

## Att se till helheten

- en studie av en psykosenhets inom psykiatrisk öppenvård.

Av: Ylva Nilsson

---

Socialhögskolan i Lund Vt 11



Handledare: Frans Oddner

Abstract

Author: Ylva Nilsson

Title: A study of a psychosis unit within open psychiatric care from a holistic-view perspective.

Supervisor: Frans Oddner

Assessor: Anna Angelin

The purpose of this study is to examine a new method of working with patients with a mental disability according to a holistic-view perspective. The aim is to find out how the employees at one psychosis unit at a Swedish hospital view their work, helping patients to find strategies to handle their lives and to sense quality in life, as well as to examine how the employees themselves look upon their own cooperation. I have conducted a qualitative study with four semi-structured interviews. The aims have been studied through an analysis of four interviews with employees from the psychosis unit. The theoretical points I have used is the stigma theory, mainly based on Goffman's ideas on the theory. Some of my conclusions were the following: To obstruct stigma you need to work I-supporting, to help with concrete means, attend meetings with the patient and to help the patient reach disease awareness. The most important factors for recovery and quality of life were for the patients to reach disease awareness, and receive emotional practical support in everyday life. The employees perceived that their cooperation worked well but that communication and insight in other employees' work could get better.

Key words: mental disability, holistic-view perspective, psychosis unit, stigma, quality of life.

## Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1:1 Problemformulering .....	1
1:2 Syfte och frågeställningar.....	4
1:2:1 Syfte: .....	4
1:2:2 Frågeställningar: .....	4
2 Bakgrund .....	4
2:1 Tidigare forskning .....	4
2:2 Studiens bakgrund .....	9
3 Metod .....	10
3:1 Val av metod .....	10
3:2 Avgränsning .....	11
3:3 Val av intervjupersoner och genomförande av intervjuer .....	12
3:4 Förtjänster och begränsningar i en intervjusituation .....	13
3:5 Tillförlitlighet .....	14
3:6 Bearbetning och analys .....	15
4 Etiska överväganden.....	16
5 Teori .....	16
5:1 Inledning.....	16
5:2 Stigmatiseringsteorin.....	17
6 Analys.....	20
6:1 Inledning.....	20
6:2 Presentation av intervjupersoner .....	20
6:3 Synen på det egna arbetet, arbetsuppgifter och stigma .....	21
6:4 Strategier och livskvalitet.....	25
6:5 Samarbete och samverkan med övrig personal .....	32
7 Slutdiskussion.....	37
Referenser.....	42
Bilaga 1 .....	0
Bilaga 2 .....	2

# 1 Inledning

## 1:1 Problemformulering

Från och med 2009 och tre år framåt har Regeringen gjort en satsning för att "[...] förbättra allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning" (Hjärnkoll, 2010). Satsningen har givits namnet Hjärnkoll och drivs av Handisam och NSPH (nationell samverkan för psykisk hälsa). Temat är "för ett psykiskt friskare Sverige" och målet är att öka acceptansen och kunskapen om psykisk funktionsnedsättning i samhället. De negativa attityder som finns i samhället idag leder till skam och skuld hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Detta leder i sin tur till att många psykiskt funktionshindrade inte söker hjälp och blir sjukare och lider helt i onödan. Man vill med denna satsning synliggöra att det finns många fördomar kring personer med psykiska funktionshinder, och slå håll på dessa (Ibid).

Med detta i åtanke har det väckts i mig en nyfikenhet kring hur vården fungerar och är organiserad för individer med psykiska funktionshinder. Mitt val har blivit att specialisera mig på dem som arbetar med individer som är nyinsjuknade i en psykossjukdom. Hur fungerar arbetet rent praktiskt på en psykosenhet, hur samverkar personalen och hur tänker de kring livskvalitet för sina patienter?

Många faktorer har lett till och påverkat hur vården och arbetet med psykiskt funktionshindrade ser ut i dag. År 1982 tillkom socialtjänstlagen vilket innebar ökat ansvar för kommunerna gällande boende och sysselsättning för psykiskt funktionshindrade. Under 1980-talet avvecklades även mentalsjukhusen till gagn för andra vårdformer. Denna nyordning fungerade dock inte tillfredställande enligt de psykiskt funktionshindrade och deras organisationer. De ansåg att stödet var otillräckligt och att det var lätt att "hamna mellan stolarna", kommunen och landstinget. I 1992 års psykiatriutredning framkom detta och det ledde till den reform som kom att träda i kraft den 1 januari 1995, den så kallade psykiatrireformen (Nordén 2001). Avsikten med psykiatrireformen 1995 var att öka delaktigheten och livskvalitén hos personer med psykiska funktionshinder. För att detta skulle bli möjligt beslöt riksdagen om ett treårigt stimulansbidrag till alla kommuner och landsting i Sverige, för att öka samarbetet mellan kommun och landsting. Dessa pengar skulle gå till boenden med särskild service, hälso- och sjukvård, habilitering och rehabilitering samt sysselsättning. I och med reformen lades med andra ord mer ansvar på kommuner och

landsting. Stimulansbidraget var även tänkt att användas till utveckling av samverkansformer mellan socialtjänst och psykiatri, personligt ombud, anhörigstöd, försöksverksamheter för missbrukare med svåra psykiska störningar och kamratstöd (Socialstyrelsen 1996).

Under samma tid som psykiatrireformen, pågick en genomgripande sanering av statsfinanserna vilket medförde ett hårt slag mot kommuner och landsting. Utöver detta saknades även strategier för hur själva reformen praktiskt skulle genomföras och även en central samordningsfunktion saknades. Dessa omständigheter samverkade till att hoppet om en stor positiv förändring kom på skam. Målsättningar uppfylldes inte till den grad som det i början var tänkt (SOU Rapport 2006:6). Markström (2003), docent i socialt arbete, tar upp svårigheterna kommunerna hade att nå de mål som sattes upp i psykiatrireformen.

Uppskattningsvis skulle ca 20 000 individer i Sverige ha behov av sådant stöd enligt psykiatriutredningen. 1998 hade 2000 individer fått beslut om insats enligt LSS, för att år 2000 vara uppe i en siffra på 2600 individer med LSS-insats. Antalet individer som fick hjälp ökade, dock väldigt långsamt. Kommunerna valde att ge stöd enligt SoL istället för LSS. Orsaken till detta var att handläggarna var tryggare i handläggningen av socialtjänstlagen, samt att de inte gjorde någon praktisk skillnad mellan SoL och LSS. När det kom till LSS fanns det klara bedömningskriterier för personkrets 1 och 2, men för personkrets 3, dit individer med psykiska funktionshinder hör, fanns det inte lika tydliga kriterier. Något som upplevdes svårt i bedömningen var att bedöma varaktighet i relation till ett psykiskt funktionshinder, det vill säga bedöma hur lång tid personen skulle komma att behöva en insats från LSS (Ibid).

Utvecklingen av psykiatrin i Sverige har som beskrivits ovan inte fungerat helt som den borde. Det har funnits hopp om att förändra situationen för individer med psykiska funktionshinder, minska deras utsatthet och få dem delaktiga i samhället. En del har gjorts, men det finns mycket kvar att göra. En aspekt av detta är det jag ämnar fokusera på vidare i uppsatsen, nämligen hur anställda på en psykosenhet arbetar för att motverka stigmatiseringen av psykiskt funktionshindrade.

För individer med en psykisk sjukdom är det inte helt lätt att leva ett ”normalt” liv. Något som försvårar detta är den så kallade stigmatisering som ofta sker i samhället, och som varit föremål för diverse vetenskapliga studier under åren. Stigmatisering innefattar att en grupp får låg status och marginaliseras. Detta leder till känsla av utanförskap (Flyckt 2008, s. 89). Flyckt uttrycker detta bra: ”Människors rädsla för personer med en psykisk sjukdom är en

anledning till diskriminering och stigmatisering av personer med psykisk sjukdom” (Flyckt 2008, s. 89). Denna problematik nämns även på hjarnkoll.se: ”Negativa attityder till psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning skapar många hinder. Skam- och skuld känslor hämmar både den med psykisk ohälsa och människorna runt omkring” (Hjärnkoll, 2010). Som det beskrivs på hjarnkoll.se, så består problematiken sammanfattningsvis av de förutfattade meningar och bilder som finns av personer med psykiska funktionshinder och att detta påverkar personerna med psykiska funktionshinder negativt (Ibid).

Ovan har beskrivits om problematik kring den psykiatriska vården, hur man inte riktigt lyckats att skapa en bättre situation utifrån helhetssyn för psykiskt funktionshindrade. Det finns många författare som skrivit om denna problematik och orsaker och effekter av den. Bülow (2004), klinisk lektor, beskriver att under perioden 1984-1998 skedde många förändringar inom psykiatrin; det blev färre slutenvårdsplatser, en lägesändring mot icke sjukhusbaserad vård och ett delat ansvar för patienters vård, service och stöd mellan psykiatrin och socialtjänsten (Ibid). Sociologen Lindell (2003) beskriver också förändringar i psykiatrin, hon förklarar i sin avhandling ”Mellan frisk och sjuk” att den psykiatriska vården utvecklats nya vårdformer efter nedmonteringen av mentalsjukhusen i Sverige (Ibid). Vården inom psykiatrin har specialiserats, det vill säga att olika aktörer har specialiserat sig på olika delar av vården, till exempel boendestöd, istället för att ge en allmän vård. Vården har även decentraliserats, det vill säga gått från några få aktörer centralt till flera aktörer (Bülow 2004). Det har som beskrivits skett förändringar inom psykiatrin i Sverige och detta har lett till nya vårdformer. En av dessa nya vårdformer finns på psykosenheten där jag ska genomföra min studie. Anledningen till valet att genomföra min studie där är att de har ett nytt sätt att arbeta på vilket är att de arbetar efter en helhetssyn på patienten. Jag är intresserad av att se hur detta arbetssätt påverkar patienterna utifrån vad de anställda berättar. De anställda arbetar i team runt patienten, de har olika yrken och arbetar med olika delar i vården av patienten. I min studie ska jag fokusera på dem som arbetar med psykiskt funktionshindrade för att studera hur arbetet med psykiskt funktionshindrade kan se ut. Adjunkt Lundberg (2010) talar om att personalens bemötande av psykiskt funktionshindrade i vården har blivit bättre med åren. Vilka kriterier styr, hur uppfattar personalen på enheten det?

Anledningen till att jag valt att studera just denna enhet är alltså att de arbetar på ett nytt sätt, utifrån en helhetssyn på patienten, vilket menas med att de anställda ska se till alla aspekter i patientens liv, till exempel psykiskt mående, boende och personliga färdigheter. De olika anställda arbetar med olika delar av patientens situation och genom att de samverkar i team

bildar det de olika anställda gör en helhet. Genom att arbeta efter en helhetssyn får patienten en mer heltäckande vård då personalen ser till alla aspekter i patientens liv. Jag är intresserad av att studera denna enhet genom en kvalitativ intervjustudie, för att förstå personalens syn på och hur de hanterar den ovan beskrivna problematiken gällande stigmatisering av och utsattheten hos psykiskt funktionshindrade, och hur man inom psykiatrin kan arbeta med att motverka detta. Till grund av detta ämnar jag fokusera på hur fyra olika yrkesgrupper på psykosenheten för min studie (kurator, arbetsterapeut, mentalskötare och sjuksköterska) arbetar med personer med psykiska funktionshinder och hur personalen samverkar för att ge den bästa möjliga vården och bidra till att patienten upplever så god livskvalitet som möjligt.

## **1:2 Syfte och frågeställningar**

### ***1:2:1 Syfte:***

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur personalen uppfattar sitt arbete och samarbete på avdelningen med att hjälpa brukare med psykisk funktionsnedsättning med att hitta strategier för att hantera sitt liv och få ökad livskvalitet.

### ***1:2:2 Frågeställningar:***

- Hur menar personalen att samverkan mellan de olika yrkesgrupperna fungerar och hur effektivt blir arbetet med fokusen på att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv? Vad är de anställdas syn på detta arbetssätt?
- Vilka faktorer är viktigast för tillfrisknande och för att få livskvalitet för en patient, vad anser de anställda och hur kan de få dessa individer delaktiga i samhället?
- Hur uppfattar personalen att deras arbete motverkar stigmatiseringen av psykiskt funktionshindrade på den studerade enheten?

## **2 Bakgrund**

### **2:1 Tidigare forskning**

Jag har i efterforskandet av tidigare studier valt att enbart lägga fokus på forskning som bedrivits i Sverige och som är nyligen uppdaterad. Anledningen till detta är att jag vill studera mitt fenomen/problem utifrån hur det fungerar i Sverige, då psykiatrin ser mycket olika ut i olika länder med tanke på att varje land har sina lagar och regelverk. Länder har även olika historia, kulturella attityder och har kommit olika långt i arbetet när det gäller personer med psykiska funktionshinder, och har även mer eller mindre olika arbetssätt och upplägg av institutioner. Då jag gjort min studie på en psykosenhet i Sverige ser jag det som högst

relevant att studera svensk forskning för att förstå hur det sett ut i psykiatrin i Sverige. Anledningen till att jag enbart fokuserat på forskning som inte är äldre än åtta år är att kunskapen ska ligga så nära hur det ser ut i dagsläget som möjligt. Nedan följer en redogörelse av tre avhandlingar som representerar tidigare forskning.

Lundberg (2010) har i sin avhandling ”Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom” gjort fyra olika delstudier där han intervjuat individer med någon form av psykisk sjukdom. Det han allmänt har tittat på är hur de intervjuade ser på och upplever den stigmatisering och diskriminering som finns mot dem i samhället.

Lundbergs övergripande syfte i avhandlingen är att ”[...] öka kunskapen om stigmatiserande erfarenheter bland personer med psykisk sjukdom och deras uppfattning om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom” (Lundberg 2010, s. 30). Författaren har i delstudierna haft mer preciserade syften men alla går in under detta syfte.

Lundberg har genom sina studier kommit fram till en rad intressanta slutsatser. Han beskriver att erfarenheter av diskriminering och nedvärderande behandling är en vanlig upplevelse hos deltagarna i delstudie I. En vanlig uppfattning bland de psykiskt sjuka är att allmänheten ser ner på och uppfattar de psykiskt sjuka som ointelligenta, icke trovärdiga och mindre kompetenta. I delstudie I-III framkommer det att fler stigmatiserande erfarenheter har ett måttligt samband med sämre psykosocial funktionsförmåga, ofta förekommande inläggningar i slutenvård, KASAM, låg självkänsla, mindre tillfredsställd livskvalitet och sämre upplevd empowerment, det vill säga individens upplevelse av autonomi och förmåga att självständigt kunna fatta beslut. I delstudie IV har Lundberg utrönt en rad slutsatser/resultat. Han beskriver att många av deltagarna upplever att det skulle bli svårt att få arbete om deras psykiska tillstånd uppdagades för arbetsgivaren. Författaren beskriver vidare att en upplevd rädsla för omgivningens bortstötning och avståndstagande gör att individerna med psykiska funktionshinder undviker sociala kontakter i mer eller mindre stor grad. De eventuella sociala kontakterna är kanske på en yttlig nivå och personen kan helt upphöra att skaffa nya bekanskap. När det kommer till sociala relationer så ändras även ofta relationer till familjemedlemmar, ofta till det sämre. Personen med en psykisk funktionsnedsättning upplever sig inte ha stora chanser till utveckling och en låg känsla av delaktighet i samhället. När det kommer till personalens bemötande av psykiskt funktionshindrade i vården så har det blivit bättre med åren. Dock efterfrågade deltagarna i studien att de skulle vilja ha mer inflytande över sin vård samt att de skulle vilja ha mer information om sitt tillstånd. Stigmatisering sker inte bara utifrån utan det finns även en självstigmatisering, det vill säga en



process där den psykiskt funktionshindrade ser omgivningens fördomar om psykisk sjukdom som sanna. Denna avtog i och med att deltagarna fick kontakt med andra i samma situation och att de fick en större distans till sin sjukdom, även stöd från familj och vänner spelade in (Lundberg 2010).

