

# **VÅRDSÖKANDE UR ETT PATIENTPERSPEKTIV**

HUR PERSONER MED ADHD UPPLEVER DET  
ATT SÖKA VÅRD

**HEDVIG PERSSON  
SARA STRANDBERG**

# VÅRDSÖKANDE UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

## HUR PERSONER MED ADHD UPPLEVER DET ATT SÖKA VÅRD

**HEDVIG PERSSON**  
**SARA STRANDBERG**

Persson, H & Strandberg, S. Vårdsökande ur ett patientperspektiv. Hur personer med ADHD upplever det att söka vård. *Magisteruppsats i Omvårdnad 15 hp* Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2024.

**Bakgrund:** ADHD är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som drabbar ca 3–7 % av befolkningen. Antalet personer som diagnostiseras med ADHD ökar successivt i samhället. En hög samsjuklighet leder till behov av kontakt med olika vårdinstanser. Studier visar att personer med ADHD ofta uteblir från vårdbesök och att de upplever bristande stöd och förståelse i vårdssammanhang. Det saknas studier som belyser upplevelser av vård och vårdsökande ur ett patientperspektiv. För att öka kunskapen och bättre kunna bemöta och tillgodose varje persons vårdbehov på ett personcentrerat sätt är det viktigt att belysa hur personer med ADHD själva upplever det att söka vård. Det salutogena synsättet valdes som teoretisk referensram. **Syftet:** var att belysa hur personer med ADHD upplevde det att söka vård. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med fem deltagare genomfördes. Insamlad data analyserades induktivt med innehållsanalys. **Resultat:** Studien resulterade i två kategorier, Varierande tillgänglighet i vården och Beroende av vårdpersonalens bemötande med totalt fem subkategorier: Beroende av fungerande sökvägar, Behov av kontinuitet i vårdkontakten, Skiftande kompetens hos vårdpersonal, Ansträngande att få tillgång till vård och Påverkan av tidigare vårderfarenheter **Slutsats:** För att kunna ge en personcentrerad och god omvårdnad där patienten upplever sig lyssnad till är kunskap bland vårdpersonal om ADHD viktigt, oavsett om personen söker somatisk eller psykiatrisk vård. Det är även viktigt med tydlighet, korrekt och relevant information och ett gott bemötande då det kan påverka upplevelsen av vården positivt. Ämnet behöver undersökas vidare för att se om det resultat som redovisas i aktuell studie speglar personer med ADHD upplevelser av vårdsökande generellt och belysa vilket stöd personer med ADHD önskar när de ska söka kontakt med vården.

**Nyckelord:** ADHD, Kvalitativ intervjustudie, Personcentrering, Söka vård, Upplevelse

# SEEKING CARE FROM A PATIENT PERSPECTIVE

## HOW PEOPLE WITH ADHD EXPERIENCE THEIR CARE SEEKING

**HEDVIG PERSSON**  
**SARA STRANDBERG**

Persson H & Strandberg S. Seeking care from a patient perspective. How people with ADHD experience their care seeking. *Degree project in nursing 15 Credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of nursing science, 2024.

**Background:** ADHD is a neuropsychiatric impairment that affects approximately 3-7% of the population. The number of people diagnosed with ADHD is gradually increasing in society. High comorbidity leads to the need for contact with various healthcare agencies. Studies show that people with ADHD often miss appointments and that they experience a lack of support and understanding in the context of care. There is a lack of studies that shed light on experiences of care and care seeking from a patient perspective. To increase knowledge and better be able to meet each person's needs of care in a person-centered way it is important to shed light on how people with ADHD themselves experience their care seeking. The salutogenic approach was chosen as the theoretical frame of reference. **Aim:** To illuminate on how people with ADHD experience their care seeking. **Method:** A qualitative interview study with five participants was conducted. Collected data were analyzed inductively with content analysis. **Results:** The study resulted in two categories, Varying accessibility in care and Dependence on the care staff's treatment with a total of five subcategories: Dependence on functioning paths, Need for continuity in care contact, Shifting competence of care staff, Effort to access care and Influenced by previous care experiences. **Conclusion:** To be able to provide person-centered and good care where the patient feels heard, knowledge of ADHD among health professionals is important, regardless of whether the person seeks somatic or psychiatric care. It is also important to have a good attitude, correct and relevant information as this can positively affect the experience of care. The topic needs to be investigated further to see if the results reported in the current study reflect people with ADHD's experiences of seeking care in general and to illuminate on what support people with ADHD want when they seek contact with care.

**Keywords:** ADHD, Experience, Person-centeredness, Qualitative interview study, Seeking care

Innehållsförteckning	
<b>INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
ADHD .....	5
Mötet med vården .....	7
Teoretisk referensram .....	8
Problemformulering.....	9
<b>SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>METOD</b> .....	<b>9</b>
Datainsamling .....	10
Dataanalys.....	11
Trovärdighet.....	12
Etiska överväganden .....	13
<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
Varierande tillgänglighet i vården .....	14
Beroende av vårdpersonalens bemötande.....	15
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
Metoddiskussion .....	17
Resultatdiskussion .....	20
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>22</b>
<b>KUNSKAPSUTVECKLING</b> .....	<b>22</b>
Delaktighet.....	22
<b>FRAMTIDA VÄRDE</b> .....	<b>23</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>23</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>27</b>
Informationsbrev .....	27
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>29</b>
Intervjumall.....	29
<b>Bilaga 3</b> .....	<b>30</b>
Samtyckesblankett .....	30
<b>Bilaga 4</b> .....	<b>31</b>
Etikansökan och utlåtande .....	31

## **INLEDNING**

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som drabbar ca 3-7 % av befolkningen och som påverkar många aspekter både i den drabbade individens liv men även i samhället i stort. Då samsjukligheten är hög och gruppen därför har ett ökat vårdbehov, såväl psykiatriskt som somatiskt är det viktigt att som vårdpersonal känna till ADHD för att kunna utföra en god och personcentrerad vård. Aktuell studie syftar till att belysa hur personer med ADHD upplevde det att söka vård.

## **BAKGRUND**

ADHD är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som bland annat innebär svårigheter med att planera, organisera, komma i gång, med saker, speciellt om de upplevs som jobbiga eller svåra, hålla fokus och att komma i tid [1–2]. Personer med ADHD tillhör en grupp som ofta uteblir från vårdbesök, till exempel rutinkontroller och screening. De kan behöva stöd och hjälp för att följa upp och förebygga ohälsa [3]. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [4] har vården i uppdrag att leverera en jämlik vård och främja hälsa och god vård åt hela befolkningen. Den som mest behöver vården ska prioriteras. Svensk hälso- och sjukvård ska vara lättillgänglig, av god kvalitet och personalen ska främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal [4]. Enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod [5], har sjuksköterskor ett samhällsansvar att påbörja och stödja insatser för att tillgodose behov av hälso- och sjukvård likaväl som sociala behov hos alla människor [5]. Omvårdnad är sjuksköterskans ansvar och ett av målen med omvårdnad är enligt Svensk sjuksköterskeförening [6] att personen som vårdas ska vara så självständig som möjligt. Det bör även vara en av sjuksköterskans målsättningar att balansera ut maktförhållandet mellan patient och vårdpersonal. Patienter och närstående ska känna sig trygga, respekterade och delaktiga i vården [6]. Enligt FN-organet World Health Organisation (WHO) är hälsa ett tillstånd av totalt fysiskt, mentalt och socialt välmående och inte endast en frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning. Psykisk hälsa definieras av WHO som ett tillstånd av mentalt välmående som möjliggör för människor att hantera livets stressorer, känna till sina förmågor och att studera och arbeta. Psykisk hälsa är en förutsättning för våra individuella och kollektiva förmågor att fatta beslut, skapa relationer och forma den värld vi lever i. WHO slår även fast att både fysisk och psykisk hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet som är avgörande för personlig, samhällelig och social-ekonomisk utveckling [7].

### **ADHD**

Enligt en konsensusrapport från World Federation of ADHD är ADHD en vedertagen diagnos som funnits i över 30 år. Diagnosen är representerad över hela världen och finns hos 5-7 % av alla barn och ca 3 % av alla vuxna [2]. Samma siffror gäller för Sverige [3]. Antalet personer som diagnostiseras med ADHD har sedan början av 2000-talet ökat och ökningen har ännu inte börjat mattas av [8]. Symtomen på ADHD har däremot inte blivit vanligare [3].

## *Diagnos*

ADHD är en symtomdiagnos som ställs utifrån bestämda kriterier som finns i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [1].

Symtomen för ADHD är uppdelade i två huvudkategorier; ouppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet. Exempel på ouppmärksamhet är att inte färdigställa påbörjade projekt, avsaknad av uthållighet, svårt att hålla fokus och att vara oorganiserad. Hyperaktivitet tar sig uttryck i en överdriven motorisk aktivitet; som att springa runt, pilla på saker, trumma med fingrarna och prata överdrivet mycket. Impulsivitet handlar om att agera snabbt utan eftertanke vilket kan leda till potentiellt farliga situationer, att fatta beslut utan att överväga konsekvenserna och att avbryta när andra talar. Det kan även röra sig om en oförmåga att invänta uppskattning och ett behov av omedelbar belöning.

Ytterligare kriterier för att fastställa diagnosen är:

1. Flera av symtomen på ouppmärksamhet ska ha funnits innan 12-års ålder.
2. Flera av symtomen ska förekomma i minst två olika miljöer (exempelvis hemmet, skolan och med vänner).
3. Det ska finnas tydliga tecken på att symtomen påverkar eller minskar kvaliteten på de sociala, akademiska eller yrkesmässiga funktionerna.
4. Symtomen ska inte endast finnas samtidigt som schizofreni eller annan psykossjukdom och ska inte heller kunna förklaras av annan psykiatrisk diagnos [1].

ADHD delas ibland in i kategorierna "hyperaktivitet", "ouppmärksamhet" och "kombinationstyp". Kombinationstypen där både ouppmärksamhet och hyperaktivitet förekommer är den vanligaste typen och förekommer hos 53 % av de diagnostiserade, 40 % har framför allt problem med uppmärksamheten och 6,5 % har hyperaktivitet som dominerande problem. Det finns ingen könsbunden skillnad i hur fördelningen ser ut [9]. Det finns olika grader av hur allvarligt diagnosen påverkar personen och det beskrivs som mild, medel eller svår ADHD [1].

ADHD är en diagnos med stark ärftlighet, men nedan listade miljöfaktorer kan även de öka risken för att utveckla ADHD:

1. Exponering av gifter
2. Näringsbrist
3. Omständigheter under graviditet och förlossning
4. Förlust, stress, infektion, fattigdom och trauma [2].

## *Behandling*

Medicineringen vid ADHD är antingen centralstimulerande medicin eller icke-centralstimulerande medicin. Medicinering av ADHD kan minska riskerna som sammankopplas med ADHD. Det är den mest effektiva behandlingen av symtomen vid ADHD, även om andra behandlingar, som till exempel kognitiv beteendeterapi och motion, kan fungera som relevanta komplement [2]. En svensk studie konstaterar att det inte finns mycket undersökt kring ickefarmakologiska behandlingsalternativ och genomförde därför en 52 veckor lång studie på en livsstilsintervention. Den inkluderade hälsoeducation som syftade till att öka kunskapen om ADHD, strategier för att hantera sitt dagliga liv och att ge

deltagarna en chans att dela erfarenheter kring att ha ADHD i socialt sammanhang. Slutsatsen blev att behandlingsmodellen kan leda till både minskad risk för somatiska sjukdomar och ökad psykisk hälsa [10].

### *Könsskillnader*

Även om forskningen initialt fokuserade på ADHD hos pojkar så har den senare tidens forskning fastslagit förekomst hos båda könen. Enligt flera studier tyder forskningen i dagsläget på att ADHD är 3–9 gånger vanligare hos pojkar/män än hos flickor/kvinnor [11,2,12]. Eftersom studier primärt har fokuserat på pojkar; diagnostiseras, upplevs och behandlas flickor med ADHD annorlunda än pojkar då det finns viss skillnad i symtom mellan könen [13]. Låg självkänsla, svårigheter med vänskapsrelationer och samsjuklighet med affektiva sjukdomar såsom ångest och depression är exempel på problematik som är vanligare hos kvinnor än män med ADHD [11]. Kvinnor får generellt sin diagnos vid högre ålder än män. Inkomst- och utbildningsnivå skiljer sig inte mellan män och kvinnor med ADHD [9]. Konsekvenserna, inkluderat sämre studieresultat och beteendeproblematik, för flickor som inte får diagnos och behandling blir samma som för männen. Trots detta medicinerar färre kvinnor än män mot ADHD. Responsen på farmakologisk behandling kan påverkas av hormoner hos flickor och kvinnor [11].

