



**HÖGSKOLAN**  
TROLLHÄTTAN · UDDEVALLA

**PATIENTERS UPPLEVELSER AV  
KONTAKTMANNASKAP**

**- EN INTERVJUSTUDIE INOM PSYKIATRISKT  
OMVÅRDNADSARBETE**

**Författare: Göran Arthursson  
Handledare: Anders Kauffeldt**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1  
Specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatrisk vård, 40 poäng**

**Institutionen för omvårdnad  
Maj 2002**

<b>Arbetets titel:</b>	Patienters upplevelser av kontaktmannaskap – En intervjustudie inom psykiatriskt omvårdnadsarbete Patients' experiences of primary nursing – An interview study in psychiatric care
<b>Författare:</b>	Göran Arthursson
<b>Handledare:</b>	Anders Kauffeldt
<b>Institution</b>	Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/ Uddevalla
<b>Arbetets art:</b>	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1
<b>Antal sidor:</b>	34
<b>Kurs:</b>	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatrisk vård, 40 p
<b>Datum:</b>	Maj 2002

---

## ABSTRACT

The aim of this study was to describe patients lived experiences of primary nursing in a psychiatric context. The study was also meant to be used as an instrument in the quality assurance development at the inpatient unit, where the study took place. A qualitative descriptive method was used based on semistructured interviews with ten patients in psychiatric care. The patients were on a general level satisfied with the primary nursing system, pointing out the importance of three main categories: participation, relations and communication. Most important for the patients' well-being were to relate in social activities with their assigned primary nurse or assigned primary assistant nurse. But there were also situations described in the interviews when the primary nursing system failed, mainly experiences of not being involved in assessment and planning of care. The project rised questions about problems regarding qualitative research, when the informant and the researcher are wellknown to each other. It is also discussed how clinical research and quality assurance can be integrated as tools for improving patients possibilities to be involved in a milieutherapeutic nursing process.

**Keywords:** communication, participation, primary nursing, psychiatric care, relations

**Nyckelord:** delaktighet, kommunikation, kontaktmannaskap, psykiatrisk omvårdnad, relationer

## **INNEHÅLL**

<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	2
<b>Kontaktmannaskap i psykiatrisk omvårdnad</b>	2
<b>Primary nursing</b>	2
<b>Case management</b>	3
<b>Kontaktmannens kompetens</b>	5
<b>Kontaktmannens funktion</b>	6
<b>Om relationer i kontaktmannaskap</b>	7
<b>Tidsfaktorn i kontaktmannaskap</b>	8
<b>Miljöterapeutiska grundprinciper</b>	9
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	9
<b>METOD</b>	10
<b>Kvalitativ metod</b>	10
<b>Urval</b>	10
<b>Genomförande</b>	10
<b>Analys</b>	11
<b>Etiska överväganden</b>	12
<b>RESULTAT</b>	12
<b>Översikt resultatdelen</b>	13
<b>Delaktighet</b>	13
<b>Avsaknad av gemensamt planeringsarbete</b>	13
<b>Ansvar för egen behandling</b>	14

<b>Relationer</b>	15
Lämnad/övergiven	16
Fysisk närhet	16
Sociala aktiviteter	17
Konkurrens	18
Trygghet	19
Personalens tillgänglighet/kontinuitet	20
<b>Kommunikation</b>	21
Att bli förstådd	21
Att bli sedd	22
Respons	23
<b>Sammanfattning av resultatet</b>	23
<b>DISKUSSION</b>	23
<b>Metoddiskussion</b>	23
Projektets kvalitativa ansats	23
Förförståelse	24
Provintervjuer	25
<b>Resultatdiskussion</b>	26
Kontaktmannaskap som organisationsidé i psykiatriskt omvårdnadsarbete	26
Möjlighet till eget ansvar	27
Relation och bekräftelse i omvårdnadsarbetet	27
<b>AVSLUTANDE REFLEKTIONER</b>	29
<b>REFERENSER</b>	30
<b>Bilaga 1. Information till patienterna</b>	33
<b>Bilaga 2. Intervjuguide</b>	34

## INLEDNING

Patienters upplevelser i vården har på senare år alltmer hamnat i fokus och flera studier har uppmärksammat detta. Ehnfors & Söderström (1995) beskriver patienternas tillfredsställelse av vård och omvårdnad, som en aspekt på vårdkvaliteten. Några exempel på frågeställningarna i denna undersökning var:

”Lyssnade personalen till vad du hade att säga?”, ”Visade personalen respekt för dig och dina önskemål?” ”Fick du tillräckligt mycket diskutera din behandling, resultaten och följderna av viktiga åtgärder?” (a.a. s. 22).

Totalt svarade 2260 patienter. Mer än 80 % svarade utmärkt eller mycket god på en fråga om det allmänna intrycket av kvaliteten på den vård de fått, medan 2 % uppgav kvaliteten som dålig eller mycket dålig.

Söderström & Karlsson (2001) genomförde en enkätundersökning bland inneliggande patienter på psykiatriska kliniken inom NU-sjukvården (sammanslagning mellan Norra Älvsborgs lasarett och Uddevalla sjukhus), med frågeställning kring patienternas tillfredsställelse med vården. I denna undersökning fanns exempelvis följande frågor:

”Visar personalen omtanke och intresse för dig som person?”, ”Visar personalen respekt och tar dig på allvar?”, ”Känner du delaktighet i planering och genomförande av din vård/behandling?”.

Här visade det sig att 74 % av patienterna upplevde helheten med vården som mycket bra eller bra, men andelen som upplevde helheten mycket dålig var hela 17 %. I hela undersökningen ingick 82 patienter och 78 av dessa svarade på frågan. Resultaten av dessa båda undersökningar visade alltså relativt hög tillfredsställelse med vården som helhet.

Söderström & Karlsson (1999) på Vårdutvecklingsenheten inom NU-sjukvården har i sin rapport, som beskriver rättspsykiatriska patienters erfarenheter av vården, fått

synpunkter på kontaktmannaskapet. I denna undersökning framkommer att kontaktmannafunktionen borde utvecklas, så att kontaktmannen ska fungera som ett ombud för patienten och att regelbundna samtal efterfrågades som en del i behandlingen. Inom svensk psykiatri är idag omvårdnadsarbetet ofta organiserat enligt kontaktmannasystem. Denna organisationsform bygger på personliga och kontinuerliga relationer mellan kontaktman och patient.

Detta arbete vill specifikt fokusera på patienternas upplevelse av kontaktmannaskap på ett behandlingshem för personer med personlighetsstörningar. Föreliggande arbete är också att betrakta som ett led i kvalitetsutvecklingen på det psykiatriska behandlingshem där undersökningen genomfördes.

## **BAKGRUND**

### **Kontaktmannaskap i psykiatrisk omvårdnad**

Det finns idag ingen egentlig definition av begreppet kontaktmannaskap. Crafoord (1991) menar att begreppet kontaktman är vedertaget inom psykiatrin och avser den vårdperson som har närmast ansvar för en patient på en avdelning eller ett behandlingshem. För att söka ytterligare teoretisk kunskap kring kontaktmannaskap har fenomenen som primary nursing och case management studerats i detta arbete. Båda begreppen har sitt ursprung i amerikansk vård- och omvårdnadsforskning. Inom psykiatrin görs ingen skillnad i kontaktmannaskapet vad det gäller yrkeskategorier, utan här har både sjuksköterskor och skötare lika stort ansvar.