Bülow (2004) skriver i sin avhandling "Efter mentalsjukhuset" om förändringar av psykiatrin. Fokuset i avhandlingen är avinstitutionaliseringen. Författarens studie sträcker sig över en 15-årsperiod mellan 1984-1998. Stora psykiatriska vårdinstitutioner har lagts ned till förmån för annan typ av vård. Författaren förklarar att det råder skilda meningar om vad orsaken till avinstitutionaliseringen under andra halvan av 1900-talet var. Han presenterar fyra av de vanligaste förklaringsmodellerna. Enligt den första, förbättrad medicinsk teknologi, var förklaringen att effektivare medicinsk behandling möjliggjorde utflyttning av psykiskt sjuka patienter och därmed behövdes inte mentalsjukhusen. Enligt den andra, ekonomiska överväganden, var förklaringen att mentalsjukhusen var gamla och i behov av renovering och att det skulle kosta mer med renovering än om man överförde vården av patienterna till kommunerna. Enligt den tredje, förändrad psykiatrisk diskurs, var förklaringen att det uppstått förändrade behov av mentalsjukhus i och med förändrade ideologier, med andra ord en förändrad syn på psykisk sjukdom. Här kan en koppling dras till det jag beskrivit i problemformuleringen, att den så kallade stigmatisering som skett och sker av psykiskt funktionshindrade mer uppmärksammas på senare år och att det gjort att det blivit tydligt att problematik och vård av psykiskt funktionshindrade bör hanteras genom andra vårdformer än mentalsjukhus, däribland vårdenheten där jag gjort min studie. I den sista förklaringen, kritik mot mentalsjukhusen, betonas att miljön skapade en störning som utmärktes i apati, initiativlöshet och ett förlorat intresse för omvärlden, och att mentalsjukhusen därmed inte fungerade. Vården har sedan avinstitutionaliseringen specialiserats, det vill säga att olika aktörer har specialiserat sig på olika delar av vården, till exempel boendestöd samt enheter som den jag studerat. Detta istället för att ge en allmän vård. Som på enheten jag studerat, där de börjat arbeta enligt en helhetssyn för att försöka se till hela individen och dennes olika behov. Vården har även decentraliserats, det vill säga gått från några få aktörer till flera aktörer. Avinstitutionaliseringen innebär att stora institutioner som har haft ett mycket stort antal patienter har minskat antalet vårdplatser eller stängts helt. Kring avinstitutionaliseringen har det följt en konstant debatt. Bülow beskriver att kritiker anser att människor med psykiska funktionshinder övergivits av samhället. De som har en positiv syn på avinstitutionaliseringen

menar att psykiskt funktionshindrade individer tidigare levde i samhällets marginaler men har nu fått tillbaka sitt medborgarskap och kan delta i den sociala gemenskapen igen (Ibid).

Under perioden som Bülow's undersökning genomförts har typen av insatser och formerna för dem ändrats. Bülow beskriver att det är en tolkningsfråga om förändringarna som skett kan betecknas som en "verklig" avinstitutionalisering. Författaren redogör för två sätt att tolka detta på. Den första tolkningen är att om man med avinstitutionaliseringen menar att individerna i undersökningen har gått från att ha varit på institution till egna eller alternativa boenden så har inte någon "verklig" avinstitutionalisering skett. Den andra tolkningen är att det har skett en avinstitutionalisering, där Bülow pekar på tre faktorer; att patienterna under den studerade perioden har skrivits ut från sjukhus för att få annan typ av vård inom öppenvård eller alternativa vårdenheter, att andelen patienter som vårdats på sjukhus har minskat successivt under undersökningsperioden och att alternativa typer av stöd i boende och dagsvård har etablerats. Slutligen påpekar författaren att fler alternativ till hur vården såg ut innan har uppkommit under den studerade perioden vilket ytterligare belyser att en avinstitutionalisering skett (Bülow 2004).

Lindell (2003) beskriver i sin avhandling "Mellan frisk och sjuk" att den psykiatriska vården utvecklats nya vårdformer efter nedmonteringen av mentalsjukhusen i Sverige. Författaren har i avhandlingen studerat en dagsjukvårdsenhet från att den startade tills den lades ner. Syftet med studien är att illuminera denna enhet som ny vårdform. Detta först och främst utifrån patienternas syn, men även utifrån personalens syn på behandling, rehabilitering, sjukdom, hälsa och relationer. Lindell beskriver vidare att hon studerat enheten utifrån tre vinklar; hur patienterna uppfattat vården, belyst enheten som ny alternativ vårdform utifrån personalens syn och slutligen tittat på konkurrensen när det kommer till vad behandling och rehabilitering ska innebära gällande denna vårdform utifrån vad hon sett på enheten i sin studie (Ibid).

Jämfört med min studie innebär den nya vårdformen Lindell (2003) tar upp, en ny typ av enhet, medan i min studie är den nya vårdformen mer ett nytt arbetssätt än en ny typ av verksamhet. Det nya arbetssättet är att arbeta utifrån en helhetssyn där personalen samverkar för att hjälpa patienten med all problematik patienten upplever och har, från samtal till kontakter med olika instanser. I min studie fokuserar jag på personalens synvinklar på vården och hur den kan motverka den så kallade stigmatisering som finns av psykiskt funktionshindrade i samhället, till skillnad från Lindell som framförallt fokuserar på patienternas synvinklar på själva vården.

Lindell (2003) har kommit fram till en rad intressanta slutsatser utifrån de tre vinklar hon studerat. Genomgående lyfter hon fram de sociala processerna och sätter vårdssammanhangets betydelse i fokus. När det kommer till den första ”vinkeln” patienternas syn beskriver författaren detta i ett antal rubriker, självbild, medpatienterna, vardagens sociala relationer, behandlingar och ”storgruppen”. Genomgående är att patienterna ser sig som både friska och sjuka. De ser sig inte som sjuka när det kommer till medvetenhet, då de upplever att de är mycket medvetna om sin situation, samt att de upplever att de ”riktigt” sjuka är de som är intagna i slutenvården. Patienterna ser sig dock som sjuka med betoning på att de inte är helt psykiskt friska vilket visar sig i form av oro, hallucinationer, funktionsnedsättningar och trötthet etc. När det kommer till själva vården finns en gemensam uppfattning att det som uppskattas mest och som är det viktigaste som dagvårdsenheten bidrar med är stöd i de egna ansträngningarna att bli frisk. Detta då förståelse och stöd från omgivningen är det samtliga av patienterna saknat tidigare (Ibid).

Verksamheten var ett nytt oprövat alternativ i en annars traditionstyngd psykvård. Traditionstyngd i den bemärkelsen att den slutna institutionsvården utgjorde psykiatrins bas och var den dominerande vårdformen under 150 år. För att redogöra för personalens syn så upplevde de sig ha ett unikt samarbete där alla olika yrkesgrupper bidrog. Det som de anställda uppfattade som unikt var att de hade olika erfarenheter och kompetenser som de lyckades förena bra och att denna mängd av erfarenheter i kombination utgjorde något unikt. Vad som är friskt och normalt betonas. Personalen menade att den speciella atmosfären dämpar spänningar, oro och frustration. Gällande den sista vinkeln tar Lindell upp och reflekterar kring nedläggningen av dagsjukvårdsenheten. Patienterna såg sin medverkan i dagsjukvårdsenheten som en del i en förändringsprocess. Ändå blev inte enheten långvarig utan lades ned efter endast fem år, detta på grund av framförallt ekonomiska skäl. Under 1990-talet gjordes många besparingar och nedskärningar, och nya vårdformer fick då konkurrera med varandra, och alla blev inte kvar. Författaren beskriver vidare att det är svårt att mäta vården, det vill säga resultat och effektivitet, när det kommer till behandling och rehabilitering för att motverka återinsjuknande. Till grund av detta så blir sådana nya enheter som den Lindell studerat sårbara och konkurrensen kan bli svår att ta. Detta jämfört med slutenvård där man kan mäta vårdens effektivitet enklare genom att mäta hög beläggning och antal vårdplatser. Avslutningsvis poängterar Lindell att det idag finns flera olika behandlingsmetoder, men att problemet tycks vara att det är svårt för psykiskt sjuka att få ta del av de möjliga åtgärder som finns (Lindell 2003).

## 2:2 Studiens bakgrund

Enheten där jag ska göra min studie är en psykosenhet för nyinsjuknade i psykos mellan åldrarna 18-45 år. Anledningen till att jag just valt att studera denna enhet är som tidigare beskrivet att de arbetar på ett alternativt sätt, efter en helhetssyn. Av anonymitetsskäl kan jag inte uppge källan till studiens bakgrund. Psykosenheten är en öppenvårdsenhet vilket innebär att patienterna inte är inlagda utan besöker enheten för vård, och hjälp med olika problem rörande deras sjukdom. Nyinsjuknad innebär att patienten inte sökt hjälp tidigare för psykos eller en psykosnära sjukdom. Patienten har som längst kontakt med enheten i fem år, efter fem år räknas en patient inte som nyinsjuknad längre och kan därmed inte vara aktuell där.

Enheten har ett nära samarbete med en slutenvårdsavdelning, och vissa av de anställda arbetar 50 % där och 50 % på enheten. Enheten tar vid patienten redan i slutet av slutenvården, ärendet tas då upp på de dagliga morgonmötena och det planeras in att någon ifrån personalen ska besöka patienten nere på slutenvårdsenheten. Det är vanligtvis samordnaren (se nedan) som gör det och anledningen till att mötet sker redan i slutenvården är för att de anställda som ska arbeta runt denne patient av samordnaren ska få information om läget för patienten innan patienten skrivs ut från slutenvården.

Enheten har funnits i ca 1 år och därmed en ganska ny verksamhet. På enheten arbetar personalen utifrån en helhetssyn på patienten, vilket menas med att personalen samordnar hjälpen och hjälper patienten med all dennes problematik, från samtal till att ta kontakt med myndigheter och vara med vid olika möten. Det ser ut så att det finns en så kallad samordnare som är den som är närmast knuten till patienten. Samordnaren är mittpunkten och kallar sedan in övriga anställda vid behov, så kallade resurspersoner. Även patienten kan be om att få kontakt med någon av resurspersonerna. Samordnaren kan vara antingen en sjuksköterska eller mentalvårdare och resurspersonerna kan vara till exempel en kurator, arbetsterapeut eller psykolog.

## 3 Metod

### 3:1 Val av metod

För min studie har jag valt att använda mig av en kvalitativ forskningsmetod, semistrukturerade kvalitativa intervjuer (Aspers 2007). Enligt min mening passar denna metod bäst till min studie, för syftet av min uppsats då jag ämnar få fram vad de anställda på enheten gör och hur de ser på arbetet. Mitt mål är att få ett djup snarare än en bredd, vilket man når med en kvalitativ metod. Intresset ligger inte i att undersöka hur många anställda inom psykiatrin som ser på arbetet på något visst sätt eller se hur vanlig en viss företeelse är. En kvantitativ studie där detta skulle ha ingått är med andra ord inte aktuellt. En kvantitativ studie är inte aktuellt även utifrån faktorn att det är svårt att generalisera psykoser då varje psykos är unik och det skulle förmodligen vara svårt för de anställda att ge allmänna svar kring vården av psykospatienter. Jag vill undersöka arbetet på den enhet där jag gjort min studie för att försöka belysa hur det kan se ut på en psykosenhets. I semistrukturerade intervjuer har forskaren utformat ett antal frågor som hon utgår ifrån. Utifrån de svar hon sedan får av intervjupersonerna kan hon ställa följdfrågor för att få fram olika intressanta åsikter och aspekter, faktorer som belyser nya intressanta vinklar av det hon undersöker. Om jag hade valt en kvantitativ studie med exempelvis en enkätundersökning så skulle jag inte i efterhand kunnat fråga varför de svarande svarat så som de gjorde. Syftet med enkäten och frågorna däri skulle ha varit tydligt enligt min syn, men de svarande kanske inte skulle ha sett syftet som jag och förstått frågorna på sättet jag menade, och därmed skulle jag kunnat ha fått ett helt annat utfall än vad jag eftersökt. Anledningen till att en semistrukturerad intervjuform är att föredra i själva intervjusituationen är, å ena sidan får alla de intervjuade i basen samma frågor som är viktigt för att kunna göra en jämförelse och se olika vinklar, å andra sidan kan jag fördjupa mig i olika delar som intervjupersonerna själva tar upp. Alltså kan jag få mer specifik information på hur den intervjuade ser på arbetet med patienterna eller samarbetet med kollegorna. Poängen med att ha ett sådant här handlingsutrymme är att jag kan använda mig av det, och genom följdfrågor få fram relevant information för min studie (May 2001).

En semistrukturerad intervju är ett mellanting mellan en strukturerad intervju och en öppen intervju. Anledningen till att en strukturerad intervju inte skulle passa i mitt fall är att jag i en sådan intervjuform enbart skulle ha ställt de frågor jag hade och inget utrymme skulle ha

givits till följdfrågor och sidospår. Mitt syfte är att få en bild av hur de anställda ser på arbetet, och för att få deras syn är det jätteviktigt med följdfrågor, som kan fånga upp detta. I en strukturerad intervju finns inte utrymme för att gå in mer på vissa frågor, utan intervjuaren går från fråga till fråga. Detta tror jag skulle ha givit en entydig bild, istället för att få fram de olika intervjupersonernas syner. Det varje intervjuperson berättar blir en del av den helhet jag sedan målar upp i min analys. Öppna intervjuer ser jag inte heller skulle få fram det jag vill i förhållande till mitt syfte. Genom öppna intervjuer där forskaren utgår från det intervjupersonen tar upp så skulle det vara mycket svårare att kunna få en enhetlig bild av vad de anställda gör på enheten och hur de ser på olika delar av arbetet (Aspers 2007).

