



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

## **Hjälpande faktorer vid återhämtningen hos tio brukare med diagnosen schizofreni**

**Ashkan Rouzparast**

Psykologexamensuppsats. 2014

Handledare: Jan-Åke Jansson  
Examinator: Aki Johanson

## **Förord**

Jag vill rikta ett stort tack till psykosmottagningen för att ni gjort det möjligt för mig att forska inom detta ämne i er organisation. Utan er hade denna uppsats inte varit möjlig. Jag vill tacka Eva Henrell, Lena Steinertz, Lena Tenggren, Eva Steinick-Helgesson, Marja-Liisa Ylitalo och Christine Lundberg för ert engagemang. Jag vill också tacka min kursare och framtida kollega Maria Bergström.

Ett speciellt och varmt tack till min sambo Hanna Jernberg för att du funnits, för din kärlek och ditt stöd!

Jag vill även rikta ett stort tack till min handledare Jan-Åke Jansson för ditt engagemang, ditt tålamod, din hjälp och allt vi diskuterat under handledningarna. Du har gjort uppsatsskrivandet till en utmanande men lärorik process för mig.

Slutligen vill jag tacka alla er som ställde upp på intervjuerna! Det är era röster jag vill göra hörda genom min examensuppsats.

## **Sammanfattning**

Syftet med uppsatsen har varit att beskriva vilka faktorer som varit av betydelse vid återhämtningen hos tio brukare med diagnosen schizofreni. Delsyftet med studien har varit att beskriva vilka faktorer som haft positiv respektive negativ betydelse för brukarnas återhämtningsprocess. En kvalitativ ansats användes för att uppnå resultatet. Resultatet pekar på fyra faktorer som viktiga för återhämtningsprocessen. Den första faktorn var psykiatrisk vård. Inom psykiatrisk vård ingick slutenpsykiatrisk vård, öppenvård, farmakologisk behandling och ECT-behandling. Den andra faktorn var relationen till familj, vänner och professionella. Den tredje faktorn var vardagen och där ingick arbete, ekonomi, bostad, hälsa och religion. Stigmatisering var en faktor som påverkade återhämtningen negativt och som bör motverkas på ett samhälleligt plan och även inom familjen. Den fjärde faktorn var specifika faktorer där det visade sig att musik, husdjur och kärleken kan ha betydelse för återhämtningsprocessen. Baserat på resultatet rekommenderas att ovanstående faktorer bör beaktas och optimeras för att individer med en schizofrenidiagnos ska få bästa möjliga vård i enlighet med evidensbaserad vård.

**Nyckelord:** Schizofreni, Återhämtning, Kvalitativ, Psykologi, Psykiatri

### **Abstract**

The purpose of this paper has been to describe which factors that played a role in the recovery of ten patients with a schizophrenia diagnosis. A part of the purpose was to describe which factors that had a negative or positive bearing on the individuals' recovery process. A qualitative approach was used to achieve the results. The results indicate four factors that were important for the recovery process. The first factor was mental health care which included inpatient care, outpatient care, pharmacological treatment and electroconvulsive therapy. The second factor was the relationship with family, friends and professionals. The third factor was aspects of everyday life which included work, finances, housing, health and religion. Stigma was a factor that affected the recovery negatively and should be tackled both on a societal level and within family. The fourth factor was specific factors which showed that music, pets and love can be aspects of the recovery process. Based on the results it is recommended that the above factors should be considered and optimized for individuals with a schizophrenia diagnosis so that they can receive the best possible care in accordance with evidence-based care.

**Keywords:** Schizophrenia, Recovery, Qualitative, Psychology, Psychiatry.

## Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Introduktion .....                                       | 7  |
| Schizofreni .....  | 8  |
| Återhämtningsteori .....                                 | 10 |
| Definition .....   | 10 |
| Tre vändpunktsstadier vid återhämtning .....             | 11 |
| Olika faktorer som påverkar återhämtningsprocessen ..... | 11 |
| <i>Farmakologisk behandling</i> .....                    | 11 |
| <i>Ekonomi</i> .....                                     | 12 |
| <i>Privata relationer</i> .....                          | 12 |
| <i>Relationer till professionella</i> .....              | 12 |
| <i>Andlighet</i> .....                                   | 13 |
| <i>Förståelse</i> .....                                  | 13 |
| <i>Beslut</i> .....                                      | 14 |
| <i>Aktivitetsnivå</i> .....                              | 14 |
| Sammanfattning av återhämtningsteori .....               | 14 |
| Syfte .....  | 14 |
| Metod .....  | 15 |
| Deltagare .....  | 15 |
| Instrument .....   | 15 |
| Design .....   | 15 |
| Procedur .....   | 16 |
| Dataanalys .....   | 17 |
| Etiska ställningstaganden .....                          | 17 |
| Resultat .....   | 18 |
| Psykiatrisk vård .....                                   | 18 |
| Slutenpsykiatrisk vård .....                             | 18 |
| Öppenvård .....  | 20 |
| Farmakologisk behandling .....                           | 21 |
| ECT-behandling .....                                     | 22 |
| Relationer .....   | 22 |
| Familjen .....   | 22 |
| Vänner .....   | 24 |
| Relationer till professionella .....                     | 24 |

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Vardagen .....                     | 26 |
| Arbete .....                       | 26 |
| Ekonomi .....                      | 27 |
| Bostad .....                       | 28 |
| Hälsa .....                        | 29 |
| Stigmatisering .....               | 29 |
| Religion .....                     | 30 |
| Specifika faktorer .....           | 30 |
| Sammanfattning av resultatet ..... | 31 |
| Diskussion .....                   | 31 |
| Resultatdiskussion .....           | 32 |
| Psykiatrisk vård .....             | 32 |
| Relationer .....                   | 33 |
| Vardagen .....                     | 34 |
| Specifika faktorer .....           | 36 |
| Metodologiska begränsningar .....  | 37 |
| Urval .....                        | 37 |
| Instrument .....                   | 38 |
| Procedur .....                     | 38 |
| Dataanalys .....                   | 39 |
| Avslutningsvis .....               | 39 |
| Slutsatser .....                   | 40 |
| Kliniska implikationer .....       | 41 |
| Framtida forskning .....           | 41 |
| Källförteckning .....              | 42 |

## Introduktion

Ett specifikt intresse för återhämtningsprocessen hos individer med en schizofrenidiagnos väcktes i samband med författarens psykologkandidatur på en psykosmottagning. Författaren önskar nå djupare förståelse för vilka faktorer som varit av betydelse vid återhämtningen i en schizofrenisjukdom. Avgränsning till denna målgrupp baseras på författarens intresse och på grund av sjukdomens allvarliga karaktär. Genom en kvalitativ ansats önskar författaren nå brukarnas personliga upplevelser av vad de själva anser varit betydelsefullt vid återhämtningen i sin schizofrenisjukdom. En ökad förståelse för brukarnas perspektiv kan på sikt leda till förbättrade vårdinsatser. Detta i enlighet med evidensbaserad vård som innebär ”att kombinera evidens med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål” (SBU, n.d.). Det är därför viktigt att brukaren får utrymme att på ett förutsättningslöst sätt berätta vad denne upplever varit hjälpande i återhämtningsprocessen.

Språkbruket inom psykiatrin kan vara problematiskt. Ett problem är att finna ett lämpligt ord för uppsatsens målgrupp. Enligt Topor (2004) har ordet patient uppreparad gånger blivit kritiserat för att vara förknippat med den medicinska disciplinen. Klient å andra sidan är ofta förknippat med socialtjänsten och psykoterapier. Ordet brukare är mindre laddat än ovanstående ord och kommer därför att användas i uppsatsen. I resultat- och diskussionsdelen omnämns brukarna som informanter.

Stigmatisering eller stämplingsteori har definierats på olika sätt. Enligt Nationalencyklopedin (n. d.) är stämplingsteori en socialpsykologisk teori som undersöker sambandet mellan ett avvikande beteende och samhällets reaktion på detta. Link och Phelan (2001) definierar stigmatisering som en samverkan av följande komponenter: märkning, stereotypbildande, separation, statusförlust och diskriminering i en maktsituation som tillåter detta. Nationalencyklopedin (n. d.) skriver vidare att det främst är det etablerade samhällets stigmatisering av den som avviker som leder till dennes fortsatta utveckling av en identitet som är avvikande.

Cullberg (2004) beskriver den psykotiska världen med följande ord: "hon är ensam i sitt universum" (s.53). Skårderud, Haugsgjerd och Stänicke (2010) skriver att en psykotisk person lever i en annan och förändrad verklighet. Det finns olika teorier kring psykossjukdomarnas ursprung. Det finns även olika behandlingsalternativ. Enligt Skårderud et al. (2010) har människor med långvariga psykostillstånd ofta andra problem som missbruk, depression, ångest, ensamhet, dålig ekonomi och nedsatt arbetsförmåga. Brukarna har ofta

behov av skyddat boende och regelbunden kontakt med psykiatrisk specialistvård. Vidare är denna grupp ofta sjukpensionärer (Skårderud et al., 2010).

Begreppet psykos är enligt Cullberg (2004) ett fenomenologiskt-psykologiskt begrepp. Begreppet går ännu ej att förklara och spåra utifrån patofysiologiska processer eller biologiska markörer. Skårderud et al. (2010) skriver vidare att skiljelinjerna mellan de olika diagnoskriterierna inte baseras på biologiska markörer utan på kriterier som beskriver ett beteende. Cullberg (2004) menar att det finns ett naturligt behov av att urskilja enklare psykoser från de mer komplicerade. Schizofreni tillhör de mer komplicerade och är en heterogen undergrupp av psykoser med sämre prognos. Enligt Skårderud et al. (2010) är schizofreni den allvarligaste formen av psykosjukdom och störningen påverkar självupplevelser mer djupgående än vid enklare psykoser. Cullberg (2004) skriver att mellanformer av schizofreni är vanligare än de olika typiska syndromen.

### **Schizofreni**

Emil Kraepelin och Eugen Bleuler är namn som är förknippade med schizofrenibegreppets historia. Kraepelin tog fasta på sjukdomens tidiga debut och kroniska förlopp vilket avspeglas i termen *dementia praecox*, vilket betyder för tidig reduktion av psykiska funktioner (Ottosson, 2009). Enligt McNally (2012) introducerades begreppet schizofreni av Bleuler år 1908. Ordet härstammar från *schizein* (klyva) och *phrene* (själ) (Ottosson, 2009). Detta kan översättas till ”splittrad själ”. Bleuler (1950) definierade schizofreni ursprungligen som en grupp psykoser vars förlopp ibland är kroniskt eller tidvis är präglad av återkommande attacker. Attackerna kan upphöra och gå tillbaka men en fullständig återhämtning är inte möjlig. Definitionen av begreppet schizofreni har ändrats många gånger sedan dess men ingen definition inringar hela innebörden av schizofrenibegreppet (McNally, 2012).

Enligt dagens diagnossystem DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) krävs två eller fler av följande symtom: (1) vanföreställning, (2) hallucinationer, (3) desorganiserat tal, (4) desorganiserat eller katatont beteende och (5) negativa symtom, under en sammanhängande månad för att schizofrenidiagnosen ska kunna ställas. Åtminstone ett av symtomen måste vara (1), (2) eller (3). Vidare ska funktionsnivån påverkas signifikant på ett eller flera huvudområden som exempelvis arbete, relationer eller egenvård jämfört med tiden före insjuknandet. Det krävs även en varaktighet där kontinuerliga sjukdomstecken funnits under minst sex månader. Diagnoserna schizoaffektivt syndrom, förstämningssyndrom eller bipolär sjukdom med psykotiska drag ska ha blivit uteslutna innan en schizofrenidiagnos kan



ställas. Störningen ska inte vara substansbetingad eller bero på patofysiologiska effekter som exempelvis missbruk av droger, mediciner eller ett somatiskt tillstånd. Om det finns historia av autismspektrumstörning eller kommunikationsstörning i tidig barndom kan diagnosen schizofreni endast sättas om det finns framträdande vanföreställningar eller hallucinationer (American Psychiatric Association, 2013).

I Sverige har socialstyrelsen ansvaret för hälsorelaterade klassifikationer. Enligt Socialstyrelsen (n. d.) är målet med klassifikationerna att olika professioner och verksamheter inom vård och omsorg ska använda samma klassifikationer, begrepp och termer så långt det är möjligt. Då diagnostisering i Sverige sker genom ICD-10-SE används dessa diagnoskoder som inklusionkriterium för deltagarna i denna uppsats.

Prevalensen av individer med en schizofrenidiagnos är cirka en procent av befolkningen. En sjukdomsdebut sker vanligtvis mellan 15 och 25 årsåldern, men debuten kan även komma senare (Skårderud et al., 2010). Livstidsrisken att insjukna i schizofreni är cirka 0,8 procent. I Sverige uppskattas mellan 30 000 till 40 000 vara i behov av samhällets insatser till följd av sjukdomen (Socialstyrelsen, 2011).