### *Konsekvenser*

Personer med ADHD har en ökad risk för låg livskvalitet, missbruk, olycksfall, arbetslöshet, nedsatt prestation under skolgång, sociala svårigheter, brottslighet och för tidig död. ADHD påverkar flera aspekter av livet för dem med diagnosen, men även övriga individer och samhället kan påverkas såsom familjer, arbetsplatser och samhällsekonomin i stort. ADHD förekommer ofta samtidigt som andra funktionsnedsättningar och psykiatriska diagnoser [2]. Enligt WHO [10] har 85 % av personer med ADHD någon form av psykiatrisk samsjuklighet. Dålig mental hälsa och ADHD-symtom leder till svårigheter att leva ett hälsosamt liv. Globalt är två av tre dödsfall relaterade till livsstilsfaktorer. Personer med ADHD har ökad samsjuklighet som framförallt är livsstilsberoende [10]. Det pågår ny forskning om samsjuklighet med ADHD och medicinska tillstånd då detta forskningsområde är relativt obeforskat [2]. Ju fler symtom på ADHD en diagnostiserad person har desto högre risk för sämre hälsa och substansanvändning föreligger. Obesitas, diabetes och kardiovaskulär sjukdom är vanligare bland personer med ADHD än hos övriga befolkningen [10]. Studier har påvisat att obesitas är upp till 50 % vanligare, framför allt vid obehandlad ADHD [14–15] och att det finns ett ökat samband mellan ADHD och astma och ADHD och diabetes [2, 16]. Andra studier visar samband mellan ADHD och psoriasis, autoimmuna sjukdomar, epilepsi och sexuellt överförbara sjukdomar [2].

### **Mötet med vården**

Enligt en rapport från Socialstyrelsen [3] finns det inom vården ogrundade uppfattningar om vad ADHD är och vilken behandling som fungerar och personer med ADHD upplever ibland att de blir fördomsfullt bemötta i hälso- och sjukvården. Detta kan leda till att de undviker att söka vård [3]. En europeisk konsensusrapport anger stigma och otillräcklig kunskap kring ADHD som troliga förklaringar till vårdpersonalens osäkerhet kring behandlingen av personer med ADHD [17]. Den största legitimerade yrkeskåren inom hälso- och sjukvården är sjuksköterskor [18] och oftast är det en sjuksköterska som vårdsökande först

kommer i kontakt med. Enligt ICN, är det sjuksköterskans ansvar att patienter och närstående ska få begriplig, korrekt och tillräcklig information. Informationen ska vara anpassad till patientens kulturella, språkliga, kognitiva, fysiska och psykiska behov för att möjliggöra för patienten att fatta informerade beslut kring sin vård och behandling [5]. En studie från England visar svårigheter att komma till diagnos och få behandling för ADHD. Det brister i bemötande och kunskap hos vårdpersonal trots tydliga riktlinjer. Patienter som söker vård för utredning av eventuell ADHD känner sig ofta ifrågasatta och saknar psykosocialt stöd utöver medicinsk behandling efter diagnosering [19]. En studie på män med ADHD inom rättspsykiatrisk öppenvård visade att minst 86 % av patienterna uteblev från något vårdbesök, och missade personen första besöket var det 10 gånger högre risk att hen uteblev från ytterligare ett eller flera besök. Som helhet missades en femtedel av alla besök [20]. Det finns även ett omfattande problem i övergången mellan barn- och vuxenvård för personer med ADHD. Bland flertalet av psykiatriska diagnoser är gruppen med ADHD den där som flest personer tappas bort i övergången mellan barn- och vuxenvård [21].

### *Jämlik vård*

Socialstyrelsens [22] definition av jämlik vård är att vård, behandling samt bemötande ska ges på lika villkor till alla oberoende till exempel personliga egenskaper, ålder, könstillhörighet, funktionsnedsättning, bostadsort, religion, social ställning, etnisk tillhörighet eller sexuell läggning [22]. Det är inte bara hälso- och sjukvården som påverkar befolkningens hälsa, utan även mer jämlika livsvillkor, en god uppväxt och bra utbildning leder till en mer jämlik hälsa. För att nå en mer jämlik hälsa krävs arbete mot en mer jämlik hälso- och sjukvård och levnadsvillkor [23]. I en rapport från Sveriges Kommuner och Regioner [24] konstateras det att ojämlikheter i hälsa skapas av att samhällets olika grupper, som till exempel personer med olika könstillhörighet, etnicitet och socioekonomisk bakgrund har olika förutsättningar till goda levnadsvanor och livsvillkor [24]. Patienter med sämre hälsa tenderar att söka vård i mindre utsträckning än de med god hälsa, och de upplever även vården som mindre personcentrerad [25]. Svenska regeringen har tagit beslut om att tillsätta en grupp för att stödja vårdaktörer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård [26]. Både individens egna resurser och samhällets kollektiva resurser är viktiga för att motverka en ojämlik hälsa. Människors möjligheter att leva ett gott och hälsosamt liv baseras på tillgången till välfungerande välfärdssystem i synnerhet när de egna resurserna inte räcker till [23]. Inom hälso- och sjukvård lyfts betydelsen av personcentrerad vård fram.

### *Personcentrerad vård*

Det finns olika definitioner och tankar kring vad personcentrerad vård är och innebär [27–28]. US National Academy of Medicine [29] definierade 2021 personcentrerad vård som en hälsovård som etablerar ett partnerskap mellan personal, patienter och (i de fall där det är lämpligt) deras familjer för att försäkra att beslut respekterar patientens vilja, behov och preferenser. Personcentrerad vård ska även säkerställa att patienten har adekvat information och stöd för att fatta beslut om och att delta i sin vård [29]. År 2018 hade 13 av 21 landsting i Sverige redan tagit beslut om att implementera personcentrerad vård [30]. Genom att skifta fokus från att vården endast ska leverera diagnoser och behandlingar handlar personcentrerad vård till att hjälpa patienten leva det livet de önskar leva [31]. Inom personcentrerad vård ska vårdpersonal inte bara se den som söker vård som en patient utan se personen. Detta innebär att vårdpersonal utöver sökorsaken



bland annat ska se patientens socioekonomiska, kulturella och historiska bakgrund och därigenom skaffa sig en helhetsbild av vem de har framför sig. Det är patientens egen berättelse som ska ligga till grund för patientens vård. Denna berättelse syftar även till att bygga en allians och förståelse mellan patienten och vårdpersonalen. Patientens önskan och förmåga ska betonas och det är meningen att patienten själv ska ta ansvar för och vara delaktig i vården och dess planering [28]. Sett utifrån personcentrerad vård är en diagnos en aspekt av en persons liv och samexisterar med andra delar av livet såsom familjelivet, var personen befinner sig professionellt och position i samhället. Alla dessa delar av livet påverkar hälsan och därav vården. Alla patienter oavsett diagnos är olika individer med styrkor och kunskaper som vården idag inte alltid tar tillvara på [27]. Personcentrerad vård ska även motverka känslan för patienten att bara vara en i statistiken, att vara en pinne i systemet [32]. Personcentrerad vård är en förutsättning för att uppnå en vård på lika villkor [26]. Studier visar på att vårdpersonalens attityd är avgörande för hur pass framgångsrikt personcentrerad vård implementeras inom psykiatri [31]. Enligt en amerikansk studie tenderar vårdpersonal att vara bättre på att bibehålla sitt nuvarande arbetssätt än att jobba för förändring [33].

### **Teoretisk referensram**

I aktuell studie har det salutogena synsättet valts som referensram. Sociologen Aaron Antonovsky genomförde på 70-talet en studie kring klimakteriebesvär och fann som bifynd att vissa av kvinnorna som deltog hade suttit i koncentrationsläger under andra världskriget. De rapporterade en relativt god hälsa både psykiskt och fysiskt trots de fruktansvärda förhållanden de varit utsatta för. Antonovsky intresserade sig vidare för vilka faktorer som varit avgörande för att uppnå och bibehålla hälsa vilket resulterade i det salutogena synsättet som motvikt till det rådande patogena synsättet [34]. Det patogena synsättet lägger fokus på de faktorer, såsom mikrobiologiska och psykosociala, som resulterar i ohälsa. Det salutogena synsättet betonar istället faktorer som kan leda till och bibehålla bättre hälsa. Antonovsky kom i sitt arbete fram till tre grundläggande faktorer för hälsa; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet som i sin tur leder till en känsla av sammanhang, ofta förkortat KASAM. Begriplighet beskriver i vilken grad en person upplever omvärlden som ordnad och strukturerad. Hanterbarhet är upplevelsen av vilka resurser som finns inom eller utanför personen själv för att hantera olika händelser i livet. Meningsfullhet syftar till vilken motivation och känsla av engagemang som finns för att lösa en situation. Personer med hög känsla av sammanhang klarar påfrestningar bättre än de med låg. För att bibehålla god hälsa trots stressorer behöver en person se tillvaron som sammanhängande. Det blir möjligt när vi ser vår existens som begriplig, hanterbar och meningsfull [35]. Antonovsky formulerade även begreppet generella motståndsresurser som innefattar de externa faktorer i en persons omgivning och de interna resurserna hos en person som kan bidra till att öka känslan av sammanhang. Generella motståndsresurser kan ses som en hälsotillgång som kan förbättra och bibehålla hälsan hos individen men även samhället den lever i. Det salutogena synsättet strävar efter att främja förbättring och användning av både de kollektiva och individuella resurser som finns för att förbättra befolkningens hälsa och välbefinnande [34]. Antonovsky betonade även att de salutogena och patogena synsätten snarare kompletterar varandra än står i motsats till varandra [35].

## **Problemformulering**

Antalet personer som diagnostiseras med ADHD ökar successivt i samhället. ADHD och hög samsjuklighet leder till behov av kontakt med olika vårdinstanser. Det finns en hel del forskning som redogör för föräldraperspektivet av vägen till diagnos och behandling av barns ADHD som visar på att den är kantad av stigman och misstänksamhet. Med tanke på problematiken med ADHD så är det sannolikt lika besvärligt för en person med ADHD att ta sig fram till olika vårdinstanser som det är att få själva diagnosen. Studier visar att personer med ADHD ofta uteblir från vårdbesök och att de upplever bristande stöd och förståelse i vård-sammanhang. Samtidigt saknas det studier som belyser upplevelser av vård och vård-sökande ur ett patientperspektiv. Därför är det viktigt att belysa hur personer med ADHD själva upplever det att söka vård för att öka kunskapen och bättre kunna bemöta och tillgodose varje persons vårdbehov och främja en god hälsa.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa hur personer med ADHD upplevde det att söka vård.

## **METOD**

För att besvara syftet utformades studien som en kvalitativ intervjustudie. Insamlade data analyserades induktivt med innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman [36–37].

### **Urval**

Inklusionskriterier var personer över 18 år som talade och förstod svenska, var diagnostiserade med ADHD och hade haft behov av eller sökt vård (digitalt, via telefon eller på plats) inom svensk hälso- och sjukvård. Exklusionskriterier var personer som författarna hade en personlig eller professionell relation till. I studien användes bekvämlighetsurval vilket innebär att forskare kan eftersöka deltagare från till exempel en organisation där det är troligt att det finns personer som kan svara på studiens syfte. De deltagare som själva anmäler sig och uppfyller inklusionskriterierna inkluderas. Bekvämlighetsurval används ofta i kvalitativa studier som saknar finansiering och där deltagare eftersöks genom organisationer eller specifika vårdinstanser [38]. Informanter eftersöktes via lokalföreningarna för intresseorganisationen Attention i södra Sverige. Kontakt med lokalföreningarna togs genom att en presentation av studien tillsammans med informationsbrev (Bilaga 1) mailades ut till ordförandena. Respektive ordförande ringdes sedan upp och en lokalförening svarade då att de ville vara behjälpliga med att eftersöka informanter. Ordföranden fick på egen begäran tillgång till de frågor som skulle komma att ställas innan intervjun för att underlätta för informanterna att förbereda sig. Därav fick vissa informanter tillgång till frågorna på förhand. Ordföranden bokade in intervjuer som utfördes i föreningens lokaler. Ordföranden från ytterligare lokalföreningar svarade via mail och gick ut med information om studien till sina medlemmar, via mail och i sina sociala medier och på så sätt inkluderades ytterligare informanter. All kontakt med ordförandena och informanter skedde via mail på ett funktionskonto via universitetet,

magisteruppsats@mau.se. En av informanterna ville delta på villkor att en stödperson också fick närvara. Författarna såg inget hinder för detta och intervjun genomfördes i närvaro av stödpersonen. Både informant och stödperson fick information om att det endast var det som informanten sa som inkluderades i studien. Sex intervjuer bokades, men en informant valde att inte delta redan innan intervjun genomförts.

