



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# Ångestpatienters upplevelser av mötet med sjukvårdens personal

- En kvalitativ studie

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Socionomprogrammet ht 2011

Författare: Natascha Heidari

Handledare: Bengt Carlsson

## **Abstract**

<b>Titel</b>	Ångestpatienters upplevelser av mötet med sjukvårdens personal – en kvalitativ studie
<b>Författare</b>	Natascha Heidari
<b>Nyckelord</b>	ångest, vård, vårdrelation, bemötande, hjälpförväntningar

### **Syfte**

Denna uppsats syftar till att undersöka hur personer med ångestproblematik upplever mötet med sjukvårdens personal. Fokus ligger på de förväntningar personerna har på sjukvård innan de blir patienter och hur väl sjukvården lever upp till förväntningarna. Även deras upplevelser av bemötande, vårdrelation och behandling undersöks.

### **Metod**

För att undersöka personernas upplevelser och erfarenheter har jag använt mig av kvalitativa djupintervjuer. Intervjuerna var semistrukturerade med öppna, neutrala frågor och sammanlagt intervjuades fyra kvinnor. Dessa har eller har haft olika typer av ångestproblematik.

### **Resultat**

Resultatet består av tre stadier: att bli patient, att vara patient och att inte längre vara patient. Personerna har fått anpassa sig efter sjukvårdens organisation och ramar. De har blivit hänvisade fram och tillbaka till olika vårdinstanser och det dröjer innan de får rätt vård. Vården som efterfrågas är ofta samtal men istället erbjuds de i första hand medicin. Några av dem får psykologkontakt men inte heller det är en självklar lyckad behandling. Patienterna efterfrågar en sorts hjälp men erbjuds någonting annat. Under tiden lär de sig hur de själva kan hantera ångesten. Efter många försök får de flesta av dem vård som lever upp till deras förväntningar och det är först då som personerna upplever att de börjar må bättre.

## **Tack**

Ett stort tack till de fyra kvinnor som ställde upp som informanter i min studie och som öppet delade med sig av sina livshistorier. Jag vill även tacka Ångestsyndromsällskapet i Göteborg som har hjälpt mig att hitta informanter samt min handledare Bengt Carlsson som har gett mig värdefull handledning.

*Natascha Heidari*, Göteborg 2011-09-01

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>2. SYFTE OCH PROBLEM .....</b>	<b>1</b>
2.1. SYFTE .....	1
2.2. PROBLEMFÖRMULERING.....	1
2.3. FRÅGESTÄLLNINGAR .....	1
2.4. AVGRÄNSNINGAR.....	2
2.5. CENTRALA BEGREPP.....	2
<b>3. BAKGRUND.....</b>	<b>3</b>
3.1. ÅNGEST .....	3
3.2. STRESS.....	4
3.3. BEHANDLING AV ÅNGESTSYNDROM.....	4
3.4. PRIMÄRVÅRD VS. PSYKIATRI .....	5
3.6. ÅNGESTSYNDROMSÄLLSKAPET .....	5
<b>4. TIDIGARE FORSKNING .....</b>	<b>6</b>
<b>5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER .....</b>	<b>6</b>
5.1. TEORETISKA KÄRNBEGREPP .....	6
<b>6. METOD OCH MATERIAL.....</b>	<b>7</b>
6.1. VAL AV METOD .....	7
6.2. URVAL .....	7
6.3. INTERVJUGUIDE .....	8
6.4. INTERVJUERNAS GENOMFÖRANDE .....	8
6.5. ANALYSMETOD .....	8
6.6. FÖRFÖRSTÅELSE.....	8
6.7. VERIFIERING.....	9
6.8. ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	9
<b>7. RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>10</b>
7.1. INTERVJUPERSONERNAS BAKGRUND.....	10
7.1.1. <i>Angelika</i> .....	10
7.1.2. <i>Kerstin</i> .....	10
7.1.3. <i>Susanne</i> .....	11
7.1.4. <i>Ylva</i> .....	11
7.1.5. <i>Kommentarer</i> .....	12
7.2. ATT BLI PATIENT.....	12
7.2.1. <i>Mötet med de professionella</i> .....	12
7.2.2. <i>Klientskapet</i> .....	15
7.2.3. <i>Kommentarer</i> .....	16
7.3. ATT VARA PATIENT .....	17
7.3.1. <i>Behandlingsprocessen</i> .....	17
7.3.2. <i>Diagnostisering</i> .....	20
7.3.3. <i>Förväntningar på vården</i> .....	20
7.3.4. <i>Kommentarer</i> .....	21
7.4. HANTERINGSSTRATEGIER/COPING .....	22

7.4.1. Att söka förklaring.....	22
7.4.2. Att ta beslut.....	23
7.4.3. Självinstruktioner.....	23
7.4.4. Minskad aktivitetsnivå .....	23
7.4.5. Ökad aktivitetsnivå.....	24
7.4.6. Undvikande.....	24
7.4.7. Övriga copingmetoder.....	24
7.4.8. Kommentarer .....	25
7.5. ATT INTE LÄNGRE VARA PATIENT .....	26
7.5.1. Bot och rehabilitering .....	26
7.5.3. En vändpunkt.....	26
7.5.5. Bemötande från de professionella.....	28
7.5.6. Återhämtning .....	29
7.5.7. Kommentarer .....	30
<b>8. DISKUSSION.....</b>	<b>30</b>
8.1. DISKUSSION AV STUDIENS RESULTAT .....	30
8.2. SLUTKOMMENTAR.....	32
8.3. FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING .....	33
<b>KÄLLFÖRTECKNING .....</b>	<b>34</b>
TRYCKTA KÄLLOR .....	34
INTERNETKÄLLOR .....	35
<b>BILAGA 1: FÖRFRÅGAN OM MEDVERKAN I INTERVJUSTUDIE.....</b>	<b>36</b>
<b>BILAGA 2: INTERVJUFRÅGOR.....</b>	<b>37</b>

## **1. Inledning**

Uppskattningsvis drabbas 25 % av befolkningen någon gång i livet av stark ångest. De som behöver hjälp med att hantera den ångest som är förlamande söker sig ofta till sjukvården. Deras upplevelser av bemötandet och vården de får samt relationen till sjukvårdspersonalen kan se väldigt olika ut, beroende på vart man söker hjälp, vem man möter och vilket hälsotillstånd man har. Många har positiva upplevelser av att ha fått den vård de har förväntats sig att få och vissa har även fått bättre upplevelser än vad de hade förväntat sig. Dock finns det en del missnöjda som anser att sjukvården brister i omsorgen. Syftet med denna uppsats är att belysa att det finns människor som har negativa upplevelser av sjukvården och förhoppningen är att uppsatsen ska bli en tankeväckare för vårdgivande organisationer.

## **2. Syfte och problem**

### **2.1. Syfte**

Syftet är att undersöka vilka upplevelser patienter med ångestsyndrom har av mötet med sjukvården. Detta omfattar personernas förväntningar på vård samt upplevelser av bemötande, vårdrelation och behandling.

### **2.2. Problemformulering**

När personer med ångestproblematik söker vård sker detta antingen inom primärvården eller inom psykiatrin, med den skillnaden att det inom primärvården finns en generaliserad kunskap om psykiska sjukdomar jämfört med psykiatrin där personalen är specialiserad på psykiska sjukdomar och problem. Denna studie syftar i första hand till att undersöka upplevelser av kontakten med primärvården.

### **2.3. Frågeställningar**

Utifrån studiens syfte och problemformulering har ett antal frågeställningar utformats:

- Hur upplevs bemötande, vårdrelation och behandling i samband med besök på vårdcentral?
- Har vården och behandlingen levt upp till personernas förväntningar?
- Hur har personerna hanterat ångesten?
- Har personerna återhämtats och i så fall i vilken grad?

## 2.4. Avgränsningar

Med hänsyn till att min studie endast täcker fyra personers upplevelser och livsberättelser kan studien inte anses vara generaliserbart på så sätt att det kan sägas att alla personer med ångestproblematik har liknande upplevelser. Informanterna i min studie har också aktivt gjort ett val då de på ett eller annat sätt har varit i kontakt med patientorganisationen Ångestsyndromsällskapet.

Jag har valt att inte undersöka informanternas upplevelser av privat vård då denna ofta innebär ett medvetet val från patienternas sida. Jag har även en föreställning om att privata aktörer är mer benägna att vilja ha tillfredsställda patienter då privata mottagningar är mer beroende av ett högt antal patienter i ekonomiskt syfte; för att kunna driva verksamheter och/eller för att gå i vinst.

## 2.5. Centrala begrepp

Begrepp som jag anser är centrala att undersöka och använda i denna undersökning är ångest, stress och bemötande. För att ge en större förståelse för de läkemedel som nämns senare i uppsatsen redogör jag även kort för dessa.

Begreppen ångest och stress beskriver jag närmare i kapitel 3 (bakgrund). *Ångest* används dagligen och i många vardagliga sammanhang. Alla människor drabbas i livets olika skeden av ångest men i min undersökning syftar jag till ångestproblematik när jag använder begreppet ångest. När jag använder *stress* syftar jag på den negativa stress som kan leda till ångest. *Psykisk ohälsa* använder jag som ett samlingsbegrepp som innefattar olika psykiska sjukdomar. Som synonymer till begreppen psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar använder jag psykiskt problem, psykiska tillstånd och psykiska besvär. Detta för att kunna uttrycka mig med större variation men innebörden är alltså densamma för samtliga begrepp. *Bemötande* använder jag synonymt med informanternas upplevelser av hur resultatet av mötet överensstämmer med de förväntningar som de har haft före mötet. Exempelvis kan en läkares bemötande kan upplevas som bra även om man inte upplever att man har fått den hjälp som man har efterfrågat. Däremot kan upplevelsen av de professionellas bemötande tänkas påverkas av ifall patienterna är nöjda med hjälpen de får. Begrepp bemötande ur teoretisk aspekt beskrivs under kapitel 5 (teoretiska utgångspunkter).

Det kan även vara aktuellt att beskriva vad som innefattas i samlingsordet primärvård. När detta begrepp används i studien syftar jag på landstingsbedriven primärvård, om inget annat anges. Begreppet innefattar bl.a. vårdcentraler och akutmottagningar. Med sjukvård menas all form av vård som ges för fysisk och psykisk sjukdom eller ohälsa, dvs. både kommunal och privat primärvård samt psykiatri och andra specialiseringar.

### Läkemedel

**Anafranil** – ett antidepressivt och ångesthämmande läkemedel. Används särskilt vid nervösa tvångstillstånd (t.ex. bacillskräck) och oförklarliga panikattacker.

**Atarax** – lugnande tabletter mot bl.a. ångest och oro. Är inte beroendeframkallande.

**Lyrica** – antiepileptiskt läkemedel som används bl.a. mot generaliserat ångestsyndrom.

**Remeron** – antidepressivt läkemedel (FASS 110614).

### 3. Bakgrund

För att få en förståelse för vad informanterna upplever kommer jag att beskriva ångest och stress för att sedan komma in på vilken behandling som finns att få. Jag kommer även att beskriva skillnaden mellan primärvård och psykiatri samt redogöra kort om Ångestsyndromsällskapets verksamhet.

#### 3.1. Ångest

Enligt Freud uppstår ångest när, det som han kallar, Jaget måste kompromissa mellan Överjagets ”Du ska” och Detets ”Jag vill”. En kompromiss sker då det finns en konflikt mellan dessa två. Freud menar att personer som drabbas av ångest har ett välutvecklat Jag och att deras verklighetsuppfattning är realistisk. Inom psykoanalysen är detta en förklaring till ångest (Sigling 2010, Holmquist-Carlsson/Zettergren 1993). Jag har valt att inte fördjupa mig i Freuds syn på ångest utan jag kommer istället att lyfta fram andra perspektiv.

Ångest är en normal kroppslig reaktion som uppstår i människors liv vid upplevelse av fara och den upplevs som en oro, en rädsla eller som panik. Ångestens uppgift är att skydda oss i farofyllda situationer genom att kroppen förbereds för kamp eller flykt. I dagens samhälle rör de farofyllda situationerna sällan ett direkt hot mot våra liv, utan hoten upplevs istället mot våra psykologiska behov. Ångestens symptom är ofta fysiska och visar sig i form av bl.a. hjärtklappning, tryck över bröstkorgen, hyperventilering, frossa, rastlöshet och/eller stelhetskänsla men symptomen kan även vara psykiska såsom sömn- eller koncentrationssvårigheter (Cullberg 2001). Även om symptomen är ofarliga kan de skapa en rädsla för att svimma, dö eller drabbas av allvarigare psykiskt tillstånd vilket i sig ökar ångestkänslorna. En viss grad av ångest upplevs alltså av alla människor, men när ångesten blir återkommande i, utåt sett, ofarliga situationer kan man begränsas i sin vardag (Holmquist-Carlsson/Zettergren 1993, Cullberg 2001). Diagnosen ångest sätts då ångesten upplevs som problematisk och irrationell. Ångest är även vanligt i samband med de flesta psykiska sjukdomar. Ångestsyndrom innebär man upplever ångest flera gånger i månaden och ofta kombineras symptomen med exempelvis panikattacker, generaliserad ångest eller fobier. Inom psykiatrin talar man även om neuroser, vilket är ett samlingsbegrepp för olika ångesttillstånd (Holmquist-Carlsson/Zettergren 1993). Uppskattningsvis drabbas 25 % av befolkningen någon gång i livet av ångestsyndrom (ÅSS Ungdom 2008).

*Paniksyndrom* (även kallat *panikångest*) visar sig ofta i form av plötsliga attacker. Personen upplever hjärtklappning, andnöd och ofta även rädsla för att dö (Sigling 2010).

När en person lider av en *fobi* upplevs ångest och rädsla i koppling till en bestämd plats, sak eller situation. *Social fobi* handlar därmed om ångest som förknippas med stora folksamlingar, att stå på scen eller liknande (Sigling 2010, Holmquist-Carlsson/Zettergren 1993).

Social fobi brukar även kallas torgskräck. Samlingsbegreppet *tvångssyndrom* innefattar tvångstankar och tvångshandlingar, vilka handlar om rädsla för att deras handlingar eller avsaknaden av handlingarna kommer leda till att andra personer kommer till skada eller att något dåligt händer. Exempel på tvångssyndrom är tvättvång och räknetvång (Sigling 2010).



