



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Berättelser om återhämtning

Joakim Bernhardsson
Kandidatuppsats (SOPA 63)
VT 2017
Handledare: Elisabeth Martinell Barfoed

Abstract

Author: Joakim Bernhardsson

Title: Stories about recovery (translated)

Supervisor: Elizabeth Martinell Barfoed

Assessor: Tove Harnett

This study is based on interviews with people who have been in contact with psychiatric care and are, or have been in recovery from mental illness. The aim was to investigate how the interviewees describe their recovery and which factors that matter in recovery. The previous research this study builds upon show that a key aspect of recovery comes from reclaiming power of self and finding or, refinding the image of self. Research also reveals societal and organizational barriers to recovery. A further aim was therefore to strengthen the discourse of people with mental illness by using qualitative interviews to bring light to their stories, using theories of power and normality in the analysis. One of the interviewees described experiences of oppression in psychiatric care. A further result in the study shows that mental illness is viewed as abnormal in relation to society at large, which threatens the process of recovery.

Keywords: recovery, mental illness, relation, psychiatric care, psychiatry.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	4
1.1 Problemformulering.....	4
1.2 Syfte och frågeställningar.....	5
1.3 Begreppsliga tydliggöranden.....	6
1.3.1 <i>Problematisering av brukarbegreppet</i>	6
1.3.2 <i>Återhämtningsprocessen</i>	7
1.4 Bakgrund och tidigare forskning.....	7
1.4.1 <i>Historisk bakgrund</i>	7
1.4.2 <i>Tidigare forskning</i>	8
2. Metod.....	11
2.1 Val av metod.....	11
2.2 Urval.....	11
2.3 Teman för intervjuerna.....	12
2.4 Kontakt och träff.....	12
2.5 Metodens tillförlitlighet.....	12
2.6 Bearbetning och analys av empiri.....	13
2.7 Metodologiska reflektioner.....	14
2.8 Etiska reflektioner.....	14
3. Perspektiv och teori.....	16
3.1 Socialkonstruktionistisk tolkningsram.....	16
3.2 Normalitet.....	17
3.2 Makt.....	17
4. Analys.....	18
4.1 Läkande möten.....	18
5.1.1 <i>Skapande av tillit</i>	19
5.1.2 <i>Bärande av hopp</i>	22
4.2 Distanserande möten.....	25
4.2.1 <i>Opersonligt bemötande</i>	25
4.2.2 <i>Mediciner som hinder</i>	26
4.3 Återhämtning.....	30
4.3.1 <i>Acceptans och normalitet</i>	30
4.3.2 <i>Skapa sin egen mening</i>	33
5. Avslutande diskussion.....	34
6. Referenser.....	36
7. Bilaga.....	39

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Brukarperspektivet har länge varit eftersatt inom psykiatrin (Denhov 2007a). Först på senare år har det kommit studier som belyser ett brukarperspektiv och som ämnar att vidga förståelsen för psykiska sjukdomar och återhämtning från dessa. De senaste årens forskning om återhämtning består till stor del av studier där forskare har intervjuat människor med erfarenheter av psykisk ohälsa och av psykiatrisk vård och olika socialtjänstinsatser, i syfte att utifrån brukares egna perspektiv öka förståelsen för vilka element det är som hjälper vid återhämtning från svåra psykiska sjukdomar (Denhov 2007a; Topor 2001; Topor & Borg 2008). Ett antal viktiga psykosociala aspekter har påvisats. Aspekter som ofta ligger utanför de olika specifika behandlingsmetoder och insatser som sätts in. Att lyssna på brukarens egna erfarenheter och kunskaper, och att man som brukare ska ha möjlighet till deltagande och medbestämmande över de insatser som erbjuds är inte bara önskvärt, utan en absolut nödvändighet för att återhämtning ska lyckas (Topor & Borg 2008). Därmed blir det intressant att ställa frågan hur brukarmedverkan har förändrats på senare år. Sveriges Kommuner och Landsting hävdar att synen på patient/brukare som passiv mottagare av professionella insatser måste förändras till att patienter och brukare i högre grad ska bli delaktiga i utformningen av sin egen vård. De menar även att evidensbaserad praktik (EBP) måste inkludera brukarperspektiv, det ska inte uteslutas i kunskapsbildningen (SKL 2010). Något som från olika håll lyfts fram är att en alltför ensidig användning och förståelse av vad som är att betrakta som evidens utesluter högst relevanta brukarperspektiv (Topor & Borg 2008). Topor (2001) menar att evidensbaserad praktik leder till alltför begränsade behandlingsmöjligheter. Topor och Borg (2008) menar vidare att tillämpningen av evidens har förvanskats. Detta påpekas också av Jenner (2012) då den ursprungliga definitionen av evidensbegreppet formulerad av Sackett m.fl. (2000) ska innefatta en avvägning mellan inte bara vetenskaplig kunskap och professionell kunskap, utan även brukarens behov och önskemål (Jenner 2012). Jacobsson och Martinell Barfoed (2016) föreslår att det kan vara fruktbart att försöka förstå EBP som en trend inom socialt arbete. Genom ”trendglasögonen” framträder några kritiska aspekter kring EBP. Risken med det starka etablerandet av EBP är att sociala projekt som inte använder sig av evidensbaserade metoder eller beklär sina verksamheter med det språk som förknippas med EBP blir bortprioriterade, och att viktiga kunskaper därmed riskerar att gå förlorade (ibid.)

Ulrika Järkestig Berggren (2006) finner i sin avhandling en diskursernas kamp om tolkningsföreträde gällande problemdefinitionen av psykisk ohälsa, mellan en medicinsk och en medborgerlig, en kamp som hon menar utlöstes tack vare psykiatrireformen (Järkestig Berggren 2006). Psykiatrireformen möjliggjorde ökade rättigheter för människor med psykisk ohälsa, fler möjligheter till insatser och att de själva skulle vara med och bestämma över utformningen av dessa. På så vis har den medborgerliga diskursen kommit att få ett ökat tolkningsutrymme, vilken dock ofta står i konflikt med den medicinska diskursen som tidigare varit allenarådande. Denna förskjutning av makt har resulterat i ett fokus på brukarperspektiv, och den historiskt paternalistiska inställningen till människor med psykisk ohälsa som passiva mottagare av den vård som av vårdgivaren anser vara bäst har utmanats. Men i hur hög utsträckning har denna syn utmanats? Tack vare ökat brukarperspektiv under åren efter psykiatrireformen har brukarenkäter genomförts som ställt frågor gällande bemötande, tillgänglighet och delaktighet, men i mindre utsträckning vad gäller insatser och resultat (Denhov 2007a). Topor och Borg (2008) menar att dessa enkäter inte är tillräckliga för att utforma vården. Författarna beskriver dessutom en kunskapshierarki inom utvecklingen av den psykiatriska vården, i vilken brukares kunskaper inte värdesätts särskilt högt.

För att stärka den medborgerliga diskursen inom det vetenskapliga fältet, därmed utvecklingen av framtida behandlingsinsatser finner jag det mot bakgrund av ovanstående fortsatt angeläget att genomföra kvalitativa studier där människor med erfarenhet av psykiatrisk vård och psykisk ohälsa hörs med egna röster, deras erfarenheter och kunskaper om återhämtning bör ses som en primär kunskapskälla.

1.2 Syfte

Studiens syfte är att undersöka hur människor med erfarenheter av psykisk ohälsa beskriver mötet med den psykiatriska vården och vad de anser vara eller har varit viktigt i sin återhämtning från psykisk ohälsa. Jag vill också ta reda på hur deras positioner kan förstås utifrån begreppen makt och normalitet kopplat till återhämtning. Mina frågeställningar är:

- ❖ Hur beskriver de intervjuade sina erfarenheter av återhämtning och vad framställs som viktigt i återhämtningen?
- ❖ Hur kan de intervjuades beskrivningar förstås utifrån ett normaliseringsperspektiv?

- ❖ Hur kan de intervjuades beskrivningar förstås utifrån ett maktperspektiv?