### 3:2 Avgränsning

För denna uppsats har jag valt att intervjua fyra anställda med olika yrken på en psykos enhet i en mellanstor stad i Sverige. Jag har valt personal med olika yrken för att få en så mångsidig bild av vården som möjligt, och se om de olika anställda har olika syn på vården eller liknande syn på vården. Anledningen till att jag valt denna enhet är för att de arbetar på ett speciellt sätt utifrån en helhetssyn som beskrivet tidigare. Genom intervjuerna med personalen vill jag se hur de som arbetar med psykiskt sjuka och hur de ser på sitt arbete och samarbete, och genom detta se hur vården kan se ut för psykiskt sjuka. Då jag är ensam författare till uppsatsen valde jag att intervjua fyra personer och inte fler, detta för att få en hanterbar empiri med hög kvalitet i förhållande till tidsramen för uppsatsen. Min ansats är att undersöka ämnet utifrån de anställdas perspektiv. Jag har endast intervjuat personal och inte pratat med några patienter. Anledningen till att jag intervjuat olika anställda med olika yrken är att jag vill se hur personer med olika yrkesbakgrund ser på samverkan för att hjälpa patientgruppen och hur de ser på problematik som finns för deras patienter. Genom att intervjua personal med olika yrken så får jag även en mer nyanserad bild av problematiken. Jag har avgränsat mig till att intervjua de verksamma inom denna psykos enhet för att få en djup analys av vad som behövs i hjälpen av psykiskt funktionshindrade. Genom att fokusera på endast denna enhet kan jag få en mer kvalitativ studie än om jag intervjuat anställda på ett antal olika enheter. Det blir med andra ord en djupdykande studie på en enhet istället för en mer övergripande studie på fler enheter. Anledningen att jag valt just denna enhet för min studie är att de arbetar på ett nytt sätt, utifrån en helhetssyn, jämfört med andra enheter som är specialiserade på en viss del av vården.

Anledningen till att jag har valt att inte intervjua patienter är framförallt att de är en mycket skör grupp och det inte vore etiskt rätt att intervjua dem (Flyckt 2008). I

problemformuleringen har jag beskrivit hur psykiatrin ändrats genom avveckling av mentalsjukhus och psykiatrireformen. I mitt syfte förklarar jag att jag ämnar undersöka de anställdas syn på sitt arbete och samarbete. Med andra ord har jag redogjort för att mitt fokus är dem som arbetar med patienterna, och därav är det dem som är av vikt att intervjua. Då detta är mitt fokus är det inte av vikt att intervjua patienter, anhöriga eller politiker.

### **3:3 Val av intervjupersoner och genomförande av intervjuer**

Som redan nämnt har jag intervjuat fyra anställda på en psykosenhets, en kurator, en arbetsterapeut, en sjuksköterska och en mentalvårdare. Det var dessa anställda som tackade ja till att bli intervjuade och därav urvalet. Jag valde att kontakta anställda med olika yrken för att jag ville se hur olika yrkespersoner på enheten såg på arbetet och samarbetet. De jag intervjuade har alla arbetat på enheten mellan 1-1, 5 år. Intervjupersonernas åldrar var från ca 25-60 år och var både kvinnor och män. När jag började söka efter intervjupersoner kom jag först i kontakt med en annan enhet, utifrån ett tips av en vän. Jag kontaktade enheten men det visade sig vara en ganska liten enhet med få anställda, och de hade inte tid att träffa mig för intervjuer. Personen jag fick kontakt med där erbjöd sig att kontakta en annan enhet för mig och frågade om han kunde ge ut kontaktuppgifter till den enheten. Det gick bra och han gav mig kontaktuppgifter till en chef på den enheten. Jag kontaktade den nya enheten och frågade om jag kunde få intervjua personal där. Chefen tog upp förfrågan med sina anställda och återkom till mig med mailadresser. Att jag genom chefen fick min kontakt med mina intervjupersoner kan ha påverkat min studie. Hur chefen presenterade förfrågan på mötet, men framförallt att de anställda visste om att chefen haft kontakt med mig kan ha påverkat hur de uttryckt sig i intervjuerna. Även om jag lovade alla anställda anonymitet kan de ha trott att det de sade skulle komma fram till chefen, och att de därmed inte sade allt de tyckte. Man kan säga att chefen här fungerade som en ”gatekeeper”, som kontrollerade tillgången på information från de anställda. Termen gatekeeper betecknar mekanismer bakom urvalet av information. Med andra ord kan en gatekeeper vara en person som styr urvalet av information (Nationalencyklopedin, 2011). Jag utformade ett mail där jag beskrev syftet med min uppsats och varför jag ville intervjua personal på deras enhet, samtliga fick samma information. I mailet informerade jag dem även om att de hade anonymitet och att de kunde avböja sin medverkan när som helst. Jag berättade även att jag ämnade spela in samtalen så att de skulle vara förberedda på det eller kunna säga till om de verkligen inte ville bli inspelade. Alla gick dock med på att bli inspelade. Jag bokade in tider med var och en och genomförde intervjuerna inom loppet av cirka en vecka. (För informationsbrev, se bilaga 1).

Kritik som kan finnas mot hur jag valt att utföra min studie är att jag genom att endast intervjua personal på en enhet bara får material präglad av hur arbetet fungerar på just den enheten. Till försvar så har jag ett syfte med att endast intervjua anställda på en och samma enhet och det är att jag vill göra en studie och se hur anställda inom samma enhet ser på sitt arbete, och hur jag med hjälp av detta kan studera den problematik jag ha framlagt i min problemformulering. Detta för att få en djupare förståelse av hur arbetet inom psykiatrin kan fungera, hur de anställda ser på det och vad det medverkar till för patienterna.

Själva genomförandet gick till så att jag skickade ut det ovan nämnda informationsmailet och bokade en tid. Platsen för samtliga intervjuer var på enheten, detta för att underlätta för intervjupersonerna så att de inte var tvungna att åka någonstans för intervjun och därmed ta mer tid av dem. Vid intervjun satte jag och intervjupersonen oss i ett stängt rum. I den första intervjun var jag ganska nervös, men nervositeten släppte ganska fort och intervjun visade sig gå mycket bra. Detta tror jag berodde på att de jag intervjuade var så lugna och avslappnade. Ju fler intervjuer jag gjorde desto säkrare blev jag. Alla intervjuerna flöt på bra och stämningen var väldigt avslappnad. Samtliga intervjuer tog cirka en timme var.

### **3:4 Förtjänster och begränsningar i en intervjusituation**

Det är mycket som spelar in både vad det gäller ens roll som intervjuare och hur väl de intervjuade uppfattar ens syfte med intervjun och ens frågor. Tim May tar i sin bok ”Samhällsvetenskaplig forskning” upp tre villkor som bör vara uppfyllda för att producera en bra intervju. Det första är tillgänglighet, vilket handlar om huruvida den intervjuade innehar den information som intervjuaren söker. Det kan finnas en klyfta mellan intervjuarens (min) och den intervjuades förståelse. När det kommer till denna faktor tror jag att en semistrukturerad intervjumetod både kan ha fördelar och nackdelar. De fördelar jag kan se är att när jag upplevde att den intervjuade inte förstod eller uppfattade något på ett annorlunda sätt än det jag frågat efter så kunde jag alltid ställa följdfrågor eller omformulera mig. Självklart kan det uppstå förståelseskillnader vid ett intervjutillfälle, dock upplevde jag att detta inte inträffade i någon av intervjuerna. Genom att jag fick det påpekat av intervjupersonerna om det var något de inte förstod, och att jag under intervjuerna aktivt försökte läsa av om intervjupersonen förstod eller inte, så behandlade jag den problematiken i intervjutillfället. En nackdel som kan uppkomma är att om man i intervjun kommer in på ett ämne kanske det blir för mycket fokus på det och förståelsen kanske då blir att den intervjuade endast har åsikter om detta fast denne egentligen bara vill förklara ett problem. I mina intervjuer blev detta inte ett problem, intervjupersonerna gick ibland in mer på något



område och gav exempel för att förtydliga något, men ingen av dem svävade ut för mycket (May 2001).

Det andra villkoret May (2001) tar upp är kognition och syftar till huruvida den intervjuade förstår vad som krävs av henne i intervjusituationen. I en intervju finns alltid underliggande regler samt förväntningar från både intervjuaren och den intervjuade. Detta påverkar självfallet intervjun och därför kan en del klargöranden behövas (Ibid). När det kommer till detta ”dilemma”, skickade jag ut ett informationsmail för att undvika missförstånd gällande vad som krävdes av intervjupersonerna. Genom att skicka denna redogörelse innan intervjuerna fick intervjupersonerna en bild av vad som förväntades av dem och vad jag upplevde var samtliga vid intervjuerna därmed förberedda. Dock är detta inte endast positivt, de olika intervjupersonerna kunde ha förstått min redogörelse olika eller missförstått den. För att ytterligare undvika missförstånd berättade jag kort vid intervjustarten igen vad mitt syfte var och varför jag var där för att intervjua och frågade om det var något som var oklart. Självklart kan det ha uppstått missförstånd som jag inte lagt märke till, men jag har gjort allt jag kunnat för att undvika det. Syftet har jag efter mailutskicket och intervjuerna omformulerat, men innehållet är detsamma (se nuvarande syfte 1:2:1 och bilaga 1 och 2).

Det tredje och sista villkoret är motivation, vilket avser att intervjuaren måste få informanterna att känna att deras deltagande är av betydelse. Intervjuaren bör försöka upprätthålla intresset igenom hela intervjun. Vidare så avgör intervjufrågorna en hel del hur intervjun blir. May skiljer mellan föreskrivande och icke föreskrivande frågor. Med föreskrivande frågor menar han slutna frågor och med icke föreskrivande frågor mer öppna frågor. Båda dessa typer av frågor kan användas men man måste se upp med hur man använder dem (May 2001). När det kommer till denna faktor, hur och vilka frågor jag som intervjuare ställde så tror jag att en semistrukturerad intervjumetod var ypperlig för att få en blandning av dessa två sorter av frågor. Genom att jag kunde omformulera frågorna eller ställa följdfrågor så blev intervjuerna inte stela och tråkiga.

### **3:5 Tillförlitlighet**

När det kommer till tillförlitlighet finns det flera faktorer som spelar in när man använder en kvalitativ intervjumetod. Hur många man intervjuar, vilka man intervjuar, var de arbetar och hur de ställer sig till intervjufrågorna är några exempel. Jag har intervjuat fyra personer, vilket kan ses som relativt få personer. Om jag intervjuat fler eller samma antal personer men vid flera olika psykosenheter skulle det ha kunnat resultera i en större, eventuellt mer tillförlitlig

bild av problematiken som ligger till grund för uppsatsen. Valet jag gjort grundar sig i att det inte finns utrymme för att intervjua fler personer inom ramen för C-uppsatsen, och jag upplever att jag fått fram ett målade och kvalitativt resultat i alla fall. Studien är mindre men dessa personer har haft mycket att säga. Jag har fått ett mycket djupt intervju material utifrån intervjuerna och känner att jag gjort rätt val i att intervjua just dessa fyra anställda.

Att jag endast intervjuat anställda på en och samma psykos enhet kan det finnas kritik mot och hävdas att materialet är mindre tillförlitligt därför. Det kan hävdas att personalen gett liknande svar och att de utgått från hur det fungerar endast på deras enhet och inte hur arbetet med psykiskt funktionshindrade fungerar i stort. Dock är som beskrivet tidigare mitt syfte att göra en intervjustudie, och därmed alltså titta på den valda enheten som studieobjekt och utifrån detta få en del av en bild av psykiatri i Sverige och enhetens speciella arbetssätt med helhetssynen på patienten. Min intention med denna C-uppsats är att just fokusera på endast denna enhet för att få fram en djupanalys istället för en analys över hur arbetet med psykiskt funktionshindrade allmänt fungerar i hela Sverige.

### **3:6 Bearbetning och analys**

Intervjuerna jag genomförde spelades in och transkriberades därefter ord för ord, detta för att få en hög kvalitet på min empiri. Det material jag fått in kodades. I min kodning använde jag mig av överstrykningspennor, jag hittade gemensamma nämnare i de olika intervjuerna och olika områden fick olika färger. Exempel på detta är strategier, strategier som de intervjuade hjälpte patienterna att använda och hitta för att klara sina liv bättre. Kodning används för att hitta eventuella samband och mönster, som till exempel strategier som alla intervju personerna använde sig av. Koder är definitioner man använder för att sortera det insamlade materialet. Man kan då använda sig av bokstavskombinationer eller överstrykningspennor i olika färger och sedan titta på de olika markeringarna och se om man hittar gemensamma nämnare. Till exempel kan man ha grön markering för yrkesrollprat (Jönsson 2010). Utifrån min kodning försökte jag sedan hitta olika teman som jag sedan kunde lägga in svaren i. Jag fann tre olika teman som återfinns i analysdelen. Dessa teman tycker jag synliggör vad jag fått fram av intervjuerna då de täcker hela arbetet med patienterna, från den anställde till samarbetet mellan kollegorna till den mer organisatoriska apparatens funktion och påverkan. Genom att använda sig av teman får analysdelen mer struktur istället för att bli en enda lång text. I analysdelen använde jag mig sedan av min valda teori samt tidigare forskning för att förklara de teman jag funnit och även svara på mina frågeställningar.

## 4 Etiska överväganden

För att skydda de intervjuade är det vara av stor vikt att inta ett etiskt förhållningssätt. Det finns en rad faktorer som måste uppfyllas för att garantera detta. Först och främst skickade jag ut ett informationsbrev via mail till de personer jag skulle intervjua. I detta brev redogjorde jag för uppsatsens syfte och anledningen till dessa intervjuer. Jag förklarade även att de intervjuade har full anonymitet, dvs. att jag inte kommer att nämna deras namn, kön eller exakta ålder. Utöver detta upplyste jag dem om att de kan avbryta sitt deltagande om de vill och att delta är helt frivilligt. Denna information gavs både skriftligt och muntligt i början av varje intervju. I uppsatsen har jag valt att kalla mina intervjupersoner för fingerade namn; Tove, Ivana, Ana och Birger, samt skriva ut deras yrkesroller. Kön är inte något jag valt att koncentrera mig på då urvalet är för litet för att kunna urskilja könsmönster. Jag har valt att inte studera skillnader gällande uppfattningar och åsikter beroende på kön just på grund av detta. Jag har även valt att ge intervjupersonerna åldrar som ligger i närheten av den ålder de hade. Anledningen till valet av att ha fingerade namn, att ange yrkesrollerna och ange ungefärlig ålder är att jag vill att läsaren ska kunna ”möta dem” och därmed få en verklig bild av dem som personer istället för att opersonligt kalla dem intervjuperson 1, 2 osv. Slutligen har jag valt att inte nämna vilken stad eller kommun psykosenheten ligger i, samt ändra namn på en förening. Det material jag insamlat vid intervjuerna kommer inte att användas för något annat än denna uppsats, vilket även intervjupersonerna är informerade om.

## 5 Teori

### 5:1 Inledning

I detta avsnitt ämnar jag redogöra för den teori som jag kommer att använda för att senare analysera min empiri. Den teori jag har valt är stigmatiseringsteorin. Jag ämnar redogöra för denna teori framförallt utifrån Goffman, men även ta in annan litteratur som berör denna uppsats problematik. De anställda på enheten arbetar som beskrivet utefter en helhetssyn, kan detta arbetssätt hjälpa till att motverka stigmatiseringen av patienterna? Som nämnt i problemformuleringen är stigmatisering ett stort problem när det kommer till psykiskt funktionshindrade. Jag ämnar som beskrivet belysa om det arbete som utförs på enheten motverkar stigmatisering och i så fall hur den gör det och hur intervjupersonerna ser på vad de gör för att minska stigmatiseringen.