### **Datainsamling**

Datainsamlingen skedde genom fem individuella semistrukturerade intervjuer med stöd av en intervjuguide med i förväg bestämda frågor (Bilaga 2). Intervjuguiden prövades under en provintervju där ena författaren blev intervjuad av en kollega och guiden justerades ytterligare efteråt. Detta förfarande ger en uppfattning av hur frågorna upplevs och eventuellt behöver justeras [39].

Intervjuerna strukturerades enligt Robssons [40] fem faser:

1. Introduktion med information kring hur intervjun kommer gå till och hur data kommer förvaras.
2. Uppvärmningsfrågor kring vilka sätt har informanten använt sig av när hen kontaktat vården och kring fasta vårdkontakter.
3. Huvuddelen med frågor kring upplevelser av vårdsökande.
4. Nedtrappning, sammanfattning av det personen sagt samt insamling av grunduppgifter.
5. Avslutning med möjligheten för informanten att ställa frågor och reflektera.

Huvuddelen i intervjuerna inleddes med frågan ” Hur upplever du att det är att söka vård?”. Möjlighet för författarna att följa upp med följdfrågor som till exempel “berätta mer”, “hur kändes det”, “vad hände sen” för att förtydliga innebörd och nyanser i intervjun fanns. Intervjun avslutades med att informanterna tillfrågades om denne hade något ytterligare att tillägga. Under avslutningsdelen av intervjun tillfrågades informanterna om ålder, kön och utbildningsnivå. Detta för att få en så klar bild av informanterna som möjligt för att senare kunna avgöra överförbarheten i studiens fynd [36].

Intervjuerna genomfördes på den plats respektive informant önskade. Tre intervjuer genomfördes i Attentions egna lokaler, en i informantens hem och en på en av författarnas arbetsplats på SUS Malmö. Varje informant intervjuades vid ett tillfälle och beräknad tidsåtgång var 60 minuter även om den faktiska intervjutiden var kortare och varierade mellan 12-45 minuter. Varje intervju spelades av säkerhetsskäl in på dubbla diktafoner i det fall den ena inte skulle fungera. För att kunna ha fullt fokus på själva intervjun togs inga anteckningar under intervjuerna. Genom att ha platsbundna intervjuer menar Robson att författarna även får med ickeverbal information så som kroppsspråk [40]. Båda författarna deltog under samtliga intervjuer med en som intervjuledare, som i huvudsak höll intervjun och den andra som tekniskt ansvarig med möjlighet att ställa uppföljningsfrågor på slutet. Om frågor uppstår efter intervjuerna eller om någon vill avbryta sitt deltagande i studien kan informanterna ta kontakt med författarna i efterhand via e-post. Denna kontaktväg finns tillgänglig under studiens tid fram till och med 30/5-2024.

## Dataanalys

Materialet analyserades utifrån Graneheim och Lundmans [36–37] riktlinjer för kvalitativ innehållsanalys av det manifesta innehållet. Intervjuerna transkriberades ordagrant med pauser, skratt, suckar och andra verbala uttryck. Transkriberingen delades upp och var och en transkriberade de intervjuerna som tilldelats respektive författare. Transkriberingen utfördes med hjälp av diktafon och ordbehandlingsprogram, inga andra hjälpmedel användes. För att få en helhetsbild av materialet lästes de transkriberade intervjuerna som helhet av båda författarna upprepade gånger. Därefter dekontextualiserades näst intill hela textmaterialet in i meningsenheter. Meningsenheter är ord, meningar eller textstycken som speglar samma centrala innehåll som är relevant till syftet [36]. Meningsenheterna i de två första intervjuerna identifierade författarna tillsammans och de övriga tre intervjuernas meningsenheter identifierades av endast den ena, då det rådde stor enighet kring vilka delar av texterna som skulle inkluderas redan i de två första intervjuerna. Meningsenheterna kortades sedan ner, kondenserades, genom att ord som inte ansågs meningsbärande togs bort. Kondenseringen av meningsenheterna skedde initialt ihop av båda författarna och sen delvis av endast en då enighet rådde även i detta moment. Därefter kodades meningsenheterna genom att båda författarna tillsammans identifierade innebörden av meningsenheterna. Varje rad med meningsenhet, kondenserad meningsenhet och kod skrevs ut på papper och klipptes ut rad för rad. Raderna lades ut på ett stort bord och meningsenheterna som hade liknande koder sorterades ihop. En del av meningsenheterna var för långa och de delades då upp i ett lämpligt antal nya meningsenheter. På så sätt formades 20 subkategorier och sex kategorier. De 20 subkategoriernas innehåll blev för brett och intetsägande och därför analyserades de ytterligare en gång och 13 subkategoriers innehåll sorterades in i andra subkategorier då koderna matchade varandra. När detta var gjort kvarstod sju subkategorier som sorterades efter innehåll i fyra kategorier. Resultatet skrevs ihop och det blev tydligt att det inte var färdiganalyserat. Materialet analyserades därför ytterligare en gång vilket ledde till att hela indelningen av subkategorier och kategorier gjordes om. Koderna som inte svarade till syftet togs bort under denna analys. Resultatet av den sista analysen är det som redovisas i aktuell studie med fem subkategorier och två kategorier. För exempel på dataanalysen se Tabell 1, som är uppbyggd efter Graneheim och Lundmans [36] exempel. Kategorierna speglar innehållet och ingen information som är relevant till syftet exkluderades och ingen subkategori passar i två olika kategorier. Kategorierna syftar till att besvara frågan “vad är det som sägs” [41]. Strävan med kvalitativ innehållsanalys är att göra informanternas röst hörd [37]. För att få fram texten som redovisas under varje subkategori i resultatdelen lästes varje meningsenhet under respektive subkategori upp och skrevs ihop till en sammanhängande och redogörande text.

Tabell 1 Dataanalysexempel

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Sub-kategori	Kategori
“Gick jag till en privat massör i stället för att gå till vården för jag tyckte att det är ingen mening att antingen lyssnar de ju inte”	Istället för att söka vård gick jag till en massör. Det är ingen mening med att söka vård för de lyssnar inte	Undviker ibland att söka vård.	Påverkade av tidigare vårderfarenheter	Beroende av vårdperson alens bemötande

## **Trovärdighet**

Ett av målen med kvalitativa studier är att redovisa för den mest sannolika analysen av den insamlade datan. Trovärdigheten ökar om resultatet redogörs för på ett generöst och tydligt sätt som ger läsaren utrymme att tolka resultatet på ett alternativt sätt jämfört med det som gjorts i studien. För god trovärdighet i en studie behövs en kombination av tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet [36]. Att hålla den röda tråden genom hela studien och att tydliggöra om det är författarnas eller informanternas röster som är synliggjorda i studien är viktigt för studiens trovärdighet [41]. För att göra informanternas röst hörd har författarna försökt att inte tolka innehållet utan hålla analysen textnära.

## ***Tillförlitlighet***

Tillförlitlighet är ett övergripande mål som avgörs av förtroendet för sanningen i och tolkningen av datamaterialet. Författarna ska sträva efter att presentera ett resultat som informanterna anser vara sanningsenliga både gällande innehåll och omständigheter [38]. Att dela in i stort sett hela intervjutexterna i meningsenheter för att sen under arbetets gång ta bort de meningsenheter som inte svarar till syftet stärker tillförlitligheten enligt Graneheim och Lundman [37]. Att välja meningsenheter av lämplig storlek är viktigt för studiens tillförlitlighet. För små meningsenheter kan leda till fragmentering av texten medan för stora kan leda till att materialet blir svårhanterligt då de kan innehålla flera olika betydelser [36]. Detta och att låta andra forskare eller deltagarna själva ge feedback på kategoriindelningen är ett sätt att bibehålla tillförlitlighet i studien [36]. Utöver kön och ålder valde författarna att även efterfråga informanternas utbildningsnivå för att se vilken spridning av erfarenheter det där fanns i gruppen. Författarna hade även hjälp av handledare från universitetet för feedback och arbetet har genomförts i samförstånd mellan författarna som kontinuerligt har granskat och diskuterat innehållet i materialet och gått tillbaka till originaltexten när så behövts. För att nå så stor trovärdighet som möjligt redovisas anonyma citat från varje informant i texten.

## ***Pålitlighet***

Pålitlighet avgörs av om resultatet hade blivit det samma eller liknande om intervjuerna görs om vid annan tidpunkt med liknande deltagare och omständigheter [38]. När insamlingen sker över lång tid finns risk för inkonsekvens av datainsamling. Att genomföra intervjuer är ett lärandemoment och ju fler intervjuer författarna genomför desto mer kunskap får de om både ämnet, intervjutekniken och vilka följdfrågor som de vill ställa vilket kan leda till spretigt resultat [36]. Denna studie är genomförd under en kort tid och med få deltagare med samma intervjuguide under samtliga intervjuer. Båda författarna deltog under samtliga intervjuer vilket också underlättade i att inget glömdes bort eller inte togs i beaktande under de olika intervjuerna.

## ***Överförbarhet***

Överförbarheten avgör hur långt studiens fynd kan överföras till andra omständigheter och grupper [38]. Det är upp till läsaren att avgöra i vilken utsträckning resultatet är överförbart, men författarna ansvarar för att ge en klar bild av deltagarnas bakgrund och redogöra för datainsamlingen och analysprocessen med transparens för att möjliggöra detta. En utförlig redovisning av fynden/resultatet är viktigt för överförbarheten [36]. Att informanterna har olika

erfarenheter ökar möjligheten att belysa syftet ur olika synvinklar. Olika kön och ålder är exempel på erfarenheter som kan påverka och variera resultatets överförbarhet.

### **Förförståelse**

Förförståelse är den kunskap, erfarenhet och tankar en person har kring ett ämne, att förstå ett ämne innan det är studerat [42]. Det är viktigt att vara öppen med och medveten om den förförståelse författarna har. Förförståelse kan leda till olika sätt att ställa frågor, val av vilka följdfrågor som ställs och hur informantens information tas emot och tolkas vilket kan vara en svaghet för resultatet. Att inkludera mer än en författare i arbetet kan ge högre pålitlighet då det ger utrymme för författarna att föra en dialog kring hur data kan tolkas. Förförståelse kan stärka studiens trovärdighet då författarna kan komma med olika input och tolkningar av materialet [41]. Det kan även vara en fördel då det kan leda till nya upptäckter och ge djup till materialet [43]. Kvalitativ innehållsanalys innebär alltid ett visst mått av tolkning även om författarna väljer att endast använda sig av det manifesta innehållet [37].

Ingen av författarna har diagnosen ADHD, men har närstående med diagnosen och har följt förloppet med utredning och diagnostisering på nära håll privat. Författarna har även i egenskap av vårdpersonal varit med när personer med ADHD sökt vård. Som sjuksköterskor som har varit yrkesverksamma inom vården i över tio respektive tjugo år har författarna en förförståelse för hur vården både fungerar och inte fungerar i olika sammanhang vilket också sannolikt påverkat uppfattningen av de olika situationerna som informanterna beskrev. För att bli medvetna om sin egen och varandras förförståelse redogjorde författarna för sin respektive förförståelse för varandra inför studiens start och diskuterade den kontinuerligt under hela arbetet.