### **Primary nursing**

Idén med kontaktmannaskap går att spåra i organisationsmodellen primary nursing, vars teoretiska grundprinciper utvecklades i amerikanskt omvårdnadsarbete på 1950-talet.

Primary nursing kan utformas i olika organisationsmodeller och med olika personalbemanning. Det förekommer modeller där alla som sköter patientens omvårdnad är sjuksköterskor. Vanligast är dock en sjuksköterskebemanning på ca 50 %, och resterande delen sköts av undersköterskor. Den sjuksköterska som ansvarar för den totala omvårdnaden av sina patienter arbetar tillsammans med en undersköterska i planering, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad under hela vårdtiden, och detta sker tillsammans med patienten. Den nära kontakten med en och samma sjuksköterska/undersköterska skapar trygghet för patienten och ger förutsättningar för god omvårdnad (Dulong, Poulsen, 1993). Grundprinciperna för Primary nursing enligt Hall i Dulong och Poulsen, (1993) innebär:

- Helhetssyn som utgår från patientens fysiska, psykiska, andliga och sociala behov.
- Patienten är knuten till en och samma sjuksköterska (primärsjuksköterskan) som har totala ansvaret för omvårdnaden under hela vårdtiden.
- Primärsjuksköterskan, som planerar omvårdnaden, genomför även vårdhandlingarna och utvärderar dess effekter.
- Så få personer som möjligt ska vara inblandade i patientens vård.
- Kontinuitet i kontakten mellan patient och sjuksköterska, vilket ger möjlighet för utvärdering av resultat över tid.
- Direkt kommunikation mellan alla berörda i vårdteamet, där samordningen av patientens totala vård sker genom primärsjuksköterskan (a.a. s. 83f).

### **Case management**

Ett annat sätt att organisera och samordna insatserna till psykiskt funktionshindrade är case management, ofta översatt till personligt ombud på svenska. Även om denna organisatoriska form i princip är en angelägenhet inom öppen psykiatrisk vård, så finns flera gemensamma drag mellan detta sätt att arbeta och kontaktmannens funktion i psykiatrisk slutenvård. När casemanagementbegreppet/personliga ombud först dök upp rörde sig verksamheten främst kring vad som går att likna vid en mäklarmodell med

uppgift att förmedla kontakter med olika myndigheter och vårdinstitutioner. Detta gjordes utan egentlig patientkontakt. Med tiden har funktionen utvecklats till att mer aktivt stödja patienten med råd och stöd, bedriva uppsökande verksamhet och att ge behandling. Det är också denna modell som vi främst använder oss av i Sverige (Björkman, 2001).

I psykiatriutredningens slutbetänkande (SOU 1992:73) framfördes förslag om att utse personliga ombud (case management) för att ytterligare förstärka och samordna insatserna till psykiskt funktionshindrade. Detta gjordes utifrån att kunna hantera de nya förutsättningar som de öppna vårdformerna inom psykiatrien inneburit.

Utgångspunkten var att allvarligt psykiskt sjuka behöver vård, stöd och service från en rad olika myndigheter för att kunna leva ett självständigt och bra liv ute i samhället.

I en del länder anses case management utgöra en av de viktigaste hörnstenarna i den samhällsbaserade psykiatrien. I flera internationella studier konstateras att psykiskt funktionshindrade generellt sett är mer nöjda med case management än med traditionell behandling (Björkman, 2001).

Erfarenhetsmässigt har det visat sig att projekt med personliga ombud som backas upp av flera berörda huvudmän får goda resultat. De personliga ombudens huvudsakliga arbetsuppgifter är främst:

- Att tillsammans med den enskilde identifiera och formulera dennes behov av vård, stöd och service.
- Att tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs.
- Att bistå och - om fullmakt finns – företräda den enskilde i kontakterna med olika myndigheter etc.
- Se till att den enskilde får den vård, stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter.

(Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14, 2000 s. 5).

Ytterligare en modell är den så kallade ACT-modellen (Assertive community



treatment). Denna vänder sig främst till patienter som är mera vårdkrävande och kräver ett mera heltäckande stöd, där team av läkare, sjuksköterska, psykolog och socionom finns tillgängliga dygnet runt. Det är också här i de mera ”intensiva” modellerna som effekterna av case management med minskade inläggningar och ökad livskvalitet är tydligast (Björkman, 2001).

Varken primary nursing eller case management är specifikt utvecklade inom psykiatriskt vård/omvårdnadsarbete. Det svenska kontaktmannaskapet i psykiatriskt omvårdnadsarbete har ändå många likheter med bägge företeelserna, t.ex. helhetssyn – patienten i centrum, delaktighet och kontinuitet.

Skillnaden vad det gäller primary nursing är främst att det inom psykiatrisk vård inte är enbart sjuksköterskor som har ansvaret för kontaktmannaskapet, utan här kan en skötare vara ensam ansvarig som kontaktman. Skillnaden när det gäller case management som funktion är att den vänder sig till personer i öppenvård och att det inte behöver vara personal med psykiatrisk utbildning som tillgodoser patienternas behov.

### **Kontaktmannens kompetens**

Enligt Crafoord (1991) bör kontaktmannen inom psykiatrin ha kunskaper inom psykoanalytisk teori och kanske främst utvecklingspsykologi. Han bör dessutom ha förståelse för de psykologiska villkoren för patienter med tidiga störningar samt för olika former av ”projektiv identifikation”. Vidare bör kunskap finnas om utagerande och hur man kan känna igen, förstå och bemöta olika former av utagerande. Det betyder inte att man kan kräva att alla kontaktmän inom psykiatrisk vård ska ha kunskaper i psykoterapi, däremot kan det vara en oerhörd tillgång för kontaktmän att ha egen erfarenhet av detta. Många svårigheter vad gäller läsningar i arbetet som kontaktman, skulle kunna reduceras om kontaktmannen genomgått någon form av egen psykoterapi.

Att använda sin yrkesskicklighet innebär i djupaste mening att man helt och fullt har gått in för ett handlande i vårdvetenskapens tjänst. Detta menar Lindström (1987)

innebär, att ständigt reflektera och tränga vidare för att försöka förstå, att ständigt vidga sin världsbild och sitt paradig. Ett liv i vårdvetenskapens tjänst innebär ett liv med och bland människor, att genom möten och närhet dela människans smärta, ångest och glädje.

Eide & Eide (1997) menar att empati, som kan beskrivas som förmågan att kunna leva sig in i andra människors förhållanden och förstå deras tankar och känslor, är mycket viktig i kontaktmannaskapet. En förutsättning för att som kontaktman kunna vara närvarande och lyssna på den andra parten, är att man inte känner sig hotad av det man möter, vilket i sig förutsätter att man har ett någorlunda avklarat förhållande till sig själv och sina känslor, och att det krävs att vårdaren har förmågan att stanna och kunna ta emot och bära en annan människas ångest och oro.

Crafoord (1991) betonar att kontaktmannen måste vara professionell. Det uppstår i kontaktmannaskapet en relation som strävar i riktning mot vänskap eller föräldraskap, samtidigt som relationen definieras av att kontaktmannen faktiskt vistas inom verksamheten för att han är anställd där. Till professionaliteten hör också kontaktmannens kunskap och yrkesmässiga erfarenheter.

### **Kontaktmannens funktion**

Ett vanligt sätt att idag organisera omvårdnadsarbetet inom svensk psykiatri, är genom någon form av kontaktmannasystem. Det kan innebära att en eller ibland två av personalen är patientens huvudsakliga kontakt på vårdenheten. Kontaktmannaskapet har dock olika innehåll på olika vårdenheter. Det kan vara allt från att ansvara för patienternas kläder och praktiska göromål, till att ha ett fullt utvecklat ansvar för problembedömning, målformulering, bestämning av metoder, genomförande och utvärdering.