## 5:2 Stigmatiseringsteorin

Erving Goffman är en av de ledande gestalterna när det kommer till begreppet stigma. Han har utvecklat sin teori om stigmatisering genom att ha studerat ett antal arbeten om stigma, vilka han tar upp i sin bok "Stigma – den avvikandes roll och identitet" (1973). Goffman beskriver begreppet som "Den situation som drabbar en individ som av någon anledning inte är i stånd att vinna fullt socialt erkännande" (1973, s. 7).

Goffman (1973) tar upp att det finns tre olika typer av stigma. Den första typen är kroppsliga missbildningar av olika slag. Den andra är olika fläckar på den personliga karaktären, som viljesvaghet, stela trosföreställningar och bristande hederlighet. Dessa egenskaper utvecklar individer vid erfarenhet av bland annat psykiska rubbningar, självmordsförsök och alkoholism. Den tredje är "tribala" (stambetingade) stigmat, till exempel nationalitet och religion. Av dessa tre stigmat ligger den andra typen närmast min uppsats. Denna typ av stigmatisering kan exempelvis sättas i kontext till individer med psykiska funktionshinder. Detta genom att individer med psykiska funktionshinder erhåller egenskaper som gör att de blir stigmatiserade och att de har dessa egenskaper på grund av att de har eller har haft en psykisk sjukdom. Det gemensamma för de tre typerna av stigma är att de har ett och samma kännetecken: en individ som på grund av ett drag, en egenskap skiljer sig från de andra och därmed inte accepteras i det sociala samspelet. Denna egenskap/drag får dem som träffar individen att vända sig bort från denne och frånse dennes andra egenskaper, egenskaper som hade kunnat underbygga en gemenskap. Individen besitter ett stigma, hon skiljer sig från våra förväntningar. Alla som inte avviker på ett negativt sätt från de särskilda förväntningarna kallas "de normala" (Ibid).

Goffman (1973) talar om två typer av social identitet, vilka är virtuell social identitet och faktisk social identitet. Med virtuell social identitet menas den identitet som andra och samhället tillskriver en individ. I alla samhällen sätter man in människor i olika kategorier, hur man gör detta skiljer sig från samhälle till samhälle. Det som avgör vilken kategori en person hamnar i är dennes egenskaper. Vilken typ av människor man kan möta i en viss kategori avgörs även av den sociala miljön och de spelregler som finns inom kategorin. Olika egenskaper uppfattas som normala i olika kategorier. De personer som finns inom kategorin ser direkt om det kommer in eller finns en person där som inte tillhör kategorin, en person som skiljer sig från mängden tack vare annorlunda/andra egenskaper. Av de första intrycken vi får bildar vi normativa förväntningar och tillhörande krav och tillskriver individen en viss karaktär. Det är denna karaktär som benämns den virtuella sociala identiteten. En individ som

inte tillhör kategorin kan vi se genom att han besitter någon mindre önskvärd egenskap som skiljer honom från de övriga inom kategorin. Genom detta utmärks han som en utstött människa i vårt medvetande. Denna stämpling som sker innebär i sig ett stigma. Bilden av individen skiljer sig från bilden av hur en person inom kategorin bör vara, denna oförenliga bild leder till att individen blir stigmatiserad (Ibid). När det kommer till psykiskt funktionshindrade så sticker de ut och är inte ”som alla andra” och kan därav ofta bli stigmatiserade. Med fokus på den virtuella sociala identiteten ämnar jag i min analys studera vad och hur de anställda på enheten arbetar för att hantera omgivningens syn på de psykiskt funktionshindrade samt hur denna syn påverkar de psykiskt funktionshindrade.

Med den faktiska sociala identiteten menas den identitet, de egenskaper som individen själv anser sig ha. Skillnader som kan föreligga mellan den virtuella och den faktiska identiteten kan resultera i att individens sociala identitet undermineras. Detta kan i sin tur ha till följd att individen skärs av från samhället och även från sig själv (Goffman 1973).

Hilte, FD i sociologi, skriver även om stigmatisering, och om avvikande beteende. Han beskriver att den stämpling som sker på grund av stigmatisering består av en förflyttning från en högre statusposition till en lägre. Denna förflyttning kan få som påföljd att individens självvärdering försämras. Den stigmatiserade individen genomgår då en fas där denne anammar andras inställning och tar till sig samhällets bild av sig som stigmatiserad. Individens självbedömning förändras (Hilte 1996).

Även inom psykiatri reflekteras det kring stigmatisering. Överläkare Lena Flyckt talar om stigmatisering i ett regionalt vårdprogram för schizofreni och andra psykosjukdomar från 2008. Författaren beskriver att ”Med stigmatisering menas olika kulturella och sociala faktorer som försvårar återgången till ett normalt liv” (Flyckt 2008, s. 89). Flyckt beskriver stigmatisering som en typ av etikettering, att individer klassificeras utifrån en viss egenskap de har, och att detta skapar ett ”vi och dem”. Den stigmatisering som skapas kan vara individuell, dock även strukturell och samhällelig. Individen och gruppen som blir stigmatiserade drabbas på flera sätt, inte bara med utanförskap utan även social, ekonomisk och politisk statusförlust. Denna statusförlust, lägre status leder till att de stigmatiserade ägnas mindre intresse och marginaliseras. När det kommer till stigmatisering av individer med psykisk sjukdom/funktionshinder menar Flyckt att en anledning till detta är människors rädsla för psykisk sjukdom. Författaren poängterar vidare att denna rädsla medför ett hinder för korrekt vård och stöd för dessa individer. Ofullkomlig tillgång på olika typer av vård, såsom

stödboende och sysselsättningsalternativ menar Flyckt kan leda till att individen isolerar sig och därmed går förhoppningar om mer delaktighet och integrering av dessa individer om intet. Även om man med hjälp av adekvat vård försöker hjälpa dessa individer integreras i samhället kan de fortfarande uppleva sig som marginaliserade och inte önskvärda. Flyckt skriver vidare om att forskning visar att stöd är en mycket essentiell byggsten i hjälpen av personer med psykiska funktionshinder. Så länge de har någon form av stöd från professionell personal så fungerar individer med psykiska funktionshinder ganska bra. Om stödet uteblir är risken stor att de återfår sina symtom och deras sociala funktioner försämras (Flyckt 2008).

Som tidigare nämnt så talar även Goffman om ”de normala” som de som inte avviker i en negativ bemärkelse (Goffman 1973). Vad som är ”normalt”, normalisering är ett begrepp som är nära knutet till stigmatisering. En av grundgestalterna för normaliseringsprincipen är Bengt Nirje, som skrivit om normalisering och utvecklingsstörda. Nirje beskriver normaliseringsprincipen som ”[...] innebär normaliseringsprincipen sålunda att man för de utvecklingsstörda gör tillgängliga de vardagsmönster och livsvillkor som ligger så nära samhällets gängse som möjligt” (Nirje 2003, s. 15). Normaliseringsprincipen har inte bara med utvecklingsstörda att göra, utan har med alla som av någon anledning har någon svårighet som gör att de inte kan leva ett helt ”normalt” liv. Det då tanken med normaliseringsprincipen är, är att med olika hjälpmedel hjälpa de individer som nämnt ovan med att försöka kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Några kännetecken för detta är dygnsrytm, veckorytm och årsrytm. Med dessa menas att man ska få en normal livsrytm som de övriga i samhället. I till exempel i dagsrytm; gå upp på morgonen, komma igång med dagen för att senare på kvällen gå och lägga sig (Nirje 2003). När det kommer till psykiskt funktionshindrade och att försöka få ett så normalt liv som möjligt så är det viktigt att hela tiden arbeta på det. Professionella bör finnas där och stödja patienterna i sitt arbete. Något av det viktigaste som de professionella kan göra är att se till patienternas förmågor i stället för att se deras hinder (Markström 2003). De anställda på enheten där jag gjort min studie arbetar efter en helhetssyn som relaterar till att försöka få olika delar i patientens liv att fungera. Jag ämnar med normaliseringsprincipen och de olika rytmerna i analysen utforska hur arbetet med patienterna medverkar till en normaliseringsprocess.

## 6 Analys

### 6:1 Inledning

Analysen har jag valt att börja med att göra en kort presentation av mina fyra intervjupersoner. Detta för att läsaren ska kunna ”möta” dem och få en bild av de intervjuade personerna. Efter detta har jag valt att lägga upp min analys i tre rubriker; ”synen på det egna arbetet, arbetsuppgifter”, ”strategier och livskvalitet” och ”samarbete och samverkan med övrig personal”. Anledningen till detta val är att jag vill belysa min empiri på tre områden; den anställde, konkreta hjälpmedel till patienterna och kollegorna i samarbete. Detta för att kunna besvara mina frågeställningar; förklara hur stigmatiseringen enligt personalen kan motverkas, hur patienternas livskvalitet påverkas av arbetet samt hur samverkan mellan personalen fungerar. Jag ämnar även belysa det nya arbetssättet man har på enheten och hur det bidrar till att patienten blir bättre. Genomgående i min analys ämnar jag koppla till tidigare forskning och analysera utifrån stigmatiseringsteorin.

### 6:2 Presentation av intervjupersoner

Birger: Arbetar som kurator på enheten. Han är utbildad socionom och har varit yrkesverksam i ca tjugo år. Birger har tidigare arbetat på flera verksamheter inom socialtjänsten som socialsekreterare, däribland med familjebehandling.

Ana: Arbetar som arbetsterapeut på enheten. Hon är utbildad arbetsterapeut och har varit yrkesverksam i ca fem år. Ana har endast arbetat inom psykiatrin, med psykospatienter. Som arbetsterapeut arbetar man med att göra funktionsbedömningar på patienter och även utvärderingar av förmågor hos dem.

Ivana: Arbetar som samordnare på enheten. Hon är utbildad mentalskötare på en omvårdnadsutbildning för psykiatrisk omvårdnad, och har varit yrkesverksam i ca trettio år. Ivana har även endast arbetat inom psykiatrin. Hon har då arbetat på sjukhus både i sluten och öppenvård på en krisenhet för nyinsjuknade i psykos.

Tove: Arbetar som samordnare på enheten. Hon är utbildad sjuksköterska och psykiatrisjuksköterska och har varit yrkesverksam i sammanlagt ca tjugo år. Tove började studera rättssociologi efter ett antal år som yrkesverksam för att forska, detta blev dock inte av

och hon fortsatte därefter att arbeta inom psykiatrin. Tove har tidigare arbetat på en psykakutmottagning och inom allmänpsykiatrin.

### **6:3 Synen på det egna arbetet, arbetsuppgifter och stigma**

I detta avsnitt ämnar jag gå in på de olika anställdas arbetsuppgifter och arbetssätt. De anställda på enheten har olika yrken och därmed olika arbetsuppgifter. Birger, kurator på enheten, beskriver sina arbetsuppgifter som indelade i två delar. Den första är att ha kontakt med myndigheter för patienternas räkning och den andra är rehabilitering, där han arbetar för att hjälpa patienterna att komma tillbaka till samhället, dvs. arbete, skola eller annan sysselsättning. Birger förklarar att själva myndighetskontakten är något som är svårt för de flesta av patienterna, att de inte förstår sig på det. Birger beskriver att det han kan göra är att ringa samtal till den myndighet det gäller eller att vara med på ett möte med myndigheten och då fungera som en ”förklarare”, detta genom att höra vad myndighetspersonen säger och ”översätta” i förklaringar som patienten förstår. I det Birger beskriver av sitt arbete med myndighetskontakten kan man se utifrån det ovanstående som Goffman beskriver om stigmatisering, att denna myndighetskontakt och det sättet Birger hjälper patienten på, på ett sätt både kan minska och öka stigmatiseringen av patienten. Något som går att uttröna ur det Birger säger är att, i och med att förklara för och hjälpa patienten med de svårigheter denne har så lär sig patienten hur han ska förstå myndigheter och ju fler sådana möten som patienten är med på desto mer lär han sig och kan genom denna kunskap fungera bättre i samhället, vilket kan komma att motverka stigmatiseringen av honom. Genom att patienten får kunskapen om hur myndigheter arbetar förstår man av det Birger berättat att patienten genom denna kunskap kan fungera bättre i samhället, att mer kunskap om hur myndigheter fungerar leder till en större förståelse för hur samhället fungerar. Även om Birger förklarar dessa myndighetsmöten som något positivt, är en möjlig tolkning i negativ bemärkelse att patienten kan uppleva att han i mötet känner att han får en förklaring på en för låg förståelsenivå och då känner sig stigmatiserad, att han blir behandlad som mer oförstående eller sjuk än han egentligen känner sig. Goffman (1973) talar om virtuell social identitet och faktisk social identitet, vilket kan kopplas till detta. Patientens faktiska sociala identitet, hans egen syn på sig själv kan komma att inte stämma överens med myndighetens och Birgers syn, virtuell social identitet. Genom detta kan patienten uppleva sig stigmatiserad, genom att han blir sedd på ett annat sätt än han ser sig själv (Ibid).



När det kommer till själva rehabiliteringsarbetet förklarar Birger att det tar ofta ganska lång tid och kan vara ganska problematiskt. Birger pekar på att varje patient är en individ och att en psykos ser olika ut beroende på vem individen är. Därmed tar det tid då patienten måste öppna sig så det går att se vad patienten behöver hjälp med, menar Birger. I rehabiliteringen arbetar han med stressreducering och förklaringar av olika problem, detta då det är något som majoriteten av patienterna har svårt för. Birger exemplifierar och förklarar att det till exempel kan vara så att en patient tidigare studerat på ett högt ansett universitet och sedan blivit sjuk direkt eller så har psykosen kommit smygande. Efter detta har patienten varit inlagd på slutenvården för att sedan kommit till enheten, dvs. öppenvården. Patienten har gått från att ha varit en student på universitetsnivå till att vara en patient inom psykiatri, vilket är två ganska skilda "världar".

Alltså de är personer som får en psykos de är väldigt aktiva [...] är mitt uppe i en utbildning, [...] liksom. Och så kommer du in i en psykos eller smygande kommer den, och du har förlorat dina förmågor och du blir inlagd på sjukhus och på något sätt vill man ju tillbaka, och den vägen tillbaka är ju väldigt bräcklig, och man måste följa upp och där är jag en del för att kunna hjälpa med återhämtningen. (Birger)

Det som Birger berättar om kan förstås som ett exempel på en statusförflyttning. Hilde (1996) talar om statusförflyttning och påpekar att det som sker är att individen går från att ha en hög statusposition till en lägre statusposition. Som Birger beskrivit så sker ganska ofta en sådan statusförflyttning, och denna förflyttning från hög till lägre status påverkar individen starkt och denne upplever sig stigmatiserad och utstött/utanför. Av det Birger beskriver är min analys att patienten genom denna statusförflyttning och de följder som psykosen inneburit kan tappa lusten att vara aktiv i något som helst. En möjlig tolkning av det Birger förklarar är att ju mindre aktiv patienten blir desto mer hamnar han utanför samhället och detta kan i sin tur öka hans redan befintliga upplevda stigmatisering. Genom att personer runt om patienten uppfattar honom som mer annorlunda än tidigare när han var frisk, så kan patienten då anamma denna bild av hur personer runt honom ser på honom. Han anammar en bild av sig själv som stigmatiserad. Med andra ord så tar han till sig sin virtuella identiteten, som Goffman (1973) talar om. Flyckt (2008) talar även om statusförflyttning. Hon beskriver att stigmatisering som skapas kan vara individuell, dock även strukturell och samhällelig. Individen och gruppen som blir stigmatiserade drabbas på flera sätt, inte bara med utanförskap utan även social, ekonomisk och politisk statusförlust. Denna statusförlust, lägre status leder till att de stigmatiserade ägnas mindre intresse och marginaliseras (Ibid). Birger förklarar vidare att det viktiga i arbetet med patienten är att ha en bra relation och att kunna

förmedla hopp. Vid frågan om han skulle säga att man ser utifrån individen förklarar han att hjärnan är unik och därför blir varje psykos unik. Birger påpekar att olika patienter behöver olika hjälp och därför kallas olika resurspersoner in. Att resurspersoner kallas in kan ses som en aspekt av helhetssynen de arbetar efter på enheten. Genom att kalla in resurspersoner med olika kompetens, roll kan olika problem kring patienten tillgodoseas. Det varje anställd som är inkopplad i patientärendet gör bidrar till en helhet. Mer konkret beskrivet kan man se det som att varje anställd är som en tårtbit och tillsammans med andra anställda kopplade till patienten bildar de en tårta, en helhet. Birger poängterar att något som spelar in i mycket stor grad är patientens sjukdomsinsikt. Patienten har oftast en förvrängd verklighetsuppfattning, påpekar Birger.