### **Etiska överväganden**

Enligt Helsingforsdeklarationen [44] ska den som bedriver medicinsk forskning som omfattar människor, inklusive data om människor eller material från människor, säkerställa forskningspersonernas hälsa, rättigheter och välbefinnande. Nyttan av forskning måste alltid väga tyngre än riskerna och olägenheterna för forskningspersonerna och därför måste all forskning som omfattar människor genomgå en etisk prövning där risker och nytta ställs mot varandra [44]. Enligt vetenskapsrådet [45] finns fyra grundkrav på forskning: Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att forskaren har ansvar för tydlig information och tyngdpunkt läggs på frivillighet [45]. Deltagarna fick informationsbrev där det framgick vad studien skulle innehålla, syftet med den och hur data kommer behandlas. För att säkerställa att deltagandet skedde på frivillig basis och deltagare inte skulle känna social plikt att delta, exkluderades personer som författarna hade en personlig eller professionell relation till. Samtyckeskravet innebär att forskningspersonerna har rätt att bestämma om de ska medverka eller inte och att de under hela studiens gång kan avbryta sitt deltagande utan att ange något skäl [45]. Deltagarna erbjöds att i lugn och ro läsa igenom informationsbrevet ytterligare en gång innan intervjun och efter det lämna skriftligt samtycke på plats innan start av intervju. Deltagarna hade tillgång till mailadress för att lätt komma i kontakt med författarna under studiens gång. Enligt konfidentialitetskravet skall samtliga i undersökningsgruppen ges största möjliga konfidentialitet, såsom att personuppgifter förvaras oåtkomligt för

obehöriga [45]. Inspelningarna och kodnyckel har förvarats inlåsta och endast författarna har haft tillgång till dem. De transkriberade intervjuerna har förvarats på inlåst usb. Namn och identifierbart material så som specifika händelser eller mer ovanliga skador/sjukdomar informanten berättade om togs inte med vidare i analysfasen av studien, detta för att kunna garantera konfidentialitet. Enligt nyttjandekravet får insamlat material endast användas för själva studien och inte vidare i annat ändamål [45]. Insamlat material kommer endast användas för angiven studie. Allt material kommer att raderas efter studiens färdigställande. Ljudupptagningen på intervjuerna raderades direkt efter att transkriberingen var färdig. Studien genomfördes efter en etisk granskning med rekommendationer hos etikrådet vid Malmö universitet (Bilaga 3). Sannolikheten att deltagande i studien kunde väcka obehagliga känslor för deltagaren bedömdes som låg.

## RESULTAT

De fem informanterna bestod av tre kvinnor och två män i åldrarna 41-64 år. Utbildningsnivån varierade från grundskola till högre studier vid universitet. Intervjuerna med efterföljande dataanalys resulterade i två kategorier med fem tillhörande subkategorier (se tabell 2).

*Tabell 2* Indelning av kategorier och subkategorier

Subkategorier	Kategorier
Beroende av fungerande sökvägar Behov av kontinuitet i vårdkontakten	Varierande tillgänglighet i vården
Skiftande kompetens hos vårdpersonal Ansträngande att få tillgång till vård Påverkade av tidigare vårderfarenheter	Beroende av vårdpersonalens bemötande

### **Varierande tillgänglighet i vården**

Informanterna uttryckte att tillgängligheten i vården varierande. Det handlade dels om olika sökvägar, dels om varierande kontinuitet. Olika sökvägar passade olika informanter men oavsett sökväg är det viktigt att den fungerar, är lätthanterlig och att de fick tag på den personen som eftersöktes. Kontinuiteten i vården upplevdes ofta som låg, men när den väl fanns uppskattades den och underlättade vårdsökande för personen.

### ***Beroende av fungerande sökvägar***

Vikten av fungerande sökvägar var tydlig i informanternas beskrivning. Vissa informanter upplevde det enklast att ringa och andra tyckte att digitaliseringen av primärvården har underlättat eftersom de inte behöver passa en telefontid utan de kan kontakta vården direkt när behov uppstår. Det upplevdes även svårt att vakna i tid för att passa telefontider på morgonen. En del instanser inom vården har bara telefontid vissa dagar i veckan och det upplevdes otillräckligt. Informanterna upplevde att telefonköer och att inte bli uppringd på angiven tidpunkt var frustrerande. Det upplevdes av informanterna som lättast att kunna ringa och få en direktkontakt antingen med den eftersökta personen eller med någon som kunde hantera ens ärende vidare. Personalen upplevdes ibland väldigt stressad och

ifrågasättande, och det upplevdes som om vården allt för ofta bad personer som sökte vård att avvakta. Chatten i primärvården upplevdes ha underlättat och kunde ibland ersätta fysiska besök.

*“Min vårdcentral har en chatt, det är ju kanon!  
Med min stresskänslighet har jag svårt att hantera telefonkontakt med  
flervalsinställningar.” (1)*

1177 upplevdes av vissa informanter ha ökat tillgängligheten och som ett bra verktyg för att kontakta vården om till exempel receptförnyelse. Andra upplevde 1177 som svårhanterligt både vid kontaktsökande och receptförnyelse. Vidare upplevdes det som om det tog lång tid innan de fick tid inom psykiatrin och att det var svårt att komma i kontakt med dem. Med rätt kontakter inom vården kunde tillgängligheten upplevas högre. Informanterna kunde uppleva det frustrerande att få vänta.

*“Annars brukar det ta för lång tid allting tycker man.  
När man har ADHD med ska det helst hända nu och inte om tio minuter.” (2)*

Den akuta somatiska vården upplevdes ha en god tillgänglighet. Att cellprovtagningen nu kommer hemskickat för självtest upplevdes som positivt. Påminnelse-sms inför besök underlättade att besök blev av och inte glömdes bort. Inför och under vissa somatiska besök upplevde informanterna att de fått god och lättillgänglig information vilket drog ner stressen inför och underlättade vårdbesök.

### **Behovet av kontinuitet i vårdkontakten**

Kontinuitet i vårdkontaktarna efterfrågades av informanterna. Det upplevdes som smidigt om personalen redan kände en och informanterna slapp upprepa sin historia varje gång.

*“Man känner sig väldigt utsatt för att ibland så känns det som att jag har ju varit med om det här inom vården med de här galoppläkarna eller vad de kallas. Du träffar en bra läkare som lyssnar på dig men vet ju aldrig om den personen kommer vara kvar. För det troligtvis är han ju inte eller hon.”(3)*

Det upplevdes som om det inte alltid fanns tid för att personalen skulle vara insatt i patientens problematik på förhand. Bristande kontinuitet uppgavs kunna leda till felbehandlingar. När informanterna äntligen fått en ADHD-diagnos trodde de att de skulle få rätt behandling, men istället så blev de ställda i en annan kö i väntan på medicinering. Inom psykiatrin upplevdes det vara låg tillgänglighet på psykiatriker som kan skriva recept på centralstimulantia och ofta fick informanterna istället träffa en annan personalkategori. Samtalskontakter kunde vara svåra att få och ibland blev informanterna hänvisade till privata kontakter istället vilket kunde väcka ilska. När de väl fick hjälp så kunde deras problem redan gått över. Vården upplevdes ofta som trög och full av köer. När behandlingar avbröts plötsligt kunde informanterna bli tvungna att själva hantera de upprivna minnena de sökt hjälp för att hantera. Informanterna uttryckte önskan om att antalet behandlingar hos psykolog eller samtalskontakt skulle anpassas till individen och inte begränsas till ett visst antal. Det upplevdes kunna förändra livet genom att få rätt antal behandlingstillfällen. Informanterna upplevde att de slussades runt både inom somatiken och psykiatrin. Ibland när det kom ny



personal kände de inte till vilka diagnoser informanterna hade eller vad dessa inneburit för personen framför dem. Detta upplevdes kunna leda till att personalen missade mycket. Ny personal hade inte alltid lärt sig hur allt på det nya stället fungerade.

*“Eh, just de fasta eh är väl rätt så okej tycker jag men sen så kan det vara nån vikarie eller någon annan efter att den inte är där den dagen och då kan det ju vara helt, dom har ju noll insikt i hur det fungerar eller så.  
Så uppfattar jag det.” (2)*

När informanterna fick veta att en fast vårdkontakt skulle sluta kunde det väcka nervositet kring hur det skulle bli att söka dit framöver. Det väckte oro och en känsla av utsatthet att behöva byta personal och börja om från början. När kontakten väl var etablerad kunde det räcka med digital kontakt som i vissa fall kunde ersätta fysiska besök.

### **Beroende av vårdpersonalens bemötande**

Att bli korrekt bemött av personalen när informanterna sökte vård var viktigt, men även personalens kunskap om ADHD spelade stor roll. Kunskapsnivåerna hos personalen ansågs generellt vara bristande när det gällde ADHD samtidigt som att hög utbildning inte alltid sågs som något positivt. Att bli missförstådd, ifrågasatt eller bemött inkorrekt kunde ge stora konsekvenser på framtida vårdsökande.

### *Skiftande kompetens hos vårdpersonal*

Personalen upplevdes generellt ha bristande kompetens vad gäller diagnosen ADHD och vilken problematik det kan leda till både fysiskt och psykiskt. Informanterna efterlyste generellt en högre kunskapsnivå kring neuropsykiatriska diagnoser. Om personalen inte visste hur de skulle bemöta personer med ADHD kunde det bli helt fel. Informanterna upplevde att kunskapen kring fysiska sjukdomar var högre och togs om hand om på ett mer konkret sätt än psykiska sjukdomar.

*“Fysiska syns ju på ett annat sätt och är lättare att förklara för dem säkert, men psykiska är kanske mer hokus pokus för många.  
Känns lite så.” (2)*

Informanterna upplevde skillnad i bemötande mellan att söka psykiatrisk och somatisk vård. När de sökte för fysiska besvär upplevdes en omsorg i samtalen och en vilja att förklara vad som hände och varför. När de sökte psykiatrisk vård upplevdes frågorna snarare kritiska än undersökande. Att söka för fysiska besvär upplevdes generellt tas på större allvar än att söka för psykiska besvär. En del av informanterna uttryckte även att personalen inom psykiatrin hade mindre kunskap kring psykiatriska tillstånd än personalen inom somatisk vård. Egen erfarenhet av psykisk sjukdom och neuropsykiatriska diagnoser hos personalen efterfrågades för ökad förståelse. Personalen hade ofta hög utbildning, men det upplevdes som att ju högre utbildning de hade desto mindre medmänskliga var de

*“Men de, många tror väl att de vet ju bättre, de har ju sin kunskap,  
har de ju läst sig till liksom.  
Och eh, verkligheten funkar ju inte riktigt som i skolboken.  
Tyvärr. Så det bästa är de som har egen erfarenhet.” (4)*

Personal som inte behärskade svenska i önskad grad upplevdes svår att förstå. Det kunde väcka skuld känslor när informanterna inte kände förtroende för eller ville träffa viss personal igen på grund av deras bristande kunskap.

### ***Ansträngande att få tillgång till vård***

För att få den hjälp som önskades upplevde informanterna att de behövde kämpa. Det upplevdes ansträngande att kontakta vården oavsett ärende. Ibland behövde informanterna ta hjälp av en anhörig, både för att kontakta vården och för att besöka den. Det kändes som om den som skrek högst fick vård snabbast och som om informanterna behövde överdriva sina symtom för att få det de önskade. Det kunde upplevas som att om man hade en psykiatrisk diagnos avskrevs det informanterna sa och behövdes inte tas på allvar av vårdpersonal. Det upplevdes ibland av informanterna som om de behövde komma med mer egen kunskap och argumentera för varför de behövde hjälpen när de sökte vård. De upplevde att de var tvungna att anstränga sig i sin kommunikation för att bli förstådda.

*“Jag får kämpa för allt inom vården känns det som” (3)*

Ibland upplevde informanterna att de var tvungna att kräva det de hade rätt till för att få det. De upplevde sig ibland hamna mellan två stolar och att de själva måste kämpa för att få den utlovade vården. Det upplevdes förnedrande att behöva lämna urinprov för att få ut den medicin de blivit ordinerade och bemötandet i situationen var viktigt. Som patient upplevde de att de måste rätta in sig i ledet. Det kunde uppfattas som viktigt att få skriftliga överenskommelser för att inte bli lurad. Efter att ha mötts av bristande bemötande upplevdes uppgivenhet och ibland en känsla av att vara missförstådd. Det upplevdes som om personalen inte lyssnade, och om de hade lyssnat och förstått hade de kanske även agerat annorlunda. Informanterna upplevde att personalen inte tog dem på allvar och inte förstod att de behövde hjälp. Att byta vårdcentral kunde vara en strategi om informanten inte upplevde sig lyssnad på eller förstådd på den vårdcentral de var listade på.

*“Det spelar inte någon roll om jag säger nånting  
för det är ju ingen som lyssnar på det ändå.  
Så upplevs det.” (4)*

Andra hade goda erfarenheter av att få hjälp inom vården av rehabkoordinator som hade strukturerat upp och hållit i kontakterna. Att det inte fanns kläder som passade alla upplevdes leda till en känsla av utsatthet.