1.3 Begreppsliga tydliggöranden

1.3.1 Problematisering av brukarbegreppet

Som perspektiv är brukarperspektivet idag väl etablerat, men det är svårt att utgå från ett brukarperspektiv utan att problematisera begreppet brukare. Brukarbegreppet tenderar att låsa fast människor i en identitet som främst förknippas med den hjälpinsats eller dylikt, som erbjuds. Det kan hävdas att detta blir särskilt problematiskt för människor som kommer i kontakt med psykiatrisk vård; dels då forskningen om återhämtning visar att en helhetssyn på människan och maktövertagande över självet är grundläggande förutsättningar för lyckad återhämtning, dels eftersom kunskaper hos människor som kommer i kontakt med psykiatrisk vård inte värdesätts särskilt högt (Topor & Borg 2008). Författarna menar att trots att den psykiatriska vården på många sätt har moderniserats med ett bredare utbud av insatser och öppenvård, framförallt efter psykiatrireformen, så lever kategoriseringar och klassificeringar som grundar sig i det medicinska synsättet kvar (ibid.). Detta påstående tar stöd i vad Marcus Knutagård (2013) kallar en moralisk stratifiering, de gamla psykiatriska institutionerna med sina typiska kännetecken har bara ersatts i en modernare tappning (Knutagård 2013). Å ena sidan visar nyare studier av återhämtning att ett kvarlevande institutionaliseringsperspektiv hindrar återhämtningsprocessen (Topor & Borg 2008). Å andra sidan har det breddade utbudet av insatser bidragit till att utveckla kunskap och praktik inom vård av psykisk ohälsa, kunskaper som ofta förbises eftersom brukares kunskaper inte värdesätts och därmed osynliggörs (Topor 2005). Begreppen brukare och brukarinflytande har kommit att bli förhärskande i den socialpolitiska diskursen, vilken följer den nyliberala logiken att med större valfrihet följer också större frihet åt individen. Som brukare av valfria välfärdstjänster efter behov får du därmed också inflytande och makt över ditt eget liv. Således passar begreppet brukare väl in i denna logik, men det är förrädisk då den nyliberala logiken blundar för det faktum att strukturella ordningar hindrar människor från att uppnå frihet. Frihet i bemärkelsen ett självbestämmande över den egna kroppen och själen, egenmakt att kunna göra motstånd mot influenser utifrån.

Jag kommer med ovanstående i beaktande att använda mig av brukarbegreppet i min text då det för tillfället är det vedertagna begreppet inom såväl forskning som i fältet men jag menar inte att begreppet brukare per automatik beskriver en människa som har full makt över sitt liv.

1.3.2 Återhämtningsprocessen

Begreppet återhämtningsprocess används inom missbruksforskning och forskning om psykisk ohälsa. Här kommer det att förklaras utifrån hur det förstås inom området psykisk ohälsa.

Återhämtningsforskning är i relation till psykiatrin ett nytt forskningsområde.

Återhämtningsprocessen betraktas som ordet avslöjar, processen att återhämta sig från olika typer av psykisk ohälsa, och forskningen försöker förstå hur denna process går till och vad som påverkar den. Enligt forskning är en av dess främsta aspekter vad som brukar kallas ett återtagande av makt, såsom makten över sina symptom, makten att bestämma över de insatser man erbjuds, och makten att kunna möta den omgivande världens fördomar och stigmatisering (Topor 2001). Forskningen skiljer också på två olika sätt att förstå återhämtning, *social återhämtning* innebär att du kanske har vissa symptom kvar och behöver viss kontakt med psykiatri och socialtjänst, men ändå kan leva ett självständigt liv i stort. Med *total återhämtning* menas att du är helt återhämtad genom att kunna gå vidare i livet symptomfri, utan behov av vård eller andra insatser (ibid.)

1.4 Bakgrund och tidigare forskning

I detta kapitel kommer jag först att presentera en kort historisk bakgrund kring psykisk ohälsa och sedan en genomgång av tidigare forskning kring återhämtning, samt några äldre studier som jag har uppfattat som relevanta. Då återhämtning från psykisk ohälsa är det forskningsområde denna studie utgår ifrån har jag valt att vara ämnesorienterad i mitt sökande av tidigare forskning, då den forskningen har visat sig ha mest relevans för denna uppsats.

1.4.1 Historisk bakgrund

Historiskt har synen på psykisk ohälsa förändrats gradvis. Under 1600- och 1700-talen avskiljdes människor med psykisk ohälsa och spärrades in på så kallade hospital. Under 1800-talets modernisering i Europa och USA förstatligades och centraliserades hospitalen och blev s.k. dårhus, och sedan mentalsjukhus (Meeuwisse 1997). Detta föranleddes av kritik från olika håll kring år 1800, vilken påpekade att psykisk ohälsa är en tanke- eller känslomässig störning

som kan botas med psykologiska metoder (ibid). Tack vare dessa idéer började det psykiatriska fältet växa fram kring mitten av 1800-talet, och det var läkare som tillskansade sig detta nya fält, vilket inte alls var en självklarhet från början, men då läkarvetenskapen vid denna tid hade mest makt och resurser gjordes därmed anspråk på att vansinniga kunde botas med medicinsk vetenskap (ibid.). Således har vården av människor med psykisk ohälsa varit ett medicinskt område, och är så i hög grad än idag (ibid.). På mentalsjukhusen hölls människor med psykisk ohälsa undan från samhället, och de låg ofta placerade långt utanför städerna. Det ansågs vara bäst för samhället och bäst för den sjuke individens tillfrisknande, att få leva avskärmat tillsammans med likasinnade. I Europa på 1950-talet skedde förändringar inom mentalvårdspolitiken, vad som ofta kallas avinstitutionaliseringen. Meeuwisse (1997) menar att det är ett tveksamt begrepp att använda, då de sociala arrangemang, roller och processer som definierar institutionalisering ur ett sociologiskt perspektiv, kan göra gällande att mycket inte har förändrats alls (ibid). Det som dock har förändrats enligt Meeuwisse, är att de stora avskärmade mentalsjukhusen har stängts ner till förmån för en bredare variation av vårdformer. Utöver sluten tvångsvård så finns öppenvård, en mängd olika behandlingar och insatser som är mer samhällsintegrerande. I Sverige kom psykiatrireformen i början av 1990-talet att spela en stor roll inom mentalvården. En av slutsatserna inför den var att människor med psykisk ohälsa inte har tillgång till det stöd de behöver, som i sin tur bidrog till att de blev marginaliserade medborgare (ibid.). I korthet innebar psykiatrireformen att ansvaret delades upp mellan psykiatrin och socialtjänsten. Detta innebar ökade möjligheter för människor med psykisk ohälsa att få tillgång till fler insatser, och genom socialtjänstens arbete så började synen på människor med psykisk ohälsa betonas mer utifrån medborgerliga rättigheter, snarare än patientsynen som varit rådande och mycket begränsande. Det psykiatriska fältet har under större delen av 1900-talet haft en hegemonisk position, och därmed undanskjutit andra sätt att närma sig psykisk ohälsa. Detta har förändrats gradvis. Brukarrörelser och lagstiftningar som psykiatrireformen har skapat utrymme för förändringar gällande makt, föreställningar, materiella förutsättningar och behandlingsmöjligheter (ibid.).

1.4.2 Tidigare forskning

I sökningen av tidigare forskning har jag hittat några äldre studier av psykisk ohälsa och psykiatrisk vård som presenteras nedan. Dessa studier har jag uppfattat som relevanta ur ett

historiskt perspektiv. Därefter presenteras nyare studier om återhämtning och dess koppling till brukarperspektiv.

Bateman och Dunham (1948) använde i sin studie deltagande observation med syfte att förstå hur återhämtningen påverkas av vistelse på mentalsjukhus. En av de slutsatser som drogs var att den sociala miljön inom mentalsjukhuset var i sig själv ett hinder för att patienter och personal skulle ha möjlighet att mötas på en mänsklig, jämlik nivå. Således gjordes möjligheten till vårdrelationer omöjlig. Vidare analyserade Erving Goffman (1973) (original 1961) institutionsvården med hjälp av deltagande observation genom att belysa dess förtryckande och avhumaniserande mekanismer. I studiens metoddiskussion tar Goffman avstamp i vad vi idag skulle benämna ett brukarperspektiv, vilket gör studien relevant och intressant att lyfta fram i denna uppsats. Dorothy E. Smith (1978) analyserade i sin artikel intervjumaterial som utförts av en av hennes studenter. Smiths analys visar hur en persons beteende uppfattas som avvikande av omgivningen, och hur omgivningen konstruerar en bild av personen som psykiskt sjuk. Ovan nämnda forskning sätter min studie i en historisk kontext, vilket har gett mig möjlighet att göra jämföranden i analysen.

Med sin magisteruppsats fann doktoranden Anne Denhov (2007a) ett ökat brukarinflytande gällande frågor om bemötande, tillgänglighet och delaktighet, men avsaknad av inflytande gällande insatserna och vad som ger resultat. Denhov menar att om brukares åsikter kring bemötande och delaktighet anses vara viktiga, varför anses inte brukarnas åsikter och kunskaper om själva insatserna vara lika viktiga? Denhov ville i sin studie ta reda på vilka vårdinsatser brukare har upplevt som lyckade för sin återhämtning. Jag vill med denna studie bredda frågan till; vad upplever brukare ha varit viktigt för deras återhämtning, inte enbart i vårdinsatserna utan även övriga faktorer i livet?