Du kan ju komma in till sjukhuset med buller och bång och sen tycka att jag ska ju ut och jobba igen. Det blir komplikationer, med arbetsgivare eller studierektor. Det gäller att vara med där och lösa bekymmer. (Birger)

Arbetsterapeuten Anas huvudsakliga arbetsuppgift är att göra bedömningar, framförallt funktionsbedömningar. Hon förklarar att varje bedömning är ytterst individuell, och beskriver att hon börjar med en intervju med patienten där hon förklarar vad som kommer hända och vad de två kommer att arbeta med. Sedan talar hon även med anhöriga eller en eventuell kontaktperson, för att få deras bild av vad patienten har för svårigheter och hur situationen sett ut för patienten fram tills nu. Ana förklarar att hon framförallt försöker få fram vilka förmågor patienten har så att hon vet vad de kan tänkas behöva arbeta med. När Ana rätt ut hur situationen ser ut så gör hon en typ av bedömning där hon observerar patienten för att konkret se förmågor och brister hos patienten. Ana beskriver att hon observerar patienten när denne gör en vanlig vardagssyssla, till exempel koka kaffe. Ana förklarar att hon då studerar är själva processen runt denna aktivitet inte huruvida patienten kan göra kaffe eller inte. Hon förklarar att många av patienterna till en början tycker det känns konstigt och lite fånigt med just dessa observationer. Men när Ana förklarat att det är en process hon studerar inte självaste uppgiften så brukar de flesta patienterna tycka att det är ganska okej. Även om syftet med denna observation är god, att se till patientens förmågor och hjälpa denne kan det tänkas bli så att patienten genom att få göra en sådan basal uppgift och under det bli observerad kan uppleva sig uttittad och som en outsider. Vad man kan förstå av det Ana förklarar kan denna observation förstärka känslorna av stigmatisering som patienten redan har. Patienten kan vara van att bli uttittad, stigmatiserad i sin vardag, och kan då koppla de känslorna till

observationen, att även bli uttittad av den som ska hjälpa honom. Vid frågan om Ana tror att patienten genom observationen kan känna sig mer stigmatiserad förklarar hon att hon inte upplever att det blir så, hon påpekar att de positiva faktorerna överväger. Hon beskriver att genom att hitta vilka förmågor som varje patient har så kan hon och patienten arbeta med dessa förmågor konkret och då medverkar detta arbete till att patienten mer och mer närmar sig att klara mer och tillslut komma ”tillbaka till samhället”. Detta arbete kan då ses motverka en fortsatt upplevd stigmatisering hos patienten påpekar Ana. Hon förklarar att genom att patienten får hjälp med att se sina förmågor så vet patienten vad han klarar, och inte bara vad som inte fungerar. Ana fortsätter och förklarar att genom det arbete hon och patienten gör tillsammans så ser patienten sina förmågor och även när patienten får nya kunskaper och förmågor så stärker det patienten. Genom detta så upplever Ana att patienten känner sig mindre stigmatiserad.

Ivana och Tove har olika yrkesbakgrund men arbetar båda som samordnare. Tove förklarar att det hon först gör är att utifrån en checklista med olika formulär intervjuar patienten för att försöka kartlägga dennes problematik. Ivana beskriver att hon till exempel alltid utför frågeformuläret om patientens problembakgrund. Hon påpekar också att hon ofta genomför formulären AUDIT och DUDIT, vilka är formulär för att titta på patientens alkohol och drogvanor. Ivana beskriver att vissa av dessa formulär går hon igenom med alla och vissa bara om det syns ett behov. Ivana beskriver även att det inte alltid visar sig vara en psykos hos patienten och att det blir tydligt när hon går igenom formulären.

Vi får ju väldigt många som har ADHD och är neuropsykiatriska. Ja Asperger och jaa.. Det är inte alls ovanligt, och det kan vara en dubbeldiagnos också. Men rena psykos det är inte lika vanligt längre, det tycker inte jag. Det är så mycket droger inblandat numera. Så ibland vet man inte vad som är vad. (Ivana)

Ivana förklarar vidare att om hon misstänker att det inte rör sig om en psykos så kallar hon in en av psykologerna för en bedömning. Hon påpekar att droger kan framkalla mycket, och då måste man titta lite närmare i ett samtal med psykologen. Det märks att som samordnare måste man ständigt ifrågasätta och fundera på orsaker till varför en patient mår som han mår eller har de symtom som han har. Efter det första mötet så har Tove och Ivana den närmaste kontakten med patienten utav alla som arbetar med patienten. Samordnaren fungerar som en mittpunkt, den patienten alltid kontaktar, förklarar Tove. Ivana beskriver att genom att ha en nära kontakt så kan hon som samordnare upptäcka olika saker och ting ganska lätt och då

direkt hjälpa till med att bearbeta det eller kalla in någon av sina kollegor om problematiken ligger närmare vad de arbetar med. Ivana förklarar att till exempel om patienten varit med om en specifik händelse som starkt påverkat honom så kan han behöva prata med en psykolog, det är då samordnarens, hennes uppgift att ta kontakt med psykologen och ordna en tid för patienten. Lindell (2003) talar i sin avhandling om att det patienterna i hennes undersökning uppskattade mest var stödet de fick av personal i de egna ansträngningarna. Detta kan man även se utifrån det som kommit ut av intervjun med Tove. Att ha en nära kontakt medverkar till att fungera som ett stöd för patienten i allt han är med om, att ha någon där när han försöker. Tove förklarar precis som Ivana att genom att ha denna nära kontakten så upptäcker hon oftast vad som behövs för klienten. Hon beskriver att hon har stödsamtal med alla sina patienter, där hon framförallt arbetar jagstödande med patientens självbild och självkänsla. Tove fortsätter; hon försöker se vad som är allmänmänskligt, vad som är rimligt och möjligt för patienten. Hon poängterar att det är viktigt att se patienten med det friska ögat, det vill säga att försöka se förmågor som patienten har och utveckla dem, istället för att endast se till problemen som finns. Något som är tydligt i intervjuerna med Tove och Ivana är att de verkar ha samma syn på vad samordnarrollen innebär och hur man som samordnare bör arbeta med patienten. Att fungera som mittpunkten i arbetet med patienten och ha den nära kontakten är något som de båda påpekar, och framförallt att stödet i den relationen är en av de viktigaste punkterna i vården av patienten.

#### **6:4 Strategier och livskvalitet**

I detta avsnitt ämnar jag att ta upp strategier i arbetet, faktorn livskvalitet och hur de anställda upplever sig bidra till livskvalitet för patienterna. I arbetet med patienterna på enheten har de anställda lite olika strategier för att hjälpa patienten att bli bättre och framförallt arbeta med sina förmågor och klara fler saker själv. Intervjupersonerna i min studie påpekar en rad olika viktiga faktorer när det kommer till ”hjälptill självhjälpt” för patienten, det vill säga hur patienten genom egna förmågor kan hjälpa sig själv. Intervjupersonerna menar alla på att detta är något mycket viktigt för patientens tillfrisknande, att se sina förmågor, vilket ger patienten makt i sin tillvaro. En möjlig tolkning till anledningen till detta är att ha kontroll över sitt liv, vilket man kan se är en grundläggande del hos människan. Ivana beskriver att patienterna ofta har svårt med att inse att de är sjuka. Något jag då kan göra är att gå igenom ett kompendium med patienten, förklarar Ivana. I detta kompendium förklarar hon, så är det beskrivet olika delar om vad en psykos är.

Det är inte alltid så himla enkelt det där, eftersom en del inte ens vill inse att de är sjuka. Men vi har, det är ett kompendium som handlar just om psykos, alltså en praktisk utbildning ja kan man säga. Det går ju inte på alla men de som är mottagliga för det brukar jag göra det med. De får lite en aha-upplevelse när man går igenom den där, det är väldigt pedagogiskt och så. (Ivana)

Ana talar även om att patienter får en aha-upplevelse när de inser vad som är deras problematik, vad deras diagnos innebär.

Just i början när jag träffar patienter så, oftast börjar man med funktionsbedömningar så ser de inte problematiken riktigt, problemen utifrån min synvinkel i alla fall. Så ibland får de lite en aha-upplevelse har jag märkt. Och tycker, det här stämmer in på mig. (Ana)

Att få fram denna aha-upplevelse och sjukdomsinsikt som Ivana och Ana talar om gör vad man kan se så att det blir lättare att göra framsteg med patienten. Genom att komma förbi gränsen till insikt kan patienten se och förstå problemet och kan då prata med sin samordnare eller arbetsterapeut om vad som kan tänkas behöva göras. Ivana påpekar att det finns många unga patienter som inte vet vad det är som händer med dem och genom att då gå igenom kompendiet så kan de känna igen sig, känna igen olika symtom. Hon menar att detta leder till att patienten ofta mår bättre, bättre av att få veta vad det är som händer med en. Även Birger och Tove påpekar att sjukdomsinsikten är något som är väldigt viktigt i arbetet med patienterna.

[...] en insikt, en sjukdomsinsikt, och det är ingen quick-fix det tar tid och det kan vara rätt sorgliga samtal, kanske efter tredje året sitter med familjen och pratar om detta om förmågan. Det är den tillsammans med compliance, hur viktigt det är att ta sin medicin. Man får denna förmågan liksom, det är väl det som är hjälpen. Tror jag, en sorts insikt och man litar på sin behandlare. (Birger)

Vad Birger talar om i citatet ovan är ett möte med en patient och dennes familj. Han exemplifierar hur det kan se ut när det kommer till sjukdomsinsikt, att som han säger; det tar tid. I citatet beskriver Birger hur han efter tre år med en patient fortfarande kanske inte lyckats få patienten till sjukdomsinsikt. Vad som blir tydligt i det Birger förklarar är att sjukdomsinsikten är som en nyckel till att patienten blir bättre. Utan denna nyckel sitter man i samtal efter tre år och pratar fortfarande om patientens förmåga på grund av att patienten inte funnit en sjukdomsinsikt. Något ytterligare man kan förstå av det Birger beskriver är att sjukdomsinsikten är en stor del i helhetssynen, de anställda arbetar med olika medel/delar för att patienten ska nå sjukdomsinsikt, vilket bildar en helhet. Vad som mer går att tolka ur det

Birger säger är att om en patient inte finner en sjukdomsinsikt blir det som att hans återfrisknande sätts på paus, det går kanske lite framåt men inga stora framsteg görs. En möjlig slutsats är att om patienten finner en sjukdomsinsikt så blir det lättare att göra framsteg för patienten och återfrisknandet kan gå snabbare. Detta kan ses hjälpa patienten ifrån stigmatisering. Som beskrivet i teoridelen så erhåller psykiskt funktionshindrade individer egenskaper som gör att de ofta blir stigmatiserade. Genom att patienten kommer till sjukdomsinsikt och återfrisknar försvinner dessa egenskaper och därav kan man anta att stigmatiseringen minskar. De egenskaper individen blev stigmatiserad för finns inte längre eller är mindre påtagliga.

Vidare tar intervjupersonerna upp några strategier i arbetet med patienterna. Ana påpekar att vad en patient klarar av rent funktionsmässigt är individuellt. Hon förklarar att något av det allra viktigaste i vården av patienten enligt henne är att hitta strategier för att patienten ska kunna hantera och leva i den miljön han befinner sig i. Ana beskriver att detta kan till exempel röra sig om att patienten behöver strukturera upp sin miljö eller lära sig att passa tider. Ana förklarar att de strategier hon kan hjälpa patienten med är framförallt med konkreta hjälpmedel. Hon ger ett bra exempel när det kommer till att strukturera upp miljön:

För en del kan tycka att det är jättestökigt, till exempel har en garderob och bara slänger in kläder, och när de ska ta ut någonting så får de slänga ut allt igen, för att hitta ett klädesplagg. Och då kan man lära dem att det går att göra det på ett bättre sätt, ordnar du kläderna i garderoben så behöver du inte ta ut alltihop igen för att hitta något. Jobba med kompensatoriska åtgärder blir det, som i det här fallet, man föreskriver tekniska hjälpmedel. (Ana)

Av det Ana beskriver kan man se att det är mer än samtal, terapi och medicin som spelar in i hjälpen till att patienten ska bli bättre. När det kommer till de strategier Ana beskriver kan dessa ses kunna motverka stigmatisering av patienterna. Detta genom att Ana hjälper patienter med konkreta praktiska hjälpmedel som i citatet ovan eller alarmfunktioner för att passa tider vilket hjälper patienten att fungera bättre i samhället, och därmed kan man anta att stigmatiseringen av individen kan minska. En möjlig tolkning är att genom att patienten klarar av fler vardagsfaktorer och blir mer anpassad till samhället så märks hans sjukdom som lett till stigmatiseringen mindre och han blir då förmodligen inte stigmatiserad i lika stor grad. Han blir istället accepterad då han inte skiljer sig från mängden längre och inte uppvisar de egenskaper som tidigare gjorde att han blev stigmatiserad. Det praktiska Ana och patienten arbetar med är vad man kan förstå av det Ana beskriver en stor del i arbetet med helhetssynen,

att patienten klarar de praktiska delarna i sitt liv påverkar hur patienten mår och hur patienten mår påverkar hur han klarar det praktiska i sitt liv. Något man kan förstå ur detta är att de olika delar de anställda arbetar med bildar en cirkel där alla delar påverkar varandra, det Ana hjälper till med har inverkan på det Birger gör som har en inverkan på det Tove gör, och så vidare. Denna cirkel bildar en helhet, tanken bakom arbetssättet helhetssynen.