I ett internt dokument inom NU-sjukvården (2000) anges följande exempel på kontaktmannens funktioner:

- Bemötande utifrån ett kris/problemorienteringsperspektiv.
- Arbetsallians.
- Tillgänglighet.
- Regelbundna strukturerade samtal.
- Behandlingsplan, individuell vårdplan.
- Träna stresshantering – öka problemlösningsförmågan.
- Psykosociala behandlingsinsatser, färdighetsträningar.
- Identifiera tidiga varningstecken.

Det finns idag enligt Crafoord (1991) ett antal olika sätt att organisera kontaktmannaskap. Den psykiatriska organisationen har av socialstyrelsen ålagts att svara för att varje patient får den behandling som krävs. Det finns alltså ett avsevärt tryck på organisationen och krav på kontaktmannasystemet att lösa sina uppgifter.

### **Om relationer i kontaktmannaskap**

En bärande idé i kontaktmannaskapet är som tidigare berörts, att använda relationer som ett verktyg i omvårdnadsarbetet. Buber (1995) talar om vikten av att vi befattar oss med våra medmänniskor och accepterar det ansvar vi har och strävar efter att komma till tals med varandra, uppriktigt och i respekt för varje individs särart och unika bestämmelse. Peplau (1992) har beskrivit psykodynamiska aspekter på sjuksköterska/(kontaktmann)-patientförhållandet med utgångspunkt i ett omvårdnadsperspektiv. Hon beskriver omvårdnad som en terapeutisk, mellanmänsklig process, där målet är att främja hälsa och utveckling av personligheten i riktning mot ett kreativt, konstruktivt och socialt liv. Hur det slutgiltiga resultatet blir beror på i vilken utsträckning de psykodynamiska processerna har förståtts och genomlevts på ett adekvat sätt. Huvudtesen är att utvecklingen av relationer är central för det terapeutiska utbytet av omvårdnaden. Enligt Crafoord (1991) ingår i termen psykodynamisk en strävan mot ökad autonomi hos patienten. Med autonomi menas en integrerad självständighet som individ, med frihet till egen utveckling och en inre förankrad självkänsla, som ger möjlighet till nära relation till andra. I den relation som skapas mellan kontaktmannen och hans patient,

kommer patienten ha en möjlighet att söka stöd och bekräftelse och en trygghet att prova sina gränser i relation till kontaktmannen. Dessa gränser är dels de som sätts av enhetens kultur, dels de som sätts av kontaktmannens personlighet. Ett exempel när det gäller kontaktmannens personlighet är graden av kroppskontakt som han tar med patienten. Somliga relaterar till sina medmänniskor med mycket kroppskontakt som kramar och beröring, medan andra är mera sparsamma. Detta ger olika mönster i umgänget och olika gränser för kroppskontaktens omfattning. Dessa gränser bestäms mer av personligheten än av kulturen, även om båda är viktiga. I arbetet med patienter med tidiga störningar t.ex. borderlinepersonligheter är det fråga om ett kontaktmannaskap som går mer på djupet och där kontaktmannaskapet i många fall fortgår under flera år. Kontaktmannen kan dessutom räkna med att engagemanget kan komma att involvera honom starkt. Ett kontaktmannaskap av detta slag är så intensivt att en kontaktman knappast orkar med att arbeta med mer än en eller högst två patienter i taget (Crafoord, 1991).

I en undersökning om vad ett antal patienter och anhöriga ansåg innefattades i begreppet ”god vård” framkom följande: att bli respekterad, lyssnad till, tagen på allvar, att känna tillit, bli trodd, att vara delaktig i vården, att bli förstådd, att bli bemött med vänlighet och mjukhet, att få stöd, bli tröstad och att någon bryr sig (Lövgren, Engström & Norberg, 1996).

### **Tidsfaktorn i kontaktmannaskap**

Ward, Armstrong, Lelliott & Davies (1999) menar att patienten i många fall har dåliga erfarenheter av traditionell psykiatripersonal, vilket kan innebära svårigheter när det gäller att bygga upp en relation. Därför är tidsfaktorn en viktig ingrediens.

Nyström (1999) visar i sin studie att en av de viktigaste förutsättningarna för en meningsfull relation tycks vara just tidsfaktorn. Den psykiskt funktionshindrade behöver, kanske i ännu högre grad än andra, en kontaktman som både kan och vill avsätta tillräckligt med tid för en meningsfull samvaro. Även Nilsson, Norén-Winsell & Djärv (1999) menar att allt förändringsarbete tar tid, speciellt om det omfattar attityder,

normer och värderingar. En annan viktig faktor i relationen är att en kontaktman under lång tid har ansvar för en enskild vårdtagare. En äkta vilja att möta individen i dennes vardag är grunden i den meningsfulla relationen. Nehls (2001) beskriver i sin studie vikten av att bli behandlad med respekt och att relationen mellan kontaktmannen och patienten pågick under flera år.

### **Miljöterapeutiska grundprinciper**

Den väsentliga skillnaden med miljöterapi i jämförelse med en traditionell avdelning är ökat ansvar, ökad aktivitet, ökad kommunikation och ökad kontakt utåt. Tyngdpunkten på behandlingshemmet läggs vid den psykologiska behandlingen i form av hjälp till självhjälp och att frigöra de resurser individen själv har. Björvell (1996) beskriver begreppet, Patients empowerment, som den kraft som ger patienten bemyndigande till medverkan och medbestämmande i vården. Detta ger patienten möjligheten att bli medveten om sin egen styrka, sin förmåga, och sin personliga kraft.

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet med arbetet var att beskriva patienters upplevelser av kontaktmannaskap i omvårdnadsarbetet på ett behandlingshem för personlighetsstörningar i Västsverige. Syftet har vidare varit, i linje med behandlingshemmets idé vad det gäller kvalitetsutveckling, att granska kontaktmannafunktionen med dess styrkor och eventuella svagheter. Arbetet är därför att betrakta som ett kliniskt utvecklingsarbete.

De frågor som var centrala att besvara var:

- Hur beskriver patienterna en situation som upplevts som negativ med kontaktmannaskap.
- Hur beskriver patienterna en situation som upplevts som positiv med kontaktmannaskap.

## **METOD**

### **Kvalitativ metod**

I denna intervjustudie har en kvalitativ deskriptiv metod använts och studien har genomförts med hjälp av halvstrukturerade intervjuer. Kvalitativa undersökningar karakteriseras av att man försöker nå förståelse för livsvärlden hos en individ eller en grupp individer (Hartman, 1998). Kvalitativa metoder fokuserar på beskrivning av sådant som är mångtydigt och subjektivt som t.ex. upplevelser och känslor. Kvalitativ forskning betonar värdet av att få tillgång till verkligheten så som den upplevs av dem som lever i den (Svensson & Starrin, 1996).

### **Urval**

Datainsamlingen gjordes genom intervjuer av samtliga ineliggande patienter på ett behandlingshem i Västsverige för personer med personlighetstörningsproblematik och genomfördes under våren 2002. Antalet intervjuade som ingick i studien var 10 personer fördelat på nio kvinnor och en man i åldrarna 18 – 46 år. Två intervjuer genomfördes förutom dessa, som provintervjuer.