De psykopatologiska symtomens karaktär sorteras in i kategorierna positiva och negativa symtom, samt de desorganiserade. Till de positiva symtomen räknas hallucinationer, tankestörningar och vanföreställningar (Socialstyrelsen, 2011). Enligt Skårderud et al. (2010) har brukare med övervägande negativa symtom en tendens till initiativlöshet och isolering gentemot omvärlden. Brukare med negativa symtom kan även bli inaktiva och få en nedsatt drivkraft, ett förändrat känsloliv och en oförmåga att fatta beslut. Cullberg (2004) menar även att språkförsämring eller inget tal hör till de negativa symtomen. Skårderud et al. (2010) beskriver att de desorganiserade har ett egendomligt uppträdande eller inkoherent tal.

Enligt Skårderud et al. (2010) krävs en kombination av olika behandlingsformer vid en psykossjukdom. Ett behandlingsalternativ är farmakologisk behandling med neuroleptika. Ett annat är psykoedukativt familjearbete. Detta baseras på grundtanken om att familjen är en viktig resurs för brukaren. Psykoedukativt familjearbete är även en nödvändig intervention för att minska risken för stigmatisering. Ett tredje behandlingsalternativ är individuell psykoterapi av olika slag. Ett fjärde alternativ är psykosocial behandling där olika yrkeskategorier inom sjukvården är engagerade.

Olika uppföljningsstudier av individer med en schizofrenidiagnos visar på olika resultat gällande återhämtning. I en sammanställning av uppföljningsstudier publicerade mellan 1900 och 1980 visades att 10-20 % av patienterna återhämtat sig helt från sin schizofrenidiagnos. Utöver dessa återhämtades 30-40% socialt (Warner, 1985, refererat i

Topor, 2004). Harding (1988) sammanställer resultat från fem uppföljningsstudier. I dessa studier visades att 46-68 % av patienterna blivit helt eller socialt återställda. I en uppföljningsstudie av Mason et al. (1995) hade 49 % av deltagarna inga eller enbart milda symtom. I en annan studie av Novick, Haro, Suarez, Vieta och Naber (2009) visades att 33 % av patienterna fick minskade symtom och att 4 % blev återhämtade.

### **Återhämtningsteori**

Först presenteras begreppet återhämtning historiskt för att därefter definieras. Sedan presenteras tre vändpunktsstadier och dessa efterföljs av olika faktorer som påverkar återhämtningsprocessen. Detta avsnitt avslutas genom en sammanfattning av återhämtningsteori.

**Definition.** Enligt Lysaker, Roe och Buck (2010) är begreppet återhämtning definierat på olika sätt. Buckley, Fenley, Mabe och Peeples (2007) menar att återhämtning traditionellt härstammar från medicinfältet och syftar till återställning av hälsan till patientens tillstånd före insjuknandet eller skadan. Termen återhämtning har dock på senare tid blivit kopplad till schizofrenisjukdomarna (Buckley et al., 2007; Lysaker et al., 2010). I denna uppsats används begreppet återhämtning enligt Topors (2004) definition.

Topor (2004) menar att återhämtning funnits i alla kulturer och tider. Enligt Topor (2004) skiljer sig begreppet återhämtning från såväl rehabilitering och bot på tre sätt. För det första är återhämtning alltid följden av det aktiva arbete som en individ själv gör, oftast med hjälp av andra människor. För det andra ska individen ses i sin kontext. Fokus ligger på att hitta tillbaka till sig själv och att återerövra olika förlorade sociala och psykologiska funktioner. Detta kan leda till ett förbättrat socialt liv och välmående. För det tredje får individen makt över både sina symtom och makt i relationen till sjukvården, socialtjänsten, familjen och vännerna, som fortsatt är en del av individens liv vid återhämtning fast under mer begränsade former.

För att minska slutenvårdtiden finns i Sverige genom socialtjänsten och psykiatrin ett nätverk bestående av behandlings- och stödinsatser (Topor, 2004). Exempel på öppenvårdspsykiatris insatser är läkarkontakt, medicinering, psykoterapi, hembesök, sjukgymnastik, kuratorkontakt samt sjuksköterskekontakt (Region Skåne, n.d.). Socialtjänstens insatser kan vara ekonomiskt bistånd, personligt stöd, överförmyndare eller annan social hjälp (Malmö stad, n.d.). Det finns även möjlighet att få stöd enligt LSS genom gruppboende, serviceboende eller eget boende (Malmö stad, n.d.).

Topor (2004) definierar således återhämtning som både en process inom individen och även som en process i relation till omgivningen. Vid en total återhämtning blir individen symtomfri och lever utan behandlings- eller stödinsatser. Vid en social återhämtning har individen fortfarande symtom, men dessa utgör inte längre något hinder. Topor och Borg (2008) nämner vidare frånvaro av inläggning på institution som tecken på återhämtning. Dock kan inläggning även ses som ett friskhetstecken då det kan tyda på insikt och ansvarstagande.

**Tre vändpunktsstadier vid återhämtning.** Enligt Topor (2004) finns det tre vändpunktsstadier i återhämtningsprocessen. I det första stadiet verkar det till synes inte hända mycket. Individen präglas av negativa symtom och anses vara kroniskt sjuk. Det som sker under ytan är att individen inventerar sina styrkor och svagheter. Exempel på detta kan vara att besvara frågor som: Vad har hänt? Vem är jag? Vilka faror hotar min psykologiska balans? Vilka vänner finns kvar? Detta stadium avslutas av att individen beaktar sina svagheter men blir mer aktiv genom användning av de yttre och inre resurserna. Även en acceptans av sjukdomen sker i denna fas (Topor, 2004).

I det andra stadiet börjar individen använda sina resurser, vilket ofta leder till ökad oro och ångest samt symtomökning. Sett utifrån anses individen ha blivit försämrad och en medicinhöjning är då vanlig (Topor, 2004). I detta stadium är det viktigare att se förändringarna i sitt sammanhang och diskutera med brukaren om hur han uppfattar dessa. Detta kan göras genom extra stöd och tillgänglighet (Topor, 2004).

Topor (2004) menar att det tredje stadiet kännetecknas av en stegvis men ojämn återhämtning där framgång och motgång sker växelvis. Positiva erfarenheter är en viktig del i återhämtningen. Genom erfarenheten sker en integrering av självbilden genom samspel med andra människor. Enligt Topor (2004) sker återhämtningen i många etapper med individuella skillnader. Återhämtningen är således heterogen. Vissa individer får familj och arbete, andra är utanför arbetsmarknaden och ytterligare några har sina vänner och fritidsintressen.

**Olika faktorer som påverkar återhämtningsprocessen.** Topor (2004) benämner en rad olika faktorer som påverkar återhämtningsprocessen. Dessa faktorer är farmakologisk behandling, ekonomi, privata relationer, relationen till professionella, andlighet, förståelse, beslut och aktivitetsnivå. Nedan kommer dessa att presenteras.

**Farmakologisk behandling.** Enligt Topor (2004) är medicinen en viktig faktor i återhämtningsprocessen. Medicin kan ha en stabiliserande effekt som bygger en grund varifrån brukaren kan arbeta. Denna grund kan vara att brukaren får sömn och vila samt symtomreduktion. En delaktighet gällande beslut kring medicinering är dock nödvändig.

Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2012) anser patienter, anhöriga och vårdpersonal att mediciner är nödvändiga men otillräckliga.

**Ekonomi.** Topor (2004) skriver att ekonomi vanligtvis inte ses som behandling utan snarare som stöd eller service. Bristande ekonomi och fattigdom är en psykosocial stressor som kan leda till ökat lidande och minskad social samvaro med andra människor i brukarens vardagliga liv. Brukaren får kämpa för sin överlevnad vilket leder till ökade problem som exempelvis missbruk, stigmatisering och hemlöshet. Tillgång till pengar kan vara en viktig aspekt för återhämtningen. Pengar är en förutsättning för integrering, normalisering och för att finna sig i ett normalt socialt samspel i sociala relationer. Dock är pengar i sig ingen garanti för återhämtning (Topor, 2004).

**Privata relationer.** Enligt Topor (2004) är en individ beroende av sitt sociala sammanhang i en återhämtningsprocess. Det centrala i förhållande till återhämtningsprocessen är således de sociala relationerna. Brukarens beroende av sociala relationer försvinner inte vid svåra psykiska problem. En individ med svåra psykiska problem behöver liksom friska individer känna sig respekterad, sedd och hörd i relationen med andra. Relationen till familj, vänner och behandlare är avgörande för brukarens återhämtningsprocess. Denhov (2002) menar att sociala relationers betydelse är av yttersta vikt vid en återhämtning. Enligt Schön, Denhov och Topor (2009) har vänner ofta en framträdande roll i återhämtningsprocessen. Studien visar även att vännernas kapacitet att vara stabiliserande för brukaren inte är beroende av om vännerna själva lidit av psykisk ohälsa eller ej. Även partners, barn och föräldrar anses vara viktiga då dessa vanligtvis är de första som upptäcker symtom och sjukdom. Det som är viktigt i de sociala relationerna är praktisk hjälp samt emotionellt och socialt stöd (Schön et al., 2009).

Enligt Topor (2004) kan sociala relationer bryta isolering genom att en vän aktiverar brukaren. Vidare kan sociala relationer leda till en grundläggande trygghet genom att vara tillgängliga, ta sig tid, låna ut pengar eller fylla kylskåpet med mat. Konsekvensen av sådana handlingar kan ha en positiv inverkan på brukaren. Vidare kan den som förser brukaren med detta tjäna som ställföreträdande hopp när brukaren upplever allt vara hopplöst.

**Relationer till professionella.** Topor (2004) skriver att individer som återhämtat sig sällan benämner en behandlingsmetod eller vårdorganisation som den centrala bidragande faktorn. Snarare ligger tyngdpunkten på några få personer och deras personliga egenskaper. En sådan person kan exempelvis vara den professionella behandlaren. Relationen till behandlaren skiljer sig från en social relation genom att behandlaren får betalt för att träffa brukaren. Trots detta skapas det många speciella relationer med behandlare. Då relationen

utvecklas kan brukaren med tiden se sin behandlare som en person, vilket i förlängningen leder till att brukaren själv går från att vara patient till person. På så sätt kan relationen bli mer jämlik.

Schön et al. (2009) anser att det som behandlare är viktigt att identifiera vad som är viktigt för brukaren och visa ett genuint intresse för detta. Topor och Denhov (2012) tillägger att fokus inte enbart ska vara på psykiatriska problem utan även att andra erfarenheter är viktiga. Topor (2004) och Denhov och Topor (2012) uttrycker vikten av att brukaren blir sedd och får möjlighet att berätta sin historia, sätta ord på sina tankar samt få bekräftelse kring sina erfarenheter. Kvaliteten på relationen till behandlaren är således viktig. Andra faktorer som spelar in är tillit, kontinuitet, emotionell närvaro samt en fungerande personkemi mellan behandlare och brukare. Finns detta kan relationen ibland jämföras med en vänskaplig relation, dock utan att individen får ta del av behandlarens privata bekymmer. Topor och Borg (2008) menar även att behandlarens förmåga att förmedla hopp och att hålla hoppet vid liv är en central aspekt i brukarens återhämtning.

Ibland kan en behandlare utföra sådant som går utanför dennes arbetsuppgifter men som får stor betydelse för brukaren. Behandlaren kan genom rätt engagemang fånga upp brukaren. Det kan handla om att brukaren uppmärksammas på ett speciellt sätt. Det kan även vara att behandlaren aktivt söker kontakt med brukaren som exempelvis vid uteblivet besök (Topor, 2004). Detta kan leda till en viktig insikt hos brukaren, nämligen att behandlaren tänker på brukaren och dennes situation mellan träffarna. När det slutligen sker ett formellt avslut mellan behandlare och brukare tar kontakten nödvändigtvis inte slut. I perioder då individen mår sämre kan kontakt ske ändå (Topor & Denhov, 2012).

**Andlighet.** Topor (2004) skriver att en individ vid allvarliga psykiska problem ställs inför grundläggande frågor om meningen med livet. En andlighet eller gudstro kan ge en känsla av mening, trygghet, stöd, kraft och välbefinnande. En församling kan ses som en plats där de psykiska problemen inte är i fokus utan där en gemenskap till andra kan uppstå. Andliga rörelser kan bidra till återhämtningen genom att skapa ett sammanhang, en social situation samt genom att ge existentiella förklaringar och hopp.

**Förståelse.** Enligt Topor (2004) är förståelse för vad som händer individen en form av copingstrategi. Brukaren tenderar att inhämta information från olika och motstridiga informationskällor. Brukaren kan också ha blivit präglad av en behandlares förklaringsmodell. Det är inte ovanligt att brukaren vid en återhämtningsprocess förändrar sin förståelsemodell. Brukarens förståelsebehov fortlöper genom hela återhämtningsprocessen.