Det ovanstående kan jag koppla till det Nirje (2003) beskriver i normaliseringsprincipen. Han förklarar att man med olika hjälpmedel kan hjälpa individer som nämnt ovan med att försöka kunna leva ett så normalt liv som möjligt. En faktor som är viktigt enligt Nirje är dygnsrytm, med det menas att man ska få en normal rytm i sin vardag, gå upp på morgonen gå till arbete eller annan sysselsättning och sen sova på kvällen (Ibid). Genom att Ana hjälper patienten att strukturera hemma hos patienten eller ge denne ett alarm så att han kommer upp på morgonen och även alarm så att patienten kan passa tider så medverkar detta till att patienten kan få en mer normal dygnsrytm. Detta i sin tur gör att patienten klarar sig bättre i samhället vilket kan leda till att han blir mindre uttittad och stigmatiserad. Dock kan detta endast ske om patienten är motiverad. Ana förklarar att patienten måste vara motiverad till att använda strategierna och hjälpmedlen, det är jätteviktigt. Hon påpekar att det inte är alltid patienterna är det, och då får man ”pusha” dem lite mer. Ivana påpekar precis som Ana att det händer att patienterna inte är så motiverade och drivna.

De har liksom ingen motor. Så det är vi som blir hjälpmotorn. Och man får slita rätt hårt ibland för att få iväg dem. (Ivana)

Ivana beskriver att få struktur i vardagen är något som är mycket viktigt, vilket även Ana påpekar. Ivana förklarar att det hon kan göra för att hjälpa patienten att få struktur i vardagen är att ta kontakt med till exempel anpassad skola eller Albatrossen, en förening som anordnar aktiviteter för psykiskt funktionshindrade. Ivana menar på att det hon gör är framförallt att hjälpa patienten att aktivera sig mer och inte bara bli hemma. Här kan man åter knyta an till helhetssynen de har på enheten. Ana och Ivana har olika yrken och därmed olika arbetsuppgifter. Av det de förklarar ovan så bidrar de båda till att hjälpa patienten att komma igång, de arbetar med olika delar och det de gör bildar en helhet då de båda bidrar till att patienten ska klara sin vardag bättre. Detta är även något som man kan anta motverkar stigmatiseringen. Genom att komma ut så blir patienten inte isolerad och därmed en del av samhället. Med tanke på att som Ivana förklarar hjälpen hon ger rör aktiviteter och skola som

är anpassad, så blir det inte så att patienten blir satt i en vanlig klass, där han skulle riskerat att bli stigmatiserad och uttittad.

När jag talar med Birger om strategier i hjälpen av patienten fokuserar han på två faktorer han tycker är extra viktiga, försiktighetsprincipen och hitta förmågor. Med försiktighetsprincipen menar han att man inte får köra på för hårt med patienten. Birger förklarar att om man ”pushar” patienten för hårt att komma tillbaka till arbete eller skola för fort så kan detta leda till att patienten återinsjuknar. Han menar att det handlar om att patienten först och främst ska få en sjukdomsinsikt och allteftersom hitta sina förmågor. Birger påpekar som tidigare skrivet att det är inget ”quick-fix”, och hur snabbt det går att komma tillbaka till ett normalt liv igen är väldigt individuellt. Han påpekar vidare att man ska se till patientens friska sidor men dock vara vaksam och kontinuerligt titta på patientens utveckling. En slutsats som kan dras här av det Birger beskriver är att det han säger om att kontinuerligt titta på patientens utveckling är en del av helhetssynen. Genom att hela tiden vara vaksam över utvecklingen så kan man förstå att Birger ser flera olika delar hos patienten - svårigheter och problem, och på mötena med sina kollegor ta upp det så att patienten får hjälp med problem som inte ”ligger på hans bord”. Genom att se över utvecklingen och ta upp problem han ser med kollegerna bidrar med andra ord Birger till arbetet utefter helhetssynen. Lindell (2003) talar i sin avhandling om faktorn att patienter kan känna sig både friska och sjuka. Författaren beskriver att patienterna känner sig friska i jämförelse med slutenvårdspatienter, men sjuka när det kommer till funktionsnedsättningar och hallucinationer (Ibid). Det Lindell beskriver kan man även se i det Birger beskriver. Han menar på att patienten har både friska och sjuka delar och om han pushar för mycket på de friska delarna för fort, genom till exempel hjälpa patienten börja arbeta igen så kan det leda till att återinsjuknande. Det är, vad man kan förstå utifrån detta därför mycket viktigt att som Birger förklarar att vara vaksam när det kommer till patientens förmågor och vad patienten kan tänkas vara redo för. Det som gäller är att finnas där som ett stöd för patienten i dennes egen utveckling och ansträngningar att bli frisk, påpekar både Birger, och Lindell (2003). De två nämnda beskriver att förståelse och stöd från omgivningen är det många patienter saknat tidigare, varav det blir av stor vikt i vården av dem.

Vad livskvalitet är, är enligt samtliga av mina intervjupersoner något väldigt individuellt. Dock lyfter var och en av dem fram olika delar av vad livskvalitet innebär. Anledningen till detta kan man bara anta, det kan bero på vad de har för yrke. Detta genom att de ser till vissa delar i sitt arbete och då ser dessa delar som viktiga i livskvalitet. Ana beskriver att enligt



hennes är livskvalitet för patienten tätt knutet till miljö. Hon förklarar att en fungerande miljö är a och o, och hon menar då med miljö; boende, sysselsättning och socialt umgänge. När det kommer till patienterna är det mycket viktigt med miljön menar Ana. Hon pekar på att faktorn miljö ofta glöms bort trots att det är så viktigt. Det är inte bara det fysiska och psykiska välmåendet som spelar in, miljön påverkar patientens mående mer än man tror, menar Ana. Ana förklarar att det hon kan göra för att medverka till att patienten får en större livskvalitet är att framförallt arbeta med patientens medvetenhet. Hon förklarar att när patienten kommer till en sjukdomsinsikt och vet vad han behöver arbeta med så brukar patienten komma in i ett livskvalitetstänkande. I det Ana talar om så blir det tydligt att det inte alltid är den direkta hjälpen i form av terapi och medicin som hjälper mest och leder till ökad livskvalitet, utan genom att hjälpa patienten med saker i miljön så kan detta leda till att patienten börjar må bättre och upplever en ökad livskvalitet. Ivana är inne på ungefär samma spår som Ana. Hon påpekar framförallt sysselsättning och fritid som viktiga delar när det kommer till livskvalitet.

Ja alltså att ha en vettig tillvaro oavsett om man är sjuk eller frisk. [...]. Att känna att man gör något vettigt. (Ivana)

Ivana poängterar här något som jag tror är mycket viktigt, att livskvalitet för en psykiskt sjuk behöver inte skilja sig så mycket ifrån livskvalitet för en frisk person. Det handlar vad jag kan se om att ha ett värdigt liv utifrån hur man själv som individ ser på livskvalitet.

Intervjupersonerna pekar som sagt på att livskvalitet är något individuellt. Att de gör det visar även på synen de anställda har på sina patienter, att de inte själva stigmatiserar dem genom att tro att livskvalitet är något helt annat för patienterna än för dem själva. Vidare beskriver Ivana att det hon upplever sig kunna göra för att medverka till att patienten upplever livskvalitet är att försöka hjälpa patienten att aktivera sig själv, försöka få patienten intresserad av någon aktivitet eller sysselsättning. Just det här med att motivera patienten och vara ett stöd i deras eget kämpande är vad Ivana påpekar sig av erfarenhet sett viktigt. Detta är något som även Lindell (2003) talar om, hon poängterar att stöd i de egna ansträngningarna är något av det viktigaste i vården. Detta då, som också Lindell beskriver utifrån sin studie är något som patienterna saknat i sitt liv utanför enheten. Att som beskrivs i Lindells studie patienterna innan de blev patienter inte upplevt så mycket stöd från omgivningen kan ha att göra med stigmatisering (Ibid). Människor runtom den psykiskt funktionshindrade förstår sig inte på denne, precis som Flyckt (2008) förklarar så finns det en rädsla för psykisk sjukdom. Hon poängterar att detta leder till att människor i den sjukes närhet därmed tar avstånd från denne

(Ibid). Detta kan man se leda till att den psykiskt funktionshindrade kan uppleva sig utanför, vilket kan bidra till som Lindell (2003) talar om att den psykiskt funktionshindrade inte upplever någon form av stöd från sin omgivning. Något som spelar in här är hur psykiskt funktionshindrade upplever att omgivningen uppfattar dem. Lundberg (2010) beskriver att en vanlig uppfattning bland psykiskt funktionshindrade är att de upplever att allmänheten ser dem som ointelligenta, mindre trovärdiga och mindre kompetenta (Ibid). Denna bild kan man anta påverkar psykiskt funktionshindrade mycket och är något man inom vården av dem måste arbeta med. Tove arbetar med patienternas bild av sig själva i jagstödande samtal som beskrivet tidigare. Hon förklarar att något hon kan göra för att bidra till att patienten får en ökad känsla av livskvalitet är att arbeta jagstödande med samtal där hon arbetar för att patienten ska få en bättre självkänsla. Man kan anta att detta kan motverka bilden att patienten anammar eller håller kvar vid den bild denne fått av hur allmänheten uppfattar honom, detta genom att han blir starkare i sig själv och inte tar åt sig av vad andra människor anser. Tove påpekar att genom att patienten får en bättre självkänsla kan då sedan de arbeta med nya faktorer som till exempel sociala relationer och kommunikation. Här finns det en koppling till vad Birger talar om när det kommer till livskvalitet. Han poängterar att som han ser det så är livskvalitet att man är nöjd med hur man har det i livet. Birger fortsätter; det är att saker man gör i livet blir lustfyllda, att man har ett hopp. Birger beskriver att det han kan göra för att bidra till att patienten upplever en högre livskvalitet är just i rehabiliteringsarbetet att stå för hoppet och entusiasmera.

Rehabiliteringen liksom, när man sätter upp mål som är realistiska. Och det finns en hopplöshet hos patienten, då står man för hoppet, att man håller hoppet. – Men det här vi pratade om jag tror vi kan hitta en lösning på det. Man är realistisk men man ger inte upp. [...] Det var en patient nu, han pratade, för fyra år sedan sa han till mig Birger jag vill ha ett arbete eller praktik. Nu har det gått fyra år och nu är vi där. Han började i förra veckan [...] ett företag som förmedlar praktikplatser. [...]. Då satt han och jag vid bordet och då mindes vi för fyra år sedan, när han pratade och då hade han varit inne på sjukhus och sånt, och nu sitter vi här och detta är ett delmål. Där kan jag bidra med livskvalitet. (Birger)

I detta citat blir det tydligt att lösa saker och ting för patienten och få denne att må bättre inte är någon ”quick-fix” som Birger sagt. Detta citat kan man se belyser hur arbetet fungerar på enheten. De anställda arbetar efter delmål, ”först löser vi detta, sedan kan vi ta itu med detta”. Detta är genomgående i alla intervjuerna, att intervjupersonerna på olika sätt poängterar att de arbetar med en sak i taget, och att för att hjälpa patienten att bli bättre och uppnå sitt mål så måste man ta steg för steg, delmål för delmål tills patienten blivit bättre. Genom att de

anställda arbetar med olika delar med patienten beroende på yrke så bidrar sedan alla dessa delar till en helhet, vilket är grunden för hur de arbetar på enheten, utefter en helhetssyn. Varje anställd kan ses som en del som tillsammans med andra anställda bildar en helhet kring patienten. Man kan likna det vid en tårta, där tårtan representerar helheten. Beroende på patienten och vilka problem denne har behövs det olika antal tårtbitar, anställda. En patient kanske behöver hjälp av samordnaren, kuratorn och arbetsterapeuten, dvs. tre tårtbitar, medan en annan patient kanske behöver hjälp från färre eller fler anställda, färre eller fler tårtbitar. Hur helheten, tårtan ser ut, antalet bitar, beror med andra ord på patientens behov och problematik.

### **6:5 Samarbete och samverkan med övrig personal**

Hur samarbete och samverkan fungerar har jag förstått är något mycket viktigt för samtliga intervjupersoner, och samtliga poängterar att de är nöjda med samarbetet på enheten. Birger och Ivana påpekar båda att det finns en solidaritet mellan de anställda och att alla hjälper varandra.

Vi har väldigt bra relationer här, måste jag säga. [...]. Det är aldrig långt och liksom ta upp något som man funderar på med någon. Utan man kan bara droppa in och sitta och prata. Är det lite mer organiserade saker så tar vi ju upp det på morgonmötet. Ibland kan man behöva, om man funderar på någonting och behöver liksom drifva tankarna så är man välkommen var som helst här. Inga problem. (Ivana)

Vad som blir tydligt här är att de anställda verkar ha ett mycket öppet förhållande mellan varandra, genom att de har lätt att ta upp saker med varandra som Ivana ovan beskriver. Att bara kunna komma in och prata om något man undrar gällande en patient måste vara underlättande för arbetet i stort. Detta då den anställde kan få svar på en fråga direkt, utan att behöva boka in ett möte. Speciellt om det är något som inte kan vänta, då är det bra att kunna ha denna direkta kommunikation.

Tove förklarar att hon är förundrad över vilket engagemang som finns på enheten. Hon pekar på att det finns en glädje över arbetet bland de anställda och att alla verkar trivas bra. Tove fortsätter och förklarar att det inte är som på andra ställen, där de anställda bara väntar på att få gå hem. Hon påpekar att det är ett mycket öppet klimat och att det är lätt att samtala om olika problem gällande patienter med varandra. Ana påpekar precis som Tove att samarbetet fungerar mycket bra på enheten.

Just här tycker jag det fungerar mycket bättre än andra ställen jag har varit på. Det här är en ganska ny mottagning så alla är ganska nya för varandra. Så då har vi börjat med att lära känna varandra och få information om vad alla gör, och hittat metoder för att det ska fungera så bra som möjligt, samarbetet. Och vi är ju inte bara här på avdelningen, vi samarbetar ju rätt mycket med avdelning 5. Så vi har våra planeringsdagar och dagar tillsammans med dem ofta. Och där försöker vi tydliggöra oftast våra roller, vem gör vad här och vem gör vad på avdelningen. Så utifrån det arbetet så har vi rätt mycket kunskaper om varandras roller här. (Ana)

Här blir det tydligt hur de anställda har kommit till att få ett så bra samarbete. Genom att alla varit nya då enheten öppnade, så var de inte så att tidigare anställda satte ramarna för hur arbetet skulle gå till på enheten. Istället fick som Ana beskriver alla chans att lära känna varandra och utvärdera hur arbetet skulle gå till. Detta kan man anta att de menar utgjorde en bra grund för ett bra samarbete. Man kan förstå av det intervjupersonerna uttrycker att faktorn att alla anställda var med från start gjorde att alla anställda fick möjligheten att komma till tals till samma grad, vilket förmodligen även bidrog till den starka sammanhållningen och det öppna klimatet. Utöver detta kan man se att det ovan beskrivna lett till en ökad närhet mellan de anställda, vilket jag uppfattar av det intervjupersonerna berättat är en viktig faktor i ett bra samarbete. Detta genom att alla har varit med från början och därmed fått lära känna varandra och skapa ett samarbete vilket fört dem närmare varandra. Att ha en så stark sammanhållning som beskrivet ovan kan man anta vara viktigt i arbetet mot stigmatiseringen hos patienterna. Genom att utifrån helhetssynen se till patientens alla behov och det stöd denne behöver så kan de anställda tillsammans minimera och hjälpa patienten bearbeta eventuell upplevd stigma.