### ***Påverkade av tidigare vårderfarenheter***

Informanterna uppgav att de ofta drog sig för att söka eller struntade helt i att söka vård på grund av tidigare negativa upplevelser i samband med vårdsökande. Andra gånger kunde själva undersökningen upplevas fysiskt obehaglig så de drog sig för att söka av den anledningen och hoppades att det skulle gå över av sig själv. När en del av informanterna inte kände förtroende för personalen eller upplevde sig dåligt bemötta tog det emot att söka vård även om de visste att det behövs.

*“Jag har hoppats att saker ska gå över när jag haft kontakt med läkare som jag inte har klickat med, som jag känt att jag blivit otrevligt bemött.  
Då har det tagit emot att ta kontakt även om jag visste att jag behövde”(5)*

Personalen kunde upplevas stressad och tiderna som om de var för få. Detta kunde få informanterna att dra sig för att söka vård då det kunde finnas någon annan som behövde hjälpen bättre. Ibland sökte sig informanterna till privata alternativa behandlingar för att slippa söka den offentliga vården. En del informanter upplevde inte heller att det fanns tid till att söka vård även om de skadat sig, utan många saker försökte de fixa själva.

*“Har jag skurit upp handen så eeh ja då tejpar jag ju ihop det liksom för att jag inte har tid eeh tycker jag själv.” (3)*

Ibland när de försökte ta hand om en sjukdom på egen hand kunde de missbedömt vad det rört sig om och då kunde det också bli ifrågasatt varför de inte sökt tidigare när de väl sökte vård. I vissa fall hade informanterna dragit sig alldeles för länge för att söka vård och blev istället akut sjuka, ibland så pass sjuka att de behövde bli hämtade av ambulans. Även då upplevdes bemötandet som ifrågasättande om varför informanterna inte hade sökt tidigare.

## **DISKUSSION**

I diskussionens första del, metoddiskussionen, diskuteras metodologiska val och dess påverkan på trovärdigheten. I andra delen, resultatdiskussionen, diskuteras det resultat som redovisats i studien. Delvis i relation till redan existerande forskning och det salutogena synsättet samt författarnas egna reflektioner kring studien och dess genomförande.

### **Metoddiskussion**

Här diskuteras de svagheter och styrkor som finns i metoden som är använd i aktuell studie.

#### *Urval*

Målet med urvalet var att hitta tio informanter som uppfyllde inklusionskriterierna och hade möjlighet att svara på frågor ställda utifrån syftet. Inklusions- och exklusionskriterierna har inte lett till att någon av de personer som visade intresse för att delta i studien blev exkluderad. Alla informanter som inkluderades kunde besvara frågor ställda utifrån syftet. En informant som anmält intresse för att delta valde att inte delta i studien innan intervjun genomfördes, men vad som gjorde att personen valde att inte delta är okänt. På grund av tidsbegränsningen valdes att genomföra studien med endast de fem informanter som anmälde sig i de eftersökningar som genomfördes i den tidsram som nu fanns. Detta är en svaghet i studien och kan ha påverkat överförbarheten. För att få kontakt med informanterna användes en gatekeeper och engagemanget hos gatekeepern var avgörande för att få informanter. I och med att en gatekeeper användes för att få kontakt med informanter är det även okänt hur många som fått information om studien och vad som gjort att potentiella deltagare har valt att inte delta. Informanterna var i olika åldrar, hade olika könstillhörigheter, utbildningsnivåer och var bosatta och hade sökt vård i olika regioner i södra Sverige vilket styrker

potentiell överförbarhet i studien. Valet att använda bekvämlighetsurval gjordes med tidsbegränsningen i åtanke.

### *Datainsamling*

Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Ingen av författarna hade tidigare erfarenhet av att skriva en intervjuguide och därför valdes en på förhand designad intervjustruktur för att underlätta skapandet av intervjumallen. Det eftersträvades att hålla intervjufrågorna öppna och inte ledande för att få så mycket information som möjligt. Båda författarna har mycket erfarenhet av att föra dialoger och ställa frågor till människor i sitt arbete. Författarna vinnlade sig om att formulera frågor som inte kunde missuppfattas eller uppfattas olika av olika informanter. Författarna diskuterade även innehållet i intervjuguiden med handledaren. Intervjuerna var semistrukturerade så att förtydligande följdfrågor kunde ställas när det behövdes för att tydliggöra vad informanterna ville säga. Innan intervjuerna hölls genomfördes en provintervju för att säkerställa att frågorna svarade på syftet. Det kan vara en svaghet att provintervjun genomfördes med en person som inte hade ADHD. Den ena gatekeepern efterfrågade å informanternas vägnar tillgång till frågorna på förhand. Detta kan ha lett till att de informanter som deltog från denna lokalorganisation kunde svara mer detaljerat och komma mer förberedda och eventuellt mindre stressade då de visste vad som skulle tas upp under intervjun. Om samtliga informanter hade fått frågorna på förhand hade eventuellt detta kunnat påverka resultatet. Att intervjuerna hölls under en kort tidsperiod och var så få ledde antagligen till att genomförandet av intervjuerna inte varierade. Detta ledde till en konsekvent datainsamling vilket enligt Graneheim och Lundman stärker pålitligheten i studien [36]. Att antalet intervjuer var så litet är en svaghet i studien. Fler intervjuer hade kunnat leda till större spridning av både informanternas erfarenhet och bakgrund och även potentiellt större variation i resultatet. Intervjuerna hölls under en bestämd tidsgräns så informanterna inte skulle bli trötta eller tappa fokus. Intervjutiden varierade mellan 12-45 minuter, tiden för varje intervju speglas inte i mängden material som svarar på syftet. Det speglar snarare persongruppen där vissa har ett flödande tal och andra svarar mer kort och koncist. Båda författarna deltog under samtliga intervjuer då båda författarna saknade erfarenhet av att intervjua samt för att senare kunna göra så lika intervjuer som möjligt om intervjuer med endast en författare skulle bli aktuellt. Enligt Graneheim och Lundman [36] har detta även fördelen att båda författarna känner till hela materialet. Det ger även fördelen att båda författarna kan bidra med sina egna perspektiv och input efteråt när intervju-materialet ska bearbetas och analyseras [36]. Eftersom personer med ADHD har svårt att planera, komma i tid och lätt blir stressade över möten, valdes att erbjuda informanterna att kunna delta i studien även i sina egna hem. Av säkerhetsskäl planerades de intervjuer som skedde i hemmet alltid med båda författarna närvarande. Att ingen av författarna kände eller hade någon relation till någon av informanterna eftersträvades, men det visade sig när den ena informanten kom till intervjun att hen hade anknytning till den ena författarens arbetsplats där intervjun genomfördes. Informanten fick godkänna val av lokal innan intervjun och hade ingen invändning, men arrangemanget väckte en del funderingar. Dels ur författarens perspektiv som upplevde sig splittrad och det blev svårt att fokusera när man var på sin arbetsplats, men även ur informantens perspektiv hade det kunnat vara bättre att vara på en mer neutral plats.

### **Dataanalys**

Det har varit en styrka att vara två och kunna föra en dialog under arbetets gång hur de olika momenten ska genomföras och lösas. Kunskapen om materialet har varit hög hos båda författarna då båda författarna har deltagit under samtliga intervjuer. Att intervjuerna transkriberades ordagrant utan hjälpmedel har också underlättat i arbetet med att lära känna materialet. Denna kunskap har underlättat dataanalysen. Tillförlitligheten i studien styrks genom att hela intervjumaterialet inkluderades vid indelningen i meningsenheter för att inte missa innehåll som kan svara på syftet. Att majoriteten av meningsenheterna delades in av endast en av författarna kan vara en svaghet i studien. Dialog kring meningsenheterna och dess innehåll har hållits kontinuerligt mellan författarna. Dekontextualiseringen ledde i några fall till både för breda och för små meningsenheter som fick korrigeras för att bli hanterbara och svara på syftet. Datan delades upp i subkategorier och kategorier upprepade gånger tills materialet var analyserat till redovisat resultat. Först under detta arbetet sorterades meningsenheter som inte svarade till syftet ut. Detta stärker tillförlitligheten genom att meningsenheter som svarar på syftet inte riskeras att sorteras ut innan datanalisprocessen påbörjas [37]. Det har upplevt svårt att bortse från den förförståelse det ger att arbeta som sjuksköterskor och som leder till en förståelse för hur sjukvården fungerar. Författarna har aktivt och upprepat fått påminna varandra att hålla perspektivet ur informanternas synsätt och inte tolka utifrån ett vårdgivarperspektiv. Kvalitativa studier innebär alltid ett visst mått av tolkning då förförståelsen ofta är omedveten och inte kan sättas åt sidan [37]. Förförståelsen har i vissa fall underlättat för att komma med olika input och reflektioner kring materialet.

### **Resultatdiskussion**

Utifrån det salutogena synsättet kan en del av omvårdnaden kring personer med ADHD vara att stötta i att göra vårdsammanhanget begripligt, hanterbart och meningsfullt. Därför är resultatdiskussionen uppbyggd efter dessa tre begrepp.

#### **Begriplighet**

Begriplighet beskriver i vilken grad en person upplever omvärlden som ordnad och strukturerad. För att kunna förutse, förstå och påverka sin vård behöver patienterna få adekvat information på ett sätt som de kan tillgodogöra sig, detta är även en av grunderna i personcentrerad vård. I aktuell studie framkom att informanterna upplevde det viktigt att sökvägarna måste fungera, resultera i en kontakt som kan besvara de frågor som finns, och att olika sökvägar kan underlätta i kontakt med vården. Vilket sätt att kontakta vården som passar personer med ADHD varierade och berodde på personliga preferenser. Tiderna för möjlig kontakt med vården behövde också vara flexibla då det många gånger kan vara svårt att komma upp på morgonen för denna patientgrupp. Generellt är det svårt att vänta på att få svar. Detta resultat stämmer överens med en intervjustudie, som inkluderade både vårdpersonal, patienter och familjemedlemmar och undersökte deras respektive perspektiv på ADHD och primärvården. Den belyser att både personal och patienter upplever en frustration på grund av oklara sökvägar och långa väntetider mellan diagnos och behandling. Studien belyser att välinformerade patienter verkar vara mer nöjda med vården oavsett om det gäller somatisk eller psykiatrisk vård [46]. En norsk studie som följt 171 patienter med ADHD under flera år redovisar att den starkaste prediktorn av hur nöjd patienterna blev med vården var huruvida de var nöjda med den information de hade fått från läkare om ADHD och dess behandlingsalternativ [47]. Att patienter

som får tillräcklig information av god kvalitet blir mer nöjda med vården kan bero på att vården då blir begriplig utifrån det salutogena synsättet. I aktuell studie framgår det att vården inte alltid lever upp till kravet som Hälso- och sjukvårdslagen [4] ställer på tillgänglighet.

### *Hanterbarhet*

Hanterbarhet beskriver hur en person upplever sig ha resurser för att hantera olika händelser i livet. Resultatet i aktuell studie om att informanterna upplevde att vårdpersonalen i många fall saknar kunskap och kompetens stämmer överens med andra studier. Även en annan studie redovisar för att informanterna använde sig av privata instanser för att få tillgång till den vård de önskade [46]. I aktuell studie kunde detta tillvägagångssätt vara ett sätt att hantera tidigare missnöje med vården. En litteraturstudie som genomförts på 48 artiklar om primärvårdens attityder, kunskap och erkännande av ADHD. Ett av studiens huvudfynd är behovet av utbildning hos personalen och att personalen har flera missuppfattningar kring vad ADHD innebär [48]. En studie som bland annat studerade läkares attityder kring ADHD visar på att det inte var skillnad mellan läkares fördomar jämfört med en kontrollgrupp av personer utanför vården kring vad ADHD innebär. Den visade även på en osäkerhet och okunskap hos läkarna när det kommer till behandling av ADHD och att denna osäkerhet hos läkare kunde göra att de undvek att behandla personer med ADHD. Studien fastslog att stigma är en trolig förklaring till varför läkare är rädda och oroar sig för behandlingen av ADHD [17]. Detta kan tyda på att det saknas kunskap hos läkarna. Om läkarna hade haft mer kunskap och förståelse för ADHD hade det antagligen visat en skillnad mellan deras och kontrollgruppens attityder. En studie redovisar att informanterna var överens om att allmänläkare hade kunskap om ADHD, men att kunskapen inte var tillräcklig. Allmänläkare kände generellt att de kunde tillräckligt mycket om ADHD för att skriva remisser till psykiatrin, men inte tillräckligt för att diagnostisera eller informera om vilken hjälp det fanns att tillgå inom vården. Att kunskapen inte var tillräcklig hos allmänläkare var alla informanterna eniga om och gruppen av läkare uttryckte att de var medvetna om sina egna kunskapsbegränsningar [46]. Detta visar hur viktigt det är att vårdpersonal har god kunskap om både diagnos, medicinering och övriga behandlingsalternativ för att kunna leverera en god, personcentrerad och jämlik vård. En mer jämlik hälsa är inte bara en fråga för vården utan många olika instanser i samhället såsom skola och stadsplanering [23]. Mycket av detta ligger utanför vårdens påverkan och ansvarsområden. Det vården kan påverka är personalens kunskapsnivåer, rutiner, arbetsklimat och bemötande.