### **Genomförande**

Studien har genomförts på ett miljöterapeutiskt behandlingshem för personlighetsstörningar. Behandlingshemmet arbetar utifrån synsättet att många psykiska funktionshinder är en reaktion på en problematisk livssituation. Miljöterapi definieras i behandlingshemmets informationsskrift, som ett medvetet utformande av miljön, så att den i sig utgör ett behandlingsinstrument. På behandlingshemmet finns 12 vårdplatser och vårdtiden är relativt lång, med en medelvårdtid vid fullföljd behandling på ca tre år.

Patienterna tillfrågades först muntligt av författaren, om intresset att genom intervjuer medverka i en undersökning om upplevelser av kontaktmannaskap. Samtliga inläggande patienter visade sig vara positiva till deltagande. Information gavs därefter skriftligt (Bilaga 1) om att bandspelare skulle användas och allt som sades vid intervjuerna sedan skulle skrivas ut och att banden därefter skulle raderas. Information om den specifika frågeställningen, att beskriva en situation som upplevts som positiv, respektive negativ i kontaktmannaskapet, presenterades inte förrän vid själva intervjutillfället, då tanken var att få så spontana svar som möjligt. Detta testades också genom att två provintervjuer genomfördes utifrån intervjuguiden (Bilaga 2). Intervjuerna med öppna frågor, inleddes med en fråga om antal års erfarenheter av kontaktmannaskap, där också påpekades att frågan om upplevelsen av kontaktmannaskapet inte behövde gälla den kontaktmannarelation som är gällande för respektive patient idag, utan även tidigare erfarenheter. Därefter följde frågeställningen om informanten kunde beskriva sin upplevelse av en negativ respektive positiv händelse eller situation. Intervjuerna avslutades med en fråga om det allmänna intrycket av kontaktmannaskap och om det fanns övrigt att tillägga.

## **Analys**

Efter avslutad datainsamling transkriberades de bandade intervjuerna ordagrant av författaren och en första genomläsning gjordes. Genom denna läsning erhöles en grovkornig bild av datamaterialet. Efter ytterligare genomläsningar, för att bli bekant med materialet, framträdde en helhetsbild av de upplevelser som informanterna beskrivit. Därefter gjordes understrykningar av meningsbärande enheter som numrerades. I denna fas började skillnader och likheter i patienternas utsagor av erfarenheterna i kontaktmannaskapet att framträda. Patel & Tebelius (1987) påpekar att det är viktigt att den som tolkar är öppen för det texten har att berätta, så att nya aspekter tillåts framträda. De meningsbärande enheterna kunde sedan grupperas in i ett antal kategorier som i sin tur, kunde sorteras in under huvudkategorierna: delaktighet, relationer och kommunikation och som uppfattades täcka innehållet i materialet. Kategorierna åskådliggörs med hjälp av citat i resultatdelen.

I arbetet används begreppet kontaktmannaskap som ett sätt att organisera omvårdnadsarbetet på ett psykiatriskt behandlingshem. Kontaktmannaskapet byggde på relationer och kontinuitet och hade lånat drag av både primary nursing och case management. Kontaktmannaskapet var inte könsbundet och såväl mentalskötare som psykiatrisjuksköterskor innehade uppgiften på behandlingshemmet där samtliga patienter hade en personlig kontaktman. Arbetets författare har 28 års erfarenhet av psykiatriskt omvårdnadsarbete som skötare och sjuksköterska och är anställd på behandlingshemmet vid vilket studien genomfördes sedan februari 2000.

### **Etiska överväganden**

Då det i studien ingick patienter krävdes flera etiska överväganden. Muntligt tillstånd från chefsöverläkaren på Psykiatriska kliniken NU-sjukvården, samt godkännande från enhetschef och övrig personal på behandlingshemmet har erhållits. Patientgruppen tillfrågades också muntligt om de var intresserade. Dessa fick sedan också en skriftlig förfrågan om deltagande. Patienterna gavs också information om sekretess, samt rätten att avbryta och att varje intervju tillfälle beräknades till ca 15 minuter.

## **RESULTAT**

Resultatdelen fokuserar tio patienters upplevelser av kontaktmannaskap på ett behandlingshem för personlighetsstörningar. Genomsnittliga tiden för erfarenhet av kontaktmannaskapet bland de tio patienterna visade sig vara tre år och sju månader, med en variation mellan sex månader och tio år. Det fanns fler utsagor som beskrev positiva upplevelser av kontaktmannaskap än de, som fokuserade på negativa sidor av sättet att organisera omvårdnadsarbetet. Några patienter hade svårt att ange specifika situationer utan höll sig på en mer generell nivå i sina svar.



## Översikt resultatdelen

Resultatdelen utgår från tre huvudkategorier med underkategorier enligt följande:

### 1. Delaktighet

- Avsaknad av gemensamt planeringsarbete
- Ansvar för egen behandling

### 2. Relationer

- Lämnad/övergiven
- Fysisk närhet
- Konkurrens
- Sociala aktiviteter
- Trygghet
- Personalens tillgänglighet/kontinuitet

### 3. Kommunikation

- Att bli förstådd
- Att bli sedd
- Att få respons

## Delaktighet

Delaktighet kunde utläsas i följande underkategorier: Avsaknad av gemensamt planeringsarbete och Ansvar för egen behandling.

### Avsaknad av gemensamt planeringsarbete

Det framkom att planering och beslut bör ske tillsammans med kontaktmannen, och

detta beskrevs i flera situationer som viktigt. Flera informanter beskrev händelser där de inte fått vara delaktiga och där detta upplevts som negativt.

”När saker liksom skedde ovanför huvudet på mig, för det var ingen som förklarade för mig, utan jag fick reda på det i efterhand. Det var förödmjukande rent ut sagt. De trodde inte jag skulle fatta det eller nåt. Jag gick runt i ovisshet och hade ingen aning om varför de betedde sig som de gjorde. Jag fick inte reda på nånting, och det var ingen som brydde sig om att förklara det för mig och det gjorde mig upprörd, det gillade jag inte.”

”Då hade jag två kontaktmän, att de inte tog sig nån tid, att inte sitta och diskutera, att de gick bakom ryggen på mig.”

”Det var mer när jag tittade på de papperen som kontaktmannen hade skrivit, som vi skulle gjort tillsammans, så fattade jag inte vad som stod.”

”Den som jag hade, när jag fick reda på att min kontaktman skulle sluta inom en vecka, även om de (personalen) vetat detta i ett halvår. Det blev jättekonstigt för mig, det blev inget avslut.”

### **Ansvar för egen behandling**

Att som patient ta eget ansvar i sin behandling och att ta kontakt, handlar till stor del om en hjälp till självhjälp och är också ett sätt att göra sig delaktig. Att undvika kontakter kan vara ett sätt att slippa bli avvisad och känna att man inte duger.

Det egna ansvaret, att själv be om, beskrevs i något fall som ett problem.

”Jag är inte van att säga att det och det vill jag ha, för det har jag aldrig behövt.”

När patienterna tog eget ansvar, gav detta en positiv upplevelse vilket underströks av flera.

”Men då får man ju säga till vad man vill ha också, och det kändes bra när jag sa till och det tyckte kontaktmannen också var bra.”

”Ska ju fungera så att jag som patient ska ta kontakt, det är min sak att ta kontakt, även fast jag skulle vilja att det var tvärsom. Men det är jag ju i dagsläget kanske inte så värst mycket hjälpt av. Och det fungerar ju bra här och fungerar jättebra när jag tar kontakt, det gör det.”