### 3.2. Stress

Stress är ett begrepp som är nära förknippat med ångest. En viss grad av stress kan vara positiv på så sätt att den gör att vi presterar bättre, men för detta krävs att balans råder mellan kraven som ställs och vår förmåga att hantera dessa krav. Över- eller understimulans av krav kan leda till negativ stress. Överstimulans är när kraven är högre än vår förmåga och understimulans är när kraven är så pass låga att vår förmåga inte tillfredsställs. Det finns olika stressfaktorer, s.k. stressorer, som ökar de psykiska och fysiska reaktionerna som i sin tur ökar stressen. Vanliga stressorer är att inte kunna påverka sin livssituation, långvarig överansträngning, att uppleva höga krav från omgivningen, stora förändringar i livet samt oro, rädsla och hot. För hög stressnivå under lång tid kan alltså leda till ångestproblematik (Cullberg 2001). Personer som drabbas av stressrelaterad psykisk ohälsa är oftast ambitiösa och effektiva personer med fast etablering på arbetsmarknaden (Kärfve 2006).

### 3.3. Behandling av ångestsyndrom

*Kognitiv beteendeterapi*, KBT, är den vanligaste behandlingsformen vid ångestproblematik. Utgångspunkten är att beteenden och tankar är inlärd och därmed kan dessa läras in på nytt, förändras. Psykologen arbetar tillsammans med patienten med att identifiera och förändra oönskade tankemönster. Som hjälp används sambandet mellan tanke, känsla och handling (Sigling 2010).

För behandling av fobier används vanligen fobiträning som är en form av *beteendeterapi*. Behandlaren tillsammans med patienten steg för steg möter det som upplevs som farligt och skrämmande. För varje gång blir rädslan något mindre tills patienten klarar av att möta det som tidigare var hotfullt på ett neutralt plan. Det felaktigt inlärd beteendet kan genom fobiträningen läras om och ersättas av ett naturligare beteende (Holmquist-Carlsson/Zettergren 1993).

Som vi kommer märka i informanternas berättelser behandlas ångest i stor utsträckning även genom *medicinering*. Medicin som ges mot psykiska tillstånd benämns som psykofarmaka. Ångestdämpande medicin botar inte de bakomliggande orsakerna till ångestens uppkomst, utan det är endast symptomen som påverkas (Holmquist-Carlsson/Zettergren 1993).

*Mindfulness* är något som många talar om idag. Mindfulness betyder ”medveten närvaro” och innefattas i dialektisk beteendeterapi, DBT. Fokus ligger på att vara i nuet och att medvetet rikta uppmärksamheten mot det som sker här och nu (Sigling 2010, Brattberg 2008).

Det finns även en mängd andra behandlingsformer såsom stödsamtal och ljusterapi, men för dessa rymms inte inom ramen för denna uppsats. Gemensamt för alla behandlingsformer är dock att alla går ut på att stärka patientens självkänsla och att patienten lär sig att hantera sina känslor (Holmquist-Carlsson/Zettergren 1993).

### **3.4. Primärvård vs. psykiatri**

Primärvården drivs av landstinget och dess ansvarsområde innefattar bl.a. vårdcentraler, akutmottagningar, barnmorskemottagningar, mottagningar inom barn- och ungdomsmedicin, rehabilitering, kris och trauma samt gynekologi och sjukvårdsrådgivning (Primärvården Göteborg 110306). I första hand är det primärvården som diagnostiserar och behandlar personer som har depression, ångest, befinner sig i en kris eller har andra psykiska besvär. När det rör sig om allvarigare eller mer akuta psykiska tillstånd hänvisas patienter till öppenvården. På en psykiatrisk öppenvårdsmottagning erbjuds patienterna psykiatrisk specialistvård och där sker utredning, behandling och omvårdnad av psykiskt långtidssjuka. Öppenvårdsmottagningarna drivs av kommunen men samverkar med den landstingsdrivna slutenvården, som oftast består av en psykiatrisk klinik i anslutning till ett större sjukhus. Intagning sker genom den psykiatriska akutmottagningen eller efter bedömning av öppenvårdspersonal. En intagning varar oftast i några dagar, tills patienten kan återvända hem, flyttas till en annan avdelning eller remitteras till öppenvården. Inom öppen- och slutenvården arbetar bl.a. psykiater, sjuksköterskor, skötare, psykologer, kuratorer och ibland även sjukgymnaster. En psykiater är en läkare med specialkompetens inom psykiatri. Förutom den landstingsdrivna sjukvården finns även privata vårdcentraler och mottagningar (Sigling 2010, Holmquist-Carlsson/Zettergren 1993).

Primärvården styrs av de lagar som omnämns i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Enligt HSL ska vården vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet. Vården bör individanpassas och främja god kontakt med patienten (HSL 1982:763, 1992 2a§). När det gäller psykiska sjukdomar är det viktigt att rätt hjälp ges så snart som möjligt. Första steget för en läkare eller psykiater är att hitta den diagnos som bäst stämmer in på patientens symptom. Diagnostisering sker utifrån klassifikationssystemen DSM eller ICD som beskriver diagnosernas olika symptom och dess varaktighet. För att en person ska anses ha exempelvis ångest ska personen uppfylla ett antal kriterier under en viss tid (Sigling 2010).

Sankt Jörgens sjukhus, som nämns av en av informanterna, var ett mentalsjukhus som låg i Göteborg. Sjukhuset lades ner 1992 då verksamheten flyttade till Mölndals sjukhus respektive Kungälv's sjukhus (BRF Sankt Jörgens Allé 110709).

### **3.6. Ångestsyndromsällskapet**

Ångestsyndromsällskapet i Göteborg (ÅSS) är en patientorganisation för personer som lider av ångestsyndrom i olika former. Organisationen har verksamhet för ungdomar mellan 16 och 26 år, samt "Öppet hus" för vuxna. Varje år har ÅSS i Göteborg även ett sommarläger för medlemmarna (ÅSS 110217).

#### **4. Tidigare forskning**

På C-nivå har en kvalitativ uppsats tidigare skrivits som berör min frågeställning. Uppsatsens titel är *Hur bör sjukgymnaster inom psykiatrin bemöta patienter med ångestproblematik för att nå en så god allians som möjligt?* och den är skriven på Luleå Tekniska universitet av Josefin Kronman och Malin Lund (2009) inom Institutionen för Hälsovetenskap. Kronman och Lund valde att genomföra undersökningen som en multipel fallstudie med semistrukturerade kvalitativa intervjuer som huvudsaklig datainsamlingsmetod. Urvalet bestod av fem sjukgymnaster med erfarenhet av att arbeta med ångestpatienter. Resultatet av deras studie blev att ett gott bemötande kan skapas genom att uppmärksamma förutsättningarna för och innehållet i ett gott bemötande. I denna studie, liksom många andra som rör ångest, bemötande och vårdpersonal, ligger fokus på de professionellas upplevelser. Jag anser att det skulle behövas mer forskning kring klienternas och patienternas upplevelser och det är därför jag har valt detta uppsatsämne. Även om det finns mycket forskning om psykisk ohälsa, ångest, coping, bemötande och behandling, anser jag att det behövs mer forskning som berör livshistorier där behandling inte har varit lyckad eller bemötandet inte har varit bra. Detta för att verksamheter genom forskning ska kunna utvärderas och förbättras så att fler personer kan få rätt vård snabbare och därigenom få en bättre hälsa.

#### **5. Teoretiska utgångspunkter**

Som utgångspunkt för min analys har jag de begreppen klientskap och coping. Jag använder även Topors (2004) återhämtningsbegrepp då detta blir centralt när patienter berättar om sina upplevelser av sjukvården. Då jag kommer undersöka informanternas upplevelser av relation, bemötande och hjälpförväntningar har jag beskrivit begreppen med hjälp av olika teoretiska utgångspunkter.

##### **5.1. Teoretiska kärnbegrepp**

Inom symbolisk interaktionism menar man att interaktionen sker i det sociala mötet. En relation är resultatet av interaktionen mellan två personer. Aktörerna interagerar i en miljö, det som Erving Goffman kallar för en scen, där det sker en process som tolkas och hanteras av de olika aktörerna (Goffman 2009). I en *hjälprelation* finns det en hjälpare och en hjälpsökare, i detta fall en patient. Begreppet hjälprelation blir aktuellt inom teorin för det psykosociala arbetet. Hjälparen bör ha förståelse och kunskap om den som söker hjälp för att en god relation ska kunna skapas. För att patienten ska få rätt hjälp krävs även att hjälparen ser problemet och lösningen på problemet. En hjälprelation upphör när patienten har fått den efterfrågade hjälpen (Bernler/Johnsson 2001). Jag kommer i uppsatsen att använda begreppet *vårdrelation* istället för hjälprelation.

Grunden för ett bra *bemötande* från vårdpersonalens sida är empati. Det är inte meningen att de ska tycka synd om patienten utan istället bör de ha medkänsla för patienten och dennes situation. Vårdpersonalen bör bla. vara vänlig, engagerad och ha förmåga att lyssna (Holmquist-Carlsson/Zettergren 1993).

Redan före det första mötet med sjukvårdens personal har patienten föreställningar om varför hon/han söker vård. Det finns färdiga föreställningar om problemet (sjukdomen), om hjälparen (läkaren, psykologen etc) samt om hjälpen (behandlingen). Jag har valt att benämna dessa föreställningar för *hjälpförväntningar*. Patienten bär på förväntningar på vilken hjälp de vill ha men även förväntningar på hur den ska utformas. Även hjälparen har föreställningar och för att patienten ska uppleva att rätt hjälp ges krävs det att hjälparens och patientens föreställningar i det stora hela överensstämmer med varandra (Bernler/Johnsson 2001).

## 6. Metod och material

### 6.1. Val av metod

Jag har till största del använt kvalitativa metoder i min empiriska studie för att samla in det material som jag behöver. Eftersom fokus ligger på att undersöka patienternas/informanternas upplevelser, dvs. deras livsvärld, är kvalitativa intervjuer det som, enligt Kvale (1997) lämpar sig bäst. Utifrån de beskrivda upplevelserna har jag kunnat finna de teman som är centrala för informanternas upplevelser.

Det arbetssätt som jag har använt mig av är det abduktiva arbetssättet, dvs. en kombination av deduktivt och induktivt arbetssätt. *Deduktion* innebär att en bestämd teori är utgångspunkten i arbetet med studien. Slutsatsen, deduktionen, måste vara logiskt giltig. Om påståenden redan som utgångspunkt antas vara sanna kan inte deduktionen vara falsk, vilket gör att slutsatsen blir logiskt giltig. *Induktion* är när empirin grundas på det som kan observeras, med andra ord empiri, och utifrån detta generaliseras erfarenheter till teorier. *Abduktion* kan alltså ses som en pendling mellan teori och empiri (Thomassen 2007).

Jag har strävat efter att förhålla mig till informanterna utifrån ett fenomenologiskt perspektiv, vilket innebär att jag med öppenhet om informanternas upplevelser fokuserar på deras livsvärld. Fenomenologin grundades av filosofen Edmund Husserl och grundläggande drag inom perspektivet är att världen upplevs och erfars ur ett subjekts perspektiv. Fenomen är det som upplevs eller visar sig och det man vill inom fenomenologin är att fånga upplevelserna av fenomenen (Kvale 1997, Thomassen 2007).

### 6.2. Urval

I samband med "Öppet hus" på ÅSS, den öppna verksamheten för vuxna på torsdagskvällar, blev personer informerade och tillfrågade att medverka i studien. Alla ÅSS-medlemmar blev även tillfrågade via ett mailutskick (genom ÅSS's medlemslista) och de fick därefter själva ta kontakt med mig vid intresse att delta. Jag har använt mig av fyra informanter, vilka alltså själva kontaktade mig efter intresse av att delta i studien. Mina informanter kan ha olika erfarenheter av kontakt med primärvården och lida av olika typer av ångestsyndrom. Genom att välja informanter i olika åldrar hoppas jag kunna göra en jämförelse av informanternas erfarenheter.

### **6.3. Intervjuguide**

Enligt Kvale (1997) kan en intervjuguide användas för att säkerställa att alla teman berörs och besvaras under intervjun. Jag använde mig av en semistrukturerad intervjuguide med frågor som var relevanta för studien. Intervjuguiden innehöll öppna frågor som var formulerade med ett enkelt språk för att risken för misstolkning skulle vara så liten som möjligt. Frågorna var även formulerade på ett sådant sätt att det fanns utrymme för följdfrågor vid behov. De teman som intervjuguiden var uppbyggd kring var personernas bakgrund, tidiga symtom, sjukvårdskontakten, behandling, förväntningar och upplevelser av vårdrelation samt ångesthantering.

### **6.4. Intervjuernas genomförande**

För att intervjusituationen skulle kännas trygg för intervjupersonerna genomfördes de tre första intervjuerna i ÅSS lokaler. Den fjärde genomfördes i intervjupersonens hem då det pga. sjukdom fysiskt underlättade för henne. Alla fyra informanterna var kvinnor då inga intresserade män hörde av sig. Intervjuerna spelades in på digital ljudinspelare vilket gjorde att jag kunde lägga mindre vikt vid att anteckna och istället lyssna mer aktivt. Jag gjorde dock stödanteckningar under tiden. Jag upplevde inte att ljudinspelningen gjorde att informanterna blev nervösa eller oroliga. Intervjuerna var semistrukturerade då jag använde mig av en intervjuguide med teman och relevanta frågor. Intervjuerna bestod till största del av öppna frågor och vid behov ställdes följdfrågor. Informanterna hade alla lätt för att berätta om sina erfarenheter och upplevelser. De genomfördes under tio dagars tid och de var mellan 60 och 100 minuter långa. Den första intervjun utgjorde provintervju på så vis att jag efter dess genomförande transkriberade ljudinspelningen för att ta reda på om frågorna täckte det jag ville undersöka. Det jag kom fram till var att en fråga behövde strykas därför att denna missförstods och egentligen inte svarade på något som var relevant för studien. I slutet av provintervjun kände jag behov av att ställa en ytterligare fråga som inte fanns med i frågeguiden. Frågan gav ett rikt svar och jag utökade därför frågeguiden med denna fråga.

### **6.5. Analysmetod**

Vid intervjuernas genomförande förde jag anteckningar. För att sedan kunna analysera mitt insamlade material transkriberade jag användbara delar av ljudinspelningarna. De transkriberade dokumenten gav mig en bra överblick över vad som var viktigt i intervjuerna. Därefter jämfördes mina ursprungliga teman med vad som hade kommit fram i intervjuerna, vilket ledde till val av lämpliga teoretiska begrepp. Jag valde också ut citat ur materialet för att belysa olika delar.

