mig som en helt ny patient och inte läst på överhuvudtaget och då är det ju som att börja om från början.”

Att läsa patientens journaler blir på så vis ett sätt att demonstrera för patienten att vårdpersonalen faktiskt har tagit sig tid att sätta sig in i hans situation. Därigenom kan vårdaren visa att hen är intresserad av patienten och har viss förståelse för patienten redan, så att man inte börjar från noll utan i stället visar att man vill ge en så kontinuerlig vård som möjligt.

Flera deltagare upplever också att läkare som är snabba på att föreslå medicinering som lösning inte har tid att ta itu med patientens egentliga grundproblem, utan bara hinner ytligt lappa ihop problemen och ”medicinera bort symptom i stället för att ta reda på vad symptombilden beror på”, som Moa beskriver. Lovisa anser också att specifikt antidepressiva bör ses ”som ett hjälpmedel, inte som en lösning”. Medicinering i sig är alltså inte problemet enligt dem, utan problematiken ligger i hur snabbt den föreslås och hur den kan upplevas som någonting som föreslås som alternativ bara för att det antas ta upp mindre tid och resurser, åtminstone ur ett kortsiktigt perspektiv. Joel berättar hur flera samtal han haft med läkare har varit korta samtal där han upplevt att syftet har varit att få honom att testa mediciner. Joel menar att de korta samtalen inte ger honom förtroende för att testa mediciner:

”Jag har nog träffat mer tycker jag psykiatriker och läkare som jag tycker att kanske inte har, ja, de bryr sig inte så mycket, det är ganska snabba samtal och, och jag har inte varit så jätteintresserad av medicin. Man har provat så många olika, alltså. De frågar ungefär vill du ha någon medicin, och säger man nej, så är det bra med det. Öhm, jo. Så ibland känns det som att man kanske lite har gett upp.”

Han jämför också de här situationerna med en läkare som faktiskt tog sig tid för ett långt samtal som inspirerade tillit till att testa den läkarens medicinförslag. Det ställs i stor opposition till de situationer han beskriver i citatet ovan, där den korta tiden på samtalen bidrar till att läkarna upplevs

ointresserade och oförstående gentemot patienten, och medicinering verkade vara det enda alternativet.

3.4 Tema 4: Tryggheten i att bemötas som människa

Det här temat bygger på deltagarnas betoningar av hur viktigt det är att få ett mänskligt och jämlikt bemötande från vårdpersonalens sida, där frågor ställs och utredningar görs utan förutbestämda meningar om vad svaren och resultaten kommer att vara. Det holistiska perspektivet betonas: patienten existerar inte bara inom psykiatri utan kan också ha somatiska besvär. Samtidigt är patienten också en del av ett socialt sammanhang, med anhöriga och närstående som kan behöva tas i beaktande i vården. Ett bemötande där patienten känner sig sedd och förstådd som helheten av alla dessa delar skapar en trygghetskänsla till vården.

Flera deltagare framhöll vikten av att bli bemött jämlikt och medmänskligt, utan förutfattade meningar, dömande attityder eller stereotypa föreställningar, som en central del i ett mänskligt bemötande. Emelie beskriver hur ett bemötande som saknar en viss fördomsfrihet blir fel för henne:

”Man blir ej tagen på allvar och man blir lagt i olika fack och de lägger färdiga antaganden om hur man känner.”

Hon upplever inte att hon har blivit hörd och lyssnad på, utan i stället har hon blivit stämplad baserat på vårdpersonalens egna antaganden om vad hon vill och hur hon tänker och känner. Då vårdens uppfattning om henne grundar sig på annat än det hon fört fram om sig själv får hon inte den förståelse som behövs för att uppleva sig tagen på allvar. Sam poängterar hur mycket en icke dömande förståelse betyder för hens upplevelse av vården:

”Jag vill säga att jag har alltid blivit bra bemött av fysioterapeuterna på rehab/paramedicinska. De förstår verkligen vad det är att leva med invaliderade smärta 24/7. Jag är mycket tacksam för deras icke dömande attityd. Önskar att man blev lika bra bemött på alla ställen!”