”Det är återigen ändå jag som måste ta för mig. Lockande och skrämmande för min del. Och visst, på nån nivå så saknar jag det väl också att kunna vara sån (att ta för mig).”

”Jag har varit så där jätteärlig och sagt liksom att ”nu tycker jag inte att du brytt dig om mig” eller ”nu har jag tagit för lite av dig”, så när man har sagt det så känns det jätteskönt.”

”Sen sa jag ifrån på skarpen och då började de förklara mer och mer, så det blev ju bra när jag sa ifrån.”

”Kan väl inte direkt påstå att kontaktmannskapet har nån brist, i så fall kan jag ta upp det med min kontaktman och så kan man ju lösa problemet där.”

## **Relationer**

Ett antal händelser beskrevs där en bra relation med kontaktmannen ansågs som betydelsefull och uttrycktes i följande underkategorier: Lämnad/övergiven, Fysisk närhet, Sociala aktiviteter, Konkurrens, Trygghet och Personalens tillgänglighet/kontinuitet.

## **Lämnad/övergiven**

Att uppleva sig bli lämnad/övergiven av sin kontaktman uttrycktes av flera som negativt.

”Jag känner mig lämnad, fattas nånting när kontaktmannen inte är här.”

”Det var en gång när jag fick höra av min kontaktman, som jag upplevde det på ett brutalt sätt, att vederbörande inte skulle vara min kontaktman längre, det skulle gå väldigt fort, då kände jag mig ställd. Det var inte mer än nån vecka att vinka på. Det var jobbigt tyckte jag.”

”Det har varit så att jag typ suttit och väntat och så har kontaktmannen inte haft tid och sen gått hem. Då har jag känt mig lite sviken. Ett klart besked, även om det är negativt, är bättre än att sitta och vänta.”

”Kontaktmannen blev så förbannad på mig när jag skulle skriva ut mig. Det kändes precis som jag inte kände igen honom då. Det blev jobbigt på nåt sätt. Kontaktmannen hade tappat hoppet om mig, kändes det som, att han inte vill veta av mig eller nåt. Så kändes det.”

## **Fysisk närhet**

Upplevelser av fysisk närhet kan upplevas både som positivt och negativt

”Det som varit fel är om nån varit för närgången, rent fysiskt.”

”Typ när jag kommit och bett om en kram och sånt, det är positivt. Jag gillar ju min kontaktman, det gör jag.”

”Jag hade behövt mer känslomässig kontakt och det är det jag får jobba med och säga att kontaktmannen ska komma och sitta bredvid mig i soffan.”

”Det är bra att komma närmare varann för att våga mer.”

## **Sociala aktiviteter**

Att göra andra aktiviteter tillsammans med sin kontaktman ansågs av flera vara viktigt för att bygga upp en bra relation.

”En gång, en solig och varm dag, kontaktmannen tog helt enkelt ut mig. Satt där på en kulle och småpratade om vanliga saker, ingenting om hur jag mådde, på ett normalt sätt. Pratade inte om det som hade med vården att göra. Det tyckte jag var väldigt positivt.”

”Att jag har ett bra förtroende för min kontaktman. En bra händelse var när vi åkte ut till en ridskola jag och min kontaktman, som jag inte hade varit på väldigt, väldigt länge. Kändes bra att göra nåt annat och sen var det gott att ha kontaktmannens stöd där också. Inte bara vara här, utan att kunna komma ut också, eller att gå på promenad. Så att det känns att det inte bara är här, utan att det är okey utanför också, det känns jätteskönt.”

”Så tycker jag det är bra med annat snack, andra saker, för att lära känna varann. Det tycker jag är viktigt. Inte bara att den som är kontaktman vet mycket om mig. Inte att det ska bli ett vänskapsförhållande, men att det inte ska vara så allvarligt alltid. Typ att göra nåt kul ihop, för då kan det också vara lättare att få förtroende för annat, lättare att bara säga saker. Att det inte blir så spänt.”

”När vi gjorde saker tillsammans, lite roligt sådär. Vi gick ut tillsammans, fikade och så, när vi pratade, kunde vi göra det, inte så strikt direkt, om ditt

och datt, normala situationer. Inte bara prata problem och sjukdom, utan det hade vi speciella tider för.”

”Jag tänkte på en kontaktman som jag hade tidigare, det var mer i privatlivet, låg mer på en personlig, mänsklig nivå, med mina ögon sett, jämfört med här. Vi umgicks mer som två kompisar, den kontaktmannen var mer i den situationen att kunna ge mer av sig själv och sitt privatliv till mig, typ att jag var där och åt middag och så där.”

”Man behöver inte en kontaktman för att gå ut och fika med. Så har det varit mer på andra avdelningar. Vi gör ju en massa grejor här ändå, så det känns inte som det behovet är stort just nu i alla fall.”

## **Konkurrens**

Att stå upp för, och uttrycka sina behov när det gäller kontakten med sin kontaktman ansåg flera vara viktigt.

”Vad jag behöver det finns här, jag är ganska övertygad om det ändå. Typ som här, så handlar det mycket om konkurrensen också, vi är många som bor här, tight om tider och såna saker. Det kan jag uppfatta som störande, inte bara beroende på att jag inte kan ta för mig. Vi är många, ni (personalen) är få.”

”När jag pratade med kontaktmannen så har det kommit nån annan före och sagt nånting, så blir det avbrutet så där och då börjar kontaktmannen prata med den personen, då kände jag att jag hamnade lite utanför. Det kändes som om jag kom i andra hand.”

”Ibland har jag känt lite som att, man får se till så att man får tid, då kan jag känna rivalitet. Typ om man ska gå tipspromenad och kanske vill gå med sin kontaktman.”

”Sen har jag jämfört med andra kontaktmän, som kommer och säger hej och så, de har så himla bra kontakter och då blir jag lite avundsjuk och vill ha likadant.”

”Det fungerar för det mesta som jag vill att det ska göra, det är bara det att min kontaktman har väldigt mycket att göra ibland.”

## **Trygghet**

Att känna trygghet kan vara förutsättningen för en tillitsfull relation.

”Det är nog inte så lätt att vara kontaktman åt mig, för jag litar inte på nån, men jag försöker i alla fall eller har försökt att få nån sorts tillit, men det har liksom inte fungerat.”

”För kontaktmännen skulle vara som nånting för mig, dem skulle jag ha hjälp av. När de gick bakom ryggen på mig, kände jag inte trygghet att anförtro mig åt dem.”

”Jag tycker kontaktmannskapet är en bra grej för det är lättare att få förtroende för en, än för tjugo, tycker jag.”

”Jag tycker att jag har pratat lite för lite med kontaktmannen för att jag ska känna att det är den och jag, att vi fått nån bra relation. Samtidigt som, jag har ju inte nån bra relation med nån annan personal heller riktigt.”

## **Personalens tillgänglighet/kontinuitet**

Brister vad det gällde kontaktmännens närvaro och kontinuitet beskrevs av ett fåtal.

”Ibland när jag har haft jättestort behov av att prata och så där, så säger folk att man ska vända sig till sin kontaktman i första hand och så kanske den inte är där. Då blir det jobbigt.”

”Jag har haft fyra kontaktmän på 5 år, det har inte varit särskilt bra.”

Många upplevde det som positivt när de hade tillgång till sin kontaktman och att kontaktmannen var tydlig när den skulle vara ledig.

”Kontaktmannen var där varje dag utom på helgen, det kändes tryggt.”