**Beslut.** Topor (2004) menar att de som genomgått en återhämtningsprocess ofta berättar att de fattade ett beslut. Beslutet kan handla om att inte vara offer för sina symtom och att erövra makten över sitt liv. För att ett beslut ska bestå och leda till en varaktig förändring måste brukaren få stöd från sin omgivning. Positiva beslut kan leda till förändring i brukarens vardag (Topor, 2004).

**Aktivitetsnivå.** Topor (2004) menar att individer med svåra psykiska problem kan bli isolerade då de inte kan upprätthålla tidigare aktivitetsnivå. Saker som arbete, studier, socialt umgänge, familjeliv eller sexualitet kan bli problematiska vid uttalad symtombild eller tung medicinering. Isolering kan i sin tur leda till en negativ trend där isoleringen successivt ökar. Olika aktiviteter och ett socialt samspel är därför viktigt för att undvika isolering och bryta negativa tankar. Schön et al. (2009) skriver vidare att en sänkt aktivitetsnivå ofta är en medveten handling.

Topor (2004) menar att kvaliteten på aktiviteterna är viktiga. Brukaren bör söka sig till individer och aktiviteter som upplevs positiva och som kan gagna återhämtningen. Genom olika patientföreningar kan brukaren inse att hon inte är ensam i sjukdomen. Vid positiva aktiviteter kan brukarens självförtroende stärkas. Psykiatrin och socialtjänsten kan hjälpa till med att finna en balans där kraven inte blir hotande för individens varande. Vidare kan brukaren söka sig till kamratstödsverksamheter eller träfflokaler av olika slag.

### **Sammanfattning av återhämtningsteori**

Återhämtning är en utvecklingsprocess som en individ genomgår själv med hjälp av andra människor. Individen ses i sin kontext och återhämtning handlar inte om att bli symtomfri utan snarare om att erövra olika funktioner och att återfå makt över sitt liv. Vid en total återhämtning är individen symtomfri och vid en social återhämtning har individen fortfarande symtom som inte längre utgör något hinder. Faktorer som farmakologisk behandling, ekonomi, privata relationer, relation till professionella, andlighet, förståelse, beslut och aktivitetsnivå påverkar utgången av återhämtningsprocessen.

### **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva vilka faktorer som varit av betydelse vid återhämtningen hos tio brukare med diagnosen schizofreni. Delsyftet med studien är att beskriva vilka faktorer som har haft positiv respektive negativ betydelse för brukarnas återhämtningsprocess.

## **Metod**

### **Deltagare**

För att inkluderas i studien krävdes att deltagaren hade någon av följande diagnoser enligt ICD-10: schizofreni (F20.xx), kataton schizofreni (F20.2x), desorganiserad schizofreni (F20.1x), paranoid schizofreni (F20.0x), residual schizofreni (F20.5x), odifferentierad schizofreni (F20.3x), annan specificerad schizofreni (F20.8), schizofreni ospecificerad (F20.9) eller schizofreni simplex form (F20.6). Vidare skulle deltagaren vara i sitt habitualtillstånd. Exklusionskriterier var att deltagaren inte fick ha ett pågående missbruk eller vara lågbegåvad. För att värna om deltagarens psykiska hälsa fick deltagaren inte ha varit slutenvårdspatient under de senaste 30 dagarna före intervjutillfället. Författaren sökte totalt tio deltagare till studien och eftersträvade en jämn könsfördelning bland deltagarna.

Författaren intervjuade totalt elva informanter. En av intervjuerna fick exkluderas då det på grund av ljudkvaliteten inte var möjligt att transkribera intervjun. Totalt ingick således tio informanter i uppsatsen, fyra kvinnor och sex män. Medel- och medianåldern var 50 år där den yngsta informanten var 30 år gammal och den äldsta var 72 år gammal. Tre informanter hade diagnosen paranoid schizofreni, tre hade diagnosen schizofreni ospecificerad, en hade residual schizofreni, en hade kataton schizofreni, en hade schizofreni simplex form och den sista informanten hade diagnosen annan specificerad schizofreni. Samtliga deltagare medicinerade med neuroleptika vid intervjutillfället.

### **Instrument**

Datinsamling skedde med hjälp av semistrukturerade intervjuer (se Bilaga A) vilket gjorde det möjligt för deltagarna att dela sina personliga erfarenheter av återhämtningsprocessen. Frågorna skulle även uppmuntra deltagarna att utveckla sina svar snarare än att inbjuda till enstavigt jakande eller nekande svar. Författaren strävade även efter att få exempel på konkreta situationer i deltagarnas berättelser. Författaren valde att utföra en provintervju med en specialistsjuksköterska inom den psykiatriska vården för att få återkoppling gällande intervjuens upplägg och frågor. Enstaka frågor ändrades efter provintervjun. Den semistrukturerade intervjuguiden användes som stöd under intervjun. Frågorna ställdes inte kronologiskt enligt intervjuguiden. Författaren hade istället snarare fokus på de övergripande teman som uppkom.

### **Design**

Syftet med uppsatsen var att beskriva vilka faktorer som varit av betydelse för återhämtningen hos tio brukare med en schizofrenidiagnos. Detta genom brukarnas egna beskrivningar och upplevelser. Elliot, Fisher och Rennie (1999) beskriver att syftet med en

kvalitativ ansats är att förstå och presentera erfarenheter och handlingar hos individer utifrån hur de möter och upplever situationer. Fokus ligger således på att söka förståelse för deltagarnas perspektiv. Den kvalitativa ansatsen inringade studiens undersökningssyfte.

### **Procedur**

Deltagarna i studien rekryterades från en psykosmottagning i södra Sverige. Författarens första kontakt med mottagningen skedde genom en av mottagningens psykologer. Därefter presenterades studiens syfte för mottagningens enhetschef. Genomförandet av uppsatsen godkändes av områdes- och verksamhetschefen. Därefter presenterade författaren studiens syfte för mottagningens personal på en arbetsplatsträff. Ett informationsbrev (se Bilaga B) riktat till mottagningens personal samt ett informerat samtyckesbrev (se Bilaga C) delades ut vid denna arbetsplatsträff på mottagningen. Dessa två informationsbrev skickades även ut via e-post till samtliga anställda på psykosmottagningen av enhetschefen. Mottagningens personal fick möjlighet att ställa frågor till författaren på arbetsplatsträffen.

På psykosmottagningen frågade personalen, i deras roll som primärkontakter, patienter om de önskade delta i studien. Detta då primärkontakterna hade bäst kännedom om patienterna. De som var intresserade fick det informerade samtyckesbrevet (se Bilaga C). Intressenterna behövde inte svara omedelbart utan fick betänketid. De som tackade ja till att delta i studien gav initialt sitt medgivande till sin primärkontakt. Primärkontakten kontaktade författaren via e-post eller per telefon för att boka en intervjuetid till deltagaren. Några deltagare valde att ringa författaren själv för att meddela sitt deltagande. Efter godkännandet av denna examensuppsats kommer författaren att återberätta resultatet för mottagningen. Författaren kommer även ge deltagarna möjlighet att ta del av uppsatsen skriftligt.

Samtliga intervjuer skedde i ett testrum på psykosmottagningen inom loppet av tre veckor. Intervjuernas genomsnittliga längd var 45 minuter. Den längsta intervjun varade 64 minuter och den kortaste intervjun varade 33 minuter. En av intervjuerna genomfördes med tolk på plats. Innan intervjuerna påbörjades presenterade författaren sig. Författaren gick även igenom det informerade samtyckesbrevet (se Bilaga C) med informanterna. Informanterna fick information om studiens syfte, författarens tystnadsplikt, deras anonymitet samt rätt att när som helst avbryta sitt deltagande. Informanterna gavs även möjlighet att ställa eventuella frågor till författaren innan intervjun påbörjades. När informanten hade skrivit under det informerade samtyckesbrevet började författaren spela in samtalet och intervjun påbörjades. Författaren spelade in intervjun dels med en diktafon och även med en mobiltelefon.



## Dataanalys

I direkt anslutning till varje intervju skrev författaren efteråt ned sina naiva tolkningar. Sedan transkriberades materialet av författaren. För att säkerställa att transkriberingen genomförts på ett tillfredställande sätt, lästes tre slumpmässigt utvalda intervjutranskript tillsammans med ljudfilerna. Intervjutranskripten blev analyserade i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) metod. Nedan följer en beskrivning av analysens steg. Steg 1: Intervjutranskripten lästes noggrant igenom av författaren flera gånger för att erhålla en känsla för helheten. Steg 2: Meningsbärande enheter som var relevanta för studiens syfte blev identifierade och sammanförda i ett dokument. Individperspektivet lämnades och fokus skiftades till helheten. Steg 3: Genom kondensering omvandlades texten till en formulerad mening för att göra textmassan mindre och mer hanterlig utan att låta kärnbudskapet försvinna. Steg 4: En abstraktion av den kondenserade texten gjordes genom kodning. Den formulerade meningen omvandlades till en kod som bestod av ett till tre ord. Steg 5: Respektive kod blev markerad med en egen unik färg och koderna sorterades därefter efter färg i ett nytt dokument. Steg 6: Koderna lästes igenom och tidigare tveksamheter justerades. Steg 7: 19 Kategorier med manifest innehåll bildades. Steg 8: Slutligen fördes liknande kategorier samman för att bilda teman och underteman. Dialog med handledaren fördes kontinuerligt under dataanalysprocessen. Figur 1 visar ett konkret exempel på analysen.

| Meningsbärande enhet  | Formulerad mening   | Kod                 | Kategori       |
|---|---|---------------------|----------------|
| Sluta var parasit åt samhället, och det kändes så jävla dåligt när man har den sjukdomen, alltså det är en sjuk själ man har, det är inte cancer, men det kan vara nog så hemskt. | Sluta vara parasit i samhället. Det är inte cancer utan jag har en sjuk själ. | Parasit i samhället | Stigmatisering |

Figur 1. Analysschema. Figuren visar exempel på textenheter och hur de analyserats.

Efter att liknande kategorier förts samman skapades fyra övergripande teman. Dessa var *Psykiatrisk vård*, *Relationer*, *Vardagen* och *Specifika faktorer*. Varje övergripande tema hade underteman. I resultatdelen presenteras meningsbärande enheter (citat) som åskådliggör respektive temans innehåll på ett tydligt sätt.

## Etiska ställningstaganden

Deltagarna i studien informerades om författarens tystnadsplikt. Deltagandet i studien var helt frivilligt och den som valde att delta kunde när som helst avbryta sin medverkan. Deltagarna blev informerade om att deras medverkan eller icke-medverkan i studien inte

skulle komma att påverka deras fortsatta behandling eller kontakt med psykosmottagningen. Författaren hade tystnadsplikt gentemot psykosmottagningen och deltagarnas behandlare. Deltagarnas identitet och data som använts i studien har hanterats konfidentiellt. För att delta i studien fick deltagarna ge sitt skriftliga samtycke i anslutning till intervjun. Därefter fick deltagarna möjlighet att ställa eventuella frågor till författaren. Om deltagarna önskade var det möjligt för deras primärkontakt att närvara under intervjun. En etisk aspekt rörde de potentiellt smärtsamma känslor och upplevelser som kunde väckas hos deltagarna under intervjun. Samtliga deltagare erbjöds därför en tid hos sin primärkontakt i direkt anslutning till intervjun om de så önskade. Två av informanterna valde att ha sin primärkontakt närvarande under intervjun. En informant valde att ha ett samtal med sin behandlare före intervjun och en annan informant hade ett samtal med sin behandlare efter intervjun.

Då författaren utfört sin psykologkandidatur på den aktuella psykosmottagningen fick inga deltagare ha haft någon tidigare kontakt med författaren. Detta för att intervjuerna inte skulle riskera att bli påverkade av den tidigare kontakten. Inspelningarna och det transkriberade materialet kommer att förstöras efter det att uppsatsen godkänts.

## **Resultat**

Utifrån dataanalysen identifierades fyra övergripande teman med tillhörande underteman. Det första övergripande temat var *Psykiatrisk vård* och det hade fyra underteman: *Slutenpsykiatrisk vård*, *Öppenvård*, *Farmakologisk behandling* och *ECT-behandling*. Det andra övergripande temat var *Relationer* och det hade tre underteman: *Familjen*, *Vänner* och *Relationer till professionella*. Det tredje temat var *Vardagen* som bestod av sex underteman: *Arbete*, *Boende*, *Ekonomi*, *Hälsa*, *Stigmatisering* och *Religion*. Det fjärde temat var *Specifika faktorer* som beskriver musikens, djurs och kärlekens betydelse för återhämtningsprocessen.