Hon upplever att fysioterapeutens bemötande är ett ideal av hur vårdbemötandet borde se ut överallt i vården. Det holistiska perspektivet på patienten, och det öppna bemötandet, utgör grunden i att hon känner sig respekterad och tagen på allvar. Detta skapar trygghetskänslan och tilliten till vården. Det jämlika och fördomsfria bemötandet framställs också som extra viktigt i diagnosutredningar, i vilken några av de deltagande upplever att fel har begåtts och att resultatet av utredningen baserat sig på förutfattade meningar.

Flera poängterar också att det dessutom är viktigt att bli sedd som en unik individ. Samtidigt som bemötandet bör vara jämlikt bör det inte vara identiskt, utan att det kan anpassas efter behov. Fanny

framhåller hur ett identiskt bemötande och vårdande omöjligen kan motsvara alla patienters individuella behov. Det kan även leda till att en mänsklig faktor inte är aktuell i samband med bemötandet.

”Det är alltså också att man kanske behöver lyssna. Alltså förstår du att man inte liksom, man jobbar kanske inte en brödfabrik liksom? Ja, men den här skickar vi till det rummet. Den här skickar vi till det rummet. Den här skickar vi till det rummet och så liksom alltså på löpande band lite utan att man faktiskt skulle aktivt lyssna. Och faktiskt höra att ja, men den här människan kanske behöver någonting annat. Än bara skickas in i ett rum, liksom.”

Fanny beskriver hur ett identiskt bemötande lätt blir att kännas mekaniskt och nästan avhumaniserande, som att patienten lika gärna kunde vara ett livlöst föremål utan egen vilja eller behov som skiljer sig åt. För ett mänskligt bemötande blir därför anpassningsförmågan viktig.

Lovisa argumenterar också för att anpassningsförmågan också borde sträcka sig till en insikt om personkemin påverkan på vårdrelationen.

”Hittar du en person som du mår bra med och litar på så trivs du också mycket bättre i vården, och bara ett bra bemötande så är ju säkert också att man mår bättre, liksom.”

Hon lyfter fram tryggheten av att ha en vårdkontakt som man känner att fungerar bra specifikt när det kommer till att känna att man fungerar som person med vårdaren. Motsatsen ser hon som något som bara tar tid, energi, och resurser från alla parter. Att bli sedd som en individ innebär för henne idealt också alltså en anpassning av vilken personal hon interagerar med i vården, så långt som det är praktiskt möjligt.

Vikten av att det som patienten säger faktiskt blir taget på allvar betonas också. Att bli trodd och inte avvisad, vare sig det gäller symptom, smärtor, klagomål, eller vårdvilja poängteras också som en viktig del av att bli bemött som en människa och kunna uppleva vården som hjälpsam. För att uppnå ett gott bemötande med förståelse för patienten identifierar flera deltagande personalens kunskap som ytterst viktig. Kompetens, yrkesmässig skicklighet, tid, och fortbildning behövs. Josefin utmärker specifikt att...

”mera utbildning och kontinuerlig utbildning liksom om vad skillnaden kan vara mellan kvinnor och män i vissa diagnoser”

...behövs för att se till att patientens kön inte på ett negativt sätt inverkar på den diagnos och därmed behandling som patienten får. Ett par av deltagarna framhöll också att de upplevde att personalen inte hade tillräcklig kunskap om patienter med neuropsykiatrisk funktionsvariation, och

att bemötandet ibland blev lidande på grund av detta. Sam beskriver en upplevelse där hen upplevde en läkare som fördomsfull då läkaren blev medveten om Sams autismdiagnos:

”Läkarens attityd mot mig förändrades på en gång när jag berättade att jag är sjukpensionär pga autism. Som om jag hade varit ’mindre människa’ i hennes ögon.”

Några deltagande efterlyste också ett helhetstänk som sträcker sig till patientens sociala nätverk, framför allt till de närmast anhöriga. Lena betonar hur patienten inte existerar isolerat från sitt sammanhang, utan att en persons psykiska hälsa kan påverka också de anhöriga:

”Det alltid finns flera som berörs då någon i familjen får en psykisk åkomma. ÅHS borde ha en handlingsmodell för detta som de följer för att eventuellt undvika att flera drabbas av en individs dåliga mående.”