”Att jag känner att jag har lite förtur, att min kontaktman nästan för det mesta alltid har tid, att jag känner mig prioriterad.”

”Ibland kan jag känna, att ha två (kontaktmän), det tyckte jag var ett jättestöd när jag hade det, att alltid ha nån.”

”Det är bra att man har en som man vet att man kan vända sig mer till, speciellt när det gäller praktiska saker.”

”Senast idag när vi pratade, sa jag liksom att jag tyckte det var skönt om kontaktmannen sa när den skulle gå (för dagen) och att om det inte fanns tid för samtal, när jag bett om det, sa ifrån att ’jag har inte tid’.”

”Sen kan det vara när kontaktmannen går hem för dagen, att kontaktmannen kommer och säger till när han eller hon går. Att vi stämmer av, så jag vet när kontaktmannen kommer tillbaka, det är bra.”



## **Kommunikation**

Vid kommunikation i omvårdnad är det viktigt att kontaktmannen kan visa både empatisk inlevelse och respekt för patienten. Detta uttrycktes i intervjuerna i följande underkategorier: Att bli förstådd, Att bli sedd och Att få respons.

### **Att bli förstådd**

Att inte bli hörd och känslan av att inte vara på samma nivå, upplevdes av några som negativt.

”Jag kände mig ju faktiskt väldigt överkörd då och nonchalerad, ungefär som att jag hade liksom ingen, det är bara att anpassa sig efter vad kontaktmannen tyckte. Det hade liksom ingen betydelse vad jag tyckte.”

”En kontaktman var det lite strul med, men det var mer för att vederbörande inte riktigt fattade vad jag pratade om, vi var inte på samma nivå. Tycker mycket om vederbörande, men var som kontaktman inte bra för mig, just att vi inte kunde prata på samma nivå, så när vi pratade med varandra så blev det inte så bra.”

”Min första kontaktman skulle berätta fakta om bulimi och anorexi, så satt hon och läste från ett papper och lyssnade inte ett dugg på vad jag sa, det var inte bra. Då kände jag mig inte hörd. Skulle vilja haft det mer som en dialog.”

Att ha nån som lyssnar och förstår framkom som betydelsefullt.

”Det som jag reagerat positivt på är väl när jag pratat eller det jag sagt, jag har sett att kontaktmannen blivit berörd, att kontaktmannen förstått, att

kontaktmannen har fått tårar i ögonen, då har jag verkligen känt att 'gud vad skönt', att liksom ha nån som verkligen förstår. Som jag kan, på nåt sätt lita på, som jag känner som förstår, det här att jag varit så ensam och utlämnad innan och så kommer jag hit och får liksom nån som kan känna med så mycket. Det blir så tydligt för mig hur jag haft det, att jag inte haft nån."

"Det blir så positivt för jag känner att 'herregud här har jag nån som förstår och kan känna med, och som tycker om mig och så där, och bryr sig om mig när jag berättar hur jobbigt jag har det eller hur dåligt jag mår eller nånting positivt som jag gjort' och då kan kontaktmannen glädjas med mig. Det har ju känts väldigt bra."

### **Att bli sedd**

Att bli sedd och bekräftad är viktigt ur synvinkeln att detta är bevis på att man faktiskt existerar.

"Jag känner mig sedd och har känt mig sedd hela tiden. Det har varit bra, blivit sedd och tagen på allvar."

"När man mår så där jättedåligt så blir man så där bitter, 'varför ser kontaktmannen inte'."

### **Respons**

Att få positiv respons i olika situationer beskrevs av några som betydelsefullt.

"Typ om kontaktmannen kommenterar nånting om hur jag skött mig i situationer, att jag liksom tog det på ett bra sätt (konflikt med medpatient)

och inte hamnade på hennes nivå och började tjafsa. Då kände jag kontaktmannens stöd i det.”

”Det är väl just det här med att, när vi tänkt tillbaka hur det varit för mig förut här och kontaktmannen ser vilka framsteg jag gjort, att kontaktmannen blivit så glad då för min skull, det känns väldigt bra.”

### **Sammanfattning av resultatet**

Resultatet visade att patienterna överlag var positiva till kontaktmannasystemet på behandlingshemmet. Ingen patient förkastade idén med kontaktmannaskap, men flera poängterade att det gemensamma planeringsarbetet var viktigt och att de upplevt situationer där de saknat detta. Tydligast gav patienterna uttryck för sin uppskattning av olika former av sociala aktiviteter tillsammans med sin kontaktman.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

#### **Projektets kvalitativa ansats**

I denna deskriptiva studie fanns det en ambition att beskriva datamaterialet om kontaktmannaskap så nära patienternas utsagor som möjligt. I detta lånade projektet drag av fenomenologisk ansats i analysarbetet. Dahlberg (1993) beskriver denna ansats som en metod, där analysarbetet i så ringa grad som möjligt ska vara färgat av forskarens förståelse. Segesten (1994) pekar på vikten av att uppmärksamma de problem som följer med metoden, men samtidigt inse att den kan öppna möjligheter att studera fenomen som man inte kan komma åt på annat sätt. Innan kategorierna framträdde hade flera försök till kategorisering förkastats. Gränserna mellan kategorierna kan dock uppfattas som flytande i vissa fall, och Repstad (1993) menar att

vid kvalitativa metoder överlappar beskrivningskategorierna ibland delvis varandra, därför att en företeelse kan beskrivas utifrån olika synvinklar. Att intervjuerna spelas in på band, att datainsamling och analys görs av samma person och att informanternas egna ord används, vilket varit fallet i denna studie, poängteras av Andersson (1995) som betydelsefullt för arbetets tillförlitlighet. Ely, Anzul, Friedman, Gardner & McCormack Steinmetz (1993) menar att oavsett vilken analysmetod man använder, har undersökaren till uppgift att skapa mening, att få fram något vettigt från sina fakta. Ingen annan kan göra det bättre eftersom man är så intimt knuten till sin undersökningsform och inriktning och har sådan förståelse för det man undersökt.

### **Förförståelse**

Då författaren själv arbetar på enheten där undersökningen genomfördes, kan det ur vetenskapligt hänseende finnas invändningar vad det gäller att kunna hålla sig neutral. Författarens erfarenhet som skötare, sjuksköterska och kontaktman förstärker värdet i att vara bekant med verksamhetsområdet. En risk med denna förförståelse, är att informanternas beskrivningar av sina upplevelser tolkas i riktning mot författarens egna förväntningar. Hansagi & Allebeck (1994) menar att det händer att resultat eller slutsatser från undersökningar som genomförts med hjälp av intervjuer ifrågasätts. Inte sällan beror detta på att svaren i hög grad avspeglar frågornas formulering. Då författaren står i en klart personlig relation till de informanter som intervjuats, finns risken att dessa påverkats på olika sätt, som t.ex. skulle kunna leda till omedvetna eller för långt gångna tolkningar av patienternas utsagor. Samtidigt uppfattades relationen som en styrka i det att patienterna uppfattades känna trygghet i intervjusituationerna och att de då vågade sätta ord på sina erfarenheter och upplevelser.

Detta kan också ses ur ett patientperspektiv, där patienterna kan uppleva sig att inte kunna tala fritt. Det kunde ju handla om att ge positiv respektive negativ kritik om författarens arbetskamrater. Klimatet inom miljöterapi är dock sådant att patienterna är vana vid att visa öppenhet och att de förhoppningsvis därför inte låtit sig begränsas i sina utsagor i alltför hög utsträckning. Patienterna fick ju också information om att

materialet skulle kodalas innan intervjuerna bearbetades. Självklart finns det ändå ett maktperspektiv som man inte helt kan bortse ifrån. Det existerar dock ingen absolut objektivitet, menar Repstad (1993), utan bara mer eller mindre trovärdiga tolkningar av verkligheten, oavsett metod.