Informanternas kön refereras slumpmässigt till i citaten med ”han” eller ”hon”. Vidare kommer begrepp som ”en”, ”enstaka”, ”några”, ”majoriteten” och ”samtliga” användas i belysandet av informanternas upplevelser.

### **Psykiatrisk vård**

**Slutenpsykiatrisk vård.** Samtliga informanter berättade att de hade varit slutenvårdspatienter vid enstaka eller flertalet tillfällen. Vissa informanter uppgav att de vårdats frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) medan andra informanter vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Informanterna beskrev att de var klivna till slutenvården. Vissa såg slutenvårdtiden som något positivt medan den för andra var en

negativ upplevelse. Andra informanter såg både för- och nackdelar med den slutenvårdens psykiatriska vården.

Informanterna som beskrev slutenvården som positiv såg sjukhuset som en trygg plats. Inom slutenvården upplevdes det som en lättnad att komma ifrån sin vardagliga miljö och dess medhörande krav. På avdelningen bröts isoleringen av personal som fanns tillgänglig dygnet runt och även av andra medpatienter. Majoriteten av informanterna uttryckte att de slapp vara ensamma:

*Jag låter mig omhändertagas, oron för framtiden släpper hos mig ja. När man vaknar om nätterna har man någon att prata med en stund på natten och sen även på dagen.*

Till det positiva med slutenvården hörde även att avdelningens regler och rutiner gav en grundläggande trygghet gällande mat, sömn och ADL:

*Struktur hade jag också, både maten och sömnen. För varje gång jag var dålig och blev psykotisk så slutade jag äta. Så maten är viktig att jag fick regelbundna måltider och personal runt omkring som kunde stötta mig och vara med mig i detta.*

Slutenvården upplevdes även vara en plats där förståelse för psykiska problem fanns jämfört med samhället i övrigt. Denna förståelse upplevdes finnas hos både personalen och medpatienterna:

*Och det känns som att alla har sina problem och alla får förståelse för de som inte finns ute i samhället, både från personalen och patienterna.*

Negativa erfarenheter av slutenvården inbegrep att enstaka informanter upplevde personalen som opedagogisk och obehaglig. En informant tyckte att personalen gick omkring som vakter och skramlade med sina nycklar. En annan informant beskrev en omänsklig situation:

*Det var riktigt hemskt. På slutenvården tyckte jag det var en sån omänsklighet alltså, personalen var mycket opedagogiska och obehaglig.*

En annan negativ aspekt av slutenvården var bevittnandet av mer svårt sjuka medpatienter. Att bevittna dessa beskrevs som smärtsamt av informanterna och det ingav dessutom en hopplöshet gällande tillfrisknandet:

*Det är lite jobbigt. När du ser liksom en som är värre än dig. Du vet hur ont det gör. Du ser ibland människor som är helt borta. De kommer aldrig bli friska så det gör ont liksom.*

En sista negativ aspekt av slutenvården var den fysiska avdelningsmiljön. Enstaka informanter påpekade hur den fysiska avdelningsmiljön påverkade deras mående till det sämre:

*Ja det var så nedgången allting, och är man deprimerad, t.ex. där man tvättar sig där hade det brunnit det var svart och mörka tavlor hade de och allting var nedgången så det gör inte saken bättre när man är psykiskt dålig.*

Några informanter uttryckte även en kluvenhet gällande sin inläggning. En informant berättade om sin erfarenhet då han mådde som sämst och försökte suicidera. Han var då negativt inställd till slutenvård och lades således in på slutenpsykiatrisk avdelning enligt LPT. Kopplat till detta beskrev informanten en kontinuerlig tillsyn från personalens sida som innebar att informanten var övervakad även vid toalettbesök. Informanten hade insett att han troligtvis skulle varit död idag om han inte hade vårdats enligt LPT:

*Då tyckte jag inte om det, men jag tänkte efteråt att det var bäst så. Annars skulle jag ha varit död nu, jag försökte ta livet av mig tre gånger. Det gick inte, sedan blev jag inlagd på tvång i sex månader eller mer. Men det var jobbigt när jag misslyckades med självmordet. Man har en vakt hela tiden, man kunde inte röra sig på toaletten eller något.*

**Öppenvård.** Samtliga informanter hade haft en långvarig kontakt med öppenvårdsmottagningen. Genom mottagningen hade informanterna kontakt med olika typer av behandlare. Samtliga informanter hade en ansvarig psykiatriker och även en primärkontakt. Majoriteten av informanterna hade även längre eller kortare kontakt med andra typer av behandlare. Exempel på längre kontakter var de med psykologer och sjuksköterskor. Exempel

på kortare kontakter var de med kuratorer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Ingen av informanterna uttryckte negativa tankar eller känslor gällande öppenvårdsmottagningen. Nedan presenteras olika delar av öppenvårdsmottagningens behandlingsutbud som informanterna ansåg var viktiga att belysa i relation till öppenvården.

Till det positiva med öppenvårdsmottagningen var det stöd och hjälp som informanterna upplevde sig få. Öppenvårdsmottagningen sågs som en plats där informanterna kunde prata ut om sina bekymmer och få förståelse:

*Jag hör röster, jag får panikångest, sen så tappade jag synen och förmågan att röra mig i hela kroppen. Jag var helt blind men fick tillbaka dem, det var psykiskt. Med stöd och hjälp fick jag tillbaka dem. Jag har liksom inte haft någon att stödja mig på, mer än att jag har fått stöd här ifrån mottagningen.*

Några informanter nämnde att psykoterapi, basal kroppskännedom och olika former av gruppaktiviteter utgjorde viktiga delar i behandlingsutbudet. Gällande psykoterapi menade enstaka informanter att typ av psykoterapi inte spelade någon roll. Gruppaktiviteter ansågs kunna bryta isolering och några informanter önskade fler gruppaktiviteter:

*Det som har hjälpt mig är i stort sett samtalsterapi, både kognitivt eller psykodynamisk ibland, basal kroppskännedom och mindfulness, det är jättebra. Och grupper, att träffa folk i grupper, det kan man liksom köra om och om igen med olika grupper, man kommer ur ensamheten liksom.*

**Farmakologisk behandling.** Samtliga informanter berättade att de medicinerade med neuroleptika vid intervjutillfället. Informanterna beskrev även att de åt andra mediciner såsom antidepressiva, sömn- och ångestmediciner. Majoriteten av informanterna beskrev att medicineringen hjälpte dem mycket i deras mående och att de således var positivt inställda till medicineringen. De läkemedel som upplevdes ha god effekt var Aripiprazol, Olanzapin och Haloperidol. Enstaka informanter var negativt inställda mot medicinering och några hade besvärliga biverkningar.

Till de positiva erfarenheterna av medicineringen hörde att läkemedlen tog bort rösterna. En informant beskrev hur hon tidigare konstant hörde röster. Dessa försvann tack vare neuroleptika. En annan positiv aspekt av medicineringen var den lugnande och stabiliserande effekt som de flesta informanter kunde beskriva:

*Jag har inga röster alls nu. Så att jag har inga besvär av det. Från röst innan hela tiden eller dagligen till nu ingenting alls genom medicineringen bara. Så att därför upplever jag att det är stor skillnad och stor förändring, jag plågas inte av det längre*

Informanterna som beskrev medicineringen som negativ nämnde främst att de kände sig beroende av medicinen och inte vågade avsluta den farmakologiska behandlingen. Kopplat till detta uttrycktes en vilja att klara sig utan medicinering:

*Jag vågar inte sluta alltså, mm. Alltså jag skulle ju helst vilja vara utan, och klara mig utan det, men jag vågar inte.*

En annan negativ aspekt med medicineringen var att informanterna upplevde biverkningar av olika slag, exempelvis viktökning av läkemedlet Olanzapin. En annan informant beskrev hur hon blev sängliggande i över tjugo år på grund av sin medicin:

*Jag tog en medicin som heter [...] och det gjorde att jag inte kunde tänka. Det var precis som ett lock på huvudet. Jag låg i sängen mer eller mindre i 20 till 25 år.*

**ECT-behandling.** Enstaka informanter berättade att ECT-behandling hade en positiv betydelse för deras återhämtning. Dessa informanter upplevde ECT-behandlingen som hjälpsam men obehaglig. Som obehagligt beskrevs framförallt uppvaknandet efter att ha varit nedsövd. Informanterna upplevde att de genom ECT-behandling kom tillbaka till verkligheten från psykosen:

*Jag tror framförallt att ECT varit viktigt. Jag var så borta, jag var så psykotisk. ECT hjälpte mig att komma tillbaka och landa bli, få lite mer verklighetsuppfattning, normal verklighetsuppfattning, så jag tror att ECT varit viktig.*

## **Relationer**

**Familjen.** Majoriteten av informanterna berättade att familjen haft betydelse för deras återhämtning. Informanterna delgav både positiva och negativa upplevelser kopplade till sin relation till familjen. Majoriteten av informanterna hade familjemedlemmar som fortfarande

var vid liv. Enstaka informanter levde utan någon kontakt med familjemedlemmar på grund av orsaker kopplade till sjukdomen.

Majoriteten av informanterna berättade att de hade fått hjälp, stöd och tröst av sin familj. Det som informanterna beskrev som hjälp inbegrep alltifrån ekonomisk hjälp till kärlek:

*Jag är svarta fåret i familjen, eller den sjuka, den svagaste, men de hjälper mig. Jag får pengar, värme och kärlek av dem.*

En annan informant berättar hur hon bröt kontakten med sin familj när hon mådde som sämst. Informanten beskrev att hon visste att hon var på väg att bryta samman och skyddade sin son genom att kontakta sonens fader:

*Så jag frågade hans pappa när det var som värst, när jag insåg att jag liksom, det här kommer att krascha helt och hållet. Då lyckades jag på något vis komma fram till att fråga hans pappa om sonen kunde flytta till honom istället eftersom jag såg att jag skulle hamna på gatan så jag kan göra det men inte han. Det behöver inte han lida för att jag är sjuk helt enkelt.*

Samma informant berättade att hon började söka sig till sin familj igen när hennes mående blev bättre. Informanten ville då inte leva ensam längre och såg familjen som en trygghet:

*Jag tänkte jag kan inte leva mitt liv själv. så jag började söka mig till familjen i alla fall några man känner sedan innan och en liten trygghet i det hela så att säga [...] Ja liksom jag känner mig inte isolerad längre, det kan jag inte påstå, men det var jag, jag var helt isolerad, jag valde det delvis själv, om det var för att jag var sjuk.*

Att känna sig beroende av en familjemedlem samt känslan av att inte vara förstådd var aspekter som informanterna upplevde som negativa:

*Psykiska problem det får man ta sig lite i kragen som man säger, han säger ju det inte rakt ut, men mellan raderna kan man läsa det.*

En annan informant beskrev en stor saknad efter sin mor. Samma informant var också övertygad om att han skulle ha mått bättre om modern hade varit närvarande:

*Jag saknar henne mycket. Jag tror att hade hon varit här så hade jag mått bättre och hade också haft mindre sjukdom så att säga, så jag saknar henne.*

**Vänner.** Majoriteten av informanterna berättade att deras vänner haft en positiv inverkan på deras återhämtning. Enstaka informanter levde ensamma och hade inga vänner. En informant valde aktivt att inte ha kontakt med sina vänner då han på grund av sjukdomen upplevde att han inte kunde upprätthålla en relation. Informanterna uttryckte inget negativt gällande sina vänner.

En positiv aspekt som några informanter beskrev var att deras vänner fanns där för deras skull och inte på grund av arbete eller plikt. En informant beskrev att han kände sig accepterad och respekterad av sina vänner trots sin sjukdom. Samma informant lyfte även vikten av tillit i vänskapsrelationen:

*Jag har några vänner ja, de accepterar mig som jag är, de vet att jag är sjuk och sånt, men ändå bjuder de mig hem, jag leker med deras barn. Det är viktigt att man är älskad och respekterad av dem, man kan lita på dem också man har problem så kan man prata med dem. De älskar mig trots att jag är sjuk.*

En annan informant beskrev hur hennes vän gav henne stöd, tröst och sällskap. Vänner motiverade även informanten att söka sig till sjukvården då hon mådde sämre vilket informanten till slut gjorde. Samma informant beskriver även hur kroppskontakt i form av en kram kan ha en positiv betydelse för återhämtningen:

*Han lagade mat till mig, gjorde sällskap till mig, han var faktiskt på mig om att jag skulle träffa en läkare vilket jag inte gjorde i god tid. Jag var sjuk och han tjatade på mig att jag skulle till akuten på sjukhus [...] Genom att finnas till bara och trösta mig när jag var ledsen. En kram gör gott när man är sjuk.*

**Relationer till professionella.** Samtliga informanter hade kontakt med olika typer av behandlare inom öppenvården. Några informanter hade även andra professionella kontakter med yrkespersoner från socialtjänsten, hemtjänsten eller boendestöd. Samtliga informanter



såg positivt på sina behandlare. Nedan presenteras olika faktorer som informanterna ansåg var viktiga att belysa avseende relationen till behandlare.