Hon önskar att ett helhetstänk ska genomlysas hur vården är planerad och organiserad. De anhöriga behöver tas i beaktande så att vården kan underlätta, inte bara för en viss individ, utan också för anhöriga. Magnus uttrycker en besvikelse för hur närmast anhöriga inte underrättas om närståendes allvarliga mentala ohälsa, då det sätter närmast anhörig i en position där de är ovetande om problematiken och därför inte kan vara uppmärksamma eller stöda. Han efterlyser också ett helhetstänk i planeringen av vård, där anhörigas mentala hälsa behöver tas i beaktande när närståendevård planeras.

Vidare vill flera av de deltagande att helhetstänket också ska sträcka sig till patientens andra stödjansinstanser. Patienten är kanske inte bara i kontakt med psykiatrin, utan kan samtidigt också ha kontakt med andra delar av vården, och likaså med KST. Ett utökat samarbete mellan den somatiska och den psykiatriska vården önskas av flera, och Kim betonar nätverksmöten med alla inblandade som något positivt, då det möjliggör att samma information kan framkomma till alla de som behöver ta del av informationen. Fanny anser att samarbetet mellan olika instanser är bristfälligt på Åland, och önskar att mer multiprofessionellt arbete ska förekomma för att underlätta för patienterna.

Slutligen önskar flera av de deltagande att den somatiska vården också ska se på patienten som helhet, och inte bara bedöma somatiska besvär som psykiska då det framkommer att patienten också är i kontakt med psykiatrin. Josefin förklarar att även välmenande kommentar eller frågor om det psykiska måendet och kontakten med psykiatrin kan upplevas som avfärdande om de ställs vid fel tillfälle eller används för att förklara det somatiska besväret utan att ta alternativa förklaringar i beaktande:

”Ja, kanske inte att de menade att det skulle vara negativt, men det blev ju fel. För att det var det enda de såg, och liksom att då tänker de direkt att ja, det här måste vara

psykiskt att nej då, att dom hoppar över allt som kan vara fysiskt och det kan ju bli farligt, liksom.”

Hon påpekar att det inte bara riskerar att få patienten att känna sig ignorerad och inte lyssnad på, utan det riskerar också att faktiskt förhindra upptäckandet av en reell somatisk problematik. Ett helhetstänk är troligen viktigt inom den somatiska vården när interaktion sker med en patient som även har en vårdkontakt inom psykiatrin. Detta eftersom somatiska besvär inte kan avfärdas med hänvisning till psykiatrin, och vice versa.

4. Diskussion och slutsatser

De teman som togs fram var ”Någon måste ta hand om mig nu”: Svårigheten i att kämpa för den vård man behöver som psykiskt sjuk, Betoning av det positiva inom vården, Vården har inte tid för mig, och Tryggheten i att bemötas som människa. Sammantaget täcker temana en mängd olika erfarenheter inom psykiatrin och övrig hälsovård, som binds samman av en önskan om att bli förstådd, tagen på allvar, och given den vård man behöver. De som upplevt detta lyfter fram en stor tacksamhet till vården och vill poängtera dess positiva inverkan på dem och deras liv, medan de som inte upplever sig ha fått det bemötande och den vård de behöver lyfter fram hur viktigt det vore att få det, och hur de känner sig svikna när det inte varit så för dem. Konsekvensen av negativa upplevelser beskrivs variera från ångest, oro, och irritation, till avslutande av vård och undvikande av framtida vårdkontakter. Psykiatrin och vården som helhet ges stort ansvar i att underlätta så mycket som möjligt för patienten i alla steg av vårdprocessen.

Att ha tid för patienten, att tro hens berättelse, och att vara villig att anpassa vården efter individens unika behov identifieras som det som utgör grunden i att ta patienten på allvar. Det bygger trygghet och tillit, och ger patienterna en möjlighet att lita på vårdpersonalen och därigenom vara öppnare för de vårdförslag som ges, då de antas komma baserat i en ömsesidig önskan för patientens bästa. Däremot upplever en del av de deltagande att de inte blivit tagna på allvar, utan i stället misstrotts eller avvisats när de tagit upp sina bekymmer eller klagomål. Ett underliggande antagande genom många av de deltagandes berättelser är att det kan vara svårt och krångligt att få vård genom psykiatrin, och de deltagare som fått snabb och effektiv vård betonar detta starkt. De deltagande i studien lyfter också personalen inom vården och flera betonar, oavsett om deras upplevelser varit mestadels positiva eller negativa, att det bland vårdpersonalen finns de som verkligen ger sitt allt, och till dem lyfts en stor tacksamhet fram.