### **6.6. Förförståelse**

Den förförståelse man har påverkar studiens resultat genom att verkligheten tolkas utifrån tidigare erfarenheter och kunskap (Thomassen 2007). Jag har sedan lång tid tillbaka haft ett intresse för psykisk ohälsa och psykisk problematik samt läst ett flertal böcker och bloggar som berör exempelvis borderline, manodepressivitet och depression. Som socionomstudent har jag läst kursen ”Psykisk ohälsa och livsvillkor”, vilket har gett mig teoretisk kunskap. Dock saknar jag praktisk kunskap kring att bemöta personer med ångestproblematik.

Före intervjuernas genomförande besökte jag Ångestsyndromsällskapets lokaler samt ett föredrag som föreningen hade organiserat för att få en bättre bild av föreningen och mer kunskap om ångest.

## 6.7. Verifiering

Enligt Kvale (1997) ska en *verifiering* ske av resultatens generaliserbarhet, reliabilitet och validitet. *Reliabilitet* syftar till resultatens struktur. Exempelvis kan ledande frågor påverka intervjuernas svar på så sätt att resultatet blir subjektivt. Jag har haft för syfte att använda mig av öppna frågor för att påverka resultatet så lite som möjligt. Frågorna har varit neutralt ställda på så sätt att de ger utrymme för svar som speglar både positiva och negativa upplevelser. Jag är dock medveten om att resultatet alltid till viss del blir subjektivt. *Validitet* innebär att ett påstående är sant eller riktigt. Påståendet ska kunna försvaras och vara övertygande. Inom kvalitativ forskning används validitet i den betydelse att resultatet visar det som är intressant för undersökningen, dvs. det som planerats att undersökas (Kvale 1997). Mitt syfte var att undersöka hur några personer med ångestproblematik upplevde sjukvårdens bemötande. Jag anser att resultatet belyser syftet för studien och att frågeställningarna har besvarats. Att mina informanter alla är kvinnor kan tänkas påverka validiteten. Resultatet skulle kunna bli mer dynamiskt om jag hade funnit lika många manliga informanter. Studiens resultat går inte att *generalisera* till att alla personer med ångestsyndrom upplever bemötande, vårdrelation och behandling inom sjukvården på samma sätt som mina informanter. Det går inte heller att säga att alla Ångestsyndromsällskapets medlemmar har liknande upplevelser som de fyra personer som jag har intervjuat. En förklaring till att alla informanterna har negativa upplevelser av sjukvården kan vara den att det är just den negativa upplevelsen som utgör orsaken till varför de ställde upp på att intervjuas. Alla människor upplever också ångest på olika sätt och vi besöker olika vårdcentraler och olika läkare och psykologer. Därmed blir upplevelsen individuell och kan inte heller generaliseras.

## 6.8. Etiska överväganden

Vetenskapsrådet har ställt upp ett antal etiska riktlinjer som bör följas i forskningsarbeten. Grunden för dem alla är att individer inte får utsättas för fysisk eller psykisk skada till följd av studien. De fyra huvudkraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 110217). Jag hade för avsikt följa dessa etiska riktlinjer i min studie. Eftersom jag har mött personer med ångestproblematik har det även varit viktigt för mig att vara medveten om mitt bemötande och tillvägagångssätt så att intervjusituationen och min närvaro blir så lite stressande som möjligt.

Informationskravet innebär att de som berörs av studien ska informeras om studiens syfte, hur den planeras att genomföras, hur och var forskningsresultaten kommer presenteras samt villkor för deltagandet. Det är viktigt att poängtera att deltagandet är frivilligt och att informanterna har rätt att avbryta sin medverkan utan att detta får några konsekvenser (Vetenskapsrådet 110217). Till en början, när jag skickade ut en förfrågan om medverkan i studien, informerade jag skriftligt om de grundläggande dragen i studien såsom syfte, framställning, sekretess och vad som förväntades av informanterna. Jag informerade sedan intervjudeltagarna mer detaljerat i samband med genomförandet av intervjuerna och de hade

då även möjlighet att ställa frågor. Informanterna på ÅSS blir tillfrågade om de vill delta i min undersökning. Eftersom alla deltagarna är över 15 år blir vårdnadshavares samtycke inte aktuellt att inhämta.

Kring studien råder sekretess, vilket formuleras i konfidentialitetskravet. Uppgifter ska avidentifieras så att informanterna förblir anonyma (Vetenskapsrådet 110217, Kvale 1997). Jag har i min studie gett informanterna fiktiva namn så att dessa inte kan kännas igen. Jag har även uteslutit specifika benämningar på vårdcentraler, läkare och andra vårdgivare som har nämnts i intervjuer. Detta för att informanternas bostadsområde inte ska röjas. Jag har dock valt att benämna de större sjukhusen då jag anser att risken är minimal för informanterna att genom detta identifieras. Jag har inga planer på att använda materialet i annat avseende än till den planerade studien.

## **7. Resultat och analys**

Resultatredovisningen inleds med bakgrundsinformation om intervjupersonerna. Därefter är kapitlet uppdelat i tre övergripande rubriker; att bli patient, att vara patient och att inte längre vara patient. Kapitlet avslutas med en analys av personernas hanteringsstrategier och eventuella återhämtning.

### **7.1. Intervjupersonernas bakgrund**

Det som de fyra intervjupersonerna har gemensamt är att de är kvinnor och ensamstående. Däremot ser deras bakgrund olika ut och deras ångestproblematik skiljer sig ifrån varandra.

**7.1.1. Angelika** är 28 år och som barn var hon väldigt blyg. Ångesten har funnits i sociala situationer så långt tillbaka hon kan minnas vilket gör att hon upplever sig ha social fobi. Hon känner att hon har blivit älskad av föräldrarna under uppväxten men i tonåren förvärrades ångesten och hon drabbades även av en del tvångstankar.

Ångesten förstärks när hon befinner sig i nya situationer eller träffar obekanta personer. Oftast är det jobbigast när hon träffar nya människor i grupp eller när hon inte kan läsa av människor. Exempel på en ny situation som förstärkte ångesten var när hon för ca ett år sedan flyttade till Göteborg.

Angelika har en kandidatexamen och läser för närvarande till en magisterexamen. I februari 2011, ca sex veckor före det att jag träffar Angelika för intervju, separerade hon från sin pojkvän efter nio års samboende. Separationen kom oväntat vilket gjorde Angelika chockad och väckte känslor av panikångest.

**7.1.2. Kerstin** är 48 år och har i första hand depression men hon upplever även att hon har eller har haft generellt ångestsyndrom och panikångest. Hennes föräldrar skilde sig när hon var 14 år. Hennes pappa missbrukade alkohol och mamman upplever hon som auktoritär men kärleksfull. När Kerstin var i 13-års åldern började hon då och då ta hand om en pojke. Hans familj har sedan dess kommit att betyda mycket för Kerstin och hon har en självklar plats i deras familj på samma sätt som de utgör en del av hennes familj.

Under många år var Kerstin mycket aktiv. Hon vävde, nattvandrade i stadsdelen och engagerade sig på en fritidsgård. Idag är Kerstin ensamstående, sedan fem år tillbaka. Hon har två barn, 18 och 20 år gamla, och hon arbetar som lärare.

I efterhand har Kerstin förstått att ångest och oro fanns i hennes liv långt före det första tillfället då hon sökte vård för det. Hon kunde bl.a. uppleva, en klump i magen innan hon skulle gå till jobbet, svårigheter med att sova pga. oro samt hjärtklappning. Hon kunde även känna oro för att göra fel och för att få andra att må dåligt. Hon hade svårt för att säga nej och ofta tog hon på sig för mycket ansvar och ville hjälpa alla. En del saker undvek hon, vilket också blev ett sätt för henne att hantera ångesten.

**7.1.3. Susanne** är 51 år och har generellt ångestsyndrom. Hon minns att hon har brottats med beslutsångest sedan hon var barn. Tidigaste minnet av detta är från ca 7-års åldern då hon inte kunde bestämma sig för om hon skulle gå ut för att leka eller stanna inne. Som barn var hon blyg och hon har alltid haft sömnsvärigheter och drömt mycket. På morgnarna hade hon svårt för att bestämma sig för om hon ville gå upp ur sängen, vilket gjorde att hon blev liggandes vaken flera timmar utan att gå upp. Hon har även upplevt ältande och oro för att saker ska gå fel och att hon fastnar i de negativa tankarna. Hon beskriver det som att ångestproblematiken är involverad i personligheten och i tänkandet. Under åren har hon hanterat oron och ångesten genom att utsätta sig för det som har varit jobbigt. Hon upplever att hon har kunnat hantera de situationerna som hon har kunnat identifiera.

Susanne har tidigare arbetat med bokföring och administration. Senare utbildade hon sig till folkhögskolelärare och därefter har hon arbetat ca 15 år som lärare på olika folkhögskolor och Komvux. Susanne bor med sin 14-åriga dotter och familjens hund.

För ca 10 år sedan fick Susanne diagnosen depression och för denna har hon medicinerats. Hon har haft lätt för att få huvudvärk, migrän, bli förkyld och att känna sig trött, vilket hon också har sökt hjälp för. Däremot har diagnosen depression gjort att Susanne inte har förstått att hon även har haft ångestproblem. Susanne läste för tre år sedan en artikel om prokrastinering, även kallat uppskjutarbeteende. Hon kände att hon kunde identifiera sig med detta och det var först då hon insåg att det var möjligt att hon led av ångest. Hon upplevde att hon hade ett stort uppskjutarbeteende; hon sköt upp allt som var obehagligt som att ringa jobbiga samtal, diska eller att betala räkningar. Susanne har även upplevt att hon har social fobi. Hennes intresse för att läsa kan ha fungerat som ett undvikande eftersom hon ofta läste en bok istället för att ägna sig åt sociala aktiviteter.

**7.1.4. Ylva** är 61 år och har panikångest. Hon har inte haft någon bra relation till sina föräldrar, varken under sin barndom eller under sitt vuxna liv. Hennes far kunde vara aggressiv och det var han som stod för misshandeln av hennes äldre bror. Hon upplever att föräldrarna inte brydde sig om henne och hon minns att de ofta grälade. Under barndomen hade istället mormodern en väldigt viktig roll; det var hon som brydde sig om henne. Hon var under skolåren mobbad vilket ledde till att hon bytte skola vid flera tillfällen. Hon anser att hon som barn tog på sig en offerroll och denna har hängt med även senare under livets gång.



Sedan 16-års åldern har Ylva opererats ett flertal gånger. I slutet av 1970-talet fick hon veta att hon hade cancer i tjocktarmen som krävde operation. Operationerna har medfört att hon har varit fysiskt svag. Hon har även flera kroniska och somatiska sjukdomar som påverkar hennes vardag. Hon berättar om hissrädsla, flygrädsla, dödsångest, katastroftankar och överklighetskänslor men Ylva påpekar att hon är medveten om att rädslorna ibland blir överdrivna.

*“Sen kan jag få tankar när jag åker Tingstadstunneln. Tänk om det blir stopp här och jag inte kommer härifrån. Jag har bilar både framför och bakom och jag ska gå ur bilen – var ska jag ta vägen? Ska jag springa ut och då kanske det börjar brinna i hela tunneln och alla såna här katastrofgrejer som jag tänker”.*

Ylva, 61 år

Ylva har idag två vuxna barn och två barnbarn. Sedan 1994, då hon separerade från sin dåvarande man och barnens pappa, har hon levt ensam. Hon är utbildad till läkarsekreterare och socionom men idag är hon, pga. sina sjukdomsbesvär, förtidspensionerad.

#### **7.1.5. Kommentarer**

Resultaten visar att de intervjuade kvinnorna är i olika åldrar, mellan 28 och 61 år. Alla förutom den yngsta, Angelika, har barn. De kan sägas tillhöra medelklassen utifrån den information som de delger. De har alla utbildning inom områden som jag inte anser tillhör yrken med varken hög eller låg status. Alla förutom Susanne har även flyttat från andra städer till Göteborg vilket har gjort att de har fått skapa sig nya kontakter. Detta kan ha medfört att deras sociala nätverk är eller har varit mindre än i staden de växte upp i. Det kan även vara lättare att veta var man ska vända sig om man har bott i mindre städer där sjukvårdsalternativen inte är lika många som i Göteborg. I övrigt ser vi att var och en av kvinnorna beskriver mer än en typ av ångestproblematik. Ångesten har gjort att de har undvikit de situationer som har skapat ångest och istället har de sökt efter det som har känts tryggt och bekant.

## **7.2. Att bli patient**

### **7.2.1. Mötet med de professionella**

Angelika fick panikångest i samband med separationen från sambon i februari 2011. Hon ringde först till sjukvårdsrådgivningen eftersom hon var osäker på vart man skulle vända sig vid ångestproblematik. Hon blev då hänvisad till vårdcentralen, som hon ringde till ett par dagar efter att den starka ångesten hade dragit igång.

*“Då ringde jag väldigt tidigt på morgonen. Och det var sådär att nej vi har inga lediga tider idag, du får ringa imorgon igen. Ett dygn är ju så lång tid när man är så här..., ja du vet. Jag ville ha en läkartid”.*

Angelika, 28 år

Dagen därpå ringde hon återigen och hon fick då en läkartid. Hon berättade vid läkarbesöket att hon hade haft ångest tidigare men att det nu hade blivit värre. Läkaren erbjöd Angelika Atarax och han skickade även en remiss till vårdcentralens psykolog. Några dagar senare tog Angelika återigen kontakt med vårdcentralen för att få sömntabletter och ett sjukintyg. Även denna gång var det svårt att få en tid direkt. Hon ringde klockan 07.00 då vårdcentralen öppnade men svaret hon fick var att det inte fanns några läkartider kvar. Hon ringde igen de kommande två dagarna utan att få en tid. Slutligen, när hon sa att hon verkligen behövde ett läkarintyg, fick hon som svar att läkaren behövde träffa henne för att kunna skriva ett sådant. Detta upplevde Angelika som frustrerande eftersom hon, som tidigare nämnt, hade försökt få en tid i flera dagar. Vårdcentralen lyckades efter många om och men ordna en tid fem dagar senare. Angelika fick ett läkarbesök som hon inte upplevde gav något mer än det efterfrågade läkarintyget. Detta ledde till att hon gick till en drop in-mottagning på en annan vårdcentral. Sjuksköterskan hon pratade med såg hur ledsen Angelika var men eftersom Angelika inte var listad på den vårdcentralen kunde hon inte få hjälp där. Sköterskan ringde till den vårdcentral där Angelika var listad och bad om en akut läkartid till Angelika, vilket hon fick. Angelika sökte därefter privat vård eftersom hon fortfarande upplevde att hon inte hade fått någon hjälp på vårdcentralen.