### *Meningsfullhet*

Meningsfullhet syftar till vilken motivation och känsla av engagemang som finns i en person för att lösa en situation. Aktuell studies resultat om att informanterna upplevde att det var ansträngande att söka vård stämmer överens med en annan studie där, informanterna rapporterade en tröghet både i processen att få utredning och diagnos. Enligt informanterna i den studien var både envishet och karaktärsstyrka avgörande faktorer för att ta sig igenom vården. Patienterna redogjorde för att de utan konstant ansträngning från deras sida inte hade fått någon diagnos vilket stärker resultatet i aktuell studie. Läkarna i studien uttryckte till skillnad från de övriga informanterna att det var onödigt att få diagnos i vuxen ålder och ställde sig undrande till varför någon ville få diagnos i vuxen ålder [46]. Att läkarna uttrycker okunskap kring vikten av diagnos i vuxen ålder kan leda till att de inte prioriterar ärendet vilket i sin tur kan resultera i onödig väntan på diagnos.

Läkarens okunskap kring nyttan med diagnosen får inte komma i vägen för patientens önskan om remiss till utredning om diagnos. Den personcentrerade vården ska hjälpa patienten att leva det livet patienten önskar [31] och säkerställa att hen får adekvat information och stöd för att fatta beslut om och delta i sin egen vård [29]. Få andra studier har undersökt fenomenet men, oberoende vård-rapporter från Storbritannien rapporterade att endast 60% av de tillfrågade patienterna inom psykiatrin upplevde sig helt delaktiga i besluten kring sin vård [31]. I aktuell studie framkommer att en del av informanterna tar hjälp av anhöriga för att söka vård. Anhöriga och adekvat och tillräcklig information kan ur ett salutogent synsätt ses som generella motståndsresurser i dessa fall. Resultatet i aktuell studie att personer med ADHD drar sig för eller undviker att söka vård stärks av Socialstyrelsens rapport “ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism” [3]. Aktuell studies resultat redogör för att negativa erfarenheter så som att uppleva att inte bli lyssnad till inom vården kan leda till en ovilja att söka vård i framtiden. Det visar även på att positiva upplevelser så som att få tydlig och adekvat information kan minska oviljan mot att söka vård. Att inte uppleva sig delaktig i sin egen vård eller uppleva sig ha möjlighet att påverka den kan leda till att det inte längre känns meningsfullt att fortsätta försöka söka vård. Kombinationen med att en del läkare undviker att behandla patienter med ADHD och att personer med ADHD undviker att söka vård borde kunna leda till onödigt lidande för patientgruppen. Att inte känna sig lyssnad till stämmer inte överens med grunderna i personcentrerad vård. För att kunna bemöta patienter på ett personcentrerat sätt måste det finnas tid för varje patient. Det kan antas att stressad personal generellt har ett sämre bemötande. Personalen måste också ha viljan att arbeta med och ha kunskap om personcentrerad vård. Att känna till en patients livsberättelse är ett av grundbegreppen inom personcentrerad vård [28] och är även något som efterlyses av patientgruppen i aktuell studie. En risk med en vård som baseras på patientens egna berättelse kan vara att personer med högre utbildning, är mer värtaliga och bättre kan sätta ord på sin upplevelse av hälsa kommer att få en säkrare, mer avancerad och bättre vård. Utifrån ett salutogent synsätt kan det vara viktigt att vården jobbar aktivt för att stärka meningsfullheten. En vård där den sökande upplever ett gott och korrekt bemötande hade kunnat verka som en generell motståndsresurs hos denna patientgrupp. I aktuell studie framkommer en del antiintellektualism. Att vårdpersonalen har hög utbildning ses snarare som negativt då upplevelsen är att högre kunskap leder till mindre empati. Samtidigt som informanterna vill att personalen ska ha mer kunskap kring ADHD. Det kan tyckas motsägelsefullt, men kan även vara ett uttryck för den makt-asymmetri som uppstår mellan personal och patient i vårdsammanhang. Ett av syftena med personcentrerad vård är att balansera ut denna maktasymmetri genom att inkludera och se patienten och dess resurser i sin egna vård.

## **SLUTSATS**

Resultatet visar på vikten av kunskap om ADHD för att kunna ge en personcentrerad och god omvårdnad, oavsett om personen söker somatisk eller psykiatrisk vård. Det visar även att tydlighet, korrekt och relevant information kan påverka upplevelsen av vården positivt. Information, kompetens hos personalen och ett gott och korrekt bemötande av patienterna kan verka som generella motståndsresurser inom vården för att underlätta vårdsökande och på så sätt öka hälsan för denna patientgrupp. Som förslag hade det kunnat införas neuro-

psykiatrisk certifiering, liknande den certifiering som finns inom till exempel Region Skåne för hbtq-frågorna. Detta torde kunna ha en positiv inverkan på patienternas upplevelse av vården och även för personalen som kan känna sig stärkt i sin kompetens. Ämnet behöver undersökas vidare och det hade varit intressant att genomföra fler studier för att se om det resultat som redovisas i aktuell studie speglar personer med ADHD upplevelser av vårdsökande generellt och belysa vilket stöd personer med ADHD önskar när de ska söka kontakt med vården.

## **KUNSKAPSUTVECKLING**

Alla de olika momenten under uppsatsens gång har varit väldigt lärorika och gett författarna mycket ny kunskap om hur en studie genomförs och hur lång tid alla individuella delar tar. Det har också blivit klart hur svårt det kan vara att få tag på deltagare men att de deltagare som har valt att delta i studien har gjort det med stort engagemang och villighet att dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter. Det har varit en kontinuerlig diskussion om olika etiska aspekter under arbetets gång. Som exempel kan nämnas den process där informanterna gick från anonyma deltagare till riktiga människor som satt framför oss och gav av både sin tid och berättade om sina upplevelser. Förhoppningen är att den här studien belyser behovet av en större forskning som kan leda till en förändring i riktning mot en mer jämlik vård och hälsa.

### **Delaktighet**

Båda författarna har varit lika delaktiga under idé-, intervju- och skrivfasen. Arbetet har skrivits ihop under flera onlinemöten. Informanternas ska ha stort tack, utan dem ingen studie.

## **FRAMTIDA VÄRDE**

Den aktuella studien redogör för kunskap som inte är utforskad i större utsträckning då det av någon anledning inte finns många studier om ADHD som beaktar patientperspektivet. Den tydliggör hur viktigt det är med hög kunskapsnivå om ADHD inom alla vårdinstanser och hur viktigt det är med korrekt information. De nya frågor som uppstått under arbetets gång är bland annat hur vi ska arbeta med att få vården mer jämställd, hur kan vi komma till en vård som upplevs inkluderande och inte dömande. Tidsaspekten är viktig för patientgruppen i många aspekter. Det kommer till uttryck i hur lång väntetiden upplevs, till att få tillräckligt med tid för att ge sin berättelse och bli korrekt förstådd. Att som personal prioritera att avsätta tillräckligt med tid är viktigt.



## REFERENSER

1. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed (DSM-5)*. Arlington, American Psychiatric Publishing
2. The World Federation of ADHD (2023) *International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder*. >adhd-federation.or< PDF (2023-12-13)
3. Socialstyrelsen (2021) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism. Stöd för styrning och ledning*. >[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)< PDF (2023-12-11)
4. Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30
5. ICN, International Councils of Nurses. (2011) *Code of Ethics for Nurses* >[www.icn.ch](http://www.icn.ch)< PDF (2024-01-07)
6. Svensk sjuksköterskeförening (2013) *Omvårdnad och god vård*. >[www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)< PDF (2023-12-27)
7. WHO (2024) Mental health >[who.int](http://who.int)<
8. Socialstyrelsen (2023) *Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd Förekomst, trend och könsskillnader*. >[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)< PDF (2023-12-12)
9. Grevet E H, Bau C H, Salgado C A, et al. (2006) Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: support for the validity of subtypes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 256(5):311–319
10. Björk A, Rönngren Y, Hellzen O & Wall E, (2021) The Importance of Belonging to a Context: A Nurse-Led Lifestyle Intervention for Adult Persons with ADHD *Issues in mental health nursing*, 42(3), 216–226
11. Quinn P O & Madhoo M, (2014) A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(3)
12. Willcutt E G, (2012) The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012; 9(3) 490-9
13. Loyer Carbonneau M, Demers M, Bigras M & Guay M-C, (2021) Meta-Analysis of Sex Differences in ADHD Symptoms and Associated Cognitive Deficits. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1640-1656
14. Nigg J T, Johnstone J M, Musser E D, Long H G, Willoughby M T, Shannon J, (2016) Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and being overweight/obesity: New data and meta-analysis. *Clin Psychol Rev Feb*;43 67-79

15. Cortese S, Moreira-Maia C R, St Fleur D, Morcillo-Peñalver C, Rohde L A, Faraone S V, (2016) Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*. Jan; 173(1)34-43
16. Van der Schans J, Aikman B, de Vries T W, Hoekstra P J, Hak E, (2017) Association Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Asthma Among Adults: A Case-Control Study. *Chest*. 151(6) 1406-1407
17. Lebowitz M S, (2016) Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *J Atten Disord*. 2016 Mar;20(3):199-205.
18. Socialstyrelsen (2023) *Statistik om legitimerad Hälso- och sjukvårdspersonal 2022 samt arbetsmarknadsstatus 2021* >[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)< PDF (2024-01-07)
19. Matheson L, Asherson P, Wong I C K, Hodgkins P, Setyawan J, Sasane R & Clifford S, (2013) Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 13, 184
20. Woicik K, Van der Lem R, Sijtsema J J, Bogaerts S, (2017) Treatment no-show in forensic outpatients with ADHD. *Crim Behav Ment Health*. 2017 Feb;27(1):76-88
21. Gavin B, McNicholas F, (2018) ADHD: science, stigma and service implications. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2018;35(3)169-172.
22. Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2009) >[socialstyrelsen.se](http://socialstyrelsen.se)< PDF (2024-03-23)
23. SOU 2016:55 *Det handlar om jämlik hälsa Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete* >[regeringen.se](http://regeringen.se)< (2024-03-20)
24. Sveriges kommuner och regioner. *(O)jämsställdhet i hälsa och vård En sammanfattning 2019* >[skr.se](http://skr.se)< PDF (2024-03-20)
25. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys(2022) *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022* >[vardanalys.se](http://vardanalys.se)< PDF (2024-02-11)
26. Satens offentliga utredningar 2020:19 *God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. >[regeringen.se](http://regeringen.se)< (2023-12-26)
27. Maassen E F, Schrevel S J C, Dedding C W M, Broerse J E W & Regeer B J, (2017) Comparing patients' perspectives of "good care" in Dutch outpatient psychiatric services with academic perspectives of patient-centered care. *Journal of Mental Health*, 26(1), 84–94
28. Ekman I, Nordberg A (2017) *Personcentrerad vård*. I Edberg A-K, Ehrenberg A, Friberg F, Wijk H, Öhlén J (Red.) *Omvårdnad på avancerad nivå - Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (1a upplagan). Lund, Studentlitteratur

29. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2001), *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington, DC: The National Academies Press.
- 30 Mirsch H (2018) *Över hälften av landstingen arbetar för personcentrerad vård* >[vardfokus.se](http://vardfokus.se)< HTML (2023-10-24)
31. Boardman J & Dave S, (2020) Person-centred care and psychiatry: some key perspectives. *BJPsych international*, 17(3), 65–68
32. Price A I, Djulbegovic B, Biswas R & Chatterjee P (2015) Evidence-based medicine meets person-centred care. *J Eval Clin Pract*, 21: 1047-1051 [35]  
Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur
33. Appelbaum S H & Wohl L, (2000) Transformation or change: some prescriptions for health care organisations, *Managing Service Quality*, 10 279-98
34. Álvarez Ó S, Ruiz-Cantero M T, Casseti V, Cofiño R & Álvarez-Dardet C, (2021) Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gaceta sanitaria*, 35(5), 488–494
35. Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur
36. Graneheim U H, Lundman B, (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb;24:105-12
37. Lindgren B-M, Lundman B & Graneheim U, (2020) Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108
38. Polit D, Beck C T. (2021) *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
39. Kallio H, Pietilä A M, Johnson M, Kangasniemi M, (2016) Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*. 2016 Dec;72(12):2954-2965
40. Robson C, McCartan K, (2016) *Real world research : a resource for users of social research methods in applied settings* Chichester Wiley >göteborgs universitet< PDF (2023-12-20)
41. Graneheim U, Lindgren B-M & Lundman B, (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34
42. Priebe G & Landström C, (2023) *Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar I*: Henricsson M (Red) *Vetenskaplig Teori och Metod* Lund, Studentlitteratur AB
43. Lundman B & Hällgren Graneheim U, (2017) *Kvalitativ innehållsanalys I*: Höglund B Nielsen B, Granskär M. (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3e utgåvan) Lund, Studentlitteratur

44. World Medicin Association, (2013) *Declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects*. >[www.wma.net](http://www.wma.net)< PDF (2023-12-26)
45. Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* >[vr.se](http://vr.se)< PDF (2023-12-26)
46. French B, Perez Vallejos E, Sayal K, Daley D, (2020) Awareness of ADHD in primary care: stakeholder perspectives. *BMC Fam Pract*. 2020 Feb 28;21(1):45
47. Solberg B S, Haavik J, Halmøy A, (2019) Health Care Services for Adults With ADHD: Patient Satisfaction and the Role of Psycho-Education *J Atten Disord* 2019 Jan;23(1):99-108
48. French B, Sayal K, Daley D (2019) Barriers and facilitators to understanding of ADHD in primary care: a mixed-method systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Aug;28(8):1037-1064

<b>1. BILAGA 1</b>	
<b>a. Informationsbrev</b>	
<b>Projektets titel</b> Hur personer med ADHD upplever det att söka vård	<b>Datum</b> 240117
<b>Studieansvariga</b> Hedvig Persson Sara Strandberg  <b>Din E-post</b> <a href="mailto:magisteruppsats@mau.se">magisteruppsats@mau.se</a>	<b>Studerar vid Malmö universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040- 6657000</b> <b>Utbildning</b> Omvårdnad Masterprogram <b>Nivå</b> Avancerad
<p>Hej,</p> <p>Vi är två sjuksköterskor som studerar på Malmö universitet. Under våren 2024 kommer vi att skriva en magisteruppsats. Syftet med uppsatsen är att samla information om och sedan beskriva hur personer med ADHD upplever det att söka vård.</p> <p>Vi kontaktar dig för att fråga om du vill vara med i vår studie. För att vara med ska du ha diagnosen ADHD och ha erfarenhet av att ha eller ha haft behovet av att kontakta vården i vuxen ålder (över 18 år). Med att kontakta vården menar vi att ringa, chatta, skriva på 1177.se eller söka på plats.</p> <p><b>Studiens syfte</b> Det finns forskning om hur sjukvårdspersonal upplever att det är att behandla/vårda personer med ADHD och det finns forskning om hur föräldrar till barn med ADHD upplever kontakten med vården. Däremot finns det inte mycket forskning om hur personer med ADHD själva upplever att det är att söka vård. Vi vill därför lyfta fram dessa upplevelser och erfarenheter. Du kommer inte att behöva uppge information om vilka sjukdomstillstånd du sökt för och intervjun kommer ej heller ge utrymme för rådfrågning av oss i egenskap av sjuksköterskor.</p> <p><b>Vad innebär studien</b> Vi kommer att genomföra en intervju med dig och du behöver avsätta ca 60 minuter för den. Du bestämmer själv om intervjun ska genomföras hemma hos dig, på biblioteket på din hemort, på Skånes universitetssjukhus Malmö eller på Malmö universitet. Intervjun kommer att spelas in och sedan skrivas ner. Konfidentialitet garanteras, det vill säga dina svar kommer att koda och därmed avidentifieras. All information kommer att förvaras inlåst och dina svar kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av det. Resultatet kommer att presenteras på gruppnivå vilket innebär att ingen enskild deltagare kommer att kunna identifieras. Det insamlade materialet kommer endast att användas i detta</p>	

examensarbete och förstörs efter studiens slut. Studien och dess resultat kommer att publiceras på en databas för studentarbeten, DiVA.

**Frivillighet**

Ditt deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att motivera varför och det medför inte några negativa konsekvenser för dig.

Är du intresserad av att delta i studien eller om du har frågor om studien är du välkommen att kontakta oss på [magisteruppsats@mau.se](mailto:magisteruppsats@mau.se).

Med vänlig hälsning

Hedvig Persson och Sara Strandberg

## **2. BILAGA 2**

### **a. Intervjumall**

#### **3. Inledning**

Introduktion, information om hur intervjun kommer gå till, hur data kommer att förvaras. Känns det okej?

Har du något du vill fråga om innan vi sätter igång?

#### **4. Uppvärmningsfrågor**

Vilka sätt har du använt dig av när du kontaktat vården?

Har du några fasta vårdkontakter?

#### **5. Huvuddelen, här kommer följdfrågor och förtydligande frågor att ställas utefter svar, tex kan du ge något exempel, kan du berätta mer och hur kommer det sig?**

Hur upplever du att det är att söka vård?

Har du något exempel på när det varit lätt eller problemfritt att söka vård?

Har du upplevt några svårigheter när du behövt söka vård?

Har du dragit dig eller skjutit upp att söka vård någon gång när du behövt det?

Har du blivit kallad till screening och har du i så fall deltagit? Till exempel mammografi, cellprovtagning, hälsosamtal.

Upplever du att det är skillnad att söka vård mellan somatisk och psykisk vård?

Finns det några anpassningar du hade velat se från vårdens sida?

Upplever du att vården är jämlik?

#### **6. Nedtrappning**

Sammanfattning av det personen sagt, insamling av grunduppgifter så som kön, ålder och utbildningsnivå

#### **7. Avslutning**

Har du några tankar och funderingar så här i slutet?

### **3. BILAGA 3**

#### **a. Samtyckesblankett**

<b>Projektets titel:</b>  Hur personer med ADHD upplever det att söka vård	<b>Datum:</b> 240122
<b>Studieansvarig/a:</b>  Hedvig Persson <a href="mailto:magisteruppsats@mau.se">magisteruppsats@mau.se</a>  Sara Strandberg <a href="mailto:magisteruppsats@mau.se">magisteruppsats@mau.se</a>	<b>Studerar vid Malmö universitet, Fakulteten vid hälsa och samhälle, 205 06 Malmö, Tfn 040-6657000</b>  <b>Utbildning:</b> Omvårdnad Masterprogram Avancerad nivå
<p><b>Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.</b></p>	
<p><b>Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:</b></p> <p><b>Datum:</b> .....</p> <p><b>Deltagarens underskrift:</b> .....</p>	



## 4. BILAGA 4

### a. Etikansökan och utlåtande

#### Ansökningsblankett

Datum: **240117**

Ärendenummer (Ifylls av Mau):  
HS2021 löp nr

#### Etisk prövning

Fakulteten för hälsa och samhälle

### A. Allmänt

<b>Projektets titel</b>
Hur personer med ADHD upplever det att söka vård
<b>Studenter som genomför projektet</b>
Hedvig Persson <a href="mailto:hedvigs@gmail.com">hedvigs@gmail.com</a>  Sara Strandberg <a href="mailto:sara.strandberg@skane.se">sara.strandberg@skane.se</a>
<b>Utbildning och nivå</b>
Omvårdnad Masterprogram Avancerad nivå
<b>Handledarens namn, titel, adress och e-post</b>
Anna-Carin Aho Lektor, PhD Malmö Universitet Fakulteten för hälsa och samhälle Institutionen för vårdvetenskap Jan Waldenströms gata 25 214 28 Malmö <a href="mailto:anna.carin.aho@mau.se">anna.carin.aho@mau.se</a>

### B. Uppgifter om projektet

#### 1) Sammanfattande beskrivning (max 150 ord)

*Här beskriver du översiktligt bakgrunden och syftet med din studie. Ange översiktligt vilken eller vilka metoder du kommer att använda dig av och hur din empiri kan förväntas se ut.*

ADHD är en funktionsnedsättning som innebär svårigheter att planera, komma i gång med saker - speciellt om de upplevs som jobbiga eller svåra, hålla fokus och att komma i tid. Personer med ADHD uteblir ofta från vårdbesök. De behöver stöd och hjälp att följa upp och förebygga fysisk ohälsa. Hälso- och sjukvården har i uppdrag att leverera jämlik vård och främja hälsa och god vård åt hela befolkningen. Omvårdnad är sjuksköterskans ansvar och målet med omvårdnad är att personen som vårdas ska vara så självständig som möjligt. Det finns forskning om hur sjukvårdspersonal upplever att det är att behandla/vårda personer med ADHD och det finns forskning om hur föräldrar till barn med ADHD upplever kontakten med vården. Däremot finns det inte mycket forskning om hur personer med ADHD själva upplever att det är att söka vård. För att bättre kunna förstå och ge personer med ADHD den hjälp och stöttning de behöver är det av yttersta vikt att deras egna perspektiv på vårdsökande belyses och lyfts fram. Detta vill den kommande studien göra genom att utföra en intervjustudie med personer med ADHD med syfte att se hur de upplever det att söka vård.

## **2) Ange primär vetenskaplig frågeställning**

*Här anger du den eller de frågeställningar som ligger till grund för din studie.*

Hur upplever personer med ADHD det att söka vård?

## **3) Beskriv undersökningsprocedur, datainsamling samt hantering av data.**

*Av din beskrivning ska det framgå hur du tänker genomföra din studie. Vilken typ av empiri kommer du att använda dig av och hur går du tillväga när du samlar in denna? Om du använder dig av enkäter eller intervjuer ska du beskriva hur du går tillväga och ge exempel på frågornas innehåll. Bifoga enkät- eller frågeformulär. Om du använder dig av information som redan sammanställts ska du ange vilka databaser, register eller andra källor du hämtar din information från.*

Studien kommer att utformas som en kvalitativ intervjustudie.

Datainsamlingen kommer att ske genom individuella semistrukturerade intervjuer med i förväg bestämda frågor, var god se bilaga. Varje informant kommer att intervjuas vid ett tillfälle och beräknad tidsåtgång kommer att vara 60 minuter. Varje intervju kommer att spelas in på dubbla diktafoner och sedan skrivas ner ordagrant. Intervjuerna kommer att vara platsbundna, alltså inte ske online. Informanterna kommer att få välja om de vill att intervjun ska genomföras hemma hos dem, på avskild plats på bibliotek på hemorten, på Skånes universitetssjukhus Malmö eller på Malmö universitet.

Initialt kommer båda författarna att delta under intervjuerna med en av dem som intervjuledare som är den som i huvudsak håller intervjun och den andra som tekniskt ansvarig och observatör med möjlighet att ställa uppföljningsfrågor på slutet.

Efter intervjun kommer informanterna att tillfrågas om ålder, kön och utbildningsnivå. Detta för att få en så klar bild av informanterna som möjligt för att senare kunna avgöra överförbarheten i studiens fynd.

Informanterna kommer att kunna ta kontakt med författarna i efterhand via e-post, om det har någon fråga eller fundering kring studien. Denna kontaktväg finns tillgänglig under studiens tid fram till och med 30/5–2024.