I sin avhandling presenterar psykologen och docenten Alain Topor (2001) forskning där han med hjälp av kvalitativa intervjuer med människor som befinner sig i återhämtning erhåller kunskap om vad som hjälper i återhämtningen från svåra psykiska störningar. Topor (2001) påpekar att psykiatrin tack vare sitt medicinska synsätt ofta har uteslutit ett helhetstänk, människan avskärmas från omgivningen, det sjukas ses som något inneboende, oberoende av den sociala omgivningen. Han menar att den psykiatriska forskningen saknar en del viktiga

perspektiv och inte lyckas förklara sjukdomars uppkomst eller hitta bot på olika sjukdomar (ibid.). Topor fortsätter tillsammans med filosofie doktor Marit Borg (2008) att lyfta fram människors berättelser om återhämtning, där de resonerar kring hur erfarenhetskunskap av psykisk ohälsa kan och bör användas för att utveckla kunskaps- och organisationsutveckling inom psykiatri och socialtjänst. Med hjälp av dessa berättelser lyfter de fram de arbetssätt inom psykiatri och socialtjänst som ofta hjälper men som sällan nämns. Många brukare lyfter fram att hjälpsamma handlingar från professionella ofta har varit centrala för dem, intressant är dock att dessa handlingar ofta har inneburit institutionella regelbrott (Topor & Borg 2008). Exempel på sådana regelbrott är då den professionelle drar över den bestämda mötestiden, eller väljer att träffa brukaren på andra platser, eller utför andra handlingar som inte åligger yrkesrollen eller finns inom verksamhetens policy. Topor och Borg (2008) menar att om regelbrott visar sig vara hjälpsamma i återhämtningsprocessen ställs vi inför en viktig diskussion om synen på vad som är professionellt arbete och inom vilka ramar detta utförs (ibid.). Den slutsatsen öppnar för en intressant fråga, men som jag väljer att lämna då det inte ryms inom ramen för denna uppsats. Författarna hävdar vidare att inom vår kultur så tas det ofta för givet att människor med svåra psykiska störningar endast kan bli återhämtade ”genom en högst professionaliserad insats i form av psykofarmaka och psykoterapi. (...) övriga yrkesgrupper[s] (...) bidrag kan emellertid ’bara’ vara stöd och service” (ibid:56). De menar att det inte nödvändigtvis existerar en gräns mellan behandling och rehabilitering å ena sidan, och å andra sidan stöd och omsorg. En annan aspekt som lyfts fram är värdet av de relationer som hjälper. Långsiktiga relationer som innehåller stöd och där den professionella fungerar som ett vikarierande hopp. Uppbärandet av hopp visar sig vara effektivt i återhämtningen. Det är inte enbart relationer till professionella som lyfts fram som viktiga, utan även relationer till anhöriga, och kortare och längre relationer och möten med olika människor i omgivningen (ibid.). Ytterligare en aspekt är möjligheterna att återerövra makten över sitt eget liv. Makten över sin egen sjukdom och dess symptom och makten att medverka i planeringen av de behandlingar och insatser man erbjuds. Mer sällan benämns specifika behandlingsmetoder som viktiga (ibid.).

Topor och Borgs studier av återhämtning från psykisk ohälsa visar att slutna institutionsformer är negativa för återhämtning. Om man intar en strikt klinisk position och enbart söker bota det sjuka som anses finnas i patientens inre genom att avskärma patienten

från den yttre världen, så görs mer skada än nytta. Forskningen visar att ett helhetsperspektiv som innefattar människans hela livskontext, skapar kunskap kring återhämtning. Utifrån det perspektivet möjliggörs att kunna se vilka faktorer i människans liv som hindrar henne från deltagande i samhället, för att därmed kunna nå möjligheter och rättigheter till ett normalt liv. Brukarens maktövertagande och påverkansmöjligheter i sin vårdsituation är avgörande för att återhämtning ska lyckas (Topor & Borg 2008).

2. Metod

I detta avsnitt presenterar jag mitt val av metod, urval, intervjuerna, metodens tillförlitlighet och begränsningar, bearbetning och analys av material samt metodologiska och etiska reflektioner.

2.1 Val av metod

Eftersom mitt syfte med denna studie har varit att få en inblick i människors uppfattningar och erfarenheter av vad som har haft betydelse i deras återhämtning, så har jag använt en kvalitativ metod då det möjliggör att nå människors tolkningar av den sociala verkligheten (Kvale & Brinkmann 2014). För att möjliggöra detta har jag valt att göra semistrukturerade intervjuer. De intervjuade har då fått möjlighet att fördjupa sina svar och jag har haft möjlighet att ställa följdfrågor som ytterligare har fördjupat de ämnen som har tagits upp under intervjuernas gång (Bryman 2008). Varför jag har valt att inte använda en helt ostrukturerad intervjumetod beror på att tack vare viss struktur så är det lättare att hålla intervjun inom de ramar som är relevanta för forskningsfrågorna. Dock har metoden öppnat upp för de intervjuade att på ett någorlunda fritt sätt berätta sina historier, men detta innebär inte att metoden är utan svagheter (se avsnitt 2.7 och 2.8).

2.2 Urval

Urvalet är målinriktat (Bryman 2008), då jag har haft ett tydligt motiv att skapa överensstämmelse mellan empiri och forskningsfrågor. Intervjupersonerna är människor som jag kom i kontakt med under min socionompraktik. Av fem tillfrågade var det fyra som tackade ja till att medverka i en intervju och en som tackade nej. Tidsbegränsningen för uppsatsarbetet bidrog till att jag inte har ägnat mer tid åt att hitta en femte intervjuperson. Det främsta kriteriet för mitt urval har varit att intervju personer som har levt med psykisk ohälsa

och därmed kommit i kontakt med psykiatrisk vård. Min ambition var att få en spridning i ålder och kön, de intervjuade är två kvinnor och två män, åldrar varierar mellan 25 och 50 år.

2.3 Teman för intervjuerna

Jag har använt en intervjuguide (se bilaga) med fem övergripande teman med ett antal frågor till varje tema. Temana har varit: *Tillgänglighet till vård, bemötande, medverkan i vårdbeslut, information* och *återhämtning*. Med *information* avses allmän information om vård och psykisk ohälsa från samhällets och vårdens sida. De teman som har haft mest fokus under intervjuerna och som därmed utgör huvudsakligt fokus i analysen är *bemötande, medverkan i vårdbeslut* och *återhämtning*.

2.4 Kontakt och träff

De fyra intervjupersonerna har jag träffat tidigare och har därigenom haft viss kännedom om. Att jag är bekant med de intervjuade kan ha haft betydelse för relationen under intervjusituationen, jag som intervjuare har inte varit en helt främmande människa vilket kan ha bidragit positivt till förtroende och därmed att kunna dela med sig av det privata. Det kan också möjligtvis ha varit hämmande, då det ibland kan vara lättare att dela med sig av privata angelägenheter till en helt neutral person. De intervjuade har fått välja var och hur vi ska träffas för intervjuerna. Den första, tredje och fjärde intervjun ägde rum hemma hos de intervjuade. Den andra intervjun ägde rum hemma hos en vän till mig som upplät sin lägenhet i detta syfte. Anledningen till detta var att det var enkelt att ta sig dit, både för mig och den intervjuade. Det var på sätt och vis en neutral plats för båda.

2.5 Metodens tillförlitlighet

Jag utgår från Guba och Lincolns begrepp tillförlitlighet och äkthet (Bryman 2008), då jag anser att deras förhållningssätt är mer användbart utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv då ”direkt tillämpning av reliabilitets- och validitetskriterier i kvalitativa undersökningar handlar om att dessa kriterier förutsätter att det är möjligt att komma fram till en enda och absolut bild av den sociala verkligheten” (ibid:354). Jag sällar mig till uppfattningen att verkligheten består eller skapas av en obegränsad mängd subjektiva beskrivningar, fullständig objektivitet kan därmed aldrig uppnås. Därför borde bedömningskriterier för samhällsvetenskaplig forskning utformas därefter. Mitt mål har varit

att vara transparent uppsatsen igenom, genom att låta min predisposition genomlysas insamlingen och bearbetningen av empiri och de analytiska resonemangen. På så vis hoppas jag på att ha ökat pålitligheten i studien (Bryman 2008). Överförbarheten kan i studien ses som svag, då mitt urval är väldigt begränsat (ibid.). Men tack vare att min insamlade empiri är liten, så har jag haft större utrymme att producera täta beskrivningar av empirin (ibid.). Vad gäller trovärdighet så har jag under intervjuernas gång haft en ambition att validera mina tolkningar av de intervjuades berättelser (se 2.7). Då uppsatsen har ett socialkonstruktionistiskt teoretiskt ramverk så görs vissa traditionella invändningar gällande validitet ogiltiga, då frågor rörande huruvida de intervjuades "egentliga meningar" framkommer eller om "objektiva sanningar" framställs inte är poängen. Jag delar Kvaales och Brinkmanns (2014) inställning till kunskapsproduktion, nämligen att under en intervju så produceras kunskap gemensamt i relationen mellan intervjuare och intervjuperson (ibid.). Enligt Riessman (2007) hittar forskaren inte empirin för att sedan kunna presentera den, utan är snarare delaktig i att skapa den. Jag kan alltså inte ställa min egen person i ett vakuum, utan jag har i forskarrollen varit del i skapandet av empirin. Detta jämfört med en positivistisk syn, där den sociala världen består av givna fakta som forskaren kan ge sig ut och samla ihop.