I relationen till behandlare påtalade majoriteten av informanterna vikten av kontinuitet. Detta kunde bidra till att skapa tillit och till en djupare känsla av att vara förstådd. Några informanter hade vårdkontakter som pågått i över tio år:

*Det är viktigt att ha samma person så man börjar bygga tillit till henne [...] Det hjälper mig, för då slipper jag, då lär man känna varandra lite och man lär känna mig lite och kan känna av skillnader och ha en annan förståelse för min situation, en djupare förståelse.*

Behandlarens personliga egenskaper ansågs viktiga för relationen. Majoriteten av informanterna påpekade att kompetens, trygghet, mänsklighet, humor samt förmåga att lyssna och ge utrymme var viktiga egenskaper hos en behandlare:

*Hon är rolig, hon är bra och kompetent också. Både viktigt med trygg och hon är kompetent.*

Majoriteten av informanterna berättade hur viktigt bemötandet från behandlaren var. Ett gott bemötande beskrevs som att behandlaren visade respekt, intresse och förståelse samt att denne brydde sig, gav feedback och ställde relevanta frågor:

*Att de åtminstone får det att låta som att de bryr sig. Det är viktigt. Jag skiter i om hon har bra betyg. Hon ska försöka bry sig och förstå mig och feedback är viktigt.*

Några informanter berättade att de professionella relationerna var den enda mellanmänskliga kontakt de hade. En informant beskrev hur viktig medicinhämtningen var för honom då detta innebar att han fick träffa en annan människa under en kort stund:

*Jag är ensam och pratar bara med människor här på vården, det är den enda kontakten jag har. Att komma hit och hämta medicin var fjortonde dag är väldigt viktigt för mig.*

Enstaka informanter berättade att behandlaren tillgänglighet var viktig. Detta då informanterna ibland kunde glömma sin medicinering eller blanda ihop dagar på grund av sin sjukdom:

*Jag kan ta upp saker med henne och hon har också öppen mottagning varje onsdag så att skulle jag behöva det så känner jag att jag kan komma till henne vilken onsdag som helst.*

En informant berättade om en situation där behandlaren gjorde något utöver sina arbetsuppgifter vilket informanten upplevde som positivt:

*En gång när jag mådde så dåligt så tog hon telefonen med sig hem, hennes jobbtelefon, så jag kunde ringa hem till henne och när jag mådde dåligt och prata av mig, det tyckte jag var väldigt gulligt gjort av henne för hon sa jag bryr mig om de jag går till och sånt så att, hon är också väldigt gullig så.*

## **Vardagen**

**Arbete.** Samtliga informanter berättade att de före insjuknandet haft arbeten eller varit studenter vid universitet. Informanterna beskrev både positiva och negativa aspekter av att arbeta. Vid intervjutillfället uppgav några informanter att de arbetade, medan andra att de längtade tillbaka till arbetslivet eller studierna. Enstaka informanter skulle påbörja arbete men uttryckte osäkerhet kring deras arbetsförmåga.

Informanter som beskrev en positiv känsla av att arbeta kände att de gjorde något meningsfullt och att de dessutom fick träffa andra människor dagligen. Arbetet bidrog även till en struktur i vardagen. Informanterna beskrev arbete som en möjlighet till socialisering där de byggde upp ett kontaktnät:

*Det är den enda gången man träffar andra så tillsammans. Att vara en del och kan vara lite nyttig och gemenskap och man kan räkna upp hur mycket som helst. Det är en struktur på vardagen och ja. Bara fördelar.*

Enstaka informanter beskrev vidare att arbetet kunde stärka deras självförtroende. En informant berättade att arbetet både hade en avledande och en ångestreducerande funktion:

*Jag har ju våra behov av att få beröm, ja. Så att en del av att jag arbetar är ju också att jag ska få belöning för mitt arbete. Det stärker självförtroendet. [...] har man arbetsuppgifter som jag har på [...] där är man inte orolig och grubblar inte. Jag oroar mig mindre när jag jobbar.*

Enstaka informanter uttryckte att de ville arbeta och längtade tillbaka till arbete. En svårighet som beskrevs var att arbetsgivare krävde utbildning. Informanterna berättade även att de ville arbeta men att de kunde mötas av tvivel från läkare som inte trodde på deras arbetsförmåga:

*Nu har jag inte varit inlagd på kanske 2-3 år. Jag har klarat mig själv [...] Jag har alltid velat jobba men läkaren tror inte att jag kan jobba just nu liksom, men det är mitt mål, jag har 20 år till att jobba.*

Negativa aspekter gällande arbete var stress och känslan av att vara misslyckad genom att inte ha ett arbete. En informant berättade att han gärna ville göra rätt för sig och arbeta men att han inte var kapabel till detta:

*Arbete det stressar mig, men jag måste göra det. Alla andra gör det i min omgivning, så att jag vill inte gå där som en looser så att jag gör det ändå. Den här pressen att man ska arbeta och göra rätt för sig, skitet, att man inte är en parasit att man vill göra rätt för sig, men att man inte har kapaciteten ibland.*

**Ekonomi.** Majoriteten av informanterna berättade att deras ekonomi motsvarade existensminimum. Detta ansåg informanterna vara negativt. En informant berättade att han hade sparkapital vilket ledde till att han inte oroade sig för ekonomin.

Informanterna beskrev att de var begränsade till minimala utgifter. Att inhandla kläder eller fika kunde upplevas som problematiskt. En informant beskrev att hans sjukdom hindrade honom från aktiviteter som krogbesök eller bio men att detta är något han vill kunna göra när han mår bättre:

*Mitt tillstånd gör att jag inte är ute på kvällar och ränner på krogar och sånt och tittar på bio. Så som jag lever nu så gör det att jag klarar det marginalen och det är*

*bra men kanske en dag man blir friskare då vill man kanske göra lite mer grejer som aktiviteter och sånt.*

En annan informant uttryckte att det för honom varit positivt att ha en ekonomisk förvaltare. Genom att ha en ekonomisk förvaltare kunde en informant ta sig ur sitt missbruk och hans räkningar blev betalda. Informanten upplevde att psykiska besvär förvärras av ekonomiska bekymmer:

*Så är det nog för många vårdtagare inom vården att en oro för ekonomin läggs på det psykiska, psykiska sjukdomen och så hamnar man i ond spiral. [...] Det tror jag skulle utökas inom vården, en tätare kontakt med ekonomisk förvaltare. Missbruk försvinner, räkningar blir betalda, det är oroligt att inte ha sin hyra betald, jag visste inte om jag hade till mat nästa dag.*

**Bostad.** Majoriteten av informanterna hade en egen bostad vid intervjutillfället. Enstaka informanter var inneboende hos en förälder eller bodde i boendekollektiv. Informanterna beskrev både positiva och negativa erfarenheter kopplade till att ha en bostad. Enstaka informanter beskrev förekomsten av grannar som de kunde umgås som en positiv aspekt med att ha bostad. Andra informanter beskrev att det viktigaste för dem var att ha en egen lägenhet. En informant berättade hur hennes liv fick struktur efter det att hon hade fått sin lägenhet. En annan positiv aspekt av att ha eget boende var tryggheten som informanterna upplevde i bostaden. Informanterna såg även sin bostad som något de fick ansvara för och ha kontroll över:

*Ja det är jätteviktigt. Lägenheten är någonting att hålla i ordning för själv ja. I min lägenhet bor jag men jag får ju också ansvara för den. Lägenheten innebär ansvar för mig, det tycker jag är positivt. Ansvar för lägenheten, det ska städas, diskas, man äter där och, alltså för mig är det, man får ett annat ansvar. Lägenheten är trygghet.*

En negativ aspekt som lyftes av enstaka informanter var svårigheten i att köpa en lägenhet eller att få ett förstahandskontrakt:

*Jag vill börja leta efter något, men min situation är väldigt svår för lägenheter är väldigt dyra.*

**Hälsa.** Flertalet informanter berättade att deras fysiska hälsa försämrats till följd av sjukdomen. Enstaka informanter kunde beskriva hur fysisk aktivitet som löpning, boxning eller en promenad skingrade deras tankar. Informanterna upplevde sig mer psykiskt stabila av att leva ett fysiskt aktivt liv:

*Psykiskt, du känner dig mer stabil. Du känner att du kan klara av saker, att du kan härda ut och att man känner sig allmänt bättre efter att ha sprungit.*

En informant beskrev en avsaknad av sexuella behov. Förlusten av sexuella behov upplevde hon som en följd av sjukdomen. Informanten upplevde denna avsaknad som skamfylld:

*Alltså min hälsa, jag har, det är lite pinsamt, men jag har inga sexuella behov, och det är någonting som jag vet som faktiskt beror på sjukdomen.*

Några informanter beskrev hur viktig deras sömn var för dem. Dessa informanter hade till följd av sin sjukdom fått sömnbesvär som de medicinerade för. En informant beskrev hur sömndeprivationen påverkade hans mående:

*Ja, sömnen är viktig. Sover jag dåligt så är dagen sen dålig. Mitt mående påverkas avsevärt av hur jag sover.*

Några informanter beskrev att de hade blivit mer stresskänsliga till följd av sjukdomen. En informant uttryckte att han inte längre tål stress. Känslorna han upplever i en stressfylld situation beskrev han enligt nedan:

*Jag tål ingen stress, jag blir påverkad av stress. Om jag blir stressad så försvinner jag på något sett. Det känns som att grejer kommer in i mitt bröst och huvud, det blir konstigt, det känns så, jag blir confused.*

**Stigmatisering.** Majoriteten av informanterna beskrev en känsla av utanförskap kopplad till sin sjukdom. Informanterna beskrev att det i samhället finns mycket fördomar om schizofrena. Några informanter berättade att de drog sig undan på grund av dessa fördomar.

Vissa informanter beskrev att samhället såg på schizofrena som galningar, brottslingar, aggressiva eller psykopater:

*Den allmänna attityden om min sjukdom i samhället är det här att schizofreni är någon galning som är helt ologisk och hör röster och sånt. Jag har aldrig hört röster, jag har bara vanföreställningar.*

Några informanter beskrev även att det från samhällets sida ansågs fult att vara psykiskt sjuk. En informant uttryckte att det i samhället finns en generell okunskap om psykiska sjukdomar i jämförelse med den kunskap som finns om somatiska sjukdomar:

*Sluta vara parasit åt samhället, och det kändes så jävla dåligt när man har den sjukdomen, alltså det är en sjuk själ man har, det är inte cancer, men det kan vara nog så hemskt.*

**Religion.** Enstaka informanter berättade hur deras gudstro hjälpt dem. En informant berättade hur hon upplevde en ökad trygghet och gemenskap genom sin religion. En annan informant berättade att han med hjälp av sin gudstro tog sig ur både narkotika- och alkoholmissbruk. Samma informant beskrev även att hans gudstro gav honom lugn och ro och att den minskade hans symtom:

*Innan hade jag knarkat, drack för mycket, det hjälpte inte min sjukdom. [...]De sa be till gud. Det är bra att ha en gud, det är bara ett plus. Jag tror på gud och det är ett plus i mitt liv. Jag får lugn och ro, det gör att sjukdomen blir lugnare, den dämpas.*

### **Specifika faktorer**

Ur intervjuerna kom det även fram unika och specifika faktorer som informanterna upplevde hade varit hjälpsamma vid deras återhämtning. De specifika faktorerna som omnämndes var musik, husdjur och kärlek.

En informant beskrev hur musiken hjälpte honom att dämpa rösthallucinosen:

*Försökte komma på alla möjliga sätt för att jag inte skulle höra röster så jag skaffade mig en sån där liten cd-spelare med hörlurar, sån som man kan ta med sig för att lyssna på musik för att slippa höra rösterna, och det hjälpte till viss del.*

En annan informant beskrev hur hennes kanariefåglar haft en avgörande roll i hennes återhämtningsprocess:

*Det är de som gjort att jag tillfrisknat. Så djur gör väldigt mycket för tillfrisknande tycker jag i alla fall personligen. Man kan prata med dem, man får visserligen inget svar, men det är precis som att de förstår en.*

En informant uppgav att han tror att bristen på kärlek orsakar galenskap. En annan informant menade att kärlek är en viktig faktor.:

*Kärlek är nyckeln. Som John Lennon sa, all we need is love. Kärlek är lösning och även rädslan.*

### **Sammanfattning av resultatet**

Informanterna har berättat om vad de anser har varit till hjälp i deras återhämtningsprocess. En faktor var psykiatrisk vård där slutenpsykiatrisk vård, öppenvård, farmakologisk behandling samt ECT-behandling ingick. Informanterna vittnade om både positiva och negativa upplevelser av slutenvården, medicinering och ECT-behandling. Informanterna hade enbart positiva omdömen om öppenvården. En annan faktor som varit till hjälp för återhämtningen var relationer där relationen till familjen, vänner och professionella ingick. Gällande familjen nämnde informanterna både positiva och negativa upplevelser. Avseende sina vänner uttryckte informanterna enbart positiva ting. I relation till professionella behandlare lyfte informanterna viktiga inslag som måste finnas i relationen. En betydande faktor för återhämtningsprocessen var vardagen där arbete, ekonomi, bostad, hälsa, stigmatisering och religion ingick. Majoriteten av informanterna hade en belastad ekonomi. Gällande arbete, bostad och hälsa hade informanterna både positiva och negativa upplevelser att delge. Majoriteten av informanterna berättade om en känsla av utanförskap och stigmatisering. Ett antal informanter beskrev hur gudstron gett dem trygghet och hjälpt dem ur svårigheter som exempelvis missbruk. Slutligen berättade enstaka informanter om musikens, husdjurens och kärlekens betydelse för återhämtningsprocessen.