Flera förbättringsförslag och punkter där vården ibland uppfattas som bristfällig framkom också. Samtidigt betonade flera av de deltagande att de förstår den praktiska verklighet som gör det svårt för många av förbättringarna att införas. Detta gällde framför allt önskan om mera kontinuitet i

personalen, där flera framhöll att framför allt den ständigt roterande läkarkåren behövde åtgärdas. Samtidigt insåg de att det till viss del var utanför psykiatrins händer. En uppmaning fanns dock att ansvariga inom vården borde undersöka varför personalomsättningen upplevs så stor, reda ut grundorsakerna och säkerställa personalens trivsel. Det framkom också en önskan om att ÅHS inte skulle bryta betalningsförbindelser med patienters fungerande externa kontakter, då det orsakade onödigt uppehåll i vården och bristande kontinuitet från patientens synvinkel. Vidare lyfts också mer uppföljning fram som ett område som skulle hjälpa att skapa kontinuitet och trygghet i vården, speciellt då patienterna äter mediciner som behöver regelbundna kontroller. Bokningsprocessen till kontroller och uppföljning borde samtidigt förenklas för patienten, och det borde göras lättare att få kontakt med och boka specifika läkare inom den somatiska vården, för att ge möjlighet till större kontinuitet.

Samarbetet inom vården och med andra instanser, specifik med KST, framhölls också som ett möjligt förbättringsområde. Bättre instruktioner, information, och koordination gällande vart man ska vända sig vid akut psykisk ohälsa önskas, och likaså en klarare plan för vad akutens roll i situationen är. Även gemensamma möten för att planera vård och stöd önskades, då både tid och energi annars går åt att försöka samordna och informera olika instanser.

Den somatiska vården uppmanas också att samarbeta med psykiatrin, men inte automatiskt anta att patienter inom psykiatrin som uppsöker somatisk vård egentligen har psykiska orsaker till sitt fysiska mående. Kommentarer och påpekanden om vårdkontakten till psykiatrin bör ske med försiktighet i den somatiska vården. Att uppmärksamma den psykiatriska vårdkontakten utan att det har tydlig relevans till situationen kan få patienten att känna sig avvisad och missförstådd.

Flera av de deltagande upplever att man inom psykiatrin är snabba att föreslå mediciner, men att man där riskerar att missa en större, underliggande problematik. Flera av de deltagande anser att medicin inte borde ses som en första behandlingsmetod, utan snarare som ett komplement, då de inte anser att medicinering ensamt kan lösa patientens problem.

Slutligen efterlyses också tydlig och klar information till patienterna. Detta gäller dels information om egen vårdplan, motivationen till den, eventuella väntetidens längd, vem man ska kontakta vid frågor eller besvär, och information om föreslagna mediciner, deras bi- och eftereffekter. Det gäller också på ett allmänt plan, där tydligare instruktioner och information om vart man ska vända sig vid en akut psykisk kris önskas. Några av de deltagande önskar enklare tillgång till sina journaler, exempelvis via Kanta-sidorna, för att ge dem lättare tillgång till mer av den första typen av ovannämnda information.

Det patienterna framfört liknar det som patienter framfört i liknade studier både internationellt och i närområdet. Björk Brämberg et al. (2018) konstaterade att det inom svensk hälsovård fanns ett gap mellan patienternas behov och sjukvårdens organisation, någon som också flera av de deltagande i denna studie uttrycker. Morgan et al. (2016) identifierade liknande markörer på positiva och negativa upplevelser som patienterna i den här studien rapporterar. Den studien kan genom sin forskningsmetod konstatera att det i Australien verkade vara övervägande positiva upplevelser, men att negativa erfarenheter fortfarande fanns. Då den här studien inte var en kvantitativ undersökning kan den inte dra några slutsatser i vilken mängd positivt respektive negativt bemötande förekommer inom psykiatri och somatisk hälso- och sjukvård på Åland, utan bara konstatera att båda upplevelser existerar.