2.6 Bearbetning och analys av empiri

Intervjuerna spelades in med hjälp av min mobiltelefon, fördelen med det är att jag kan vara säker på att det jag säger och vad intervjupersonen säger inte blandas ihop, vilket kan vara en risk om en istället för anteckningar. De citat jag använder i analysen har i viss mån bearbetats till skriftspråk med vissa undantag, detta så varsamt som möjligt. Till exempel har jag låtit ord som "dom", "va" (vara) och "nån" vara kvar i talspråk för att en autentisk levande känsla av samtalet inte ska gå förlorad. Jag har på ett par ställen gjort små grammatiska ändringar i meningsuppbyggnad. Inte på ett sådant sätt att betydelsen av det som sägs går förlorad eller förändras, utan i de fall där det blir lättare för läsaren att hänga med i texten. De ställen där jag utelämnar en fras ur citatet har markerats med (...). De ställen där flera fraser utelämnas har markerats med (---). De intervjuade har fått fingerade namn. Detta framförallt då riktiga namn förmänskligar personerna, medan till exempel "Intervjuperson 1" skulle ge en oönskad distansande effekt. Vid de tillfällen då de intervjuade namnger personer i sin omgivning har jag bytt ut de namnen mot X, Y och Q. Detta i första hand för att skydda de intervjuades identiteter.

Efter att empirin insamlats har jag valt att göra en kvalitativ innehållsanalys, med hjälp av de teoretiska verktyg som presenteras under rubriken *Perspektiv och teori*. Jag har skrivit ut och kodat materialet genom att noggrant läsa igenom det flera gånger. Sedan har jag på nytt läst igenom och färgmarkerat de stycken som har visat sig vara intressanta för att kunna besvara mina frågeställningar. Av de markerade styckena har jag sedan valt ut de citat som presenteras och analyseras under kapitlet *analys*. En risk med att inledningsvis koda materialet och välja ut stycken är att kontexten av det som sägs kan gå förlorad (Bryman 2008). Riessman (2008) förespråkar narrativ innehållsanalys där en ambition är att bevara kontexten av det som sägs under intervjun. Under analysarbetet har jag tagit inspiration av den narrativa metoden, genom att försöka bevara en helhetsbild av de berättelser som presenteras i analysen.

2.7 Metodologiska reflektioner

I analysen har jag problematiserat och reflekterat över betydelsen av kontext och sammanhang utan att de intervjuades livsberättelser för den delen har förringats. Det har varit viktigt att framställa intervjupersonernas berättelser så transparent som möjligt. För att uppnå detta är ett flertal av citaten i analysen långa och hela meningsutbyten är med. Som Potter (1997) skriver demokratiseras den akademiska studien av långa citat och att även intervjuaren syns, således har min ambition varit att vara så transparent som möjligt analysen igenom så att läsare ges möjlighet att göra egna bedömningar utifrån empirin som presenteras. En ytterligare ambition till transparens är att jag då och då under intervjuerna har gett meningsinriktade svar. Alltså att jag har ställt frågor på ett sådant sätt att jag har kunnat få bekräftelse på om min tolkning har stämt överens med vad intervjupersonen menade. (Kvale & Brinkmann 2014).

2.8 Etiska reflektioner

Då jag har intervjuat människor med erfarenhet av psykisk ohälsa och vissa av de intervjuade fortfarande befann sig i en återhämtningsprocess vid tid för intervjun, så har jag tagit mig an intervjuerna med stor känslighet. Det varit av central vikt att de intervjuade inte ska känna sig som undersökningsobjekt, utan som deltagare i denna studie. De intervjuade kan sägas tillhöra en särskilt utsatt samhällsgrupp (May 2013). Etiska överväganden gällande

forskningsintervjuer kan inte formuleras på ett sådant sätt att man får en uppsättning givna riktlinjer som man allmänt kan förhålla sig till. Snarare är det så att de etiska problem som kan uppstå är kontextbundna och behöver reflekteras över från fall till fall, och beroende på forskningsmetoden och de människor som berörs (Kvale & Brinkmann 2009). Kvale och Brinkmann (2009) skriver att ”Den kunskap som produceras av sådan forskning är beroende av den sociala relationen mellan intervjuare och intervjuperson.” (ibid:32). Att jag som person påverkar intervjuaren och hur intervjuerna utvecklas är därmed ofrånkomligt. Det är viktigt att förstå att det finns en strukturell maktasymmetri i forskningsintervjuer som inte kan bortses ifrån. Jag som intervjuare har på förhand bestämt ramarna kring vad som ska avhandlas i intervjuerna, och de intervjuade har delat med sig av saker ur sina liv som är av privat natur. Dessutom är intervjun ingen dialog i typisk bemärkelse, utan snarare en envägskommunikation där forskaren ställer frågor och den intervjuade förväntas svara (ibid.). Dessutom gällde det för mig att göra avvägningar och att ha en känslighet inför intervjupersonernas integritet. Dessa aspekter har jag tagit hänsyn till genom att till exempel låta intervjupersonerna bestämma hur och var vi ska träffas och under intervjuerna har jag bjudit på mig själv i viss mån, för att ”rucka” lite på maktbalansen. Min förmåga att som intervjuare göra dessa sociala avvägningar påverkar hur intervjun utvecklar sig och maktrelationen kan även ge konsekvenser för det empiriska resultatet (ibid.). Jag har utgått från de etiska grundprinciperna, eller osäkerhetsområdena, för samhällsvetenskaplig forskning som de formuleras av Kvale och Brinkmann (2009). Enligt kravet om informerat samtycke har jag informerat de intervjuade om det allmänna syftet med min undersökning, eventuella fördelar och nackdelar med deltagande i studien och de har även fått veta att deltagande är helt frivilligt och att de när som helst har kunnat välja att avsluta påbörjad intervju (ibid.). I enlighet med konfidentialitetskravet har de intervjuade blivit införstådda med att deras deltagande i intervjuerna och i uppsatsen är avidentifierat (ibid.).

Ur ett konsekvensetiskt perspektiv måste en studies rättfärdigande bedömas genom att potentiella fördelar och nackdelar vägs mot varandra. Risken att inte bara de intervjuade utan att även den övergripande gruppen människor med psykisk ohälsa tar skada av studien, måste vägas mot nyttan av kunskapen som studien producerar och den eventuellt positiva nyttan deltagarna har av att delta (ibid.). Då detta är en kandidatuppsats och därmed inte kan förväntas ha stor spridning eller vetenskaplig tyngd, så har mitt huvudsakliga

konsekvensetiska tänkande upptagits av att de intervjuade inte ska drabbas av negativa konsekvenser. Detta har genomsyrat arbetet med studien. Med detta sagt så har mitt mål varit att uppnå så hög vetenskaplig kvalitet som möjligt.

Jag har ett visst partstagande i denna studie, ansatsen är inte helt neutral. Enligt mina personliga erfarenheter och förförståelse så är de idéer och perspektiv som lyfts fram i tidigare forskning av godo för återhämtningen från psykisk ohälsa och för socialt arbete. Vad som härmed framträder som viktigt är att jag har en tydlig transparens i min forskarroll och att jag i detta arbete är distinkt i urskiljandet av min roll som forskare från min roll som praktiker i socialt arbete. Under min praktik på socionomprogrammet och i mina övriga möten med människor som har erfarenheter av psykisk ohälsa har jag fått höra många negativa historier om mötet med psykiatrisk vård, men även positiva historier. Jag gör alltså inget personligt ställningstagande för eller emot psykiatrisk vård, däremot gör jag ett personligt ställningstagande i något som borde ha en självklar relevans för socialt arbete, att lyssna på och lära av brukares perspektiv.

3. Perspektiv och teori

Under denna rubrik kommer jag att presentera mitt val av perspektiv och teoretiska begrepp. Min vetenskapsteoretiska tolkningsram utgår från ett socialkonstruktionistiskt perspektiv. Jag vill dock betona att analysen inte är socialkonstruktionistisk. Varför jag har valt att utgå från detta perspektiv förklaras mer ingående under kommande rubrik. Jag har haft ett induktivt angreppssätt, jag har alltså låtit den insamlade empirin styra vilka teoretiska verktyg som används i analysen. De teoretiska begrepp som har visat sig vara användbara för att analysera det insamlade materialet är *makt* och *normalitet*.