För ca 2 år när Kerstin skulle gå till jobbet upplevde hon att hon var ovanligt trött och täppt i näsan. Hon kände inte för att äta någonting och tyckte att hon kunde stanna hemma, eftersom hon var dålig. Hon hade tidigare aldrig stannat hemma av liknande skäl och hon beskriver det som en konstig känsla. Kerstin fick sömnproblem, dålig aptit och orolig mage. Känslan av förkylning gick inte över och Kerstin hade en känsla av att det handlade om något mer än en vanlig förkylning. Inom loppet av en vecka sökte hon vård på en privat akutmottagning för förkylningen. Detta blev hennes första kontakt med vården. Några dagar senare sökte hon hjälp på Sahlgrenska Universitetssjukhusets akutmottagning då hon upplevde att hon inte kunde andas och hon hade stark panikångest över detta. På akutmottagningen fick hon sömntabletter utskrivna och de sa till henne att nästäppan inte var medicinsk. Kerstin hade själv börjat förstå att nästäppan inte handlade om en förkylning men hon hade ännu inte insett vad hon hade drabbats av och hon visste inte heller vart hon skulle vända sig för att få rätt hjälp.

För Kerstin dröjer det nästan åtta veckor innan hon får rätt vård. Under denna tid hinner hon ha kontakt med ett flertal vårdinstanser. Hennes husläkare säger till henne att hennes problem kan vara psykiska men han skickar henne endast till en öron/näsa/hals-specialist. Efter ett svimningsanfall ringer Kerstin ambulansen och blir körd till Östra sjukhusets akutmottagning. Kerstin har panikångest och upplever att hon är oerhört sjuk. Hon berättar för läkaren att hon inte äter någonting och att hon vill bli inlagd. Läkaren förstår att Kerstins problem är psykiska och säger att den psykiatriska akutmottagningen ligger i närheten. För Kerstin innebär detta att hon börjar förstå att det finns psykiatrisk hjälp att få, men hon har ännu inte insett hur hon ska söka den hjälpen. Kerstin träffar även en akupunktör och vid upprepade tillfällen kontaktar hon apoteket och sjukvårdsrådgivningen.

*”Hade inte det här funnits, då vet jag inte hur jag hade klarat mig alltså. För att det var, det var så viktigt att det fanns någon som lyssnade. Det var jätteviktigt när jag fattade att det blev ju nästan panik på kvällen: ”Hur ska jag klara den här natten? Jag sover ju inte. Jag kan ju inte åka in till akuten varje kväll” tänkte jag. Då fanns ju dom att ringa och fråga om alla förkylningar och allt”.*

Kerstin, 48 år

I samband med att Susanne blev arbetslös för ca 4 år sedan blev det allt svårare att tag i saker och hon kontaktade då vårdcentralen för att diskutera ett eventuellt medicinbyte från den medicin hon redan tog mot depression. Läkaren skrev ut en ny medicin åt henne och Susanne fick även en psykologkontakt. Redan tio år tidigare hade Susanne haft kontakt med vårdcentralen och då fått diagnosen depression samt en antidepressiv medicin.

För Ylva visade sig panikångesten för första gången i samband med en promenad efter en operation 1980. Till följd av operationen var hon svag och hade proteinbrist. Hon hade sedan den föregående operationen två år tidigare oroat sig för att cancer skulle komma tillbaka och att denna skulle förkorta hennes liv, men hon hade inte tillåtit sig att ge uttryck för sin oro. När hon kom hem från en promenad kände hon yrsel, värk i hjärtat, hon började hyperventilera, hade skakningar och upplevde flera andra symptom som är typiska för panikångest. Hon var panikslagen och trodde att hon skulle dö. Hon blev tvungen att åka ambulans in till Sahlgrenska akutmottagning. Där ansåg läkarna att hon hade fått en psykisk chock pga. psykisk överansträngning. Ylva berättade om sin oro för cancer och läkarna på akutmottagningen hänvisade henne då tillbaka till den läkare som behandlade henne för cancer.

Efter den starka ångestattacken, i början av 1980, var Ylva under flera perioder inlagd på sjukhus för sina fysiska sjukdomar. Varje gång hon var hemma på permission från sjukdomsvistelserna hade hon panikångest medan hon kände en trygghet på sjukhuset där personal fanns nära till hands om något skulle hända. Panikångesten var starkt kopplad till dödsångest och till slut upplevde hon att hon inte klarade av att vara hemma. Ylva förklarar att hon inte har varit rädd för att dö av panikångest men att hon skulle kunna dö av andra anledningar när hon var ensam i hemmet, utan att någon skulle hinna hjälpa henne.

Ångesten gjorde att hon återigen fick åka in till sjukhusavdelningen på Sahlgrenska. Senare fick hon kontakt med en psykiater i Mölndal som hon behövde träffa för att få remiss till psykologen. Psykiatern berättade att det fanns ett mentalsjukhus som hette S:t Jörgens sjukhus. Hon beskrev att Ylva där skulle få samtalsterapi varje dag och att hon skulle få bearbeta sina problem. Detta ledde till att Ylva skrev ut sig från Sahlgrenska, som hon hade varit inlagd på, och istället skrev hon in sig på S:t Jörgen. Där fick hon diagnosen panikångest men hon fick inte den utlovade samtalsterapin eftersom det var väntetid på flera månader till detta. För att få träffa en psykolog var hon därför tvungen att åka taxi till psykologen i Mölndal en gång i veckan. På S:t Jörgen kunde de inte heller erbjuda den fysiska vård hon behövde.

1992 skiljde sig Ylva efter att i flera år ha varit olycklig och känt sig ensam i äktenskapet. Åren efter skilsmässan träffade Ylva flera olika män och hon upplevde att hon hade svårt för att vara ensam. Så fort hon var ensam hemma kom panikångesten, vilket gjorde att hon hamnade i beroendeställning gentemot de män hon träffade; de tog henne ur den ångestfyllda ensamheten. Hon berättar att hon ständigt hade katastroftankar och när hon var ute bland andra människor gjorde den sociala fobin sig påmind.

Så småningom blev hon sämre och 1996 blev hon inlagd på Mölndals psykiatriska mottagning.

### **7.2.2. Klientskapet**

Sjukvården är en organisation som, liksom alla andra organisationer, styrs av en målriktning och ett regelverk. Genom olika processer formar organisationen människor till objekt, klienter, som antingen passar inom organisations ramar eller inte anses göra det. När personer söker vård för ångest lyfter sjukvården fram de egenskaper hos personen som överensstämmer med de egenskaper som ryms inom ramen för en patient inom just den vårdinstansen. Har personen ”för svåra” symtom tas denne inte emot direkt utan hänvisas antingen vidare eller sätts upp på en lång väntetid. På så sätt skapar organisationen utrymme för de patienter som bättre passar målriktningen och är mer önskvärda (Billquist 1999). Detta är vad som sker för de fyra informanterna.

För Angelika är det svårt redan vid första kontakten med vårdcentralen då de inte vill ge henne en läkartid. Första kontakten med sjukvården sker, för Angelika och i de flesta andra fall, genom telefon. Redan här sker en första sortering genom att personen som kontaktar sjukvården för tidsbokning etiketteras för att passa in i de kategorier som sjukvården har. Telefonisten agerar ”dörrvakt” och avgör vilka som ska släppas in i organisationen. Gång på gång upplever Angelika att det är svårt att få en läkartid och hon blir hänvisad till att återkomma för att få en läkartid. Att hon har möjlighet att återkomma gör att hon inte i direkt mening blir avvisad och utestängd från organisationen. Detta betyder att hon har möjlighet att bli patient imorgon även om hon inte blev det idag (Billquist 1999). Det är först när Angelika söker privat vård som hon upplever att hon faktiskt får den hjälp hon efterfrågar.

Kerstin skickas runt i två månader, från en mottagning till en annan. De flesta som hon möter säger indirekt till henne att hennes problem är psykiska och därmed skickar de iväg henne och frånsäger sig ansvar eftersom psykiatri inte är deras område. Det kan hända att vissa av behandlarna som hon uppsöker, exempelvis husläkaren, faktiskt inte vet vad hennes problematik rör sig om. För honom blir då hennes symptom för svåra och han kan inte sätta diagnos. Han remitterar henne vidare till en öron/näsa/hals-specialist, vilken inte heller kan fastställa vad Kerstin lider av.

Susanne har redan tidigare genomgått den inledande processen för att bli klient och får därmed snabbare vård eftersom vårdcentralen redan har bedömt att hon överensstämmer med klientmallen. Hon träffar samma läkare som hon tidigare har träffat, vilket också underlättare mötet då läkaren har kunskap om Susannes tidigare problematik. Organisationen kan även sälla bort patienter senare, vid diagnostisering, då patienter med svårare symptom kan remitteras till andra instanser, ex. till psykiatri (Billquist 1999). Detta hade kunnat bli aktuellt i Susannes fall om läkaren ansåg att hennes depression i kombination med ångest

bättre kunde behandlas av inom psykiatri eller av öppenvården. När Susanne skickade in en egenremiss till öppenspsykiatri blev hon hänvisad tillbaka till vårdcentralen. Psykiatriens bedömning var att hennes problematik inte rymdes inom ramen för deras ansvarsområde; hon var helt enkelt inte tillräckligt sjuk.

Ylva söker akut vård för ångest men blir hänvisad tillbaka till den läkare som behandlar hennes cancer. Hur kommer det sig att de inte behandlar hennes ångest, när det är den som hon söker vård för? Man kan tänka sig att de räknar ångest till psykiatriens område och därmed menar de att psykiatriska patienter inte är akutmottagningens ansvar. De stänger hellre dörrarna för Ylva därför att uppgiften blir för svår för dem, än att ge henne den vård hon i stunden behövde. När Ylva kommer till St. Jörgens sjukhus får hon inte någon samtalsterapi fastän St. Jörgen är psykiatriskt specialiserade, utan hon blir istället placerad i kö.

### **7.2.3. Kommentarer**

I kvinnornas livshistorier får vi höra om patienter som gång på gång får anpassa sig till ett redan organiserat system. I och med att vården infördes i Västra Götalandsregionen har patientens makt ökat på så sätt att denne har möjlighet att själv välja vilken vårdcentral hon vill tillhöra. Däremot kan de inte välja vilken läkare de blir tilldelade och oftast finns det liten eller ingen möjlighet för den vårdsökande att motsäga sig den tilldelade tiden för läkarebesöket eller läkaren i fråga. Att sjukvården har resurser men att patienterna inte släpps in i systemet skapar förvirring. Redan vid första kontakten ser vi i Angelikas fall att sjukvårdspersonalen ”dumförklarar” patienten och påvisar att denne genom sin ställning har kunskap och därmed också makt.

Vi ser även att det inte är självklart att få en psykologtid även om anledningen till sökt sjukvård är just psykisk. De som får remisser till psykologer får ändå vänta lång tid och missar den akuta vård de hade behövt eftersom det är långa väntetider. Kanske hade personerna kunnat få viss hjälp av kurator eller motsvarande under tiden som de väntar på psykologsamtal. Samtidigt visar det sig att alla erfarenheter inte behöver ha varit negativa. Flera av dem söker också privat vård under tiden som de väntar på att få vård från den kommunala sjukvården. Att det finns privat sjukvård gör att vårdalternativen är fler och kanske blir behandlingsresultaten då bättre, men man kan fråga sig om privata alternativ hade behövts om primärvården hade varit tillräckligt bra? Förmodligen hade de inte behövt söka privat vård om de tidigare hade fått hjälp där de först sökte vård. När de har sökt privat sjukvård eller alternativ vård upplever de också att de har fått hjälp direkt, vilket alltså inte upplevs inom primärvården. När det gäller Ylva ser vi att hon fick vård på St. Jörgens sjukhus på 1980-talet och sjukhuset finns idag inte kvar. Vi kan hoppas och anta att det har skett förbättringar inom sjukvården de senaste trettio åren och att hon hade fått bättre hjälp om hon hade sökt vård för psykiska besvär idag.

## 7.3. Att vara patient

### 7.3.1. Behandlingsprocessen

Att behandla patienter kostar mycket för sjukvården och det finns ständigt en strävan efter att sänka behandlingskostnaderna. Detta har gjort att resurserna i större utsträckning styr vilken behandling patienterna får, istället för att efterfrågan och patienternas behov styr vilken vård som erbjuds. I Sverige avsätts endast ca 10 % av sjukvårdens totala budget åt psykiatrin. En billigare behandlingsmetod, i många fall medicin, är en kortsiktigare lösning än exempelvis psykoterapi som är det dyrare behandlingsalternativet. På liknande sätt är öppenvård billigare än slutenvård (Soback 2006). Med detta sagt blir det inte främmande att höra om informanternas upplevelser. Ylva berättar om ett tillfälle då hon kom in till Sahlgrenska psykiatriska akutmottagning för panikångest. Personalen menade att de inte kunde lägga in någon som *bara* hade panikångest. De hade inte tillräckligt många platser till att göra det. Platserna skulle istället gå till de som hade gjort suicidförsök.

Det är också värt att poängtera att informanterna alla får medicin utskrivna redan i den inledande kontakten med sjukvården. I behandling mot ångestsyndrom har medicinering onekligen en viktig roll. Dock bör medicinering kombineras med annan behandling, då medicinen kan minska symptomen och bidra till återhämtningsarbetet men inte ensam gör att individen återhämtar sig (Topor 2004). När Angelika efter otaliga försök fick en läkartid berättade hon för läkaren att hon tidigare hade haft ångest men att den nu hade förstärks och att hon inte visste hur hon skulle hantera den. Läkaren erbjöd sig att skicka en remiss till vårdcentralens psykolog och han skrev även ut Atarax till henne, efter att hon påpekat att hon var tvungen att få någonting mot ångesten. Dagarna som följde hade Angelika svårt att sova. Hon tog de lugnande tablettorna som hon hade fått utskrivna av läkaren, men hon tog en större dos än rekommenderat då hon upplevde att de annars inte hjälpte. Angelika får alltså läkemedel mot ångest men ingen kompletterande behandling förrän hon söker denna privat.