Vidare fokuserade den här studien av praktiska orsaker enbart på ett patientperspektiv från patienter inom vuxenpsykiatri. Det finns anledning att i framtiden undersöka också ett personalperspektiv, då det kan belysa andra faktorer som inverkar på vården. Anhörigperspektivet bör också tas i närmare beaktande: under arbetet med studien kontaktades skribenten av flera anhöriga som gav uttryck för hur de påverkats av närståendes psykiska ohälsa, eller som ville föra fram en närståendes berättelser som hen var oförmögen eller ovillig att själv föra fram. Dessa anhöriga intervjuades inte vidare, men deras vilja att komma till tals bör noteras. Även i studien påpekade flera av de deltagande att de också var anhöriga, och att det var en synvinkel som borde uppmärksammas mera. Dessutom var patienter inom barn- och ungdomspsykiatri exkluderade från studien, vilket är en ytterligare grupp som borde undersökas i och med rapportering om ökad psykisk ohälsa bland unga (se exempelvis Välbefinnandet bland barn och unga – Enkäten Hälsa i skolan, 2021).

Flera av de deltagande förhöll sig också positivt till mentala hälsan inom primärvården, och ansåg att den både fyllde ett behov och kanske skulle kunna hjälpa att minska köerna till psykiatri genom att kunna erbjuda mer preventiv och tidigare vård. Dessa personer var dock också exkluderade från den här studiens analysmaterial, och borde tas upp separat.

Den här studiens styrka är den bredd av upplevelser och åsikter om vården som framgick i deltagarnas berättelser, då det tyder på att det inte bara var en specifik subgrupp av patienter inom psykiatri som tog kontakt. Dock annonserades studien ut som en intervjustudie, vilket kan ha påverkat vilka personer som tog kontakt, då det kräver både en vilja att prata med en främling om sina upplevelser och dessutom ställer krav på språklig förmåga. Samtidigt som bredden kan ses som en styrka finns det också anledning att överväga om specifika patientgrupper borde fokuseras på ytterligare.

Sammanfattningsvis för den här studien fram psykiatripatienters olika perspektiv på hälso- och sjukvård på Åland, med den gemensamma nämnaren av hur viktigt det är att bli bemött med respekt och förståelse, samt att bli tagen på allvar. Möjligheten att uppnå detta mål försvåras då kontinuiteten bland personalen upplevs bristande, men en stor tacksamhet finns till de i personalen som ändå finns till för patienterna.

5. Referenser

- Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P., Rusner, M., Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Gothenburg University, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Institute of Health and Care Sciences, & Sahlgrenska Academy. (2018). Access to primary and specialized somatic 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), 12-12. doi: 10.1186/s12875-017-0687-0
- Björkenstam, E., Ljung, R., Burström, B., Mittendorfer-Rutz, E., Hallqvist, J., & Weitoft, G. R. (2012). Quality of medical care and excess mortality in psychiatric patients—a nationwide register-based study in Sweden. *BMJ Open*, *2*(1), e000778-e000778. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000778
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *9*(1), 26152-26152. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications Ltd.
- Coulter, A., Locock, L., Ziebland, S., & Calabrese, J. (2014). Collecting data on patient experience is not enough: They must be used to improve care. *BMJ (Online)*, *348*(mar26 1), g2225-g2225. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2225>
- Delgado, A., Velosa, J., Zhang, J., Dursun, S. M., Kapczynski, F., & de Azevedo Cardoso, T. (2020). Clozapine in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *125*, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.026>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, *3*(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M., & Huxley, P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of Life Research*, *16*(1), 17-29. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9002-6>
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *46*(14), 2869-2881. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>
- Gandré, C., & Coldefy, M. (2020). Disparities in the use of general somatic care among individuals treated for severe mental disorders and the general population in France. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10), 3367. doi: 10.3390/ijerph17103367