3.1 Socialkonstruktionistisk tolkningsram

Socialkonstruktionismen föreslår att världen inte består av givna fakta och kunskaper som förutbestämda och objektiva sanningar. Snarare bör världen, eller verkligheten ses som en mängd subjektiva fakta och kunskaper, förståelser av verkligheten som helt beror på social kontext. Utifrån detta synsätt skapas ständigt olika tolkningar av verkligheten genom sociala konstruktioner (Berger & Luckmann 1966). Således är det möjligt att med hjälp av det

socialkonstruktionistiska perspektivet ifrågasätta fenomen som kan anses vara självklara. Den presenterade empirin i denna studie visar upp andra bilder av verkligheten, bilder som riskerar att fördunklas eller trängas bort av den rådande medicinska diskursen, som nämnts tidigare. Med detta sagt vill jag poängtera att denna studie först och främst har ett brukarperspektiv. Men det faktum att de intervjuade till stor del har behövt förhålla sig till den medicinska diskursen i sin återhämtning, vilket framgår av empirin, gör det relevant eller ofrånkomligt att belysa den. Socialkonstruktionismen skänker ett unikt perspektiv i vilket detta möjliggörs. De intervjuades konstruktioner av verkligheten kan ses som produkter av kommunikativa processer, därmed finns inga skäl att ifrågasätta deras validitet eller objektivitet (Ibarra & Kitsuse 2003). Med denna utgångspunkt riskerar inte ”sanningshalten” i de intervjuades berättelser att förringas.

3.2 Normalitet

Begreppet normalitet används inom olika vetenskaper. Jag begreppet främst som det förstås ur ett sociologiskt perspektiv. Begreppet kan förstås genom kategoriska par, normal - avvikande. Ett annat kategoriskt par kan vara frisk - sjuk, i det avseendet representerar frisk det normala. För att något ska kunna ses som normalt måste det ställas mot något som anses avvikande (Meeuwisse 2007). Svensson (2007) påpekar att normer aldrig är fullt homogena i ett samhälle, samt att de är föränderliga och varierar beroende på sammanhang. Normalitet och avvikelse förekommer i alla sammanhang, vilket också möjliggör förändring (ibid.). Östnäs (2007) beskriver positiva och negativa sanktioner som tätt sammankopplade med normalitet och avvikelser. Negativa sanktioner kan förstås som bestraffningar om en individ avviker från det normala i ett givet sammanhang.

3.3 Makt

Makt är ett omfattande begrepp som används i många olika bemärkelser. Av relevans för socialt arbete benämner Swärd och Starrin (2016) tre olika maktbegrepp, *strukturellt*, *intentionellt* och *relationellt*. Det strukturella synsättet visar på större samhällsstrukturer som avgör vilken makt enskilda individer har utifrån sina positioner i samhället. Det intentionella maktbegreppet lägger fokus på det handlande subjektet, dess vilja och intentioner. Det relationella maktbegreppet utgår ifrån att makt finns i alla relationer människor emellan. Förespråkarna för detta perspektiv menar att det kan sammanföra det strukturella och det

intentionella maktbegreppet eftersom alla människor bär strukturer och intentioner med sig, vilka ges uttryck för i relationer (ibid.). I analysen utgår jag från det relationella maktbegreppet, med vilket det är möjligt att analysera de intervjuades beskrivningar av maktövertagande, eller återtagande av makt och hur deras maktpositioner upplevs i relation till deras återhämtning. Enligt Foucault (1986) så är språk makt. Om makten finns någonstans, så finns den i de normativa, rådande diskurserna. Därmed utövas makt i alla vardagliga möten, i alla meningsutbyten människor emellan. Även potentiellt förtryck finns då i språket, ”in short, all talk makes a claim – though not all ways of making claims will be equally valued” (Miller 2003:96). Men makt skapar också ständigt utrymme för motstånd (Swärd & Starrin 2016) och Foucault (1986) menar att makt alltid är relativt och föränderligt.

Ur den bakgrunden vill jag lyfta fram berättelser av människor som har erfarenhet av psykisk ohälsa, och deras möten med vården, som kan sägas representera en rådande expertdiskurs, som Järkestig Berggren (2006) benämner den medicinska diskursen. Den medicinska diskursen och dess handlingar som förgivettagna, allena rådande sanningar kan härmed skänkas motvikt. En akademisk studie kan lyfta fram de intervjuades berättelser eller meningsskapanden och skänka dem tyngd till att fungera som motdiskurser, alternativa tolkningar av verkligheten. Jag är alltså intresserad av hur de intervjuade framställer vad som har varit viktigt för deras återhämtning, då tidigare forskning pekar på att den medicinska diskursen tenderar att fortfarande tas för given som den allena rådande lösningen i vårt samhälle (Topor & Borg 2008). Dessutom då återhämtning från psykisk ohälsa kräver egenmakt och delaktighet (ibid.).

4. Analys

I detta kapitel kommer jag att presentera de intervjuades berättelser och deras beskrivningar av sina personliga erfarenheter av psykisk ohälsa och möten med vården. Under rubrikerna *Läkande möten*, *Distanserade möten* och *Återhämtning* presenteras berättelserna med citat från intervjuerna som löpande analyseras med hjälp av ovan nämnda teoretiska begrepp. I analysen sammankopplas även citaten med tidigare forskning om återhämtning som presenterats ovan.

4.1 Läkande möten

Intervjuerna har bitvis uppehållit sig vid diskussioner kring vården, och de professionella möten och relationer som enligt intervjupersonerna har påverkat återhämtningen. Tre betydelsefulla aspekter för återhämtningen som lyfts fram av de intervjuade är *tillit, tid* och *hopp*. I detta kapitel presenteras dessa aspekter och hur de har grundlagts i möten med professionella.

4.1.1 Skapande av tillit

I detta avsnitt beskrivs hur förtroende och tillit har uppstått i mötet med professionella, och vilken betydelse det har. Alla fyra beskriver olika relationer med professionella de har haft, där förtroende och tillit har upprättats. Vi inleder med att ta del av Toms berättelse. Han diskuterar behovet av att ha människor som en har förtroende för och som kan dela ens ”hemligheter”.

I: Hrm... skulle du tro att du skulle ha nytta av en professionell samtalskontakt istället? Nå som har tystnadsplikt och så vidare? Skulle det ge nånting?

Tom: Ja men det blir, det blir så, man kan säga officiellt.

I: Mm. Du menar det blir inte riktigt genuint?

Tom: Precis.

Tom är tveksam till om en professionell samtalskontakt skulle ge honom det han behöver. I ovanstående citat ger jag ett meningsinriktat svar för att försäkra mig om att jag tolkar honom rätt (Kvale & Brinkmann 2014). Här kan fritt tolkas huruvida vi gemensamt skapar påståendet att en professionell samtalskontakt behöver vara genuin för att skapa tillit. Enligt min tolkning så är det detta Tom menar. Genuin i bemärkelsen att den professionella uppvisar ett äkta intresse (jmf Topor & Borg 2008) och därigenom bygger ett förtroende. Men Toms konstruktion av en professionell relation krockar med bilden av en genuin relation då ”det blir så man kan säga officiellt”. Den äkta relationen kan inte representeras av en professionell person. I nästa citat framgår en motsatt bild, där Tom beskriver mötet med en psykolog han har kommit i kontakt med, vars uppgift har varit att samla in bedömningar i en pågående utredning för en eventuell diagnostisering. Han var inledningsvis skeptisk till psykologen då han hade uppfattningen att hon var ung och därmed oerfaren. Ungdom förknippas här med okunskap och blir därmed inte förenligt med professionalitet. Men Toms uppfattning förändrades ganska snabbt.

Tom: Man känner hon kanske är mycket yngre, kanske nyutexaminerad eller så, men hennes attityd, beteende och självförtroende och hennes sätt och sånt, säger att hon har jobbat minst tjugo år.

I: Hm.

Tom: (ohörbart) ålder har ingen betydelse, hur man sköter sitt jobb [har betydelse].

I: Hur känns det för dig personligen att ha...

Tom: Det känns jättebra.

I: Mm.

Tom: Det känns jättebra...

I: Mm.

Tom: ...inte ha någon som inte bryr sig.

”Hennes attityd, beteende och självförtroende (...) säger att hon jobbat minst tjugo år”. Det är personliga egenskaper hos den professionelle som tillskrivs betydelse av Tom för känslan av tillit till professionellt omdöme och att personen verkligen bryr sig. Tom betonar värdet av någon som bryr sig. Psykologen har i deras möte lyckats bryta igenom bilden av den professionelle som Tom ger exempel på i föregående citat. Lars beskriver relationen till en kurator som han träffade under en av de gånger han var inlagd enligt LPT, (Lagen om psykiatrisk tvångsvård).

Lars: Ja, en kurator hade jag som jag träffade regelbundet där vi diskuterade lite eh... tillvägagångssätt hur vi skulle gå vidare med min vård eh... och hur den skulle se ut från det att jag blev utskriven.

I: Eh... var det en bra kontakt?

Lars: Ja det var det faktiskt, väldigt tillmötesgående och lyhörd människa.

I: Mm.

Lars: Eh... så de... henne är jag nöjd med faktiskt.

I: Och du skulle säga att just lyhördheten är viktig?