En väl fungerande kommunikation mellan den som frågar och den som svarar är förutsättningen för en lyckad datainsamling. Kvaliteten på den data som insamlas är ju helt beroende på undersökningspersonernas vilja och förmåga att besvara frågorna (Hansagi & Allebeck, 1994). Några av informanterna hade svårt att återknyta till en specifik händelse eller situation vid intervjusituationen. Dessas upplevelser har ändå använts som data i analysen då flera utsagor av denna natur, ansetts tillföra materialet värdefull information.

Ett sätt att skapa insyn i analysprocessen och i viss mån garantera trovärdigheten i resultatet, var att arbetets handledare fick del av datamaterialet och analyserna under arbetets gång.

### **Provintervjuer**

Två informanters utsagor användes som provintervjuer. Syftet att intervjua dessa båda var för att se om frågeställningen var hållbar och om det utifrån intervjuguiden (Bilaga 2) var möjligt att fortsätta intervjuerna. Hansagi & Allebeck (1994) menar att en provundersökning alltid är en god investering som bidrar till att förbättra instrument och tillvägagångssätt. Vid första provintervjun framkom ingen konkret situation eller händelse i informantens utsaga som egentligen var syftet med frågan. Kanske hade författaren där behövt vara mera aktiv i intervjusituationen, vilket ändrades till nästa provintervju, där också mer konkreta situationer erhöles. Provintervjuerna ingår inte i resultatet eftersom författaren själv varit kontaktman för en av dessa informanter och var vid tillfället för intervjun, kontaktman för den andre. Detta gjordes för att öka trovärdigheten i resultatdelen.

## **Resultatdiskussion**

Som helhet ger resultatet en bild av det innehåll, som patienter vid ett behandlingshem inom psykiatrin, upplever som betydelsefullt med kontaktmannaskap.

Detta arbete är att betrakta dels som en examensuppgift i akademiskt sammanhang, dels som ett kliniskt utvecklingsarbete på behandlingshemmet där studien ägde rum. På Högskolan i Trollhättan/Uddevalla är arbetsintegrerat lärande ett av profilmrådena inom forskningen. En av ambitionerna med detta arbete var ett försök att integrera sjuksköterskans funktion i klinisk kvalitetsutveckling med akademiska studier, vilket uppfattades ligga i linje med intentionerna i arbetsintegrerat lärande.

### **Kontaktmannaskap som organisationsidé i psykiatriskt omvårdnadsarbete**

Begreppet kontaktmannaskap är inte översatt till engelska, vilket har försvårat att ge arbetet en överensstämmande och adekvat engelsk titel. Utifrån de kriterier som ges av primary nursing i Dulong och Poulsen (1993) verkar det ändå vara primary nursing som har mest likheter med det undersökta behandlingshemmets sätt att organisera kontaktmannaskapet. Det visade sig också att flera av utsagorna kunde kopplas till case management och vikten av att patienten göra delaktig. Nehls (2001) beskriver i sin studie att relationen mellan kontaktmannen och patienten kan vara den mest potenta terapeutiska faktorn i case management-funktionen. Flera av de personliga ombudens arbetsuppgifter stämmer väl överens med hur kontaktmannafunktionen är organiserad på den undersökta enheten, men case management har, som tidigare nämnts, mest fokus mot öppenvården. Case management betonar tydligt vikten av patientens aktiva roll i vårdandet. Detta framkom även vid intervjuerna och beskrevs i underkategorin Delaktighet. Att vara delaktig i vården, att bli förstådd, att ha någon som bryr sig, ansågs som betydelsefullt av informanterna, vilket också kännetecknade resultaten Lövgren, Engström & Norberg (1996) fick fram i sin undersökning. Att respektera och bekräfta en annan människa är en fundamental princip i omvårdnaden, där empatisk

respons kan vara viktig för utvecklandet av en gemensam problemförståelse med tanke på vidare samarbete

### **Möjlighet till eget ansvar**

Författarens snart 30-åriga erfarenhet av psykiatrisk vård har visat att det tidigare, i många fall, funnits en tendens att hjälpa patienten för mycket d.v.s. med risk att vi tar ifrån patienten möjligheten att hitta kraften i sig själv. Det är ett ansvar som personalen har, att inte ta över och göra åt patienten det han/hon faktiskt kan göra själv, vilket också beskrevs under kategorin Ansvar för egen behandling. Att patienterna har att ta eget ansvar för sin behandling, vilket bl.a. innefattar att ta kontakt, kan vara ett stort steg för många. I svårigheter att ta kontakt kan finnas bakomliggande problematik, och att undvika kontakt kan vara ett sätt att slippa bli avvisad och känna att man inte duger. Att undvika kontakt kan också vara ett försök att inte tappa kontrollen över sin situation. I det psykodynamiska tänkandet där Peplau (1992) beskrev aspekter på relationen mellan sjuksköterska och patient, ingår också begreppet autonomi, som beskrivs som grundläggande i den hållning vi intar i behandlingsarbetet.

### **Relation och bekräftelse i omvårdnadsarbetet**

Begreppet relation kommer från latinets relatio, som egentligen anger att ett objekt står i förbindelse med ett annat. Inom vården används begreppet relation främst om förhållande, kontakt eller förbindelse mellan människor (Eide & Eide, 1997).

Flera av informanterna uttryckte positiva erfarenheter av att göra saker tillsammans med sin kontaktman, vilket beskrevs i underkategorin Sociala aktiviteter. Om detta är möjligt och hur det i så fall ska gå till är en väsentlig fråga för personal och patienter att gemensamt diskutera på avdelningen.

I resultatet framkommer hur viktig en bra relation är mellan patienten och kontaktmannen. Informanterna ansåg det viktigt att bli förstådd, att bli sedd och

bekräftad. Buber (1995) avser med det mellanmännsliga, sådant som sker mellan människor, antingen i full ömsesidighet eller på ett sådant sätt att det kan intensifieras och fullföljas till ömsesidighet.

Begreppet kommunikation kommer från latinet *communicare* och kan översättas med ”att göra något gemensamt”, ”göra någon annan delaktig i” (Eide & Eide, 1997). I ”Patienten har rätt” (SOU 1997:154) hävdar man att kommunikationen mellan patient och vårdare har avgörande betydelse för patientens ställning i vården. Kunskap om information och medinflytande och dess effekter är ofta bristfällig, och mötet mellan patient och vårdare måste uppmärksammas ytterligare. Att kommunicera är något vi ständigt gör, utan att egentligen vara medvetna om det. I denna kommunikation ingår inte alltid ord, utan den kan genomföras ickeverbalt med kroppsrörelser, gester, blickar och miner. Samtidigt som vi talar, så avspeglas våra innersta känslor i ansiktet. Ansiktet är kroppens mest uttrycksfulla område. Vi visar mer med ansiktet än med ord eller med någon annan del av kroppen (Nilsson, Norén-Winsell, Djärv, 1999).