### **Diskussion**

Genom dataanalysen skapades fyra övergripande teman. Resultatet kommer nedan att diskuteras utifrån uppsatsens syfte vilket är att beskriva vilka faktorer som varit av betydelse

vid återhämtningen hos tio brukare med diagnosen schizofreni. Till detta hör delsyftet som är att beskriva vilka faktorer som haft positiv respektive negativ betydelse för brukarnas återhämtningsprocess. Därefter presenteras uppsatsens metodologiska begränsningar. Diskussionsdelen avslutas med konklusion, kliniska implikationer och förslag till framtida forskning.

### **Resultatdiskussion**

Generellt för de flesta faktorer är att informanterna beskriver såväl positiva som negativa erfarenheter kopplade till dem. I vissa fall kan det även liknas vid processer. Detta var ett väntat resultat då både gruppen av informanter, populationen individer med en schizofrenidiagnos och återhämtningsprocessen är heterogen (Cullberg, 2004; Topor, 2004).

**Psykiatrisk vård.** En viktig och grundläggande faktor som bidragit till informanternas återhämtning är den psykiatriska vård som de erhållit. Vården inbegriper slutensykiatrisk vård, öppenvård, farmakologisk behandling samt ECT-behandling. Behovet av en kontinuerlig psykiatrisk vård bekräftar såväl komplexiteten som allvarlighetsgraden hos schizofrenisjukdomarna (Cullberg, 2004; Skårderud et al., 2010).

Det går inte att bortse från de negativa sidor av slutenvården som informanterna beskriver. Till detta hör att se svårt sjuka medpatienter, nedgången avdelningsmiljö samt opedagogisk och inkompetent personal. Trots detta är majoriteten av informanterna tillfredställda med den slutensykiatriska vård som de i ett tidigare sjukdomsskede erhållit. Sjukdomen har i vissa fall lett till suicidförsök och genom tvångsvård har en informant överlevt, vilket han idag är tacksam över. Samtliga informanter är vid intervjutillfället öppenvårdspatienter. En stadigvarande avsaknad av slutensykiatrisk vård kan ses som ett tecken på återhämtning (Topor & Borg, 2008). Detta överensstämmer med vad Schön et al. (2009) skriver, nämligen att slutenvården ofta är en del av återhämtningsprocessen. Slutenvård kan därför vara en nödvändighet som hjälper informanterna när de mår som sämst genom att exempelvis bryta det psykotiska tillståndet och även förhindra suicid.

I relation till öppenvården beskriver informanterna dels vårdutbudet men även stöd, hjälp och förståelse som viktiga faktorer som bidragit till deras återhämtning. I mottagningens vårdutbud omnämns psykoterapi, basal kroppskännedom och olika gruppaktiviteter som viktiga. Det kan tänkas att psykoterapi anses vara hjälpsamt då informanterna får stöd samt förklaringsmodeller kopplade till deras sjukdom. Genom förklaringsmodeller kan det skapas förståelse för vad som händer, vilket är en form av hantering (Topor, 2004). Psykoterapi kan också medföra skapandet av en varaktig relation som inte upphör på grund av sjukdomen,



som annars är vanligt. Det kan tänkas att en liknande varaktig relation även kan skapas till andra yrkeskategorier som informanterna träffar regelbundet. Vidare kan det antas att gruppaktiviteter bryter den isolering som många med allvarliga psykiska sjukdomar befinner sig i (Topor, 2004).

Samtliga informanter berättar att farmakologisk behandling är en viktig del i deras återhämtning. Detta överensstämmer med vad Topor (2004) skriver. Informanterna beskriver framförallt att neuroleptika stabiliserar deras mående och dämpar både rösthallucinationerna och vanföreställningarna. Det som framkommer är dock att informanterna inte vill vara beroende av sina mediciner samt att biverkningarna orsakar lidande. En vanligt förekommande biverkning som beskrivs är viktuppgång vilket kan tänkas påverka självkänslan och det allmänna måendet negativt. En informant beskriver även hur hon var sängliggande i över tjugo år på grund av sin medicinering. För individer med en schizofrenidiagnos är mediciner nödvändiga men otillräckliga (SBU, 2012).

Sammantaget är den psykiatriska vården viktig för informanternas återhämtning. Därför bör denna vård individualiseras samt optimeras utifrån de behov som finns.

**Relationer.** En annan viktig och grundläggande faktor som bidragit till informanternas återhämtning är olika slags relationer till familj, vänner och behandlare. Ett vanligt förekommande problem hos individer med svåra psykiska problem är ett krympande socialt nätverk. Ett problem är även att antalet nära relationer till såväl familj och vänner kan komma att minska (Topor, 2004). SBU (2012) poängterar vikten av en nära relation till närstående och behandlare vid en återhämtning och menar att vården bör stimulera till detta.

En faktor som informanterna beskriver som stabiliserande och gynnsam för återhämtningen är familjens hjälp, stöd och tröst. En individs behov av sitt sociala sammanhang försvinner inte vid svåra psykiska problem och det sociala sammanhanget beskrivs som av yttersta vikt för återhämtningen (Topor, 2004; Denhov, 2000). Relationen till familjen är inte självklar och vissa informanter har ingen aktiv relation till sin familj. Det framkommer ur en informants berättelse att hon brutit kontakten med sin minderåriga son när hon mådde som sämst för att sedan återuppta relationen när hon mådde bättre. Att tillfälligt bryta denna kontakt var en medveten handling från informantens sida då informanten insåg att hon inte kunde upprätthålla tidigare aktivitetsnivå. Detta överensstämmer med vad Schön et al. (2009) och Topor (2004) skriver. För att upprätthålla familjerelationer och skapa förståelse kan anhörigutbildningar tänkas vara viktiga. Detta kan exempelvis ske genom psykoedukativt familjearbete (Skårderud et al., 2010).

En annan faktor som informanterna beskriver är vännernas positiva betydelse för återhämtningen. Detta överensstämmer med vad Schön et al. (2009) skriver. Av vännerna får informanterna acceptans, respekt, stöd, tröst och sällskap. Precis som med familjen är vännernas närvaro ingen självklarhet. Enstaka informanter är helt isolerade. En informant beskriver att han inte kan upprätthålla vänskapsrelationer till följd av sin sjukdom. Genom vänner kan isoleringen som ofta är vanlig vid schizofrenisjukdomarna brytas (Topor, 2004). Detta är ytterligare en anledning till varför vänskapsrelationer är av vikt även vid svåra psykiska problem. En informant beskriver hur hennes vän motiverade henne till att söka vård när hon mådde dåligt. Samma informant beskriver hur bra det känns att få en kram. Kramen kan tänkas symbolisera acceptans, respekt, stöd och tröst. Det sammanhang som ett socialt nätverk skapar kan också ha betydelse för återhämtningsprocessen.

En tredje faktor som informanterna beskriver som viktig är relationen till olika behandlare. De beskriver även vad dessa relationer bör innehålla. Enstaka informanter berättar att dessa relationer är den enda mellanmänniska kontakt de har. Ett gott bemötande och en relation är därför av stor vikt för dessa informanters återhämtningsprocess. Topor (2004) skriver att många speciella relationer till behandlare skapas. Detta stämmer också överens med informanternas berättelser. Några informanter har haft samma behandlare i över tio år. Kontinuitet och tillgänglighet i relation till sin behandlare anser informanterna vara viktigt, vilket är i enlighet med vad Topor (2004) skriver. Informanterna menar att kontinuiteten skapar tillit och en djupare känsla av att vara förstådd. Vidare beskrivs multipla behandlingskontakter kunna bidra till att informanten kan ge uttryck för olika sidor av sig själv hos olika kontakter.

Andra viktiga faktorer är behandlarens personliga egenskaper. Informanterna nämner kompetens, trygghet, mänsklighet, humor samt förmågan att lyssna och ge utrymme som viktiga egenskaper. Dessa egenskaper kan liknas vid de olika kvaliteter som beskrivs som viktiga hos behandlare (Schön et al., 2009; Topor & Denhov, 2012; Topor, 2004). Egenskaperna kan tänkas uttrycka medmänsklighet som alla individer är i behov av. Informanterna poängterar även vikten av ett gott bemötande från behandlaren i termer av att denne visar respekt, nyfikenhet, förståelse och empati, samt ställer relevanta frågor och ger feedback. Detta kan tänkas vara extra viktigt vid andra vändpunktsstadiet som Topor (2004) beskriver eftersom brukaren då behöver ses i sitt sammanhang och få uppleva ökat stöd och större tillgänglighet från behandlarens sida.

**Vardagen.** En tredje viktig och grundläggande faktor som bidrar till informanternas återhämtning är olika inslag ur vardagen. Kopplat till detta beskriver informanterna positiva

och negativa upplevelser av inslag såsom arbete, ekonomi, bostad, hälsa, stigmatisering och religion. Skårderud et al. (2010) menar att individer med långvariga psykotiska problem ofta har svårigheter som påverkar deras vardag på ett sätt som informanterna bekräftar i sina intervjuer. Det kan tänkas att en för informanten meningsfull och fungerande vardag är av stor betydelse för återhämtningen då det oavsett sjukdomsskede alltid finns ett behov av att befinna sig i ett sammanhang,

Skårderud et al. (2010) skriver att en nedsatt arbetsförmåga är vanlig vid långvariga psykostillstånd. Före insjuknandet hade samtliga informanter arbeten eller studerade vid universitet. Informanterna belyser många positiva aspekter med att ha ett arbete. Genom arbete får informanterna en struktur för dagen, stärkt självförtroende och en känsla av att de utför något meningsfullt. Arbete möjliggör till socialisering, ett ökat kontaktnät, minskad ångest samt till att tankarna skingras. Utifrån ovanstående anledningar kan det tänkas att arbete är en viktig faktor för återhämtningen. Skårderud et al. (2010) skriver vidare att patienter med schizofrenisjukdom ofta är sjukpensionärer. Det är därför av vikt att arbetsförmågan omprövas med jämna mellanrum då ett individanpassat arbete kan leda till positiva erfarenheter, vilket är en viktig del i återhämtningen (Topor, 2004). Negativa erfarenheter av arbete menade informanterna var arbetsgivarens krav på utbildning, läkares misstro till informanternas arbetsförmåga samt skamkänslor av att vara arbetslös istället för samhällsnyttig. Arbete och studier kan tänkas vara ännu mer problematiskt för nyinsjuknade i psykossjukdom eftersom de då kan sakna positiva erfarenheter av ett arbete.

Topor (2004) skriver att ekonomi är en viktig del i återhämtningen från svåra psykiska problem då ekonomi är en förutsättning för integrering och för att finna sig i normala sociala sammanhang. Majoriteten av informanterna berättar att deras ekonomi går att jämföras med existensminimum vilket de anser vara negativt. En självklar aktivitet som att fika upplever många informanter problematisk på grund av bristfällig ekonomi. Informanterna beskriver hur deras sänkta aktivitetsnivå minskat deras utgifter i förhållande till tiden före insjuknandet. De beskriver dock en längtan efter ett ökat antal aktiviteter vid ett bättre mående. En informant poängterar fördelarna med att ha en ekonomisk förvaltare vid psykisk ohälsa. I informantens fall hade förvaltaren bidragit till att informantens kommit ur sitt missbruk och till att räkningarna blev betalda. Informanten menar att det psykiska lidandet blir förvärrat av ekonomiska bekymmer. Att minska de ekonomiska besvären kan således tänkas vara en psykiskt avlastande intervention för denna grupp.

Majoriteten av informanterna har egen bostad och menar att bostaden är en viktig del i deras återhämtning. En informant berättar hur livet fick struktur efter att hon fick en lägenhet.