Arbetet verkar enligt vad intervjupersonerna uppger fungera mycket bra på enheten. Vid frågan om det finns något som skulle kunna förbättras eller förändras när det kommer till samarbete och samverkan, påpekar Birger att de skulle kunna hålla sig mer till uppdraget:

Ja alltså mer att vi skulle hålla oss till uppdraget, nyinsjuknade i psykos. För vi får rätt många andra tjänster så man får mer annat också. Och det kan vara ganska stor skillnad på neuropsykiatriska, de som har de diagnoserna och de som har en psykos. Så det är lite spritt, det är så. Det skulle vara mer, ja uppdraget är ju psykos. (Birger)

Ana påpekar fokus på olika yrkesgrupper, vid till exempel möten:

Ja det är att det övergår till att bli mer fokus på läkarna i behandlingskonferenser. Nu senaste tiden har det börjat bli så att det är en stressig arbetsmiljö och då vill man snabbt komma in i medicinska åtgärder, att läkaren ska fatta ett beslut om något, bidra med sjukintyg, och då blir det lite mer så att det arbetet är mer

bråttom, än det här andra som funktionsbedömning eller träning i olika saker. (Ana)

### Ivana talar om vikten av resursmötena:

Men nu har vi pratat om det rätt mycket, vi har ju sådana resursmöten kallar vi det för då. Där man träffas då och som bara de som är runt en speciell person. Och så planerar man ju, och oftast är det ju det som det är mest problem med som man har de här resursmötena med. Runt om och det skulle väl vara bra om man hade sådana lite oftare har jag kommit på. Det är nog inte bara min tanke, det är nog så att det tänker vi allihop. Att det skulle vara väldigt bra att ha det oftare. (Ivana)

### Tove poängterar vikten av tid och reflektion:

Det är att vi hade mer tid till reflektion, var och en och tillsammans. Det kan jag sakna. Ja möten, spontana möten. För vi har en halvtimmas rast och då kanske man kommer sent från ett besök. [...] Ja mer tid för reflektion, för i reflektion finns mycket kunskap, [...] man lär sig otroligt mycket. Ja man saknar tid, tid att bonda så att säga. (Tove)

Det som blir tydligt i de ovanstående fyra citaten är att samtliga intervjupersoner påpekar faktorer som skulle kunna ändras rent praktiskt arbetsmässigt, inte direkt samarbetsmässigt-kommunikationsmässigt. Av vad man kan förstå utifrån citaten och det intervjupersonerna berättat så kan jag se att det som kan bli bättre rent allmänt på enheten är framförallt att de anställda får mer tid till arbetsuppgifter och möten. Vad som kan utrönas utifrån vad intervjupersonerna säger i citaten ovan så finns det inga stora problem i samarbetet, utan det som behövs är mer tid till bland annat möten så att samarbetet kan bli ännu bättre. Som Tove påpekar så behövs tid så att man kan reflektera, och jag tror att hon har en viktig poäng där, att reflektion leder till ökad kunskap. Denna ökade kunskap om patienter som man kan förstå av det Tove säger och sätt att hantera patienter kan i sin tur ses påverka samarbetet i en positiv riktning genom att de anställda kan dela med sig av sina reflektioner och därmed hjälpa varandra att utföra ett effektivare arbete. Även utifrån det Ivana påpekar i citatet ovan så är möten och kommunikation viktigt, att de skulle behöva ha fler möten. En möjlig tolkning här är att det både Tove och Ivana säger i citaten ovan kanske är ett uttryck för att kommunikationen behöver bli lite bättre. De verkar sakna reflektionstid och fler möten. Dessa två faktorer är tillfällen då de anställda kan kommunicera och genom att Tove och Ivana tycker att det behövs mer av dessa två faktorer så kan det vara ett tecken på att de menar på att det behövs mer kommunikation mellan de anställda på enheten, att den kommunikation som finns kan bli bättre. Av Anas citat kan man även se detta, hon påpekar att det blir mer fokus på

läkarna under vissa perioder och att det inte är så ypperligt. En möjlig tolkning är att det hon underliggande kan mena är att om kommunikationen vore bättre så skulle man kunna förhindra fokus på läkarna till en viss grad. Om kommunikationen var bättre så skulle det kanske funnits fler strategier till att hantera situationer som i Anas citat. Av det intervjupersonerna berättar om samarbetet mellan de anställda på enheten kan man se att detta förmodligen påverkar helhetssynen de arbetar efter. Vad man kan förstå av det intervjupersonerna förklarar om samarbetet så verkar det finnas en brist på kommunikation delvis. Utifrån detta kan det antas att om kommunikationen inte fungerar helt som den borde så kan det påverka så att helhetssynsättet inte blir prioriterat fullt ut. För att helhetssynen ska fungera har jag förstått av det intervjupersonerna sagt så måste kommunikationen fungera bra så att alla berättar för varandra det de ser hos patienten så att var och en av de anställda kan hjälpa med den del de ansvarar för.

Vidare i intervjuerna berörs frågor kring insyn och om de anställda upplever att de har insyn i vad de andra anställda har för roll och uppgifter. Överlag så tyckte samtliga intervjupersoner att de har insyn i vad deras kollegor gör. Både Birger och Ivana tycker absolut att de har insyn i vad de andra anställda gör. De påpekar att alla anställda pratar mycket med varandra och därmed får insikt i vad de gör. Birger förklarar dock att i vissa bitar ska man inte ha insyn, till exempel i en patients behandlingskontakt med psykologen. I detta fall tar psykologen upp det som är nödvändigt för Birger att veta, Birger förklarar att han inte behöver ha total insyn där. Både Birger och Ivana anser alltså att de har en mycket god insyn i vad de andra anställda gör. Ana och Tove beskriver att de anser sig ha insyn men inte fullt ut. Ana förklarar:

Nja inte riktigt helt. Vad man har för uppgift är nog ganska klart, men hur man genomför de uppgifterna är lite oklart. [...] Ja som i mitt fall, det finns en del som kan säga – kan du göra en AMS-bedömning eller kan du göra en funktionsbedömning, utan att veta hur en funktionsbedömning går till, vilka frågor man ställer och hur lång tid det kan ta. Eller vad för svar man får utifrån en AMS-bedömning. (Ana)

Tove beskriver:

Delvis tycker jag det. Det är väldigt lätt att gå in och fråga, och lätt att vara delaktig om det skulle vara så att jag undrar så är det lätt att sitta med i något sammanhang [...] och få en uppfattning om arbetet hos psykologen exempelvis. (Tove)

Det blir synligt att samtliga menar att de får en ökad insikt i och med samtal med sina

kollegor. Tveksamheten som finns hos Tove kan tänkas ha att göra med att utan dessa samtal är det svårare att få en insikt i vad övrig personal gör. Hon har påpekat att det skulle behövas mer tid för samtal och reflektion som nämnt tidigare, och det är rimligt att anta att det hon menat är att fler samtal skulle öka kunskapen inte bara om patienterna utan även om hur kollegorna arbetar och att detta skulle förbättra arbetet både gällande kunskap och effektivitet. Genom ökad kunskap om patienter och kollegors arbetssätt förstärks samarbetet.

Vad som blir tydligt i Anas citat är att insikten om hur hon gör sina uppgifter eller hur lång tid det kan ta inte finns hos de andra. Av det Ana förklarar kan slutsatsen dras att hennes yrke är det mest odefinierade. Arbetsterapeut är inte ett så tydligt definierat eller välkänt yrke som till exempel psykolog, vilket kanske bidrar till att de andra i arbetsgruppen inte förstår hennes insats fullt ut. Ytterligare en tanke är att det inte är lika lätt att vara med och se på när Ana utför sitt arbete för de andra anställda, då många bedömningar sker under hembesök hos patienten och inte på enheten. Tidsbristen kan göra att inte så många kan följa med på Anas hembesök och därmed få mer insyn i hennes arbete. Efter frågor kring insikt går intervjuerna vidare in på om det funnits oenigheter mellan personal på enheten, men varken Birger, Ivana eller Tove kan komma på att de själva upplevt det. Ana påpekar att hon upplevt en typ av meningsskiljaktighet:

Ett specifikt fall... har jag ju lite svårt att komma på, men däremot så finns det ärenden där jag har varit inkopplad, eller man har ställt en fråga och begärt en tid eller inte riktigt begärt, men önskat någon sorts bedömning eller funktionsbedömning och då har jag känt att så fortsätter de aldrig med patienten och då har man kommit ifrån just den här frågeställningen, att den inte längre är aktuell fast jag fortsätter träffa patienten och jobba med den frågan. [...] Och då blir det ganska onödigt att fortsätta med det här arbetet utan att höra om man ska fortsätta eller inte. Till exempel om de vill ha någon bedömning inför ett möte med biståndshandläggaren som ska bevilja något form av stöd. Och då kan man planera in mötet och prata om stödet utan att vänta in bedömningen. [...] Ja för då för då finns det inget tydligt syfte för att jag gör det jag gör riktigt. Att de har ett möte och fattar beslut. (Ana)

Det Ana påpekar här kan kopplas till hennes föregående citat. Hennes syn på kollegornas brist på insikt om hennes arbetsuppgifter hänger ihop med att de inte väntar in hennes bedömningar. Alla anställda har inte har riktigt klart för sig hur Ana exakt arbetar, vilket har lett till hennes uppfattningar, citaten. Ana förklarar att det kan bli så att hennes bedömningar glöms bort lite ibland, på grund av att man på enheten vill komma vidare med patienten och få en så snabb process som möjligt.

[...] Och då jag inte vet riktigt om det glöms bort på det sättet, men man vill ha de här mötena så snabbt som möjligt. För att man vill få iväg patienten så man kan fylla platser med andra patienter. (Ana)

Personalens brist på att invänta hennes bedömningar kan innebära att viktig information om patienten missas, vilket i sin tur gör att det blir brister i helheten runt patienten. Den beskrivna typen av oenighet kan dock tacklas om Ana förklarar för sina kollegor hur arbetet hon utför går till, och hon nämner också att så fort hon förklarat så har det mottagits väl. Det har gått ett år sedan enhetens start och allt är ganska nytt vilket kan vara en förklaring till det Ana upplevt. När en enhet är ny tar det tid för alla att komma in i arbete, samarbete och få förståelse för vad samtliga på enheten gör. Med tiden tror jag att man på denna enhet genom samtal och möten som sker varje vecka kan nå en djupare helhetssyn och åstadkomma ett starkare samarbete.

## 7 Slutdiskussion

Jag ämnar i detta avslutande avsnitt sammanfatta och bena upp vad som kan utrönas av uppsatsen. Jag ämnar besvara mina frågeställningar, först sammanfattningsvis, för att sedan mer utförligt koppla de till det jag i analysen kommit fram till. Efter detta kommer jag kort diskutera Bülow's avhandling. Slutligen ämnar jag ta upp metodologiska överväganden och möjlig fortsatt forskning.

För att sammanfattningsvis besvara mina tre frågeställningar: Den första, hur de anställda ser sig arbeta med att motverka stigmatisering. Här kan jag av det jag förstått av min empiri säga att det de anställda framförallt gör för att motverka stigmatisering är att: arbeta jagstödande, hjälpa patienten med konkreta hjälpmedel, vara med på möten, hjälpa patienten att komma till sjukdomsinsikt, och genom detta hjälpa patienten att hantera sin vardag. Sjukdomsinsikten är vad jag förstått av min empiri nyckeln till att bli bättre, och de anställda medverkar till denna genom sina olika arbetsuppgifter som tillsammans bildar en helhetshjälp runt patienten, helhetssynen. Mer konkret använder de sig av kompendier med beskrivningar av vad en psykos innebär. Den andra, vilka faktorer som är viktigast för tillfrisknande och livskvalitet för patienten enligt de anställda. Det de anställda framhållit här är framförallt sjukdomsinsikt, men även praktiskt och emotionellt stöd i vardagen ses av de anställda som viktigt i detta avseende. Praktiskt stöd i form av att strukturera upp vardagen, alarmfunktioner och att få ordning i lägenheten. Emotionellt stöd i form av dagliga samtal med samordnaren och inbokade samtal med kurator. Den tredje, hur samverkan och samarbete fungerar och hur helhetssynen spelar in. Enligt intervjupersonerna fungerar det bra och helhetssynfaktorn i arbetet fungerar bra, då samtliga upplever att alla anställda bidrar med sina bitar till helheten.



Det som dock skulle kunna förbättras är kommunikationen och en viss del av insynen i anställdas arbetsuppgifter, exempelvis i Anas arbetsuppgifter som beskrivet i analysen. En ökad insyn skulle förstärka helhetsarbetet enligt de anställda. I följande stycken beskriver jag mina slutsatser mer utförligt.

Under mina intervjuer fick jag en bild av en enhet som enligt intervjupersonerna verkar fungera mycket bra. När det kommer till motverkandet av stigmatisering av patienterna fann jag i intervjuerna en rad faktorer som bidrog till detta. Birger arbetar mycket med myndighetskontakt för patienterna. Det som gjorde att han i det arbetet motverkar känslan av stigmatisering hos patienten är att han finns där som ett stöd. Han underlättar genom att fungera som förklarare för patienten att förstå mer och lära sig mer om myndighetskontakt. Genom att patienten får mer kunskap och förståelse vad det kommer till myndighetskontakt så kan patienten komma att känna sig mindre utanför och stigmatiserad. Statusförflyttning var något som Birger även talade om. I hans arbete med patienten hjälper han patienten att komma tillbaka mer och mer till samhället och därmed kan patientens statusförflyttning balanseras upp igen. Birger beskrev att han förmedlar hopp och motivation vilket jag tror indirekt medverkar till att patienten mindre tänker och upplever sig som stigmatiserad när denne ser ett hopp för framtiden. Ana arbetar framförallt med funktionsbedömningar, vilka jag förstod kunde hjälpa till att motverka patientens känsla av stigmatisering. Genom att Ana och patienten tillsammans kunde arbeta med att hitta patientens förmågor tror jag det bidrar till att patienten upplever att han klarar en hel del saker och därmed känner sig mindre som en outsider, mindre stigmatiserad. Slutligen när det kommer till samordnarna så förstod jag att det de gjorde för att motverka stigmatiseringen hos patienterna var att finnas där som ett stöd, samt se till att patientens liv fungerade. Samordnarna var de som såg till att ordna med alarmfunktioner, kalla in resurspersoner och stödde patienten i det dagliga livet. Det jag insåg var att genom att finnas där på det sätt som samordnarna finns så motverkar de stigmatisering av klienten indirekt. Detta då de stärker patientens självkänsla, patientens faktiska sociala identitet och därmed får patienten att känna att han kan bli bättre och mindre tar åt sig av virtuell social identitet. Av vad som framgår av empirin så arbetar alla de anställda med att motverka stigmatiseringen av patienterna, men på olika sätt. Varje anställd bidrar med sin bit och tillsammans med de andra anställdas bitar bildar det en helhet. Detta är vad jag förstod av det intervjupersonerna berättat grunden i helhetssynen de arbetar efter på enheten, att alla bidrar med sin del, sin kunskap och tillsammans bildar detta en helhet av expertis runt patienten, därav en helhetssyn.