För Susanne gick det bättre eftersom hennes läkare dels bytte ut hennes antidepressiva medicin mot ett läkemedel som även skulle lindra ångestbesvär och dels erbjöd henne psykologsamtal på vårdcentralen. Susanne upplevde inte att denna medicin hjälpte och hon gick därför tillbaka till den medicin hon först hade haft men hon utökade senare med Lyrica. Susannes läkare har insett vikten av att kombinera medicinering med terapi. Dessvärre blir inte psykologkontakten som Susanne har tänkt sig vilket gör att återhämtningen har tagit lång tid för henne.

Kerstin hade vid första besöket på akutmottagningen fått sömntabletter då hon upplevde att hon varken sov eller åt. Vid telefonkontakt med psykiatrin fick hon veta att det fanns tabletter som hette Mirtazapin som skulle hjälpa mot ångest.

*“Jag tänkte:*

*’Jag som nästan inte kan ta huvudvärkstabletter, jag ska inte ha några tabletter!’ ”*

Kerstin, 48 år

Slutligen, nästan åtta veckor efter att hon först sökte vård, krävde Kerstin på Sahlgrenska psykiatriska akutmottagning att bli inlagd. Hon blev omedelbart inlagd på Mölndals sjukhus pga. platsbrist på Sahlgrenska. Kerstin började då ta antidepressiva tabletter. Av dessa fick hon en del biverkningar, bl.a. kraftiga ångestattacker. En eftermiddag pratar läkaren med henne om medicinens biverkningar vilket gör att Kerstin får en större förståelse för vad som sker. Medicinen tog hon i ca 14 månader men idag tar hon inga mediciner.

Eftersom varken kommun eller landsting har några stora summor avsatta för att behandla psykisk ohälsa är det få vårdinstanser som känner ansvar för denna grupp av patienter och som anser sig ha tillräckligt med resurser (Soback 2006). Detta kan förklara varför informanterna förr eller senare söker privat vård. Angelika fick, genom en bekant, några veckor efter den första sjukvårdskontakten träffa en psykosyntesterapeut. Psykosyntesterapeuter arbetar med klienternas känslomässiga blockeringar (Psykosyntesakademien 110415). Hos denne går hon nu i terapi en gång per vecka och hon upplever att terapin hjälper och att terapeuten är väldigt bra. Angelika väntade i april 2011 ännu på att vårdcentralens psykolog skulle kontakta henne efter den remiss som gick iväg i februari. Atarax, som hon fick utskrivet vid första kontakten med vårdcentralen, tar hon fortfarande ibland men bara när hon känner att det behövs.

*”Men det känns ju också bara som någonting man vill ha som ett komplement, jag tror inte man vill ta det varje dag kanske. Men det är skönt att veta att man kan ta till det.”*

Angelika, 28 år

Efter vården på sjukhuset gick Kerstin i KBT vid tio tillfällen hos en privat psykolog, vilket har hjälpt henne att se framåt. Hon fick även kontakt med Institutionen för stressmedicin som gjorde bedömningen att Kerstin inte var utbränd men att hon hade en depression. De erbjöd henne att delta i en stresshanteringsgrupp. När hon fick tid hos vårdcentralens psykolog hade hon redan börjat i KBT och psykologerna ansåg då att det bästa för Kerstin var att endast ha kontakt med en psykolog, där hon hade påbörjat en KBT-behandling.

*”Det var för lite för mig att träffa en psykolog en gång i veckan. Hela kroppen skrek på hjälp. Jag bara kände, för att jag ska överleva det här måste jag ha hjälp”*

Kerstin, 48 år

Susanne skickade en tid efter psykologsamtalen en egenremiss till öppenpsykiatri men de tyckte inte att hon var ”tillräckligt” sjuk för att få hjälp av dem och de hänvisade istället till vårdcentralen.

Idag tar Susanne fortfarande antidepressiv medicin och hon har bett om en remiss till en KBT-psykolog. Hon hoppas på att psykologen denna gång ska hjälpa henne med den ältande delen av generaliserat ångestsyndrom genom att ge henne verktyg för att förlåta, acceptera och släppa olika saker och tankar.

Vid en av sina vistelser på sjukhuset för somatisk vård fick Ylva Atarax utskrivet mot ångesten, men dessa upplevde hon inte hjälpte. Hon fick även träffa en psykiater men samtalet med denne blev väldigt kort. Han sa till Ylva att hon behövde bryta det negativa tankemönstret och att hon var den enda som hade nyckeln till sin egen port. Han skrev även ut starkare lugnande tabletter till henne. Medicin kan få personer som lider av ångestsyndrom att må sämre genom de biverkningar som i stort sett alla antidepressiva och ångestdämpande mediciner ger. Viktigt är då att behandlaren informerar om eventuella biverkningar och att individen har möjlighet att vända sig till behandlaren med frågor kring medicinen (Topor 2004). Ylva fick möjlighet till detta dagen efter mötet med den första psykiatern, då hon fick samtala med en annan psykiater som hon upplevde som mycket mer förstående än den föregående. Han förklarade hur panikångestattacker fungerar och han rådde henne därefter att kontakta Mölndals sjukhus för att få en psykologtid, eftersom det var där Ylva var inskriven.

En vecka senare hade medicinerna börjat verka och Ylva drabbades av stark ångest, vilket är en av medicinens biverkningar de första veckorna. Hon upplevde att hon hade svårt att andas och rädslan för att dö ökade.

*”Jag upplevde det som om förbindelsen mellan huvudet och kroppen hade upphört. Det fanns bara en tunn tråd mellan huvudet och kroppen. Jag hade ingen verklighetsuppfattning, jag var helt borta i en annan värld. Det var fruktansvärt.* Ylva, 61 år

Efter en tid får Ylva träffa en psykiater på S:t Jörgen som hon tidigt fick förtroende för. Han ordinerade den antidepressiva medicinen Anafranil till henne och samtidigt skrev han ut henne från sjukhuset. Av medicinen mådde Ylva väldigt dåligt och hon fick även lukthallucinationer. Hon blev återigen inlagd, till dess att läkarna hade hittat en lämplig dos och efter ca två veckor började medicinen. Hon skrev då ut sig och efter det gjorde läkaren uppföljningar.

Anafranil fortsatte Ylva att ta tills hon hade påbörjat socionomutbildningen. När hon 1996 återigen blev inlagd gav läkarna henne Anafranil igen och denna gav effekt efter en kort tid. Hon fick dock många biverkningar vilket gjorde att hon fick prova flera andra antidepressiva mediciner, men även dessa hade biverkningar som fick henne att må väldigt dåligt.

*”Och så dessa biverkningar då, som jag inte ville ha, torr i munnen... Och framför allt det här att jag inte kunde tänka riktigt, det var som om någon stod med en sax och klippte av varenda tanke i huvudet”.* Ylva, 61 år

1997 lyckades Ylva sluta med den antidepressiva medicinen och denna klarade hon sig helt utan fram till början av 2000-talet, då hon fick Remeron, en ny antidepressiv medicin som inte sades ha några biverkningar. Den biverkning Ylva ändå kände av var en otroligt påtaglig trötthet. Hon tog denna medicin i ett halvår och sedan dess har hon inte behövt någon antidepressiv medicin.



### **7.3.2. Diagnostisering**

Innan en diagnostisering har skett kan läkaren bara behandla symtomen, inte själva sjukdomen. Diagnosen blir även ett sätt för läkaren att visa sin professionella kompetens och för patienten ett sätt att få bekräftelse från omgivningen. Inom psykiatrin fick Kerstin först diagnosen panikångest och därefter svår egentlig depression. Kerstin kände inte igen sig i dessa diagnoser eftersom hon inte kände sig ledsen, utan bara känslomässigt frånvarande. Hon har därför funderat på om det istället rör sig om generellt ångestsyndrom. Hon har inte fått någon diagnos på detta men det skulle hon vilja få. Genom diagnostisering får patienten en orsaksförklaring som ersätter ovetskap och som leder till behandling. Angelika hade önskat få en diagnos på sin problematik vilket också vissa forskare menar kan vara bättre för patienten och lättare att hantera än att inte få någon diagnos alls (Johannisson 2006). Andra menar att en feldiagnostisering automatiskt leder till att sjukdomen behandlas på ett felaktigt sätt (Brattberg 2008).

Under psykologsamtalen försökte psykologen sätta en diagnos på Susannes. Många samtal gick åt till att diskutera om Susannes möjligen hade ADD (Attention Deficit Disorder) eller autistiska drag, vilket de kom fram till att hon inte hade. Tillsammans kom de senare fram till att Susannes problematik i första hand handlade om generaliserat ångestsyndrom. För Susanne innebar också den första diagnosen, depression, att det dröjde innan hon uppmärksammade ångestproblematiken. Att patienter får fler än en diagnos är inte heller ovanligt (Kärfve 2006)

Genom att sjukdomar diagnostiseras kan föreningar organiseras kring en utvald sjukdom och därmed vända sig till en speciell patientgrupp (Johannisson 2006). Ångestsyndromsällskapet är en sådan förening och för Susanne har då sjukdomen, enligt Kärfve (2006) inneburit en vinst genom att det finns möjlighet att finna en gemenskap med andra som har liknande besvär. Varken Susanne eller någon annan av de personer som är aktiva behöver heller inte känna sig ensamma om att ha ångest eftersom diagnosen skapar ett kollektiv.

### **7.3.3. Förväntningar på vården**

Före första mötet med läkare eller annan behandlare finns det hos patienten olika förväntningar på vilken hjälp man vill ha (Bernler/Johansson 2001). Angelika berättar att hon inte trodde att det skulle vara så svårt som det var att få en läkartid. Hon hade en föreställning om att dagens läkare är mer villiga att skriva ut medicin, särskilt sömntabletter, än vad hon vid läkarbesöket senare upplevde. Angelika fick medicin därför att hon krävde det. På liknande sätt blev Kerstin inlagd och fick vård först när hon krävde det. Det hade även varit bra med en uppföljning av medicinen och hennes panikångest från läkarens sida, tycker Angelika.

Angelika förväntade sig att få mer hjälp av läkaren än vad hon fick med tanke på hur hon mådde. Hon hade gärna velat få en samtalskontakt och hon upplever att det hade kunnat underlätta att prata utifrån diagnos och vilken hjälp som fanns att få. Detta överrensstämmer med vad en studie som lades fram år 2004 på uppdrag av Stockholms län visar. Enligt studien önskar de flesta patienter som lider av ångest eller depression samtal eller psykoterapi vid kontakt med sjukvården. I de fall då personerna tidigare hade haft kontakt med sjukvården

efterfrågades en kombination av samtal och medicinering. Andra studier har visat att behandling får bäst resultat när den överensstämmer med den hjälp som patienten önskar (Soback 2006). Kerstin hade önskat att sjukvårdspersonalen som hon har träffat skulle ha varit tydligare med vilken typ av vård hon behövde. Hon fick under sina otaliga besök på olika mottagningar antydningar om att hennes problem var psykiska, men ingen sa det rakt ut till henne vilket gjorde att det dröjde åtta veckor tills hon fick rätt hjälp. Hon förväntade sig att de skulle ha hänvisat henne till den psykiatriska akutmottagningen istället för att skicka hem henne med vaga antydningar. Hon trodde också att sjukvården hade större kunskap om psykiska problem. Hon ville helst av allt bli inlagd, men det dröjde alltså två månader innan hon blev det.

*”Jag var verkligen sjuk. Jag behövde någon som tog hand om mig. Jag ville verkligen bli inlagd. Det förväntade jag mig. Sen spelade det mig ingen roll vart de lade in mig, bara jag blev inlagd”.* Kerstin, 48 år

När hon väl blev inlagd, och därigenom fick mat och sömn, dröjde det inte lång tid innan hon kände sig bättre.

Susannes förväntningar på vilken hjälp hon skulle få när hon sökte vård var av mer praktisk karaktär. Hon hade velat få hjälp med att hantera den ångest som hon upplevde i samband med saker som att ringa samtal, beställa blanketter och betala räkningar. Susanne förklarar att hon ofta upplever att sjukvårdspersonal har kunskap på en enkel och allmän nivå. De förstår hur ångesten fungerar men de förstår egentligen inte hennes problem. Hon upplever inte att hon har fått någon egentlig hjälp utav sjukvården att förstå sitt problem. Ylva har liknande upplevelser. Hon säger att hon inte har fått så mycket hjälp bortsett från den vård hon har fått för sina somatiska besvär.

*”Jag trodde hela tiden att jag skulle få hjälp”.* Ylva, 61 år

Ylva upplever att man inte heller får så mycket hjälp på akutmottagningarna.

Susanne hade önskat att man oftare fick litteraturtips och adresslistor till föreningar av sjukvårdspersonalen. Det tror hon skulle vara en billig vårdform och en hjälp till självhjälp. Läkarna skulle också kunna ge tips om andra ställen patienterna kan söka sig till såsom aktivitetshus eller självhjälpsgrupper, anpassat efter vilka problem patienterna har. Susanne upplever att hon helt på egen hand har fått söka efter information om föreningar eller liknande. Detta upplever även Angelika. Susanne tycker också att vårdcentralerna oftare borde erbjuda behandling i grupp som alternativ eftersom patienterna då kan utbyta erfarenheter med varandra.

#### **7.3.4. Kommentarer**

Alla har de dåliga erfarenheter av sjukvården och de har sökt hjälp på flera olika sätt. Resultatet visar även att kvinnorna är inställda på att få hjälp direkt när de söker vård, men så blir det alltså inte. De efterfrågar vård A men får vård B. När en psykiater säger till Ylva att det bara är hon som har ”nyckeln till sin egen port” har han inte fel men det är inte vad Ylva behöver höra när panikångesten är som mest aktuell. Sjukvårdspersonalen behöver möta

patienterna på patienternas nivå. Bemötandets betydelse betonas i intervjuerna. Personerna beskriver vikten av att någon lyssnar på dem och tar sig tid att informera om medicinernas biverkningar etc. I många fall finns en avsaknad av detta, utifrån intervjupersonernas erfarenheter. Bra bemötande skapar trygghet som i sig kan påverka det psykiska tillståndet positivt. Tydligare information efterfrågas och mindre egenansvar när det gäller bl.a. information. Att sjukvårdens resurser för psykisk ohälsa är få kan också förklara varför människor snabbare får hjälp och den vård som efterfrågas när de söker sig till privata mottagningar.