- Glowacki, K., Duncan, M. J., Gainforth, H., & Faulkner, G. (2017). Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, *13*, 108-119. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.10.001>
- Gold, A. K., & Sylvia, L. G. (2016). The role of sleep in bipolar disorder. *Nature and Science of Sleep*, *8*, 207-214. <https://doi.org/10.2147/NSS.S85754>
- Haussleiter, I., Emons, B., Hoffmann, K., & Juckel, G. (2021). The somatic care situation of people with mental illness. *Health Science Reports*, *4*(1), e226. doi: 10.1002/hsr2.226
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet. Psychiatry*, *1*(6), 467-482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)
- Institutet för Hälsa och Välfärd. (2021). *Välbehindat bland barn och unga – Enkäten Hälsa i skolan 2021*. Statistikrapport 40/2021, 9.11.2021.
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Jorm, A. F., & Beatson, R. (2016). Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*(8), 754-762. <https://doi.org/10.1177/0004867416655605>
- Prochaska, J. J., Das, S., & Young-Wolff, K. C. (2017). Smoking, mental illness, and public health. *Annual Review of Public Health*, *38*(1), 165-185. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044618>
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, *214*(6), 329-338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>
- Teasdale, S. B., Ward, P. B., Samaras, K., Firth, J., Stubbs, B., Tripodi, E., & Burrows, T. L. (2019). Dietary intake of people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *214*(5), 251-259. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.20>
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, *72*(4), 334–341. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
- Wang, S., Han, C., Bahk, W., Lee, S., Patkar, A. A., Masand, P. S., & Pae, C. (2018). Addressing the side effects of contemporary antidepressant drugs: A comprehensive review. *Chonnam Medical Journal*, *54*(2), 101-112. <https://doi.org/10.4068/cmj.2018.54.2.101>
- Wikman, S. (2017). *Diskriminering i samband med psykisk ohälsa – En kunskapsöversikt*. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa. <https://www.nsp.hj.se/wp-content/uploads/2017/05/Kunskapssammanstallning-om-diskriminering-pga-psykisk-ohalsa-full-version.pdf.se>
- Ålands Hälso- och Sjukvård. (2022). *Verksamhetsberättelse 2021*. <https://www.ahs.ax/sites/default/files/attachments/page/Verksamhetsber%C3%A4ttelse%202021%20Ver%205.pdf>

6. Bilagor

Bilaga A: Intervjuguide

Intervjufrågor

Gå igenom information-och samtyckesblanketten.
Starta inspelning och transkription.

Bakgrundsfråga:

Kan du berätta lite om din sjukdomshistoria och vårdhistoria inom psykiatrisk vård?

Huvudfrågor:

1. Berätta för mig om dina upplevelser och erfarenheter inom hälso-och sjukvård på Åland (både inom ÅHS och andra aktörer).
Kan du beskriva en upplevelse av en vårdssituation/läkarbesök/möte på Åland som du särskilt minns?
2. När du varit i kontakt med hälso-och sjukvård på Åland, upplever du att du i samband med kontakten blivit tagen på allvar?
Varför/varför inte?
3. Upplever du att det bemötande du får i hälso-och sjukvården på Åland påverkas av att du är/har varit patient inom psykiatrin?
Om bemötandet har påverkats i och med det, hur har du då lagt märke till det?
4. Hur påverkas du av det bemötande du får av hälso-och sjukvårdspersonal?
Hur skulle du vilja bli bemött av hälso-och sjukvårdspersonal?
5. Borde någon typ av förändring ske för att göra hälso-och sjukvården på Åland bättre?
Vad?
6. Finns det något annat gällande din upplevelse av hälso-och sjukvård på Åland som du vill dela med dig av?

Exempel på allmänna följdfrågor:

Hur kände du det då?

Hur upplevde du detta?

Kan du berätta mer om det/kan du utveckla?

Hur menar du?

Vad innebär detta (för dig)?

Vad tänker du om detta?

När hände det här?



Ålands
Ombudsmanna
Myndighet

Psykiatripatienters upplevelse av bemötande inom hälso- och sjukvård på Åland

Tack för att du har visat intresse för att delta i den här studien om psykiatripatienters upplevelser av bemötande inom hälso- och sjukvård på Åland. Du har blivit inbjuden att delta eftersom du är eller har varit patient inom vuxenpsykiatri på Åland.