**4) Innehåller materialet känsliga personuppgifter (se [GDPR](#))? Om ja – av vilket slag?**

*Det ställs särskilda krav på studier som innehåller känsliga personuppgifter, även om forskningspersonen har samtyckt till att medverka i studien. Med känsliga personuppgifter avses personuppgifter som avslöjar:*

- a) ras eller etiskt ursprung*
- b) politiska åsikter,*
- c) religiös eller filosofisk övertygelse, eller*
- d) medlemskap i fackförening. Samt*
- e) personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv.*

*Omfattar din studie sådana uppgifter som nämns ovan och du samlar in dessa uppgifter i din dator, är du skyldig att följa personuppgiftslagens regler om IT-säkerhet. Dessa regler innebär särskilt stränga krav på att de datoriserade uppgifterna måste skyddas för obehöriga.*

*Exempel på frågor du bör fundera över: Hur förvarar du din dator? Har någon annan än du själv tillgång till datorn? Är dina uppgifter kodade? Är datorn lösenords-skyddad? Osv.*

Inspelningarna och kodnyckel kommer att förvaras inlåsta i ett skåp och endast författarna kommer att ha tillgång till dem. Det nedskrivna materialet kommer att förvaras på inlåst lösenordskyddat USB som endast författarna kommer att ha tillgång till. Inget material kommer att sparas ner på datorer. Personuppgifter och identifierbart material kommer inte att användas i studiens texter. Insamlat material kommer endast användas för angiven studie och allt material kommer att destrueras efter studiens färdigställande.

**5) Hur säkerställs deltagarnas integritet under projektet?**

*Denna fråga tar sikte på hanteringen av all typ av information. Individens trygghet och integritet måste alltid säkerställas. Vem eller vilka har tillgång till den information du samlar in? Hur förvarar du din empiri? Kodar eller avidentifierar du ditt material? Vem eller vilka har tillgång till din kodnyckel och hur förvaras den?*

Uppgifter som kan identifiera en informant, kommer att ersättas med en kod i en kodnyckel. Inspelningarna och kodnyckel kommer att förvaras inlåsta och endast författarna kommer att ha tillgång till dem. Det nedskrivna materialet kommer att förvaras på inlåst lösenordskyddat USB som endast författarna kommer att ha tillgång till. USB med det nedskrivna materialet och kodnyckel kommer att förvaras inlåsta i olika skåp. Inget material kommer att sparas ner på datorer. Personuppgifter och identifierbart material kommer inte att användas i studiens texter. Insamlat material kommer endast användas för angiven studie och allt material kommer att destrueras efter studiens färdigställande.

**6) Ange var datainsamling ska ske och redogör för behovet av och inhämtande av eventuella tillstånd från myndigheter, medgivanden från verksamhetsansvariga etc.**  
*Om du samlar in din empiri på exempelvis en skola eller en sjukvårdsmottagning ska du se till att få tillstånd från rektor respektive verksamhetsledare innan din undersökning börjar. På motsvarande sätt måste du se till att du har verksamhetsledningens medgivande om du samlar in ditt material på ett privat företag.*

*Använder du dig av sekretessbelagt material, exempelvis patientjournaler eller utredningar från socialtjänsten förutsätter din undersökning att du av myndigheten beviljats att ta del av handlingarna exempelvis med förbehåll.*

*Det är du och din handledare som har ansvaret för att undersöka vilka tillstånd just din studie förutsätter, oberoende av om undersökningen sker i eller utanför Sverige.*

Informanter kommer att eftersökas via lokalföreningarna för intresseorganisationen Attention i södra Sverige. Författarna har mejlat respektive ordförande, men ännu inte fått svar, och informerat om studien och frågat om de kan vara behjälpliga med att mejla ut informationsbrev till sina medlemmar allt att författarna kommer ut och informerar om studien på ett möte. Personer som är intresserade av att delta i studien får i sin tur svara författarna via mejlen [magisteruppsats@mau.se](mailto:magisteruppsats@mau.se) för eventuell vidare information och att delta i studien. Om inte tillräckligt med informanter kan rekryteras via Attention kommer författarna att gå via öppna grupper på Facebook för att efterfråga informanter. Ett Facebook konto kommer att skapas för att användas enbart för det syftet. Bifogat informationsbrev kommer i så fall att läggas ut i aktuell Facebook grupp.

**7) Är detta projekt en del i annat projekt? Om ja – ange vem som ansvarar för det andra projektet.**

*Om det är så att din undersökning är en del av ett större projekt som exempelvis din handledare bedriver, så anger du det här.*

Nej

## C. Uppgifter om informanter/population/material

**1) Beskriv urvalsförfarandet.**

*På vilket sätt kommer du i kontakt med lämpliga personer eller material? Vilka kriterier använder du för att inkludera eller exkludera deltagare?*

*Om underåriga eller personer som inte är beslutskapabla ingår i din studie ska du särskilt resonera kring hur du hanterar detta.*

Informanter kommer att eftersökas via lokalföreningarna för intresseorganisationen Attention i södra Sverige. Författarna har mejlat respektive ordförande, men ännu inte fått svar, och informerat om studien och frågat om de kan vara behjälpliga med att mejla ut informationsbrev till sina medlemmar allt att författarna kommer ut och informerar om studien på ett möte. Personer som är intresserade av att delta i studien får i sin tur svara författarna via mejlen [magisteruppsats@mau.se](mailto:magisteruppsats@mau.se) för eventuell vidare information och att delta i studien. Om inte tillräckligt med informanter kan rekryteras via Attention kommer författarna att gå via öppna grupper på Facebook för att efterfråga informanter. Ett Facebook konto kommer att skapas för att användas enbart för det syftet.

<p>Inklusionskriterier kommer att vara personer över 18 år som talar och förstår svenska, har ADHD och har haft behov av eller sökt vård (digitalt, via telefon eller på plats) inom svensk hälso- och sjukvård.</p> <p>Exklusionskriterier är personer som författarna har en personlig eller professionell relation till.</p>
<p><b>2) Beskriv relationen mellan student/handledare å ena sidan och deltagare/ population/material å andra sidan.</b>  <i>Hur redogör du för alla relationer som kan medföra risk för påverkan. Om din empiri består av patienter eller klienter, kan någonting i undersökningens upplägg inverka på behandlings- och biståndsrelationen eller tvärtom? Har du använt dig av vänner och bekanta för att hitta lämplig empiri, hur hanteras detta?</i></p>
<p>Inga personer som författarna har personlig eller professionell relation till kommer att inkluderas i studien.</p>
<p><b>3) Beskriv undersökningsmaterialets omfattning.</b>  <i>Berätta hur omfattande ditt material kommer att vara (antal enkätsvar, intervjuer etc). Fundera gärna över om omfattningen är rimlig utifrån att besvara frågeställningarna. Kanske behöver du inte lika många informanter som du först trodde.</i></p>
<p>Förhoppningen är att genomföra 10 intervjuer, det beror på hur många informanter vi får.</p>

## D. Information och samtycke

<p><b>1) Beskriv vilken information som presenteras inför deltagandet samt under vilka former deltagaren får denna information.</b>  <i>Denna fråga besvarar du enklast genom att bifoga ditt informationsbrev. Tänk på att brevet ska vara anpassat till mottagaren. Försök alltså att formulera dig kortfattat och sakligt på ett lättillgängligt språk. Informationsbrevet ska innehålla följande:</i></p> <p><i>Ditt och din handledares namn samt kontaktuppgifter</i>  <i>Syfte med och övergripande plan för projektet</i>  <i>De metoder som kommer att användas (och som berör deltagaren)</i>  <i>De följder och risker som projektet kan medföra (om det finns sådana)</i>  <i>Att deltagandet är frivilligt</i>  <i>Att deltagaren när som helst, utan särskild förklaring, kan avbryta sin medverkan</i>  <i>Att ingen obehörig kommer att få ta del av informationen</i>  <i>Hur konfidentialiteten bevaras.</i>  <i>Avstå från sådana, även milda, formuleringar som kan inverka på viljan att delta (som "jag hoppas att du vill vara med", "ditt deltagande är givetvis frivilligt, men...", "tack på förhand" etc)</i></p>
<p>Var god se bifogat informationsbrev.</p>
<p><b>2) Under vilka former inhämtas deltagarens samtycke?</b>  <i>Samtycket gäller enbart om personen har fått information först. Beskriv därför hur informationen lämnas till den möjliga deltagaren. Tänk på att om kontakt sker i en behandlings- eller vårdkontext finns det risk att deltagandet i din studie uppfattas som ett villkor för behandling eller omsorg. Deltagarens samtycke ska vara frivilligt, uttryckligt</i></p>

*och preciserat till ditt projekt. Samtycket ska dokumenteras, detta kan ske exempelvis genom att deltagaren skriver under informationsbrevet.*

Deltagarna kommer få informationsbrev där det framgår vad studien kommer innehålla, syftet med den och hur data kommer att behandlas. För att säkerställa att deltagandet sker på frivillig basis och deltagare inte ska känna social plikt att delta, exkluderas personer som författarna har en personlig eller professionell relation till.

Deltagarna kommer sedan i lugn och ro få läsa igenom informationsbrevet ytterligare en gång och ställa eventuella frågor och efter det lämna skriftligt samtycke på plats innan start av intervjun. Deltagarna kommer att få författarnas mailadress för att lätt komma i kontakt med författarna under studiens gång.

## E. Etiska överväganden

**1) Reflektera över de risker och komplikationer (fysisk/psykisk skada, integritetsintrång etc) som projektet kan medföra för deltagarna eller andra. Finns det alternativa metoder där dessa risker kan undvikas?**

*Med integritetsintrång menas t ex att du stör respondenter och upptar deras tid och kraft. Vidare att du genom dina frågor/observation m m kan fokusera på svåra händelser i respondenternas liv som respondenten måste hantera. Ange vilka åtgärder som har vidtagits för att förebygga risker och vilken beredskap som finns för att hantera sådana komplikationer.*

För att minimera integritetsintrång får informanten bestämma var någonstans intervjun ska ske. Intervjun sker vid ett tillfälle och tidsåtgång är ca 60 min.

Sannolikheten att deltagande i studien kan väcka obehagliga känslor för deltagaren bedöms som låg, men för säkerhets skull kommer deltagarna få information om var de kan söka sig som intervjun leder till ökat eller akut försämrat psykiskt mående.

**2) Beskriv eventuell nytta som projektet kan innebära för deltagarna.**

*Här kan t ex redovisas om vissa grupper kan komma att få hjälp/stöd som ett resultat av studien.*

Förhoppningen är att studien kan leda till en bättre förståelse och ge personer med ADHD den hjälp och stöttning de behöver i kontakt med vården. Att det kan leda till en förändring i riktning mot en mer jämlik vård och hälsa.

## F. Redovisning av resultat

**1) Hur kommer resultaten att offentliggöras?**

*Här ska anges hur resultaten kommer att spridas. T ex kommer resultaten att finnas i en publikation/upsats som publiceras på Malmö universitets databas DiVA. Vidare är det möjligt att du kommer att återsrapportera till den verksamhet du har hämtat empiri ifrån eller eventuellt någon intresseorganisation.*

Resultaten kommer att finnas i en uppsats som publiceras på Malmö universitets databas, DiVA

**2) Hur säkerställs deltagarna integritet när resultatet offentliggörs?**

*Beskriv procedurer eller metoder för avidentifiering/anonymisering.*

Inspelningarna och kodnyckel kommer att förvaras inlåsta och endast författarna kommer att ha tillgång till dem. Det nedskrivna materialet kommer att förvaras på inlåst lösenordsskyddat usb som endast författarna kommer att ha tillgång till. Inget material kommer att sparas ner på datorer. Personuppgifter och identifierbar information kommer inte att användas i studiens texter.

**3) Vad händer med insamlat material när projektet är avslutat?**

*Materialet bör förstöras efter att projektet är avslutat och detta måste beskrivas. Om materialet är avsett att bevaras bör du ange skäl för detta..*

Insamlat material kommer endast användas för angiven studie och allt material kommer att destrueras efter studiens färdigställande.

**Bilagor (1-3 är obligatoriska)**

- 1. Skriftlig information till de som tillfrågats**
- 2. Skriftlig samtyckesblankett enligt anvisningar**
- 3. Intervjuguide**
- 4. Undertecknat medgivande från handledare**

Datum: 2024-01-26

Diarienummer: S 2024/185

**Projekt:**

Hur personer med ADHD upplever det att söka vård

**Student:**

Sara Strandberg och Hedvig Persson

**Utbildning:**

Masterprogram i omvårdnad

**Handledare:**

Anna-Carin Aho

**Föredragande:**

Lotta Wendel

**Etikrådets utlåtande:**

Etikrådet rekommenderar att konfidentialiteten särskilt beaktas när intervjuerna genomförs i offentliga miljöer. Hur detta sker bäst kan diskuteras med handledare. Lycka till med projektet!

Lotta Wendel

Ledamot i Etikrådet för studentarbeten vid Fakulteten för hälsa och samhälle/Malmö universitet