Lars: Ja absolut, alltså de e väldigt svårt att finna den hos läkaren till exempel i dom här sammanhangen, för att läkaren träffar man ju så väldigt sällan och [en] ganska kort stund åt gången liksom.

I citatet ovan beskriver Lars två viktiga professionella egenskaper, att både vara tillmötesgående och att vara lyhört lyssnande. Som Topor (2008) skriver: ”Att bli lyssnad på betyder att någon delar med sig av sin tid” (Topor & Borg 2008). Det visar sig tydligt att tid

betyder mycket för att få en bra kontakt. Lars beskriver samma typ av bemötande när han senare kom till öppenvården.

I: Mm, mm. Men sen då så kom du till öppenvården då?

Lars: Ja.

I: Eh... hur var det när du kom dit?

Lars: Det har vart väldigt bra eh... samma sak där att man har.. man är... verkar va väldigt lyhörda där liksom, det känns som att man kan föra en öppen dialog med dem liksom.

Här gör jag tolkningen att Lars med "öppen dialog" syftar på att kunna prata om allt möjligt, inte bara sin sjukdom (ref), Detta beskrivs av Lars som positivt och han pekar återigen på betydelsen av att ge tid. I nedanstående citat beskriver Elin relationen till sin psykolog som hon nu har träffat under tre års tid.

Elin: Så det har vart jätteskönt. Men just att av tre år så pratade vi egentligen inte om någonting de första två åren, men det har vi nog konstaterat att de två åren behövdes för att kunna komma dit vi är idag. Och va mer, att jag framförallt är mer öppen också.

I: Mm. Så den psykologen kanske konstaterade det då, eller din psykolog...

Elin: Ja.

I: ...att tid är det som behövs liksom?

Elin: Jo, det tyckte han i mitt fall att, jag har så svårt att lita på människor generellt, eh, så det behövdes de två åren där, jag minns inte riktigt vad vi pratade om men, säkert såhär alldagliga saker typ vad har hänt i veckan, vad har du ätit, hur går det med studierna typ.

I: Mm.

Elin: Men nu är det ju helt annat fokus på samtalen vilket känns skönt.

I: Och du har förtroende för honom liksom?

Elin: Ja, det har jag. Men det tog ju ändå två år att få det.

Elin berättar att hennes psykolog har låtit deras terapirelation utvecklas under längre tid. Även här framträder tid som en viktig faktor i skapandet av tillit och förtroende. Frida reflekterar kring olika relationer till professionella hon har haft.

Frida: Ehm... det har vart många relationer för jag har vart inlagd och så, då har jag andra erfarenheter också av relationer men just Y och X har ju varit dom som har funnits där eh... hela tiden, sen hade jag min första läkare Q, hon var ju med i många år, men henne fick jag inte en sån kontakt med.

De professionella samtalsrelationer Frida lyfter fram som betydelsefulla klargör tidsaspekten som värdefull, men läkaren som också fanns med i många år tillskrivs inte samma betydelse.

I: Men med henne, de samtalen rörde sig mer om kliniska saker?

Frida: Ja precis, medicin och sjukskrivning och man klickar olika med olika, hon var kanske inte lika varm och omhändertagande hon var ju mer liksom, hon var överläkare, kändes som en överläkare så..

Frida målar upp en negativ bild i sin beskrivning av läkaren som "inte lika varm och omhändertagande". Ur detta kan tolkas att läkaren var kall och distanserad. Samtidigt framstår bilden av läkaren enligt Fridas förväntningar om hur en läkare ska vara.

I flera av beskrivningarna ovan nämns på olika sätt aspekten tid som en nyckel till ett upprättande av förtroende och tillit i relationen till professionella. Fridas och Elin berättelser påvisar att det krävs någonting mer från professionella än att enbart ge tid för att skapa förtroende, vilket diskuteras vidare under nästa stycke.

4.1.2 Bärande av hopp

I detta avsnitt diskuteras en annan egenskap hos professionella som tillskrivs betydelse i ett förtroendeskapande, förmågan att kunna bära hopp när du själv inte klarar det. I följande citat diskuterar Elin vidare kring hennes långvariga psykologkontakt:

I: Men kanske att ni ändå, även om ni inte kunde lära känna varann, eller han kunde lära känna dig, så mycket djupare, så kanske ni ändå fick en nån slags bekvämlighet med varann, nån slags vana..

Elin: Jo det var ju det att..

I: Nån slags grund liksom.

Elin: Aa jag behövde ju den grunden att, för att kunna på nåt sätt lita på honom och våga prata med honom.

I: Mm.

Elin: Så att de de var ju välbehövligt, glad att inte vården gav upp hoppet om mig på nåt sätt (lite skratt).

I: Mm.

Elin: Utan att [jag] fick fortsätta gå i terapi, även fast vi inte, kanske på papper kom nånstans, ehm.

Enligt Elin har två års kontakt med samma person varit det som krävts för att kunna inleda en grund för terapi. Det har gett henne en trygghet i att veta att vården inte ger upp hoppet om

henne. Så här uttrycker Frida vad som har varit viktigt för henne i de två betydelsefulla relationerna med samtalsterapeuterna X och Y.

Frida: Eh, ja och dom två relationerna, framförallt X som hon hette den första, har ju betytt jättemycket och även den med Y som den andra eh... hette.

I: Mm.

Frida: Att de har betytt jättemycket och att jag har fått bearbeta hela min barndom och allting som har varit efter det och att jag verkligen har blivit omhändertagen och hållen.

I: Mm.

Frida: Så det har betytt jättemycket.

Att ha blivit omhändertagen och hållen då hon själv inte har orkat ha haft ett bärande värde i dessa relationer för Frida. Långsiktiga relationer som innehåller stöd och där den professionella fungerar som ett vikarierande hopp. Att uppbärandet av hopp visar sig vara effektivt i återhämtning återfinns i tidigare studier (jmf Topor & Borg, 2008). Frida berättar vidare om hur X och Y lyssnade på hennes berättelse.

I: Eh, nåt annat specifikt du tänker som dom gjorde, i sin yrkesroll, som hade betydelse?

(--)

Frida: Mm, alltså det var väl nog att med båda två att jag känner mig väldigt sedd, jag hade inte berättat min berättelse eller bearbetat min barndom tidigare, jag är ett maskrosbarn.

I: Mm.

Frida: Och är uppvuxen med, med våld, missbruk och föräldrar som har psykisk ohälsa, så det var mycket att bearbeta. Och jag har aldrig gjort det innan, men dom två har ju tagit emot min berättelse och hjälpt mig att vända...

(...)

Frida: ...den och inte komma över det men förstå det och det som har betytt nånting, för innan så har jag burit en ilska mot samhället, att det, det var ingen som hjälpte mig när jag var barn, det var så många som visste och ingen som gjorde nåt, men att relationen med dom blev ändå, för de representerar ju ändå samhällets vård, där de ändå lyssnade..

I: Mm.

Frida: ..Eh, gjorde dom. Och lät mig gråta och vara i det. (ohörbart ord) och sen gå framåt.

I: Så det upprättades nån slags tillit för dig då på nåt sätt?

Frida: Mm.

Enligt Frida lyckades dessa två samtalskontakter bryta igenom hennes misstro gentemot samhället, trots att de som Frida beskriver representerar samhällets vård. Hon beskriver X och Y som lyssnande och seende, mottagare av hennes berättelse, och på så vis hjälpande. Bilden av samhället beskrivs som motsatsen; icke seende, icke lyssnande. I Fridas som i Toms fall så är det relationerna till enskilda människor som bryter igenom en misstro eller skepsis gentemot det anonyma samhället, på så vis frammanas betydelsen av relationsskapandet (jmf Denhov, 2000a; Topor, 2001; Topor & Borg 2008). Frida berättar vidare om när hennes terapeutkontakt skulle avslutas.

Frida: Men eh... när jag avslutade med min ja, terapeut, ehm... då sa de ju ändå att nu försöker vi, och känns de inte bra så får jag höra av mig igen.

I: Mm.

Frida: Och det kändes ändå tryggt att ändå veta att, det är bara att höra av mig...

I: Mm.

Frida: ...och ringa till dom direkt, så hjälper dom mig.

För Frida hade det en stor betydelse att när terapikontakten avslutades så bröts länken inte helt och hållet, utan hon kunde bära med sig möjligheten till att ta kontakt på nytt, vilket gav henne tryggheten att våga fortsätta på egen hand. På så vis fyllde relationerna en funktion för henne även som inaktiva. Frida berättar om hur hon deltog i en frivillig verksamhet där de arbetar med att motivera människor som lidit av psykisk ohälsa till att ta steget ut i arbete eller studier.

Frida: Ja, ja då fick jag en person som var min kontakt som jag träffade en gång i veckan och då började vi första tillfället med att man skulle titta nu vet jag inte hur många år in i framtiden, men tio år framåt och så skulle man göra sitt dröm-CV, och så fick man skriva där allting man önskar att man skulle ha gjort, och så va poängen bah, ja men vissa av de här sakerna kan jag börja med nu.