#### **7.4. Hanteringsstrategier/coping**

De fyra intervjupersonerna har på olika sätt utmanat sig själva och ångesten men hur de har gått tillväga har sett olika ut. Topor (2001) talar om hanteringsstrategier, dvs. hur patienter själva hanterar sina symptom. En del kallar dessa strategier för copingstrategier. Begreppet coping likställs med förmågan att hantera krav, stress och motgångar. Människor har olika copingförmåga beroende på vilka tidigare erfarenheter som har upplevts och detta blir avgörande för hur individen hanterar livets svårigheter. Grunden för en god copingförmåga skapas under barndomen men kan förbättras under livet, till exempel när en kris har bearbetats. Ofta kan individens tankar, positiva eller negativa, påverka copingförmågan. *Aktiv coping* sker genom medvetna strategier, men den vanligaste formen är motsatsen; *passiv coping*. Exempel på passiv coping kan vara undvikandebeteende eller katastroftänkande. Individen kan hantera en situation med att antingen omvandla det som utifrån påverkar henne, dvs. försöka förändra omgivningen, eller anpassa sig på så sätt att hon förändrar sitt eget tankemönster vilket leder till att situationen inte längre upplevs som problematiskt. Det finns även ett samband mellan dålig copingförmåga och stress (Brattberg 2008).

##### **7.4.1. Att söka förklaring**

Susanne talar om att hon kan hantera de situationer som hon har identifierat. *Identifiering* av problemfyllda situationer och beteenden krävs för att individen ska kunna hantera ångesten. För Kerstin dröjer det innan hon kan identifiera symtomen. När hon berättar om den inledande sjukvårdskontakten säger hon:

*”Jag fattade ju inte riktigt vad det var. Och jag försöker ju hela tiden att, det är ju någonting, någonting som inte stämmer. Så jag sökte ju hjälp fort och jag hade ingen aning om vad det här var.”*

Kerstin, 48 år

Människor vill *förstå* vad de är med om och söker därför ofta efter förklaringar och information, vilket i sig blir ett sätt att hantera ångesten på. Det viktiga är inte sanningshalten i förklaringen utan att förklaringen ger individen struktur i sin egen berättelse (Topor 2001, Brattberg 2008). Ett gemensamt tillvägagångssätt för de fyra informanterna har varit att läsa om olika typer av ångest och depression i böcker och på internet för att bättre förstå det upplevda hälsotillståndet. De har aktivt sökt efter information och förståelse. Ylva har sedan barndomen förutom faktaböcker om ångest har Ylva därför även läst om bl.a. andras ”nära döden”-upplevelser för att komma över rädslan för att dö.

#### 7.4.2. Att ta beslut

Efter att en identifiering av problemet har skett behöver individen ta ett *beslut* om att ta tillbaka makten över sitt eget liv. För att kunna genomföra beslutet krävs verktyg, metoder, som ofta hittas med hjälp av omgivningens stöd. De anhöriga har generellt sett en viktig roll eftersom dessa bidrar med materiellt och socialt stöd. Ofta upplevs de anhöriga vara de som ger en känsla av sammanhang eftersom de finns kvar under och efter sjukdomstiden, till skillnad från en del vänner och bekanta (Topor 2004).

#### 7.4.3. Självinstruktioner

*Självinstruktioner* innebär att man resonerar med sig själv och instruerar sig själv för att minska det oönskade beteendet (Topor 2004). Susanne har använt sig av självinstruktioner för att dämpa ångesten vilket blir väldigt tydligt då hon berättar om när hon köpte hund. Hon har alltid gillat hundar men hon vågade inte köpa någon hund förrän hon var 30 år. För att sluta oro sig för att något skulle hända hunden döpte Susanne om den till Lite, som i ”lita på”, så att hon skulle kunna lita på att det skulle gå bra.

#### 7.4.4. Minskad aktivitetsnivå

*Minskad aktivitetsnivå* är när man lämnar den hotfulla situationen eller avbryter det stressade beteendet. Detta kan t.ex. ske genom att man tar en promenad eller i form av avslappning. Ofta blir en sänkt aktivitetsnivå aktuellt för de som har svårt att säga nej eftersom de har en tendens att ta på sig för många uppgifter. De behöver då lära sig att prioritera (Topor 2004). Under de perioder som Susanne har varit arbetslös har hon upplevt att hon har varit mer stressad under dagtid. Ibland har hon ägnat större delen av dagen till att tänka att hon borde genomföra något, men istället blir ingenting gjort.

*”När jag mår som sämst kan jag ägna hela dagen till att inte skriva och posta ett brev. Men när brevlådorna har blivit tomma, då kanske jag inte skriver det brevet men jag kan sätta igång att boka tid i tvättstugan och tvätta och diska. Medan hela dagen har gått åt till att inte skriva det brevet och jag har inte diskat och inte bokat tvättid och inte tvättat håret och inte gjort någonting. Men det gör jag när det är försent att skicka brevet. Då släpper det kravet och så blir det lättare att göra annat.”*

Susanne, 51 år

Susanne beskriver att hon därför har börjat sätta upp en lista för varje månad med de saker som behöver göras. För varje sak som genomförs prickar hon av den sysslan med en färgglad tuschpenna som föreställer en blomma. På så sätt upplever Susanne att det blir roligare för henne att utföra vardagssysslorna. Hon berättar som exempel om att hon brukar ta ut en soppåse i taget för att det ska bli fler blommor på den raden på listan. Det som Susanne har lyckats göra är att skapa rutiner, vilket enligt Brattberg (2008), är viktigt för att vardagen ska kännas meningsfull och stabil när livet i övrigt är fyllt med kaos och kris. Vardagsrutiner kan även minska ångest, vilket Susanne har märkt genom en annan rutin hon har tagit till sig. Hon ritar upp tomma rutor i almanackan som inte innehåller några ”måsten”. Rutorna fyller hon i efter att hon har gjort någonting vilket gör att känslan av krav försvinner. Istället kan hon känna sig duktig när hon ser att hon inte har gjort fel när hon rensade ur garderoben istället för att dammsuga; hon har ju faktiskt ändå gjort rätt eftersom hon har fyllt i den tomma rutan.

#### 7.4.5. Ökad aktivitetsnivå

Kerstin har tvärtom *ökat sin aktivitetsnivå* genom att träna tre gånger per vecka, vilket hon inte gjorde förut. Hon berättar att hon idag har lärt sig att säga nej och att det är tillåtet att fundera före ett ”ja”. Förut tog hon på sig alldeles för mycket och hade svårt att sätta gränser men idag prioriterar hon det som känns bra för just *henne*, som att träna flera gånger i veckan, utan att tycka att det är negativt att tänka på sitt välmående. Topor (2001) menar att individen genom aktiviteter bryter de oönskade symptomen. Aktiviteten gör att fokusering och koncentration förflyttas från ångest till konstruktiva handlingar. Samtidigt erbjuder aktiviteter ofta det sociala samspel som många passiva personer med ångestproblematik behöver. Ökad aktivitetsnivå kan även innebära att individen formulerar sina upplevelser, eftersom aktivitetsnivån ökar i kreativitet och produktivitet. Ylva visar tydliga tecken på att ha ökat sin aktivitetsnivå genom kreativitet. Under tiden som hon var inlagd skrev hon dagboksanteckningar, vilka senare trycktes i bokform. Genom att skriva menar Topor (2004) att man strukturerar sina erfarenheter så att de blir hanterbara och förståeliga. Ylva har även målat, vilket tillsammans med skrivandet, enligt Brattberg (2008), har gjort att Ylva har hållit den psykiska ohälsan på avstånd samtidigt som hon lär sig att bearbeta verkligheten.

#### 7.4.6. Undvikande

När individen lär sig vilka platser, personer, situationer och uppgifter som sätter igång ångesten skapas ofta ett *undvikandebeteende* för att man vill slippa drabbas av ångest (Topor 2004). Susanne anser att hennes intresse för att läsa kan ha fungerat som ett undvikande eftersom hon ofta läste en bok istället för att ägna sig åt sociala aktiviteter. Angelikas sociala ångest har gjort att hon tidigare mest har umgåtts med personer hon redan känner och hon har dragit sig undan en del genom att hon har undvikit att hamna i situationer med för många nya människor.

#### 7.4.7. Övriga copingmetoder

Susanne är med i en självhjälsgrupp för kvinnor 50+ på Ångestsyndromsällskapet. Topor m.fl. (2007) anser att en självhjälsgrupp är ett viktigt verktyg för att må bättre eftersom deltagarna delar med sig av sina erfarenheter och lär av varandra. Susanne upplever att hennes sociala nätverk har krymp då hon pga. ångest, migrän och sitt uppskjutarbeteende ofta ställer in inplanerade träffar med bekanta. Självhjälsgruppen gör att hon får social samvaro och möjlighet att öka sitt kontaktnät, vilket även Topor pekar på som en av självhjälsgruppens fördelar. Susanne har också deltagit vid Ångestsyndromsällskapets årliga sommarläger samt vid ett flertal av föreningens föreläsningar. Även de andra intervjupersonerna nämner föreläsningarna som intressanta och givande.

Kerstin har även lärt sig att vara tydligare i sitt liv och att vara lyhörd på sig själv. Hon har bl.a. testat mindfulness vilket har gjort att hon försöker att inte stressa upp sig för morgondagens problem utan istället försöker ta en dag i taget. Brattberg (2008) menar att också mindfulness är en copingmetod som genom fokus på medveten närvaro gör att individen lär sig att inte fly från obehagliga situationer. Mindfulness kan hjälpa den som har fastnat i en offerroll att återigen bli aktör; att ta över makten i sitt liv. Ylva beskriver att hon under lång tid aktivt har kämpat mot de rädslor som hon har och för att bli fri från offerrollen. Hon nämner hissrädsla, flygrädsla, höjdrädsla (t.ex. broar) och social fobi. Även om Ylva

kanske inte har provat mindfulness så har hon hittat andra metoder för att bryta och komma ifrån offerrollen. Den sociala fobin har Ylva exempelvis försökt motarbeta genom att utsätta sig för olika gruppsammanhang. Hon har arbetat ideellt i olika föreningar och hon har suttit i nämnder samt stått på scen och pratat inför folk.

På liknande sätt berättar Susanne också att hon har utmanat den sociala fobin genom att gå med i nya föreningar. Genom lärarutbildningen har hon utmanat blygheten och till stor del kommit över den. Vissa sociala sammanhang, som fester eller liknande, är fortfarande jobbiga men läger- och föreningssituationer fungerar bra.

Även Angelika har ibland utmanat sig själv genom att utsätta sig för nya situationer. Hon försöker även arbeta med att förändra de negativa tankarna kring ångesten. En förändring som hon har märkt är att oron för vad andra ska tänka om henne släpper när hon talar öppet med vännerna om sin ångest. Hon får då bekräftat att hennes tankar inte stämmer.

Ylva och hennes dotter hade under en period en överenskommelse om att varje kväll skicka ett sms med texten "OK" till varandra så att mor och dotter skulle veta att allt var bra med den andra.

Det som Ylva i dagsläget upplever har hjälpt henne mest är den alternativvård, i form av naturliga kosttillskott, som hon har funnit. Förutom att hon själv använder produkterna, samarbetar hon med det ansvarande företaget genom att sälja produkterna och föreläsa om dem. Genom detta har hon talat inför folk och på så sätt fått möjlighet att förbättra sitt självförtroende, tjäna pengar och träffa många människor.

#### **7.4.8. Kommentarer**

Ingen av kvinnornas bakgrund är givetvis lik den andres men ett par av dem berättar om en svår uppväxt på olika sätt. Kerstin talar om sin far som drack och Ylva berättar om en aggressiv far och svaga band till föräldrarna. Deras copingförmåga kan ha påverkats av dessa omständigheter då Brattberg (2008) menar att copingförmågan grundas tidigt i livet. Kerstin hittade stabilitet och trygghet utanför sin egen familj, i den stödfamilj där stor omtanke och omsorg om henne fanns och Ylva fann tryggheten i kärleksrelationer. Angelika upplever däremot att hon har haft en bra uppväxt med föräldrar som var kärleksfulla. Detta visar att copingförmågan inte alltid har med uppväxten och föräldrarnas beteende att göra. Copingförmågan kan också förbättras eller försämrats under livets gång beroende på vilka med- och motgångar man har.

En vanlig copingstrategi i berättelserna är undvikandebeteenden och/eller katastroftänkande, dvs. passiv coping. Det är först när de har börjar använda sig av aktiv coping som de har känt att ångesten avtar och att de får sund kontroll över situationen. De inser också att det är viktigt att de själva tar ansvar för att bli bättre, genom att t.ex. bryta det negativa tankemönstret. När de börjar sätta sig själva i första hand märker de även att deras hälsa förbättras. Utifrån kvinnornas berättelser ser vi också att små handlingar ibland är tillräckliga för att man ska må bättre.

## **7.5. Att inte längre vara patient**

### **7.5.1. Bot och rehabilitering**

Psykologen Alain Topor (2004) beskriver att vårdprocessen är utformad så att de professionellas utredning av individen leder till en diagnostisering. Utifrån diagnosen kan man sedan ge behandling eller aktivering och resultatet blir bot eller rehabilitering. Båda begreppen, bot och rehabilitering, är insatser av professionella men Topor skiljer på betydelsen av begreppen. *Bot* handlar om att sjukdomssymptomen har försvunnit som en effekt av lyckad behandling. Efter att ha blivit botad anses personen vara frisk från sjukdomen, tack vare behandlingsinsatserna. *Rehabilitering* är däremot när en individ erövrar funktioner genom målmedvetna insatser. Topor anser att begreppet återhämtning är att föredra framför dessa, enligt honom, ofullständiga begrepp.

Utifrån resultatet ser vi att diagnostiseringen har sett olika ut för de fyra kvinnorna. I Angelikas fall har ingen diagnostisering skett vilket kan förklara den senare bristfälliga behandlingen. Behandlingen, i form av medicin, har botat Angelikas symptom men hon har inte fått någon uppföljning och hon har inte heller rehabiliterats, åtminstone inte till följd av professionella insatser, då enbart medicinering, enligt Topor, inte leder till rehabilitering.

Kerstin får efter lång väntan diagnoserna panikångest och svår egentlig depression, vilka hon inte känner igen sig i. Om vi förutsätter att den professionella utredningen av Kerstin har misslyckats och hon har fått fel diagnos, blir det tydligt att hon inte kommer att få rätt behandling. Lyckligtvis fick Kerstin så småningom rätt behandling och idag är hon rehabiliterad.

För Susanne dröjer det inte så lång tid tills hon får psykologsamtal. När psykologen, efter många samtal, i samråd med Susanne har satt diagnosen generaliserat ångestsyndrom händer oturligt nog inte så mycket mer. Även här sker ett misslyckande eftersom stor tid ägnas till att sätta rätt diagnos men diagnostiseringen leder inte vidare till givande behandling och därmed kan symptomen inte botas och inte heller kan rehabilitering äga rum.