Vad gäller viktiga faktorer för tillfrisknande och för att få livskvalitet så fann jag några faktorer i min empiri. En av de allra viktigaste faktorerna enligt intervjupersonerna är sjukdomsinsikt. Att använda ett kompendium med beskrivningar av olika delar av en psykos förstod jag var en mycket bra metod för att få patienten till sjukdomsinsikt. Genom att patienten förstår vad som händer med honom tror jag av det intervjupersonerna beskrev att patienten kan komma att må bättre. Utav det intervjupersonerna berättade så insåg jag att sjukdomsinsikten är som en nyckel till att bli bättre. Hittar man inte nyckeln så kommer man inte in i det nya rummet, det vill säga kommer patienten inte till sjukdomsinsikt så kommer denne inte vidare i sitt tillfrisknande. En annan faktor som jag förstod var viktig var att patienten hittar strategier för att kunna hantera och leva i den miljön han befinner sig i. Här såg jag att de konkreta hjälpmedel som de anställda använder sig av hjälper patienten att klara sig i sin miljö och i samhället. Ju bättre patienten fungerar i samhället desto mindre blir patienten stigmatiserad. Utifrån empirin förstår jag att dessa konkreta hjälpmedel motverkar med andra ord stigmatiseringen av patienten samt får denne att må bättre och få en bättre självkänsla. En ytterligare faktor som är nära knuten till denna är att få struktur i vardagen. Vad jag kan se utifrån min empiri så är det oerhört viktigt att patienten får någon form av sysselsättning. Det kan vara en praktik eller en fritidssyssla anpassad för den psykiskt funktionshindrade. Detta påverkar även stigmatiseringen av patienten, genom att få en sysselsättning förstår jag att patienten blir mindre isolerad och därmed mer en del av samhället. Slutligen när det kommer till livskvalitet så förstår jag av min empiri att det är nära knutet till patientens sjukdomsinsikt, miljö och sysselsättning. Som beskrivet ovan är dessa tre faktorer något som i hög grad påverkar hur patienten mår och därmed dennes livskvalitet. Genom att patienten kommer till sjukdomsinsikt och mår bättre i sin miljö tror jag att dennes känsla av livskvalitet ökar utifrån vad jag kan läsa av empirin. En viktig slutsats jag drog från intervjuerna var att en patients syn på vad livskvalitet är, inte behöver vara annorlunda från en frisk persons. Genom att personalen på enheten verkar ta tillvara på den faktorn tror jag att det hjälper patienterna att må bättre. Jag förstår av empirin att patienterna därmed känner att de blir behandlade som individer i första hand och inte som sjuka i första hand. Detta tror jag bidrar till att de känner sig mer accepterade och mindre stigmatiserade. Som beskrivet ovan arbetar de olika anställda med olika delar för att medverka till att patienten får en ökad livskvalitet. Alla dessa delar medverkar till en hel livskvalitet, detta genom att varje anställd bidrar med varsin aspekt som kan öka livskvalitén hos patienten, vilket är idén med att arbeta utifrån en helhetssyn.

Gällande samarbete och samverkan såg jag utifrån det intervjupersonerna berättade att de uppfattar att de har ett mycket bra samarbete. Anledningen till detta tror jag är att alla var nya när enheten startade och därmed fanns det inga tidigare anställda som satte ramarna för samarbetet. Jag uppfattar av empirin att detta även medförde att alla fick komma till tals lika mycket och de fick som grupp forma samarbetet. Som vissa av intervjupersonerna beskrev så fick de då en chans att skapa nya band och en ny start med allas olika kompetenser. Vidare såg jag att alla påpekade något praktiskt när jag frågade om det fanns något som kunde ändras i samarbetet, detta istället för att påpeka vad som rent samarbetsmässigt kunde ändras. Här tror jag det har med att göra att alla var nöjda med samarbetet och att det var andra saker som kunde förbättras. Även när det kommer till insynen i vad de andra anställda gör på enheten så såg jag i empirin att anledningen till att den var så bra var att de anställda pratar mycket med varandra och därmed lär sig om varandras arbete. Den enda som inte helt kände så var Ana, och som beskrivet i analysen så tror jag det beror på att hennes roll är relativt ny samt att det för de andra anställda är svårare att vara med och se vad hon gör. Detta som beskrivet på grund av att mycket av arbetet är hembesök, samt på grund av tidsbrist hos de anställda. När det kommer till insynen kan jag tänka att det Ana beskrivit kan ha en inverkan på helhetssynen. Av det Ana beskriver kan jag utrona att de andra anställdas brist på att invänta hennes bedömningar kan innebära att viktig information om patienten missas, vilket i sin tur gör att det blir brister i helheten runt patienten. Det kan med andra ord leda till brister i helhetssynen på grund av den bristande insynen i Anas arbete.

Bülow (2004) skriver som beskrivet i tidigare forskning om avinstitutionaliseringen. Han talar om, om det skett en avinstitutionalisering eller inte och beskriver två sätt att tolka detta på. I den första tolkningen beskriver Bülow att om att man med avinstitutionaliseringen menar att individerna i undersökningen har gått från att ha varit på institution till egna eller alternativa boenden så har inte någon ”verklig” avinstitutionalisering skett. Den andra tolkningen är att det har skett en avinstitutionalisering, och han pekar då på är tre faktorer; att patienterna i hans undersökning har skrivits ut från sjukhus för att istället få vård inom öppenvården eller alternativa vårdenheter, den andra faktorn är att andelen patienter som vårdats på sjukhus har minskat successivt under undersökningsperioden och den tredje faktorn är att alternativa typer av stöd i boende och dagsvård har etablerats (Ibid). I de flesta av intervjuerna påpekar intervjupersonerna att så fort en patient blir utskriven från slutenvården de har ett samarbete med så skrivs patienten direkt in på enheten, detta sker automatiskt. Som jag har förstått så

försöker man få patienterna från slutenvården så fort som möjligt för att man inom öppenvården, enheten ska kunna arbeta med deras problematik och försöka få dem att komma tillbaka till ett vanligt friskt liv och komma tillbaka till samhället med att få någon form av sysselsättning. I intervjuerna har flera av intervjupersonerna även berättat om nya former av vård som kompletterar det de gör på enheten, till exempel olika former av aktiviteter och speciella skolor för personer med psykiska funktionshinder och olika typer av stöd som exempelvis boendestöd och umgängesstöd. Av det jag beskrivit ovan kan jag se att det skett en avinstitutionalisering utifrån de tre faktorer Bülow tar upp. När det kommer till den första tolkningen att det inte skett en avinstitutionalisering så kan jag utifrån min empiri anta att det inte stämmer. Intervjupersonerna har beskrivit att det är svårt med boende men att de flesta av patienterna har ett eget boende eller bor hos sina föräldrar. Med andra ord så har patienterna gått till någon form av eget boende, vilket förklarar att det har skett en avinstitutionalisering.

I uppsatsen har ett kritiskt förhållningssätt inte funnits. Anledningen till detta är att min uppfattning varit att arbetet på enheten verkar fungera väldigt bra och effektivt. Dock kan man fråga sig, passar detta arbetssätt alla anställda, och passar det alla patienter? Finns det något som skulle kunna bli bättre eller förändras? Det finns många frågor man skulle kunna ställa sig och om man gör en djupare analys kanske få reda på en del av svaren.

Under skrivandet av denna uppsats har jag funderat på om jag kunde ha gjort på något annat sätt, gjort något annorlunda som skulle ha varit bättre. Vad jag kommit fram till är att jag skulle ha kunnat fokusera mer på vissa delar i intervjun istället för att fråga ungefär lika mycket på alla delar. Jag skulle ha kunnat ställa mer följdfrågor och gått djupare in på de tre områdena jag tagit upp i uppsatsen; arbetet, strategier och livskvalitet samt samarbete och samverkan. Om jag hade fokuserat mer på dessa delar, ställt fler följdfrågor så tror jag att jag fått en djupare kunskap. Jag upplever att jag fick en utförlig kunskap om enheten, hur arbetet fungerar och hur personalen ser på olika faktorer, men om jag fokuserat mer på de ovan nämnda delarna tror jag att jag hade fått en ännu bättre förståelse för uppfattningar bland personalen.

Något som skulle kunna göras i en eventuell fortsatt forskning är att göra en komparativ studie. Detta genom att jämföra enheten med andra öppenvårdsenheter för att studera om man arbetar mycket olika på olika enheter och varför man gör det. Det vore då intressant att studera hur anställda på olika enheter ser på arbetet och hur arbetet påverkar patienterna.

## Referenser

Aspers, Patrik (2007). *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber.

Bülow, Per (2004). *Efter mentalsjukhuset. En studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*. Linköping. Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet.

Flyckt, Lena (2008). *Regionalt vårdprogram – Schizofreni och andra psykossjukdomar*. Stockholms läns landsting.

Goffman, Erving (1973). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Lund: Berlingska boktryckeriet.

Hilte, Mats (1996). *Avvikande beteende: en sociologisk introduktion*. Lund studentlitteratur.

Hjärnkoll (2010) <http://www.hjarnkoll.se/Hur-kan-du-bidra/>. (2010-11-09)

Jönsson, Håkan (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning & socialt arbete*. Malmö: Liber.

Lindell, Lisbeth (2003). *Mellan frisk och sjuk. En studie av psykiatrisk öppenvård*. Lund. Sociologiska institutionen, Lunds universitet.

Lundberg, Bertil (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Lund. Lund University, Faculty of medicine.

Markström, Urban (2003). *Den Svenska psykiatireformen – Bland brukare eldsjälar och byråkrater*. Umeå. Borea.

May, Tim (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin (2011) <http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/lang/gatekeeper> (2011-05-20)

Nirje, Bengt (2003). *Normaliseringsprincipen*. Lund. Studentlitteratur.

Nordén, Hans (2001). *Änglar och demoner – Röster om psykiatireformen*. Borås. Kommentus förlag.

Socialstyrelsen (1996) *Psykiatireformen – Årsrapport 1996*. Stockholm. Gotab.

SOU Rapport 2006:6 Så vill vi ha det. Nationell psykiatrisamordning.

# Bilaga 1

## Information om deltagande

Hej (namn)!

Mitt namn är Ylva Nilsson och jag studerar till Socionom vid Lunds universitet. Din mailadress har jag fått av (chefens namn).

Jag skriver till Dig då jag väldigt gärna skulle vilja intervjua Dig för min C-uppsats. Jag skulle vilja boka in en tid för intervjun **v.46**, intervjun kommer att ta **ca 1 timme**.

### **Passar den (datum) kl. (tid)?**

Om Du har en annan tid som passar Dig bättre så är jag flexibel.

Syftet med min uppsats är: Vad gör de olika yrkesgrupperna på en psykosenhets för att hjälpa en brukare med psykisk funktionsnedsättning till att hitta strategier för att hantera sitt liv och få ökad livskvalitet, hur uppfattar personalen sitt eget arbete och hur ser de på samspelet med de andra kollegorna.

Jag ämnar med andra ord att skriva om personer med psykiska funktionshinder och hur det ser ut för dem inom vården på er psykosenhets.

För att Du ska känna dig så trygg och bekväm som möjligt garanterar jag Dig:

- Fullständig anonymitet, dvs. jag kommer inte att nämna något som skulle kunna spåras tillbaka till Dig. Därmed kommer jag inte nämna någon information om Dig eller uppge var psykosenhets ligger eller vad den heter.
- Att Du kan avbryta deltagandet närhelst Du vill.
- Möjligheten att fråga om det är något Du undrar under processens gång.

För Din information så ämnar jag använda en bandspelare under intervjun. Hoppas Du inte misstycker. Allt inspelat material kommer endast användas för denna C-uppsats och sedan förstöras.

Har Du några funderingar eller frågor på ovanstående eller om det är någonting annat Du undrar över är Du välkommen att fråga!

*Tack på förhand*

Ylva Nilsson

## Bilaga 2

### Intervjuguide

Mitt namn är som sagt Ylva och jag studerar till socionom i Lund. Min tanke för C-uppsatsen är att göra en studie av er enhet genom att intervjua personal här med olika yrken. Syftet med min uppsats är att ta reda på: Vad gör de olika yrkesgrupperna på en psykos enhet för att hjälpa en brukare med psykisk funktionsnedsättning till att hitta strategier för att hantera sitt liv och få ökad livskvalitet, hur uppfattar personalen sitt eget arbete och hur ser de på samspelet med de andra kollegorna.

Om du vid något tillfälle känner att du vill att jag stänger av inspelaren så är det bara att säga till.

Finns det någonting du undrar innan vi börjar intervjun?

#### Utbildning, karriär och val av arbetsplats

- Vad har du för utbildning?
- Vad har du arbetat med tidigare?
- Hur kommer det sig att du valde detta yrket och denna arbetsplatsen?
- Är arbete med psykiskt funktionshindrade något du alltid brunnit för, tex. under utbildningen?

#### Synen på det egna arbetet, arbetsuppgifter

- Beskriv din yrkesroll/uppdrag? Hur ser en vanlig dag ut för dig?
- Berätta lite mer om sättet ni arbetar på här, jag har förstått att ni har ett speciellt arbetssätt?
- Vilken är din funktion i denna organisation?
- Hur hjälper du patienterna till att finna strategier för att klara av/hantera sin vardag?
- Vad är livskvalitet enligt ditt sätt att se? Finns det andra viktiga faktorer/synsätt som samverkar? Exempel?
- I vilka delar av ditt arbete känner du att du kan bidra till en känsla av livskvalitet hos patienten? Och i vilka delar känner du inte kan/gör det? (Följdfråga - Varför? Kan du ge ett exempel på det?)

#### Samarbete och samverkan med övrig personal



- Hur skulle du beskriva samarbetet mellan personalen på er avdelning? Till exempel mellan dig och ....(kurator osv.) Vilken syn har ni på varandra? På brukaren? På vilka vis kompletterar ni varandra?
- Finns det något du skulle vilja förbättra i samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna? Varför?
- Har ni veckomöten eller dylikt? I så fall vad tas upp på dessa möten?
- Upplever du att de olika yrkesgrupperna har insyn i vad de andra yrkesgrupperna gör, hur?
- Kommer du ihåg någon gång då det funnits oenigheter mellan personal i hur man bör/borde hantera ett visst fall? Hur löste ni/de det?
- Hur väl stämmer din arbetsbeskrivning överens med det faktiska arbetet du gör?

#### Styrning och påverkan: organisatorisk och eget handlingsutrymme

- Kan du komma på något specifikt organisatoriskt beslut som påverkat ditt arbete i stor grad? Tex. något som gjorde att du inte kunde utföra ditt arbete på det sätt du anser är bäst.
- Beskriv ditt handlingsutrymme? Hur är det med inflytande på din arbetsplats, hur märks det? Hur upplever du stöd från andra och från organisationen?
- Utifrån de organisatoriska bestämmelser och synsätt som finns, upplever du att du har möjlighet att utföra det arbete som du anser krävs för att patienterna ska få en känsla av livskvalitet? Hur?
- Upplever du att de högst uppsatta i organisationen har insikt eller förstår vilket arbete ni utför?
- Finns det någonting i organisationen som borde ändras så att patienterna får en mer kvalitativ vård?

#### Vision

- Har du någon vision i ditt yrke? Med din arbetsplats?
- Hur ser du på din egen framtid, yrkesmässigt?

Nu har jag inga fler frågor. Finns det något du skulle vilja ta upp eller finns det något du undrar över?

Tack så jättemycket för att du ställde upp!