I: Mm.

Frida: Och då var det som alltså även fritidsaktiviteter och allting. Men då hade man en stödjande kontakt, man gick där och pratade och fick stöd, dom hjälpte mig att läsa upp matte B, så jag skulle kunna börja på en universitetsutbildning, och samtidigt så träffade man de andra som var med i projektet en gång i veckan och åt frukost tillsammans och man pratade då om hur det var.

I: Mm, delade erfarenheter o tankar?

Frida: Ja, och hur det gick för alla och så.

I: Ehm, men det var positivt då?

Frida: Ja, verkligen för dom fick mig ändå att våga tro att det var möjligt.

Frida beskriver hur gemenskapen var viktig för att motivera och stärka varandra. Att prata med andra människor i liknande situation under avslappnade former gav Frida mod att våga tro att förändring var möjligt.

Sammanfattningsvis visar sig vårdrelationen i sig ha stor betydelse för återhämtningen (jmf Denhov 2007a; Topor 2001; Topor & Borg 2008). De intervjuade tydliggör att relationen visar sig ha förmåga att bryta igenom misstro och skepsis gentemot vården, även under perioder då relationen är inaktiv.

4.2 Distanserande möten

Under intervjuerna har en stor del av berättelserna uppehållit sig vid möten med vårdpersonal, inläggningar i sluten- och öppenvård, läkare och erfarenheter av mediciner. Under denna rubrik diskuteras bemötande, delaktighet och hur medicin har påverkat de intervjuades liv.

4.2.1 *Opersonligt bemötande*

Ett återkommande tema som har framställts som betydande i de olika berättelserna är bemötande, hur det har upplevts och påverkat måendet.

I citatet nedan beskriver Frida hur vårdpersonalen agerade då hon bett om hjälp med vardagliga bestyr under en period då hon var inlagd i sluten vård:

Frida: Mm, jag ehm... jag har vart inlagd både i Lund och i Malmö. Hrm... i Lund kommer jag inte riktigt ihåg. I Malmö tycker jag att det inte har varit så personligt kanske...

I: Mm.

Frida: ...tycker jag inte, utan man har varit där och har man velat ha hjälp med nånting, ja men få en handduk eller vad som helst så... så har dom kanske inte varit så vänligt inställda, amen du får vänta, och så får man stå och vänta på att dom står och pratar i personalrummet. Så... så det är väl upplevelsen av personalen där.

I: Mm. Ingen jättepositiv upplevelse?

Frida: Nä.

Frida upplevde ett opersonligt bemötande och att hon inte kände sig prioriterad av personalen, att de inte var särskilt vänligt inställda. Enligt Fridas erfarenhet upprätthålls här en distans mellan patienter och personal på ett sätt som påminner om hur Goffman (1973) beskriver den sociala strukturen inom totala institutioner. Enligt den logiken så är det oundvikligt att det uppstår en klyfta mellan patienter och personal vilket ger till följd att ett distanserat bemötande uppstår (ibid.). Enligt denna logik uppstår maktasymmetri mellan patienter och personal och därmed grunder för förtryck (Foucault 1986). Inom de ramarna blir det svårt att skapa hjälpsamma relationer då det som krävs från personalens sida ofta även inom psykiatriska vårdinstitutioner idag innebär att behöva bryta mot regler och metoder (Topor & Borg 2008). Personalens beteenden och attityder styrs i hög grad av strukturen de verkar inom, och för att tala med Goffman (2009) lever de upp till en rollförväntan som är svår att bryta mot. Smith (1978) beskriver hur en persons psykiska ohälsa konstrueras som given fakta av vänner och andra människor i omgivningen genom att de klassificerar personens beteenden som avvikande jämfört med det egna beteendet som ses som normalt. Därmed blir omgivningens meningsskapande om att personen är psykiskt sjuk starkare än alternativa tolkningar, då normen är den starkare diskursen (ibid.). Inom en psykiatrisk vårdinstitution där den sociala klyftan mellan patienter och personal är given, skapas förutsättningar för att personalens meningsskapande blir den starkare diskursen, alltså personalens meningsskapande får till följd att patienters beteende betraktas som avvikande, oavsett hur de beter sig: ”Normalitet erkänns inte av vårdpersonalen i en miljö där abnormitet är det man förväntar sig” (Bateman & Dunham 1948:446). Under dessa förutsättningar blir de handlingar som anses viktiga enligt Frida, ett personligt och vänligt bemötande, en avlägsen möjlighet.

4.2.2 Mediciner som hinder

I följande avsnitt framkommer beskrivningar om delaktighet i vårdbeslut och information. Vidare berättas hur medicinering har påverkat livet och vilka konsekvenser det har medfört. Frågor som rör delaktighet i vårdprocessen och information gällande mediciner står inte högt upp på vårdgivarnas agenda.

Första gången Elin tog kontakt med sin vårdcentral för att söka hjälp fick hon först träffa en kurator, ett par gånger som hon minns det. Därefter fick hon träffa en läkare som skrev ut

mediciner direkt. I citatet nedan framställs de professionella både som distanserade och paternalistiska.

Elin: Det var väldigt otydligt, jag minns att jag kollade på FASS när jag kom hem och hade hämtat ut mediciner, att det var nån antipsykotisk medicin. Jag vet inte om det nämndes i samtalet det vara bara det att det var väldigt viktigt att jag skulle börja med de mediciner hon hade skrivit ut.

I: Så du fick liksom kolla upp själv vad det var för typ av mediciner?

Elin: Ja, jag minns det som det i alla fall, jag kan inte minnas att hon, den läkaren i Uppsala nämnde eh... psykos, utan bara såhär väldigt stor betoning på att jag skulle börja med mediciner, och det var ju inte prat om nån inläggning eller så.

I: Nä. Men du hade inte så mycket att säga till om i det läget?

Elin: Nä, men det var ju där efter typ tredje, fjärde samtalet med kuratorn så, när jag kom så berättade jag en del saker som antagligen visade på psykos, så när jag kom nästa gång så, aah typ så här lilla lilla vän tror jag hon sa, idag ska du få träffa en läkare och inte mig (lite skratt). Jag bara, jaha jaha tänkte jag, visste inte så mycket överhuvudtaget om nånting. Och så var det ju väldigt otydligt också med läkaren vad det var som var fel så att säga.

Elin beskriver processen som "väldigt otydlig". Bedömningen kring hennes psykiska hälsa låg helt i händerna på professionella. I kommande citat berättar hon vidare om sin första psykologkontakt som avslutades efter ungefär ett år, varefter hon inte erbjöds någon ny psykolog utan enbart hade läkarkontakt under två års tid. Så här återger hon den perioden.

I: Hur var den? Hur länge träffades ni?

Elin: Ett år ganska exakt tror jag. Det var rätt mycket betoning på utredning i början, jag fick genomgå flera tester av olika slag. Så det var inte som det är idag med min nuvarande psykolog, typ samtal om mig och mina nuvarande problem och mitt liv.

(--)

Elin: Så vi fick avbryta kontakten och sen erbjöd dom inte nån ny psykolog.

I: Ojdå.

Elin: Så att det var ju nästan två år, där jag bara träffade läkare ibland.

I: Ja, då hade du ingen givande samtals- liksom?

Elin: Nä det var det verkligen inte, det var rätt korta samtal med läkaren som riktade in sig på mediciner, biverkningar och inläggningar.

I: Mm. Men den psykologen, då när han flyttade och avbröt, påverkade det dig?

Elin: Det var så mycket mediciner också, men det jag minns mest är olika frågeformulär och nåt... nån form av IQ-test tror jag att jag fick göra på en dator. Eh... där han blev eh... förvånad över resultatet, för det var det högsta han hade sett hos nån.

(---)

Elin: Men jag vill också minnas att han psykologen inte riktigt förklarade varför man gjorde allt detta, utan det var väl på beställning från läkaren.

Elin beskriver att hon har minnesluckor från den här perioden på grund av övermedicinering. Det hon minns av psykologkontakten som varade i ett år är att hon fick genomgå olika tester och bedömningsinstrument. Hon fick aldrig tydlig information om varför. Elin berättar vidare om relationen till sin läkare under denna tid.

Elin: Jag minns lite av henne för jag var rätt tungt medicinerad under det året som kom efter att jag hade, efter att min psykolog slutat. Då var jag väldigt tungt medicinerad i kanske 8-9 månader, och då träffade jag, jag vet inte hur ofta jag träffade läkaren, kanske en gång i månaden.

I: Mm.

Elin: Men det var ju...

I: För uppföljning då typ?

Elin: Ja det var ju bara inriktat på vilka biverkningar jag upplevde och...

I: Inga..?

Elin: ...medicinmässigt.

I: ..inga frågor om såhär hur är det i livet och sådär?

Elin: Nä. Det var ju bara... relaterat till medicin.