En annan informant menar att bostaden är något han ansvarar för. En fungerande bostad kan tänkas vara en trygg plats för informanterna som de kan utgå ifrån i mötet med omvärlden. Svårigheten i att köpa en bostad eller i att få ett förstahandskontrakt omnämndes av informanterna som problematiska inslag. Det kan även tänkas att själva sjukdomen utgör ett hinder i de fall där informanterna har så pass uttalade symtom att de inte själva förmår söka bostad.

Till följd av sjukdomen berättar informanterna att deras fysiska hälsa påverkats negativt. Kopplat till detta nämns bristande sexuella behov, sömndeprivation och stresskänslighet. Skårderud et al. (2010) och Topor (2004) menar att det är vanligt med funktionsnedsättningar och även en sänkt aktivitetsnivå vid svåra psykiska problem. Några informanter berättar att fysisk aktivitet i form av träning resulterar i att tankar skingras och att de känner sig psykiskt stabila. Fysisk aktivitet kan således tänkas vara en positiv faktor som avleder tankar, bryter stillasittande och gynnar återhämtningen.

Majoriteten av informanterna beskriver en känsla av utanförskap då de i samhället blir bemötta av fördomar. Informanterna beskriver att det i samhället är fullt att vara psykiskt sjuk och att det råder en samhällsomfattande okunskap om psykiska sjukdomar. Informanterna nämner att de har blivit bemötta som om de vore galningar, brottslingar, aggressiva eller psykopater. Topor (2004) påpekar vikten av att aktivt motverka den diskriminering och det utanförskap som många individer med en schizofrenidiagnos upplever. Genom psykoedukativt familjearbete kan stigmatisering inom de nära relationerna minska (Skårderud et al., 2010). Författaren kan inte mer än instämma i att stigmatiseringen och utanförskapet bör brytas då detta har negativa följder för informanterna.

För enstaka informanter har religion och gudstro bidragit till återhämtningen. För en informant har gudstron medfört en känsla av ökad trygghet samt gemenskap med andra individer. En annan informant berättar att han genom sin gudstro övervann både alkohol- och narkotikamissbruk. Gudstron omnämndes även som ångestreducerande. Topor (2004) skriver hur andlighet kan ge en känsla av mening, trygghet, stöd, kraft och välbefinnande. Han skriver även att andliga rörelser kan skapa ett socialt sammanhang där förklaringar och hopp kan uppstå. En konstruktiv gudstro med ovan nämnda inslag kan tänkas tjäna som en resurs för individen vid hantering av såväl psykisk som fysisk sjukdom.

**Specifika faktorer.** Avslutningsvis belyser några informanter andra specifika faktorer som de upplever har varit hjälpsamma i återhämtningsprocessen. En specifik faktor som en informant tar upp är copingstrategin musiklyssnande som används för att dämpa rösthallucinationerna. Det vore intressant att undersöka vilka fler copingstrategier brukare

med en schizofrenidiagnos har för att hantera sina symtom. Är skapandet av copingstrategier en del av vändpunktsstadierna som Topor (2004) beskriver?

En annan specifik faktor är husdjurs betydelse för återhämtningen. En informant beskriver sina fåglar som mycket betydelsefulla för hennes återhämtning. Informanten berättar att hon alltid kan prata med dem och att hon upplever att de förstår henne trots att de visserligen inte ger något svar tillbaka. Författaren kan inte uttala sig om detta mer än att forskning krävs på husdjurens roll i återhämtningen från allvarliga psykiska sjukdomar.

En tredje specifik faktor är behovet av kärlek. En informant beskriver kärlek som nyckeln till välbefinnande men samtidigt som något skrämmande. En tolkning som författaren gör är att kärlek här handlar om en respektfull och varm mellanmänsklig kontakt. Informanterna beskriver en isolerad tillvaro och författaren gör tolkningen att mänsklig kontakt anses hjälpsam för återhämtningen samtidigt som informanterna är rädda för denna kontakt. Det kan bara spekuleras kring orsaken till rädslan men en orsak kan bero på den beskrivna stigmatiseringen och en tillhörande rädsla för att bli sårad av en nära person.

### **Metodologiska begränsningar**

Denna uppsats har många metodologiska begränsningar. Enligt Polit och Beck (2004) bör en kvalitativ studies validitet, eller trovärdighet, beaktas i termer av tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet. Tillförlitlighet berör hur säkra data och tolkningen av data är. Pålitlighet berör datas stabilitet över tid och kontext. Överförbarhet behandlar huruvida resultatet går att generalisera till andra kontexter (Polit & Beck, 2004).

**Urval.** En metodologisk begränsning med uppsatsen är kopplad till urvalsgruppen. För att kunna delta krävdes en schizofrenidiagnos. Att utgå från denna diagnos kan vara problematiskt då gruppen är heterogen (Cullberg, 2004). Ett alternativ hade varit att undersöka deltagare med enbart rösthallucinationer eller vanföreställningar. Ett annat alternativ vore att ha kontrollerat för faktorer som kön, ålder, komorbiditet, läkemedelsbehandling och sjukdomstid. På så sätt hade uppsatsens population kunnat bli mer homogen. Av etiska skäl exkluderades lågbegåvade deltagare då författaren ville säkerställa en förståelse för innebörden av deltagandet. Även missbrukande deltagare exkluderades då det föreligger risk att de inte befinner sig i sitt habitualtillstånd. Överförbarheten hade kunnat stärkas genom en mer homogen urvalsgrupp. Dock är schizofreni ett heterogent tillstånd som yttrar sig individuellt från person till person, därav torde en heterogen undersökningsgrupp återspegla verkligheten på ett mer tillförlitligt vis. Graneheim och Lundman (2004) skriver att heterogena grupper i studier kan vara berikande genom att fler aspekter ofta belyses i relation

till syftet. Det finns således både för- och nackdelar med urvalsgruppen som påverkar uppsatsens tillförlitlighet.

Av tio informanter är fyra kvinnor och sex män vilket kan ses som en jämn könsfördelning. En av intervjuerna genomfördes med hjälp av tolk. Problematiskt med tolksamtal är att det inte föreligger direktkommunikation mellan författaren och informanten. Utan direktkommunikation blir intervjun mindre detaljerad och viktig information går förlorad. Tolkintervjun var den kortaste intervjun av dem alla men innehåller värdefull information kopplat till uppsatsens syfte och exkluderades därför inte. Vidare valde två informanter att ha sina primärkontakter närvarande under intervjun. Fördelar med detta är att informanterna sannolikt känt sig tillräckligt trygga för att dela med sig av sin historia. Nackdelar som är värda att ha i beaktande är att informanterna kan ha blivit hämmade av primärkontaktens närvaro. Att bjuda in primärkontaktorna vid intervjun gjordes av etiska skäl och för informanternas välbefinnandes skull.

**Instrument.** En semistrukturerad intervjuguide användes som verktyg vid datainsamlingen. Då detta är en rekommenderad datainsamlingsmetod vid kvalitativa ansatser stärker detta uppsatsens tillförlitlighet (Willig, 2009). En metodologisk begränsning ligger i huruvida det skapats tillräckligt med data från intervjuerna för att besvara uppsatsens syfte. En annan metodologisk begränsning är att intervjuguiden sannolikt blivit färgad av återhämtningsteori enligt Topor (2004). Detta försökte författaren motverka genom att inleda och avsluta intervjuguiden med en öppen och icke-specifik fråga. Vidare användes intervjuguiden enbart som stöd då frågorna inte ställdes i kronologisk ordning och författaren istället hade ett antal teman som skulle avtäckas. Innan intervjuerna genomfördes gjordes en provintervju med en specialistsjuksköterska för att författaren önskade få återkoppling gällande både intervjuguiden och intervjuförfarandet.

**Procedur.** Kvale och Brinkmann (2009) skriver att det förekommer en maktasymmetri mellan forskaren och undersökningspersonen i kvalitativa forskningsintervjuer. En följd av maktasymmetrin kan vara att intervjupersonerna uttrycker vad de tror att intervjuaren vill höra. Detta kan få konsekvenser för den kunskap som produceras och författaren bör således reflektera över maktens roll vid den kvalitativa intervjun. Detta kompliceras ytterligare av att författaren genomfört sin psykologkandidatur på mottagningen i fråga. Det har därmed funnits en förförståelse hos författaren som utan reflektion kan ha påverkat tillförlitligheten negativt. Författaren försökte aktivt motverka sin förförståelse genom att skriva ner sina naiva tolkningar i anslutning till respektive intervju. Tanken med detta var att blottlägga förförståelsen genom att jämföra de naiva tolkningarna

med transkripten i ett senare skede. Vidare fick ingen deltagare ha haft tidigare kontakt med författaren. Författaren strävade efter att skapa en intervjusituation där informanterna fritt skulle kunna uttrycka det som de upplever ha hjälpt dem i återhämtningsprocessen.

Ett stort ansvar lades på primärkontaktorna som fick i uppdrag att rekrytera deltagare till uppsatsen. Fördelar med detta var att primärkontaktorna har bäst kännedom om sina patienters tillstånd och att de därför har kunnat tillfråga de patienter som de ansåg skulle kunna bidra till resultatet. Detta medför en stor risk för selektionsbias vilket påverkar uppsatsens tillförlitlighet negativt. Det kan tänkas att deltagarna inte är representativa för gruppen individer med en schizofrenidiagnos utan snarare är en grupp patienter som det gått bättre för. En positiv effekt av rekryteringsmetoden var dock att samtliga intervjuer genomfördes under loppet av tre veckor i ett och samma testrum på mottagningen. Att intervjuerna genomfördes under kort tid och att deltagarna rekryterades från en specifik mottagning med ett visst upptagningsområde stärker pålitligheten och minskar även risken för historie- och mognadseffekter. Urvalsgruppen hade sannolikt sett annorlunda ut om deltagarna själva fått anmäla intresse eller om rekryteringen skett på annat sätt. Detta kan dock bara spekuleras kring.

Primärkontaktorna fick i uppdrag att bedöma informanternas habitualtillstånd. Denna bedömning kan tänkas vara svår att göra och den är dessutom högst subjektiv. Till sin hjälp hade primärkontaktorna exklusionskriteriet frånvaro av slutenvård under de senaste trettio dagarna. Detta kunde med fördel kontrolleras via journalsystemet.

**Dataanalys.** För att säkerställa att transkriberingen utförts på ett tillfredsställande sätt läste författaren tre slumpmässigt utvalda transkript samtidigt som ljudfilen spelades upp. Problematiskt med intervjutranskript är att annan viktig information som tonfall och kroppsspråk faller bort. En metodologisk begränsning är utebliven triangulering genom exempelvis flera datakällor. En annan metodologisk begränsning kopplad till pålitligheten är att dataanalysen utfördes av enbart författaren och att den således till stor del återspeglar författarens tolkningar. För att kontrollera vidden av samt motverka denna begränsning jämförde författaren och handledaren ett transkript med analysen av detsamma. Vidare kan tillförlitligheten återspeglas i hur väl teman överensstämmer med data (Elliot et al., 1988). Författaren har försökt stärka tillförlitligheten i datanalsen genom kontinuerlig handledning och även genom välvalda citat som tydligt representerar varje tema. Vidare har teman och dess innehåll bildats utifrån hur ofta informanterna påtalat vikten av en viss faktor.

**Avslutningsvis.** För att stärka uppsatsens trovärdighet i termer av tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet har författaren strävat efter att återge en detaljerad beskrivning

av sina metodologiska tillvägagångssätt. Flera aspekter har kunnat göras annorlunda som i sin tur hade kunnat förändra resultatet. Detta kan dock bara spekuleras kring. En viktig del av uppsatsen är dess etiska aspekter där författaren strävat efter att värna om deltagarnas välmående. Författaren har i gott samarbete med mottagningen kunnat erbjuda informanterna samtal i direkt anslutning till intervjun.

Tidigare forskning på återhämtning hos individer med en schizofrenidiagnos visar på att 4-68 % är socialt eller totalt återhämtade (Warner, 1985, refererat i Topor, 2004; Harding, 1988; Mason et al., 1995; Novick et al., 2009). Differensen i studiernas resultat kan tänkas bero på dels komplexiteten av sjukdomen och dels vilken definition av återhämtning som använts. I denna uppsats har författaren inte tagit ställning till huruvida informanterna är återhämtade eller ej. Författaren ser snarare återhämtningen som en process som informanterna genomgår. Resultatdiskussionen antyder vilka faktorer som informanterna anser har haft positiv respektive negativ betydelse för återhämtningsprocessen. Huruvida dessa faktorer går att generalisera till att gälla även i andra kontexter kan författaren inte uttala sig om. I slutänden är det upp till läsaren att avgöra vad denne anser om uppsatsens överförbarhet; det vill säga, om resultatet går att generalisera eller ej (Graneheim & Lundman, 2004).