Ylva fick i samband med inskrivningen på St Jörgen diagnosen panikångest men pga. långa väntetider fick hon ingen samtalskontakt på samma sjukhus. Vi ser då att hon har blivit utredd, fått en diagnos men sedan tar det tid innan hon får vidare behandling. När hon senare träffar en psykiater får hon behandling för panikångest och vi kan dra slutsatsen att hon efter några års behandling har blivit rehabiliterad. Det som personalen på St Jörgen dock missar är att se till hela Ylvas situation; de har inte möjlighet att erbjuda den vård som hennes fysiska sjukdomar kräver.

### **7.5.3. En vändpunkt**

Återhämtning sker som en utvecklingsprocess där svåra upplevelser blir till erfarenheter för individen. Utifrån studier menar Topor (2004) att dessa erfarenheter ofta i efterhand är uppskattade. Under återhämtningsprocessen hittar individen även verktyg som de kan använda för att hantera det som tidigare upplevdes som svårigheter. Vägen till återhämtning är dock inte rak, utan processen är ojämn med både framsteg och tillbakagångar. För att en återhämtning ska kunna ske krävs enligt Topor att individen når botten för att på så sätt nå vändpunkten som gör att man återfår hoppet om ett annat liv.

Ylva berättar om ett tillfälle då hon fortfarande var inlagd på S:t Jörgen. Hennes man var på besök tillsammans med barnen och när sonen behövde gå på toa följde hennes man med honom medan dottern stannade hos mamma. Strax efter ångrade dottern sig och sprang efter pappa men Ylva var för dålig för att springa efter dottern.

*”En mentalskötare kom fram och skällde på mig för att jag inte såg till min dotter ordentligt. Hon fick inte springa runt och ropa i korridoren hur som helst, andra patienter kunde bli störda”.*

Ylva, 61 år

När mentalskötaren sa att de skulle få ta till andra åtgärder om Ylva inte kunde se efter sin dotter fick Ylva stark ångest. Hon började oroa sig för att mista barnen och familjen. Hade hon mist dem så fanns det ingenting kvar att leva för, tänkte hon. Mitt uppe i ångesten fick hon för sig att hon skulle dränka sig i badkaret men hon lyckades inte få något varmvatten. Strax efter kom avdelningssköterskan in till badrummet och pratade lugnande med Ylva som apatiskt stod och tittade ut genom fönstret. Efter en lång stund upplevde Ylva att hennes värld inte längre var dimmig och hon insåg att det var ett friskhetstecken; hon började bli bättre. Det krävdes alltså tankar på självmord innan hon kunde uppleva att dimman lättade och att hon var på bättringsvägen. Att symptomen blir fler och starkare innan vändpunkten är, enligt Topor (2004), inte ovanligt.

Efter vändpunkten behöver individen finna en ny identitet genom att lära känna sig själv på nytt. Det kan vara svårt att bli av med gamla identiteter eftersom sjukdomsidentiteter tenderar att bli kroniska tillstånd, men när en ny identitet väl är funnen har individen återhämtats. Det kan vara en utmaning att hitta något som fyller livet med mening och som engagerar individen. Kerstin kan idag se upplevelserna av att ha ångest och depression som en positiv erfarenhet. Hon upplever sig idag vara friskare än vad hon var före depressionens utbrott. Hennes vändpunkt kom då hon efter en lång tids kamp blev äntligen inlagd på sjukhus.

*“Och sen, helt plötsligt en dag på sjukhuset...Jag tyckte att det här är ju så jobbigt. Jag började storgråta. Och personalen tog jättebra hand om mig där. Det var så skönt. Det var så skönt! Och jag grät och grät. Och jag var arg dessutom, från att ha varit totalt nollad då. Och jag var arg på psykiatern. Det var jätteskönt. Då förstod jag att nu är jag nog på rätt väg”*

Kerstin, 48 år

Susanne däremot ser inte något positivt med ångesten. Detta kan bero på att hon, utifrån Topors återhämtningsbegrepp, ännu inte har kommit ur problemen helt.

Ylva får idag endast behandling för sina somatiska besvär men hon kan fortfarande känna av ångesten. En ångestfylld situation som ofta uppkommer är då hon ska sova. Dödsångesten gör att hon är rädd för att somna eftersom hon tänker att risken finns att hon inte vaknar upp. Det kan också vara svårt för Ylva att somna då hon oroar sig för sådant som kan hända henne.



### 7.5.5. Bemötande från de professionella

I återhämtningsprocessen får den professionella, som visar omtanke och ger patienten sin tid, en viktig roll. Topor (2004) menar att återhämtade personer oftast inte hänvisar till lyckad behandling eller vård, utan istället nämns i de flesta fall en eller flera särskilda professionella och deras personliga egenskaper som bidragande orsak till deras förbättrade tillstånd. Kerstin nämner den psykiater som under hennes sjukhusvistelse tog sig tid och förklarade hur medicinen fungerar och om dess biverkningar för henne. För Kerstin var denna stund värdefull eftersom psykiatern stillade hennes oro. Ännu tydligare blir det i Ylvas fall då hon kände förtroende för psykiatern på S:t Jörgen och då hon upplever att han har bidragit till hennes återhämtning. Hon upplever att han har varit ett stöd och en trygghet för henne. De hade under en lång tid efter hennes sista sjukhusvistelse på S:t Jörgen fortsatt kontakt och Ylva tror att den goda relationen till psykiatern hjälpte henne att inte drabbas av stark ångest igen.

I många fall är det, enligt Topor, egenskaper som att vara förstående, empatisk och engagerad som uppskattas hos den professionella som anses ha bidragit till lyckad återhämtning. På samma sätt kan vi se att det ofta är den professionellas bemötande som lyfts fram i de fall då det har dröjt innan återhämtningsprocessen har kommit igång.

*”Han var väl bra på så sätt att han frågade. Det kändes att han kunde sitt jobb men jag vet inte om det är så läkare är. Men när man är så skakig och uppgiven och träffar någon... Han var ju väldigt kall och distanserad vilket jag tänker mig att läkare ofta är. Men... det hade inte gjort något om han hade varit lite mer medmänsklig. Eller vara lite mer tydlig med hur lång väntetid det är. Det tänker man inte på att fråga. Hur lång tid kan det ta innan... Eller vad finns det för alternativ hjälp. Jag vet inte, bara någonting. Inte bara skicka iväg en så.”*

Angelika, 28 år

Även om Angelika inte tycker att läkaren borde ha varit ”kall och distanserad” var hon inte förvånad över hur han bemötte henne. Hans personlighet passade in i den bild av läkare som hon hade. På drop-inmottagningen, som hon senare besökte, upplevde hon att sköterskan var vänlig och att hon försökte hjälpa henne så gott hon kunde utifrån förutsättningarna.

Susanne upplever att läkaren inte tog sig tillräckligt med tid till att samtala med henne, eftersom han endast frågade henne om hon upplevde att hon hade ångest. Susanne associerade ångest med panikångest och fobier vilket gjorde att hon svarade nekande på hans fråga; den typen av ångest tyckte hon inte stämde överrens med hur hon kände sig.

Susanne beskriver att läkare ofta säger till henne att hon inte behöver vara orolig och att de inte lyssnar på vilken hjälp hon söker. Hon upplever själv inte att hon har varit överdrivet orolig men hon antar att hon utstrålar oro eftersom hon så ofta får höra samma fras. Läkarnas bemötande har gjort att Susanne har känt att hon inte har blivit tagen på allvar.

*”Det är som när en bil går sönder. Då behöver man ta den till en verkstad. Det behöver inte innehålla oro. [...] En bilmekaniker skulle ju inte säga att jag inte behöver vara orolig för bilens bromsar. Han skulle ha tagit en titt.”*

Susanne, 51 år

Tidigare hade Susanne en läkare som behandlade hennes migrän. Läkaren förnekade att migränen kunde vara kopplad till ångesten vilket gjorde att Susanne slutade att gå dit eftersom det nu blev ångestfyllt att besöka honom. Läkarens bemötande gav i direkt mening en negativ effekt eftersom Susanne nu inte längre får vård för sin migrän.

Kerstin var inlagd i några dagar och hon upplevde att vården var väldigt bra på Mölndals sjukhus.

*”Jag fick ju mat och jag fick sova”*

Kerstin, 48 år

I Kerstins fall överrensstämde vården med det hon för tillfället behövde och förväntade sig vilket gjorde att hon också upplevde att hon fick rätt vård.

#### **7.5.6. Återhämtning**

Topor talar om återhämtning från svåra psykiska problem, i bemärkelsen att man lämnar problemen bakom sig och istället utvecklar en ny mening med livet och nya livsmål. Begreppet återhämtning kan, enligt Topor, delas upp i två nivåer. *Total återhämtning* är när individen inte längre behöver behandling och inte heller uppvisar några symptom. Om en total återhämtning har skett kan individen även klara av att leva ett problemfritt socialt liv. *Social återhämtning* innebär att symptomen fortfarande finns kvar i ringa omfattning, men dessa upplevs inte som ett hinder. Det sociala livet fungerar men viss behandling kan fortfarande förekomma (Topor 2004). Det är svårt att dra en precis gräns mellan den som har blivit totalt återhämtad och den som endast är socialt återhämtad. Kerstin och Ylva är de som befinner sig närmast det som Topor kallar total återhämtning, då de i nuläget inte tar emot någon behandling. Susanne tar fortfarande antidepressiv medicin och har ett större behov än de andra av professionella samtal och den självhjälpgrupp som hon deltar i. Samtidigt har hon funnit strategier för att hantera symptomen och därmed platsar hon inom ramen för social återhämtning. Angelika skulle kunna befinna sig någonstans mittemellan. Hon är socialt återhämtad men tar medicin vid behov och träffar regelbundet en terapeut, vilket gör att hon inte kan anses nå upp till kriterierna för att vara totalt återhämtad.

Topor (2004) betonar att återhämtningsprocessen medför frågor som är omdiskuterade. Hur länge ska individen vara i processen och när anses hon vara frisk? Topors svar på detta är att individen är frisk när hon har återhämtat känslan av att vara sig själv. För att detta ska kunna ske är det viktigt att man har kunnat lämna brukarrollen bakom sig och att man har fått de professionellas och de anhörigas bekräftelse på att man är återhämtad och inte längre är patient. Johannisson (2006) menar på liknande sätt att sjukdom ger patienten en identitet och en social roll genom den strukturerade vårdrelationen mellan läkaren och patienten vilket försvårar återhämtning. Så länge regelbunden kontakt finns med sjukvården är det svårt att lämna den invanda identiteten. När individen lyckas återuppta det arbete hon tidigare har haft

kan behandlingen anses ha varit lyckad, eftersom arbete och sysselsättning kan mäta individens psykiska välbefinnande. Arbete ses enligt Topor (2001) även som rehabiliterande eftersom det erbjuder rutiner, struktur och ett socialt samspel. De intervjupersoner som kan anses vara återhämtade har, efter olika lång tid, kunnat återgå till sysselsättning. Angelika har fortsatt studera, Kerstin har återgått till arbete efter att ha varit sjukskriven i totalt ett halvår och Ylva har, trots sin förtidspensionering, hittat en alternativ arbetsform.

Viktigt att poängtera är dock att dessa personer enligt Topors återhämtningsbegrepp kan antas vara återhämtade, men huruvida personerna själva upplever sig vara återhämtade behöver inte överensstämma med denna analys.

### **7.5.7. Kommentarer**

Vilken behandling som har erbjudits personerna har påverkat deras återhämtning. Redan vid diagnostiseringen ser det olika ut för vad de erbjuds. Angelika får ingen diagnos alls medan Kerstin och Susanne får diagnoser som de inte tycker stämmer helt med hur de upplever sin ångest. Den bristfälliga diagnostiseringen gör att behandlingen de får inte botar eller rehabiliterar ångesten. I vissa fall har symtomen botats men inte problematiken bakom symptomen. Flera av informanterna når också en vändpunkt innan de upplever att återhämtningsprocessen tar vid. Vändpunkten innebär ofta att de mår så dåligt att de upplever sig ha hamnat på botten för att sedan börja må bättre. Personerna betonar att sjukvårdspersonalens bemötande också har påverkat återhämtningen. Bra bemötande upplever de när personalen har tid att lyssna på dem, förklarar och informerar om medicin och biverkningar, stöttar och inger trygghet. Dåligt bemötande upplevs vara detsamma med behandling som inte fungerar. Exempelvis slutar Susanne få vård för sin migrän pga. att denna läkare inte lyckas möta hennes ångest.

## **8. Diskussion**

### **8.1. Diskussion av studiens resultat**

De personer jag har intervjuat i min studie har ångest som uttrycker sig på olika sätt och även deras bakgrund skiljer sig ifrån varandra. Däremot har de liknande upplevelser av mötet med sjukvården. Från det att kontakten med sjukvården inleds dröjer det generellt sett lång tid innan personerna blir patienter och innan en vårdrelation etableras. De blir bortsorterade, hänvisade till olika vårdinstanser, slussade fram och tillbaka i flera turer och i långa perioder. Är det så att sjukvården nekar personerna inträde till organisationen, till att bli patienter, för att arbetsbördan redan är för stor? Om så är fallet skulle vårdinstanserna behöva omorganisera sina verksamheter för att kunna erbjuda den vård som faktiskt är sjukvårdens mål.

Den första behandling som erbjuds intervjupersonerna är medicin och därefter skickas en remiss i några av fallen till psykolog för samtalsbehandling. För Kerstin verkar det som om behandlarna har bristande kunskap om hennes tillstånd då hon gång på gång träffar vårdpersonal som förstår att hennes problem är psykiska men de kan inte sätta fingret på vad det är. Susanne har turen att, efter inte alltför lång väntetid, få träffa en psykolog men denna kan dessvärre inte skapa den relation med Susanne som behövs. Resultatet av samtalen blir att

de utforskar olika tänkbara diagnoser men de kommer inte fram till en diagnos som Susanne känner igen sig i. Sjukvården kan i dessa fall säga åtgärda symptomen men egentligen sker ingen riktig behandling förrän långt senare. Förr eller senare söker alla fyra någon form av privat vård och de upplever då att de får rätt vård. Erfarenheten de kan tänkas bära med sig är att nästa gång de behöver söka vård är det bättre att söka privat vård direkt. Detta skulle innebära en stor ekonomisk förlust för landstinget vilket skulle kunna leda till ännu fler missnöjda patienter; en negativ spiral som inte gynnar varken verksamheten eller patienterna.