Den här studien utförs av Ålands Ombudsmannamyndighets högskolepraktikant Julia Danielsson. Handledare för studien är barn- och diskrimineringsombudsman Johanna Fogelström-Duns och patient- och klientombudsman Benjamin Sidorov.

Syftet med den här studien är att kartlägga hur psykiatripatienter upplevt bemötandet inom hälso- och sjukvård på Åland, både inom ÅHS och i kontakt med andra hälso- och sjukvårdsaktörer. Både upplevelser inom psykiatri och inom andra delar av hälso- och sjukvården kommer att diskuteras. Detta görs i syfte att identifiera potentiella förbättringsmöjligheter för hälso- och sjukvård på Åland.

Frågorna kommer att handla om dina upplevelser och erfarenheter inom hälso- och sjukvård på Åland. Deltagande i studien är helt frivilligt. Du behöver inte svara på alla frågor om du inte vill, och det finns inte heller någon minimilängd för svaren, så du kan skriva hur kort eller långt du känner på varje fråga.

Undersökningen är anonym och svaren kommer att förvaras i en låst mapp och raderas vid praktikens slut 2.9.2022. Svaren kommer att tillsammans med djupintervjuer bilda grunden för en undersökning som publiceras av Ålands Ombudsmannamyndighet hösten 2022. Efter att du skickat in enkäten kan du inte dra tillbaka din medverkan, då det inte kommer gå att identifiera dig bland svaren. Eventuella citat som kan användas i studien kommer att undertecknas med en pseudonym och ålderskategori. Andra potentiellt identifierande detaljer kommer också att anonymiseras.

Du kan under enkätens gång spara dina svar och komma tillbaka senare. Sista dagen för att svara på enkäten är tisdagen den 9.8.2022.

Kontaktuppgifter till Julia Danielsson:

Telefon: 0457 355 0005

Mejl: <https://securemail.ombudsman.ax/julia.danielsson@ombudsman.ax/>

1. Jag har läst igenom informationen ovan och samtycker till att delta i undersökningen. *

Ja

Nästa





Ålands
Ombudsmanna
Myndighet

Psykiatripatienters upplevelse av bemötande inom hälso- och
sjukvård på Åland

2. Ålder

- 18-34
- 35-49
- 50-64
- 65+
- Vill ej uppge

3. Könstillhörighet

- Man
- Kvinna
- Icke-binär
- Annat/Vill ej uppge

Föregående

Nästa





Ålands
Ombudsmanna
Myndighet

Psykiatripatienters upplevelse av bemötande inom hälso- och sjukvård på Åland

Du behöver inte svara på alla frågor. Svarets längd är fri.

4. Kan du berätta lite om din sjukdomshistoria och vårdhistoria inom psykiatrisk vård?

5. Berätta om dina upplevelser och erfarenheter inom hälso- och sjukvård på Åland (både inom ÅHS och andra aktörer).

6. När du varit i kontakt med hälso- och sjukvård på Åland, upplever du att du i samband med kontakten blivit tagen på allvar? Varför eller varför inte?

Spara och fortsätt senare

7. Upplever du att det bemötande du får i hälso- och sjukvården på Åland påverkas av att du är patient i psykiatri? (Om ja, på vilket sätt och hur har du lagt märke till det?)

8. Hur påverkas du av det bemötande du får av hälso- och sjukvårdspersonal?

9. Hur skulle du vilja bli bemött av hälso- och sjukvårdspersonal?

10. Borde någon typ av förändring ske för att göra hälso- och sjukvården på Åland bättre? (Om ja, vad?)

11. Finns det något annat gällande din upplevelse av hälso- och sjukvård på Åland som du vill dela med dig av?

Spara och fortsätt senare

Föregående

Skicka



Ålands
Ombudsmanna
Myndighet

Tack för ditt svar!