De flesta informanterna uttryckte att kontaktmannafunktionen till största del uppfyllde de behov som de hade. Flera beskrev dock situationer där de upplevde att kontaktmannaskapet inte fungerat bra. I underkategorin Avsaknad av gemensamt planeringsarbete beskrevs några utsagor där patienterna inte känt sig delaktiga och Blomdahl Frej (1988) menar att individens aktiva deltagande är ett grundläggande krav i de olika rehabiliteringsfaserna, och att det för detta fordras kunskap och inflytande samt ömsesidighet i vårdrelationen.

I det kliniska arbetet har författaren erfarenheter av att informanterna ofta uttrycker det som ”jobbigt”, när deras kontaktman av olika anledningar är frånvarande t.ex. vid sjukskrivning eller på semester. Detta framkom inte vid intervjuerna och här kan man spekulera i om författarens kunde ha påverkat detta genom att frågeställningen om kontaktmannaskap presenterats före intervjuerna eller om det fanns andra orsaker.



## AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Att bli ”hemmablind” på sin arbetsplats kan innebära att förmågan till reflektion reduceras. Förhoppningsvis kan undersökningar liknande denna bidra till att vi i arbetet som kontaktmän reflekterar över vad vi gör, hur vi gör och varför, för att på sått bidra till en kvalitetshöjning i omvårdnadsprocessen.

Ytterligare ett perspektiv på studiens genomförande är den parallellitet man kan se i den kvalitativa intervjun och den uttalade miljöterapeutiska grund som behandlingshemmet arbetade efter. Detta framstod allt tydligare under analysarbetet med informanternas utsagor. I intervjuerna fick patienterna möjlighet att öva sig i att relatera, att sätta ord på sina upplevelser och genom deltagande berika och fördjupa den miljöterapeutiska strävan mot ökad delaktighet. Arbetet kan därför uppfattas som en integrering av utvecklingsarbete och konkret miljöterapeutiskt omvårdnadsarbete på behandlingshemmet. Detta ger upphov till ytterligare frågor om hur patienterna på behandlingshemmet kan ges möjligheter att delta i det kontinuerliga kvalitetsutvecklingsarbetet på behandlingshemmet. I ett uppföljningsskede av detta arbete kommer resultatet av studien ligga till grund för ytterligare reflektion, i såväl patient- som personalgrupp.

Avslutningsvis vill jag tacka informanterna för deras deltagande i studien.

## REFERENSER

- Andersson, I. (1995). *Utveckling av metoder för mätning av vårdkvalitet – med inriktning mot omvårdnad*. Akademisk avhandling. Institutionen för omvårdnadsforskning. Linköping: Linköpings Universitet.
- Björkman, T. (2001). Case Management for individuals with severe mental illness. A process outcome study of ten pilot services in Sweden. Akademisk avhandling. Institutionen för omvårdnad. Lund: Lunds universitet.
- Björvell, H. (1996). Patient empowerment. *Vård 4/1996*.
- Blomdahl Frej, G. (1988). *Mot en existentiell relationistisk helhetssyn. En studie av långtidssjuka och handikappade personers syn på sin livssituation*. Dissertation. Institutionen för socialt arbete. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Buber, M. (1995). *Det mellanmännsliga*. Ludvika: Dualis.
- Crafoord, C. (1991). *Utvecklande förtrolighet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K. (1993). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dulong, J. & Poulsen, C. (1993). *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H. & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M. & Söderström, A. (1995). Patienters tillfredsställelse med vård och omvårdnad. *Vård i Norden 1*, 19-29.
- Ely, M., Anzul, M., Friedman, T., Gardner, D. & McCormack Steinmetz, A. (1993). *Kvalitativ forskningsmetodik i praktiken – cirklar inom cirklar*. Lund: Studentlitteratur.

Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande*. Lund: Studentlitteratur.

Hellzén, O., Johansson, A. & Pejler, A. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad - vid behandling av personer med schizofreni*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering och Svensk sjuksköterskeförening.

Lindström, U. (1987). *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Norstedts förlag

Lövgren, G., Engström, B. & Norberg, A. (1996). Patients' Narratives Concerning Good and Bad Caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 151-156.

Nehls, N. (2001). What is a case manager? The Perspective of Persons With Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7, 1, 4-12.

Nilsson, E., Norén-Winsell, E. & Djärv, S. (1999). *Administration och arbetsledning i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M. (1999). *Allvarligt psykiskt störda människors vardagliga tillvaro*. Akademisk avhandling. Institutionen för vårdpedagogik. Göteborg: Göteborgs Universitet.

NU-sjukvården. (2000). Internt dokument. *Psykosprogram – För utredning av nyinsjuknade och etablerade psykotiska tillstånd*. Trollhättan: Psykiatriska kliniken, NU-sjukvården.

Patel, R. & Tebelius, U. (Red). (1987). *Grundbok i forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Peplau, H. E. (1992) *Interpersonal Relations in Nursing*. London: The Macmillan Press Ltd.

Repstad, P. (1993). *Närhet och distans*. Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K&K Segesten Förlag AB.

Svensson, P-G. & Starrin, B. (Red). (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Söderström, M. & Karlsson, A. (1999). Rättspsykiatriska patienter erfarenheter av vården. *Vårdutvecklingsenheten i NU-sjukvården, Rapport 1/1999*. Trollhättan: Psykiatriska kliniken, NU-sjukvården.

Söderström, M. & Karlsson, A. (2001). Enkätundersökning, NU-sjukvården. ”Utan spaning ingen aning.” Trollhättan: Psykiatriska kliniken, NU-sjukvården.

Statens Offentliga Utredningar, (SOU 1992:73). *Välfärd och valfrihet*.

Statens Offentliga Utredningar, (SOU 1997:154). *Patienten har rätt*.

Socialstyrelsen. Statsbidrag till kommuner för uppbyggnad av verksamheter med personliga ombud. *Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000 s. 5*.

Ward, M., Armstrong, C., Lelliot, P. & Davies, M. (1999). Training skills and caseloads of community mental health support workers involved in case management: evaluation from the initial UK demonstration sites. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6/1999, 187-197.

Tack för att Du muntligt tackat Ja till att medverka i studien om **Upplevelser av kontaktmannaskap.**

För att intervjuerna ska kunna återges korrekt och att inte utrymme ska ges för egna tolkningar av intervjuaren, kommer bandspelare att användas. Efter utskrift av materialet kommer banden att raderas. Om Du har några funderingar kring detta, var vänlig ta kontakt med mig snarast.

Som jag tidigare nämnt kommer all data som samlas in att kudas. Detta innebär att ingen ska kunna identifiera vad just Du sagt. Du har också rätt att avbryta Din medverkan när som helst under intervjun.

Intervjuerna beräknas starta vecka 5 2002 och varje intervju beräknas pågå ca 15 min.

När uppsatsen är klar kommer Du att kunna ta del av resultatet om intresse finns. Förhoppningsvis kommer undersökningen att ge svar på om kontaktmannaskapet fungerar bra, eller om det finns punkter som behöver ses över och förbättras. Detta i linje med psykiatriska klinikkens mål vad det gäller kvalitetsutveckling.

Tack på förhand!

Göran Arthursson

1. Antal års erfarenhet av kontaktmannaskap.
2. Beskriv en situation eller händelse som du upplevt som negativ med din kontaktman.
3. Beskriv en situation eller händelse som du upplevt som positiv med din kontaktman.
4. Allmän uppfattning om kontaktmannaskap. Tillgodoses de behov du har av kontaktmannaskap eller finns det övrigt att önska

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla  
Institutionen för omvårdnad  
Box 1236  
462 28 Vänersborg  
Tel 0521-26 42 01 Fax 0521-26 42 99  
[www.htu.se](http://www.htu.se)