I mötet mellan patienterna och sjukvårdens personal sker misstolkningar och missförstånd. Vad efterfrågar patienterna och vad erbjuds de? För att sammanfatta vad informanterna efterfrågar när de kontaktar sjukvården är det allt från bara det faktum att få en läkartid till att bli inlagda på slutenvård. De vill få samtal, att någon lyssnar på dem, uppföljning av medicin och hälsotillstånd, tydlighet, information och självklart vill de ha hjälp att förstå sina problem och att hantera ångesten. De poängterar att de i vissa fall upplever sjukvårdspersonalens kunskap som bristfällig. Det som sjukvården erbjuder dem är medicin, remisser till psykolog och diagnoser. Samtalskontakterna blir ibland lyckade, men inte för alla och inte på första försöket. Diagnoserna ger förståelse för ångesten och det upplevda hälsotillståndet, men ibland överensstämmer inte diagnosen med patientens upplevelser, som i Susannes fall. En fråga man kan ställa sig är om diagnoserna sätts för läkarens eller patientens skull? Självklart underlättar det för läkaren (behandlaren) att ge behandling om en diagnostisering har skett, men om diagnosen upplevs som fel av patienten försvåras också läkarens behandlingsarbete.

Angelika blev redan vid första telefonsamtalet med vårdcentralen förminskad. Hon uttrycker frustration över att vara maktlös, även om hon inte benämner händelsen med dessa ord. Hon upplevde även läkarens bemötande som kallt och hans bemötande bekräftade hennes bild av hur läkare oftast är. Det verkar alltså vara patienterna som får anpassa sig till sjukvårdssystemet för att få vård, när det borde vara tvärtom; att sjukvården försöker tillmötesgå patienternas behov. Ylva träffar många olika behandlare och det dröjer flera år innan hon möter en psykiater som hon upplever som förtroendeingivande. De upplever alla att de har blivit bra bemötta när någon ur sjukvårdspersonalen har tagit sig tid att lyssna på dem och visat medmänslighet.

Vi ser att kvinnorna har funnit ett stort antal hanteringsstrategier på egen hand. När de gång på gång har fått uppleva att sjukvårdens resurser inte har räckt till, har de tvingats att hitta egna sätt att överleva på. Tidigare har de, medvetet eller omedvetet, använt sig av s.k. passiv ångest och därigenom undvikit situation som skapar ångest. Med hjälp av böcker och information på internet har de ökat sin kunskap om och förståelse av ångest och olika psykiska hälsotillstånd. Därigenom har de kunnat utmana sig själva i att möta det ångestfyllda och att hantera ångesten. Susanne berättar om en ”aktivitetslista” och Kerstin har börjat ta sig egentid i form av fysisk träning. Ylva har sökt sig till gruppsammanhang där hon har fått möjlighet att träna på några av sina rädslor. Genomgående är att det är först när de börjar använda sig av aktiv coping, dvs. medvetna strategier, som de har upplevt att de mår bättre och att ångesten har minskat.

Utifrån Topors (2004) definition av återhämtningsbegreppet kan Kerstin och Ylva anses vara återhämtade eftersom de inte längre får någon form av ångestbehandling. Även Angelika är återhämtad men hon går fortfarande i terapi och tar lugnande tabletter vid behov. Susanne har funnit en hel del strategier för att hantera ångesten men kan inte anses vara återhämtad då hon regelbundet äter depressiv medicin och önskar psykologisk behandling. Samtidigt är återhämtningsbegreppet omdiskuterat och det är svårt att dra gränser kring vilka kriterierna är och under hur lång tid man behöver uppfylla dessa för att anses vara återhämtad.

Enligt Goffman agerar vi alla på en teaterscen. Personerna spelar en roll, rollen som patient, när de möter sjukvårdens personal. Samtidigt spelar alltså även personalen roller som kompetenta vårdgivare. Sjukvårdens personal är också människor som behöver söka vård när de blir sjuka och de skulle kunna hamna i samma situation som intervjupersonerna. Behöver patienterna spela bättre teater för att få hjälp snabbare? Utgår man ifrån denna teori skulle slutsatsen kunna vara att intervjupersonerna inte har kunnat spela sina roller tillräckligt bra och att det förklarar varför de upplever att de inte har blivit bra bemötta i den inledande kontakten. Större delen av sjukvårdspersonalen som informanterna möter har däremot varit duktiga på så sätt att de har lyckats spela den professionella rollen och tydligt använt den makt som yrkesrollen medför, utan att falla för det medmänskligt bemötandet. De visar de vård sökande personerna att deras patientroll inte är tillräcklig och på samma gång nekas personerna vård. I vissa fall får de ingen hänvisning till vart de ska söka vård istället och i andra fall hänvisas de fel. Är det då patienterna som måste träna på sina repliker eller är det sjukvårdspersonalen?

## **8.2. Slutkommentar**

Resultatet av studien går inte att generalisera eftersom urvalet endast består av fyra personer. Det går alltså inte att säga att alla patienter, eller en stor del av dem, är missnöjda med den landstingsbedrivna sjukvården. Det kan handla om att just dessa fyra personer har haft otur, att det är just de vårdinstanser som de besöker som brister i sina uppgifter eller att det är just de få med har negativa upplevelser som väljer att berätta om dem. Eller kan det vara så att sjukvården drivs av ekonomiska riktlinjer och saknar tillräckligt stor behörig arbetsstyrka vilket leder till att de misslyckas med att tillgodose patientens behov? Sjukvårdens mål är att ge god vård till patienter, men när patienten efter ett läkarbesök mår sämre måste det ses som ett misslyckande. När det dröjer flera månader, och ibland år, innan dess att patienten upplever att hon/han har fått rätt hjälp, då har inte sjukvården lyckats. Om första steget in i sjukvårdssystemet är vid tidsbokning, är det viktigt att på denna uppgift ha personal som har kompetens om var man bäst hänvisar vidare patienten i de fall då man inte har möjlighet att erbjuda en läkartid. Jag menar absolut inte att alla vårdinstanser brister eller att sjukvården i det stora hela misslyckas, men i vården för de här fyra personerna *har* ett misslyckande skett. Självklart vill ingen ta på sig ansvaret och många förklaringar, med hänvisning till verksamhetens riktlinjer och tidsbrist, finns nog till varför patienterna inte upplever att de har fått rätt vård. Jag kan ändå inte släppa funderingarna kring hur stort lidande man hade kunnat bespara dessa personer om de hade fått rätt vård tidigare.

### **8.3. Förslag till vidare forskning**

Inom Västra Götalandsregionen har ett antal vårdcentraler sedan några år tillbaka använt sig av Lean, ett utvärderingsprogram som syftar till att effektivisera verksamheten med befintliga resurser för att kunna erbjuda bättre kvalitet på vård till patienten (Lean Concepts 110921). Då vi utifrån min studie ser att det finns patienter som är missnöjda med den vård de har erbjudits och att de blir runtskickade inom sjukvården, skulle det vara intressant att se vidare forskning om de kvalitetsförbättringar som vårdcentraler i Västra Götalandsregionen genom Lean har gjort. Upplever patienterna att de får bättre vård eller upplevs förbättringarna bara av själva organisationen?

Eftersom denna studie är kvalitativ och endast omfattar fyra personer skulle det vara intressant med kvantitativ data kring patienternas nöjdhet med vården. Mer kvantitativ forskning skulle också kunna bedrivas för att jämföra den vård som efterfrågas av patienter med den som vård som sjukvården faktiskt erbjuder.

## Källförteckning

### Tryckta källor

- Bernler, Gunnar/Johnsson, Lisbeth (2001): *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Billquist, Leila (1999): *Rummet, mötet och ritualerna – En studie av socialbyrå, klientarbetet och klientskapet*. Skriftserien Göteborgs universitet: Göteborg
- Brattberg, Gunilla (2008): *Att hantera det ohanterbara – Om coping*. Stockholm: Värkstaden
- Cullberg, Johan (2001): *Dynamisk psykiatri*. Finland: Natur och Kultur
- Goffman, Erving (2009): *Jaget och maskerna - En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Nordstedts
- Holmquist-Carlsson, Ingrid/Zettergren, Margaretha (1993): *Grunder i psykiatrisk omvårdnad*. Borås: Natur och Kultur
- Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Johannisson, Karin (2006): *Hur skapas en diagnos? – Ett historiskt perspektiv*. I Hallerstedt, Gunilla (red.): *Diagnosens makt – Om kunskap, pengar och lidande*. Lettland: Daidalos AB
- Kärfve, Eva (2006): *Den mänskliga mångfalden – diagnosen som urvalsinstrument*. I Hallerstedt, Gunilla (red.): *Diagnosens makt – Om kunskap, pengar och lidande*. Lettland: Daidalos AB
- Larsson, Sam (2005): *Kvalitativ metod – en introduktion*. I Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina: *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Sigling, Inga-Lisa (2010): *Socialpsykiatri*. Kina: Liber
- Soback, Sigmund (2006): *Vad styr behandlingsutbudet vid psykiskt lidande?* I Hallerstedt, Gunilla (red.): *Diagnosens makt – Om kunskap, pengar och lidande*. Lettland: Daidalos AB
- Svensk författningssamling (SFS) 1982:763, 1992 2a§: *Hälso- och sjukvårdslagen*
- Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning.
- Topor, Alain (2001): *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och kultur
- Topor, Alain (2004): *Vad hjälper? – Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och kultur

Topor, Alain/Broström, Kjell/Strömwall, Rosita (red.) (2007): *Vägen vidare – Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa*. Stockholm: RSMH

ÅSS Ungdom, Ångestsyndromsällskapet i Göteborg (2008): *Ungdomar & ångestproblematik*. Kista

### **Internetkällor**

BRF Sankt Jörgens Allé (110709): <http://www.brfstjorgensalle.se/omraadets-historia/index.php>

FASS (110614) <http://www.fass.se> – sökning på respektive läkemedel

Kronman, Josefin/Lund, Malin (2009), *Hur bör sjukgymnaster inom psykiatrin bemöta patienter med ångestproblematik för att nå en så god allians som möjligt?: en kvalitativ studie*: <http://epubl.ltu.se/1402-1773/2009/002/LTU-CUPP-09002-SE.pdf>. Luleå Tekniska universitet

Lean Concepts (110921) <http://www.leanconcepts.se/om-lean/>

Primärvården Göteborg (110306) <http://primarvardengoteborg.vgregion.se/sv/Primarvarden-Goteborg/Toppmeny/Fakta-primarvarden-Goteborg/>

Psykosyntesakademin (110416)  
[http://www.psykosyntesakademin.se/utbildningar\\_kurser/terapeututbildning.htm](http://www.psykosyntesakademin.se/utbildningar_kurser/terapeututbildning.htm)

Vetenskapsrådet (110217), *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Ångestsyndromsällskapet i Göteborg, ÅSS (110218) <http://angestgoteborg.se/>



### **Förfrågan om medverkan i intervjustudie**

På socionomprogrammets termin 6 skrivs ett vetenskapligt arbete, en s.k. C-uppsats. Syftet med min uppsats är att belysa hur personer med ångestsyndrom upplever mötet med vårdpersonal inom primärvården.

Jag vill gärna intervjua dig som har någon form av ångestsyndrom och som vill dela med dig av dina erfarenheter kring ångest, bemötande och behandling.

Intervjun kommer att spelas in för att jag senare ska kunna gå tillbaka och lyssna på det som har sagts. Det inspelade kommer inte att användas till något annat än just denna studie och banden raderas när studien är slutförd.

Intervjuerna kommer äga rum under vecka 11 och 12 i ÅSS´ lokaler . En intervju tar ca 1h och du kommer i intervjun att vara anonym och oidentifierbar.

Att vara med i studien är frivilligt, vilket betyder att du när som helst kan avbryta din medverkan.

Den färdiga rapporten/uppsatsen beräknas vara klar till sommaren 2011 och den kommer då att publiceras på universitetets databas. Om du som har medverkat skulle vilja få tillgång till studien kan du kontakta mig.

Min intervjustudie kommer omfatta sex personers upplevelser, vilket betyder att just dina erfarenheter kommer ges stor plats. Du är viktig för min studie!

Vill du bli intervjuad kan du fylla i lappen och lämna den till ... så kontaktar jag dig för att boka en tid för intervjun. Du kan även skicka mail till mig på [xxxxxxxx@student.gu.se](mailto:xxxxxxxx@student.gu.se).

Vänliga hälsningar  
Natascha Heidari  
socionomstudent  
Tel: 07X-XXXXXXX

---

Jag har tagit del av ovanstående information och jag vill att du kontaktar mig för att boka tid för en intervju.

Namn:.....

Telefon:.....

E-post:.....

## **Intervjufrågor**

Bilaga 2

Kön                      Ålder                      Familj

### **Förhistoria**

\*Kort om uppväxten

\*Kan du minnas när ångesten visade sig första gången? Hur länge sedan? På vilket sätt?

\*Egna försök att hantera ångesten/andras försök

### **Kontakt med professionella = vården**

\*Hur såg mötet med vården ut när du sökte hjälp för din ångest första gången? Hur sökte du? Akut? Remiss? Av andra anledningar/för andra symptom än ångest?

\*Vilka förväntningar hade du vid kontakt med primärvården – initialt och senare?

### **Behandlingen**

\*Vilken typ av ångestsyndrom? Diagnos? Vem gjorde bedömningen?

\*Vad anser du om diagnosen? Stämmer den/hur förhåller du dig till diagnosen?

\*Var går du i behandling? Psykiatri/primärvård/annat?

\*Hur ser behandling ut? Tankar om behandlingen (Bra/dåligt - Synpunkter och/eller kritik)

\*Upplever du att du har fått den behandling som du hade förväntat dig?

\*Upplever du att behandlingen har hjälpt? Symptomlindring, förbättring? Försämring?

### **Vårdrelation**

\*Hur upplever du att relationen har varit mellan dig och vårdcentralens

- läkare?   - psykolog?   - sjukgymnast?   - annan vårdpersonal?

\*Upplever du att du har fått det bemötande som du hade förväntat dig?

### **Ångest**

\*Vad (eller vilka situationer) förstärker din ångest?

\*Vilka känslor som kan förknippas med ångest har du upplevt i samband med besök på vårdcentral? Varför tror du att du får dessa känslor i just denna situation?

### **Ångestsyndromsällskapet**

\*När och hur kom du i kontakt med ÅSS?

\*Vad är det som gör att du väljer att gå hit?