Kontaktuppgifter till Julia Danielsson:

Telefon: 0457 355 0005

Mejl: <https://securemail.ombudsman.ax/julia.danielsson@ombudsman.ax/>



Undersökning är genomförd via Webropol

[Klicka här](#) för att läsa mer

Bilaga C: Exempel på initial kodning

<p>...visar. Under mina förlossningar var jag så här, jag ska ha den här smärtan, men det är också någonstans går jag inte till, jag har alltid varit väldigt så här, den här kommer från samma är i psykiatri, så jag vet hur viktigt det är att hitta rätt person och där önskar ju jag att AHS själva kanske ska se det före att det finns många som säger så, att man jag må - jag må inte bra med den här människor, eller att den här mödrarbidgivningen är kaos, alltså så här att nu har, jag har väl honom där då. Men då ger det ingenting, då sitter man ju jättebra med den här personen och det tror jag ju också handlar lite om om personalens egen känsla, att är jag faktiskt bra för just den här klienten? Och att personalen också där, det skulle någonstans finnas ett system även för dem och liksom där man kan säga att vet ni vad, den här klienten passar inte riktigt på jag - jag kan inte hjälpa den här klienten och vi - vi klickar inte. Ahh, och att man där skulle ha en möjlighet och just allt det här handlar ju också om ekonomi och personal.</p>	<p><i>... det är viktigt att se till att man har rätt person till rätt klient</i></p> <p><i>... att personalen också där, det skulle någonstans finnas ett system även för dem och liksom där man kan säga att vet ni vad, den här klienten passar inte riktigt på jag - jag kan inte hjälpa den här klienten och vi - vi klickar inte. Ahh, och att man där skulle ha en möjlighet och just allt det här handlar ju också om ekonomi och personal.</i></p>
<p>Intervjuare: Just ja, det- Lovisa: Det förstärker ju jag också. Jag är själv utbildad närvårdare inom psykiatri (skatt). Väl medveten om det, men- men att det skulle finnas en- en övre plan att verkligen få rätt person till rätt klient för jag tror att det skulle ta till att det skulle ta ett mycket mindre resurser.</p>	
<p>Intervjuare: Ja Lovisa: Som sagt, jag tar ju upp otroligt lite resurs på psyk idag för att jag har min person. Och det jag behöver är två 12 minuters samtal med läkare i stället för att hoppa mellan 15 psykologer och ha 4 läkare inblandade och dit och boka tider och. Så jag tror att skulle man få rätt just då, och där jag inte folk vågar säga till och där, jag tror det skulle vara jättebra om man kunde anonymt på något vis skulle kunna liksom få fram att jag trivs inte med här personen alltså så här, för att det är ju väldigt tufft också som att gå och säga att bara jag - jag tycker inte om dig (skatt), asså det säger inte, för det är fortfarande en annan människa man sitter mittemot. Och liksom, det, jag vet inte hur man ska lösa det här. Det här bara så här... Intervjuare: Jojo, men...</p>	<p><i>... att personalen också där, det skulle någonstans finnas ett system även för dem och liksom där man kan säga att vet ni vad, den här klienten passar inte riktigt på jag - jag kan inte hjälpa den här klienten och vi - vi klickar inte. Ahh, och att man där skulle ha en möjlighet och just allt det här handlar ju också om ekonomi och personal.</i></p> <p><i>... att personalen också där, det skulle någonstans finnas ett system även för dem och liksom där man kan säga att vet ni vad, den här klienten passar inte riktigt på jag - jag kan inte hjälpa den här klienten och vi - vi klickar inte. Ahh, och att man där skulle ha en möjlighet och just allt det här handlar ju också om ekonomi och personal.</i></p>
<p>... just att man skulle kunna få ett system där, jamen, rätt vårdare till rätt klient. För jag tror det skulle leda till mycket bättre resultat. Och i stället skulle vara mycket mer ekonomiskt också.</p>	<p><i>... att personalen också där, det skulle någonstans finnas ett system även för dem och liksom där man kan säga att vet ni vad, den här klienten passar inte riktigt på jag - jag kan inte hjälpa den här klienten och vi - vi klickar inte. Ahh, och att man där skulle ha en möjlighet och just allt det här handlar ju också om ekonomi och personal.</i></p>
<p>Ja</p>	

Bilaga D: Exempel på tidiga temaförslag baserat på andra omgångens koder