### **Slutsatser**

Ur resultatet i denna uppsats framkommer att psykiatrisk vård är en viktig faktor som bidrar till återhämtningen hos individer med en schizofrenidiagnos. Avseende psykiatrisk vård är det slutenspsykiatrisk vård, öppenvård, farmakologisk behandling och ECT-behandling som anses hjälpsamt. En annan faktor som bidrar till återhämtningen är relationen till familjen, vänner och professionella. En tredje faktor som bidrar till återhämtningen är vardagen där faktorer som arbete, ekonomi, bostad, hälsa och religion anses vara hjälpsamma när dessa faktorer fungerar. Stigmatisering är ett problem som komplicerar återhämtningen och bör motverkas både på ett samhälleligt plan och även inom familjen. Avslutningsvis framkommer även att musik kan dämpa rösthallucinationer, att husdjur kan påverka återhämtningen positivt och att kärlek är nyckeln till välmående. Gemensamt för samtliga faktorer är att det finns positiva och negativa aspekter av dem. I vissa fall kan de även vidliknas processer. Gemensamt för schizofrenisjukdomarna och återhämtningsprocessen är att de är heterogena. Ingen individ med schizofreni och ingen återhämtningsprocess är nämligen den andra lik. Huruvida dessa faktorer går att generalisera till andra individer med schizofrenisjukdom eller andra kontexter är i slutänden upp till läsaren att avgöra.



### **Kliniska implikationer**

Baserat på uppsatsens resultat anser författaren att ovanstående faktorer bör beaktas, optimeras och individanpassas för brukare med en schizofrenidiagnos. Detta för att individerna ska få möjlighet till bästa möjliga vård i enlighet med evidensbaserad vård (SBU, 2013). Resultatet visar på komplexiteten i sjukdomen och att såväl sjukdomen schizofreni som dess återhämtningsprocess är heterogen. För att ovanstående faktorer ska beaktas, optimeras och individanpassas krävs ett gott samarbete mellan vårdande instanser, socialtjänst och samhället i övrigt för att hela individen ska fångas upp. Vidare krävs ett aktivt arbete från samtliga instanser för att motverka den stigmatisering som upplevs av dessa individer. Inom sociala relationer kan detta göras genom anhörigutbildning.

### **Framtida forskning**

Under arbetets gång med denna uppsats har många tankar väckts hos författaren som vore intressanta att utforska vidare. Dessa frågeställningar ges här som förslag till framtida forskning kopplad till återhämtning: Påverkar trauman i tidig barndom återhämtningsprocessen? Vad är det i relationer som påverkar återhämtningsprocessen? På vilket sätt påverkar husdjur återhämtningen hos människor med allvarlig psykisk sjukdom? Vilken är ekonomins betydelse för återhämtningsprocessen? Vilka individer blir återhämtade? Slutligen vore det även intressant att undersöka om återhämtningen går att härleda till personlighetsstrukturer.

## Källförteckning

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnosics and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5 ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Buckley, P. F., Fenley, G., Mabe, A., & Peeples, S. (2007). Recovery and schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 1(1), 96-100.
- Cullberg, J. (2004). *Psykosser: ett integrerat perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur.
- Denhov, A. (2002). *Finns kvar och ställer upp. Hur anhöriga kan bidra till återhämtning från allvarlig psykisk störning, ur de återhämtades och de anhörigas perspektiv*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417-424.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Harding, C. M. (1988). Course types in schizophrenia: An analysis of European and American studies. *Schizophrenia Bulletin*, 14(4), 633-643.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Buck, K. D. (2010). Recovery and wellness amidst schizophrenia: definitions, evidence, and the implications for clinical practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 16(1), 36-42.
- Malmö Kommun. (n.d.). Social och familjefrågor. Hämtad 9 januari 2014 från Malmö Kommun: <http://www.malmo.se/Medborgare/Social---familjefragor.html>
- Malmö Kommun. (n.d.). Stöd enligt LSS. Hämtad 9 januari 2014 från Malmö Kommun: <http://www.malmo.se/Medborgare/Omsorg-vard--stod/Stod-till-personer-med-funktionsnedsattning/Stod-enligt-LSS.html>

Mason, P., Harrison, G., Glazebrook, C., Medley, I., Dalkin, T., & Croudace, T. (1995). Characteristics of outcome in schizophrenia at 13 years. *The British Journal of Psychiatry* 167, 596-603.

McNally, K. (2012). Definitions of schizophrenia, 1908-1987: The failed essentialism. *Theory Psychology* 22(1), 91-113.

Nationalencyklopedin. (n. d.). Stämplingsteori, Hämtat 9 februari 2014 från Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/stämplingsteori>

Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Vieta, E., & Naber, D. (2009). Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study. *Schizophrenia Research* 108(1-3), 223-230.

Ottosson, J-O. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber AB.

Pallit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Region Skåne (n.d.). Psykosvård. Hämtad 9 januari 2014 från Region Skåne: <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Vuxenpsykiatri/Helsingborg/Psykosvard/Mottagning-Team-Rehab/>

Schön, U. K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336-347.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri: själ – kropp – samhälle*. Stockholm: Liber AB.

Socialstyrelsen. (n. d.). Klassificering och koder. Hämtad 9 februari 2014 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder#UvddPvldVc0>

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (n.d.), *Evidensbaserad vård*. Hämtad 15 oktober 2013 från <http://www.sbu.se>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (nov 2012). *Schizofreni. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*. Stockholm: Elanders.

Topor, A. (2004). *Vad hjälper: Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och kultur.

Topor, A., & Borg, M. (2008). *Relationer som hjälper: om återhämtningsprocesser vid svåra psykiska problem*. Lund: Studentlitteratur.

Topor, A., & Denhov, A. (2012). Helping relationships and time: Inside the black box of the working alliance. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), 239-254.

Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.

## Bilaga A: Semistrukturerad intervjuguide

### Intervjuguide

- **Presentation av mig**
- **Presenterar studiens syfte och frågeställning**
- **Informerar om studiens sekretess.**
- **Informerar att intervjun kommer att spelas in och att materialet kommer vara en del av studien**
- **Informerar att informanten och annan data kommer att bli aidentifierade**
- **Frågar om informanten önskar ta del av den publicerade uppsatsen**
- **Ber informanten skriva på Bilaga B - informerat samtyckes brevet**
- **Har du några frågor innan vi börjar?**
- **Börjar spela in**

#### 1. Hur kommer det sig att du vill delta i studien?

##### **Sjukdomens början**

2. När insjuknade du i schizofreni?
3. Hur har sjukdomen påverkat dig?
4. Hur såg ditt liv ut innan du insjuknade?
5. Hur såg din dåvarande sysselsättning ut?
6. Hur såg din familjesituation ut?
7. Hur såg ditt civilstånd ut?
8. Hur såg din vänskrets ut?

##### **Behandlings och stödinsatser**

9. Har du varit inlagd inom slutenvården?
10. Om ja, var det en frivillig inläggning eller inläggning under LPT?
11. Har du varit inlagd mer än en gång?
12. Hur kändes det att vara inlagd?
13. Hur har inläggningen påverkat din återhämtning?
14. Hur upplever du att din kontakt med psykosmottagningen varit?
15. Hur upplever du att hembesök har haft för betydelse för din återhämtning?
16. Vilka andra behandlings och stödinsatser har du?
17. Vad har de haft för betydelse för din återhämtning?
18. Hur har medicineringen påverkat din återhämtning?
19. Hur har din ekonomi situation sett ut? Hur har den påverkat din återhämtning?
20. Hur har din religion påverkat dig?
21. Hur ser din boendesituation ut
22. Hur påverkar din boende situation din återhämtning?
23. Beskriv vilka behandlare du varit i kontakt med?
24. Hur har de påverkat din återhämtning?
25. Är det någon behandlare som betytt extra mycket för dig?
26. Beskriv hur behandlaren varit viktig för dig?
27. Vilka egenskaper var det som var viktiga?

##### **Sociala relationer**

28. Vad har dina vänner haft för betydelse för din återhämtning?
29. Vad har din familj haft för betydelse för din återhämtning?
30. Vad har din släkt haft för betydelse för din återhämtning?

31. Vad har dina barn haft för betydelse för din återhämtning?
32. Vad har dina kollegor haft för betydelse för din återhämtning?
33. Finns det andra relationer som haft betydelse för din återhämtning?

#### **Individuella faktorer**

34. Hur har dina framtidsdrömmar spelat roll för din återhämtning?
35. Kan du berätta hur ditt självförtroende varit under sjukdomsförloppet?
36. Hur har sjukdomen påverkat dina förmågor?
37. Hur har sjukdomen påverkat ditt arbete? Vad har arbetet haft för betydelse för din återhämtning?
38. Hur har sjukdomen påverkat dina nära relationer? Vad har relationerna haft för betydelse för din återhämtning?
39. Hur har sjukdomen påverkat din hälsa? Vad har din hälsa haft för betydelse för din återhämtning?
40. Har du sökt förståelse kring vad som hänt? Vad har förståelsen haft för betydelse för din återhämtning?
41. Har du några fritidsintressen? Vad har de haft för betydelse för din återhämtning?

#### **Övrigt**

42. Är det något som jag inte frågat dig men som varit viktig för din återhämtning?
43. Är det något mer du vill säga mig?

## Bilaga B: Informationsbrev till anställda



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Malmö den 16 november 2012

### Till anställda på xxx

Mitt namn är Ashkan Rouzparast och jag läser på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Under ett års tid ska jag skriva min psykologexamensuppsats. Syftet med uppsatsen är att beskriva vilka faktorer som varit av betydelse vid återhämtning hos personer med en schizofrenidiagnos. Examensarbetet kommer att ha en kvalitativ ansats vilket innebär att jag vill intervjua deltagarna för att lyfta fram deras personliga beskrivningar och upplevelser kring sin återhämtningsprocess.

Jag söker därför kontakt med tio personer som har en schizofrenidiagnos eller någon av dess underdiagnoser. Jag eftersträvar en jämn könsfördelning bland deltagarna. För att delta i studien får personen inte ha varit slutenvårdspatient under de senaste 30 dagarna. Deltagaren får inte ha ett pågående missbruk eller vara lågbegåvad. Därutöver bör deltagaren vara i sitt habitualtillstånd.

Då ni på mottagningen känner era patienter bäst, hoppas jag att ni kan hjälpa mig med urvalet genom att tillfråga era patienter om de kan tänka sig att delta i studien. Intervjun kommer att ske på mottagningen och tar ca 60 minuter att genomföra. Om deltagaren önskar är det möjligt för primärkontakten att vara närvarande under intervjun. Deltagandet är frivilligt och patienten får avbryta sin medverkan i studien när som helst. Jag har tystnadsplikt och patienterna kommer att bli helt oidentifierade för att deras identitet ska skyddas i examensuppsatsen.

Vid frågor är ni välkomna att kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Ashkan Rouzparast

E-post: [ashkan.rouzparast@gmail.com](mailto:ashkan.rouzparast@gmail.com)

Mobil: xxxx-xxxxxx

Handledare: Jan-Åke Jansson

E-post: [Jan-ake.jansson@psychology.lu.se](mailto:Jan-ake.jansson@psychology.lu.se)

Telefon: xxx-xxxxxxx

## Bilaga C: Informerat samtycke



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

### Informerat samtycke

Mitt namn är Ashkan Rouzparast och jag läser på psykologprogrammet vid Lunds universitet. För närvarande arbetar jag med min examensuppsats. Syftet med uppsatsen är att beskriva vilka faktorer som varit av betydelse vid återhämtningen hos personer med en schizofrenidiagnos. Examensarbetet kommer att ha en kvalitativ ansats vilket innebär att jag vill intervjua Dig för att lyfta fram Dina beskrivningar och upplevelser kring Din återhämtningsprocess.

Vi kommer att träffas vid ett tillfälle då intervjun kommer att ske. Intervjun beräknas ta cirka 60 minuter och kommer att ske på xxx. Om Du önskar är det möjligt för din primärkontakt att närvara under intervjun. I annat fall blir Du erbjuden en tid hos din primärkontakt direkt efter intervjun.

Deltagandet är frivilligt och Du har möjlighet att avbryta Din medverkan i studien när som helst. Ditt deltagande eller icke-deltagande i studien kommer inte att påverka Din fortsatta behandling eller kontakt med psykosmottagningen på något sätt. Jag har tystnadsplikt och Du kommer att bli helt oidentifierad för att din identitet ska skyddas i examensuppsatsen. Det insamlade materialet kommer att förstöras efter att uppsatsen publicerats.

Har du några funderingar kring studien får du gärna kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Ashkan Rouzparast  
[Ashkan.rouzparast@gmail.com](mailto:Ashkan.rouzparast@gmail.com)  
Mobil: xxxx-xxxxxx

Handledare: Jan-Åke Jansson  
[jan-ake.jansson@psychology.lu.se](mailto:jan-ake.jansson@psychology.lu.se)  
Tel: xxx-xxxxxxx

---

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka i studien.

---

Ort och datum

---

Namnteckning