Elin beskriver en lång period av enbart medicinering och korta möten med läkaren där samtalen uteslutande handlade om medicin.

I följande citat beskriver Tom perioden då han först sökte sig till sin vårdcentral för att få hjälp. En psykolog remitterade Tom till en öppenvårdsmottagning. Tom berättar att han där fick träffa en psykolog som informerade honom om att en utredning kring hans hälsa skulle inledas. Efter en viss tids väntan sökte sig Tom till mottagningen på egen hand och fick då träffa en läkare.

I: Så hon trodde att du hade vitamin- och mineralbrist då?

Tom: Nånting sånt. Utan undersökning. (lätt skratt) Okej, sen jag tänkte, ahh, jag har inte nånting sånt. Jag träffade henne igen det blev bara en kvart, sen hon sa till mig, ja men jag kan ge, men jag kan skriva till dig några såna här, det finns tabletter, lugnande.

I: Mhm.

Tom: Ja. Jag sa till henne jag har läst kemi i fem år och jag vet, kemikalier är hemska.

I: Mhm. Va sa hon då?

Tom: Hon sa, jaha men den här är inte så stark. Jag tänkte, nää, jag köper inte det.

I: Nä.

Tom: Eh, när läkare inte undersöker dig o sen ger dig ett förslag på medicin, de... stort frågetecken blir det.

I: Javisst. Så det var femton minuter samtal och sen föreslog hon lugnande då?

Tom: Ja.

I: Då förstår jag att du blev skeptisk.

Tom: Ja. Även om man har träffats några ggr, såna psykiska mediciner, lugnande, man ska inte ta dem direkt. Tycker jag.

I: Mm.

Tom: Ehh, sen efter ett tag, jag vet inte, en månad eller mer, fick jag ett brev från en kurator. Och då fick jag träffa denna kurator kontinuerligt.

I: Mm.

Tom: Bara prata om olika saker.

I: Ja.

Tom: Och sen jag frågade, jag vill prata med läkare för jag vill veta vad som händer.

I: Mm.

Tom: Ja men, vi har bedömt att du behöver inte läkare.

I: Mhm.

Tom: Jaha. Varför [har] VC skickat mig...? Ja dom vet inte.

I: Kommer du ihåg om den läkaren sa att du skulle få träffa en kurator senare..

Tom: Nej.

I: Kom det som en överraskning?

Tom: Ja.

Liksom Elin beskriver Tom ett händelseförlopp där han saknade information och möjligheter att påverka. Tom upplevde sig utesluten ur sin vårdprocess. Utifrån Foucaults (1986) maktperspektiv kan hävdas att konsekvenser av ett ökat maktövertagande över sin situation innebär möjligheter att frigöra sig från patientrollen, som i sin tur kan ha en hämmande inverkan på ett tillfrisknande. Topor och Borg (2008) beskriver återhämtningen såhär: "Att

återhämta sig handlar om aktiva, handlande människor i en livsprocess.” (ibid:23). Tom och Elin beskriver händelseförlopp där de upplevde mycket lite makt att påverka sin vårdprocess, och därmed sin återhämtning. Elin beskriver en lärare hon hade i slutet på sin gymnasietid, och sedan första mötet med en psykolog.

Elin: Vi hade ju läst lite kort om psykos i psykologi B kursen, eller A. men det var ju mer, skrämmande än upplysande. (...) Vi hade en väldigt excentrisk lärare också, men det lades ju fram som att, inte riktigt kanske att det skulle vara skam över att va sjuk men att det här drabbar väldigt få och det är väldigt unikt att va deprimerad eller ha nån form av psykisk ohälsa.

I: Vad märkligt, det är ju nästan så att det är tvärtom.

Elin: Det var lite skrämselfpropaganda, så när jag väl kom till den här psykologen av en slump så när hon nämnde psykos så kände jag att men gud, det där är ju verkligen inte jag, vi har ju läst om detta och det eh... händer ju bara inte.

Elin minns lärarens inflytande tydligt och hur det påverkade henne som ung. Att se sig själv som psykiskt sjuk var otänkbart. Efter mötet med psykologen fick Elin en tid bokad dagen efter för att träffa en läkare. Men hon gick aldrig på det läkarbesöket. Därefter dröjde det två år innan Elin på nytt kom i kontakt med vård. Elins citat visar hur bilden av psykisk ohälsa beskrivs som starkt avvikande från normen. Resultatet för Elin blev att hon inte vågade ta läkarkontakt då hon inte ville riskera att vara onormal.

Sammanfattningsvis framträder en bild där förutsättningar för återhämtning görs avlägsna. De intervjuade beskriver sig uteslutna ur vårdprocessen där beslut fattas över deras huvuden. Avsaknaden av möjligheter att påverka och därmed återfå egenmakt motarbetar möjligheterna till återhämtning.

4.3 Återhämtning

Under denna rubrik kommer de intervjuades beskrivningar av återhämtningens förutsättningar att diskuteras. Ett centralt tema under intervjuerna har varit återhämtning och de faktorer som beskrivs som viktiga. Här kommer de intervjuades berättelser att presenteras utifrån hur de har positionerat sig under sin återhämtning kopplat till normalitet.

4.3.1 Acceptans och normalitet

I intervjuerna kommer det fram att vikten av att nå acceptans inför både sig själv och sin omgivning, är ett viktigt steg i återhämtningen. Elin, Frida, Tom och Lars beskriver ganska skilda förhållningssätt kring acceptans och öppenhet, både inför sig själva och sin omgivning. Elin berättar på frågan om huruvida hon tog stöd i sin omgivning under en period i livet då hon medicinerade.

Elin: Som stöd så hade jag nog ingen eftersom jag ville inte se mig själv som sjuk på nåt sätt, så det var inget jag pratade om med nån överhuvudtaget. Utan jag försökte leva det liv jag levde med studier och jobb.

I: Du pluggade och jobbade då?

Elin: Ja, jag jobbade tre helger i månaden, max två-tre helger. mm.

I: Men heltidsstudier?

Elin: Ja.

I: Så du hade inte då, du ville inte acceptera det själv då?

Elin: Nä jag ignorerade säkert under flera år ändå, ehm... tog mediciner och försökte ändå leva ett liv där man går ut nån kväll ibland.

Snarare än att finna stöd i omgivningen upprätthöll Elin en normalitet, hon ville inte se sig själv som sjuk. Elins sätt att hantera sin situation under denna period är förståelig utifrån den rädsla för att vara sjuk som hon beskrev i ett tidigare citat. Utifrån normalitetsbegreppet kan Elins position förstås utifrån att hennes bild av vad det innebär att vara sjuk kraftigt avviker från bilden av att vara frisk, hon skulle därmed riskera negativa sanktioner (Östnäs 2007) om hon hade varit öppen mot sig själv och omgivningen med sin sjukdom. Frida får frågan vilka relationer utanför vården som har haft betydelse.

I: Eh, vilka andra relationer har varit viktiga eller är viktiga för dig, alltså utanför vården och utanför alltså... nära och kära, vänner, som stöd liksom?

(---)

Frida: Ehm, det som har varit kring min psykiska hälsa och mående, jag har inte delat det med dom i min eh, närhet tidigare, jag har inte pratat så mycket om det, men det har varit en del i terapin att jag ändå ska ehm... ja men kunna prata med dom i min närhet, för jag har tänkt att jag vill inte belasta dom och jag tyckte de va jätteskönt när jag gick i terapi, att jag behöver inte prata om att jag mår dåligt, med dom i min närhet, jag har själv erfarenhet av vänner och så som har mått dåligt, och det blir rätt jobbigt att bära privat, det är lättare att kunna lägga det på dom som..

I: Mm, får betalt för det?

Frida: Ja, kanske lite hemskt (lite skratt) att man går runt och dumpar bara så, men det är... har ändå hjälpt att ”nämen på torsdag då ska jag träffa X, ja men då sparar jag detta tills då”.

Även Frida berättar att hon inte har delat sitt psykiska mående med personer i hennes närhet, hon uttrycker att hon inte har velat belasta dem, något som hon själv har erfarit då andra har mått dåligt. Frida menar att det har varit skönt att kunna prata om sjukdomen enbart med sin terapeut. Av berättelsen kan tolkas att Fridas återhämtning främjats av att upprätthålla en normalitet utanför terapin. Lars berättar om betydelsen av sina vänskapsrelationer under perioderna då han har mått som sämst.

Lars: Bliv.. antagligen blivit frisk fortare på grund av att jag har vänner omkring mig liksom så man inte har förkovrat sig i sin sjukdom liksom.

I: Eh, vilka andra människor har haft betydelse, det senaste året?

Lars: Ehm...

I: Vänner till exempel?

Lars: Ja vänner har ju, är jag ju väldigt glad att jag har, eh... flera som jag haft kontakt med under tiden.

I: Mm.

Lars: Eh, folk som kommer besökt en under tiden man låg inlagd och, eh, även som man har kunnat upprätthålla en hyfsat normal levnadssituation med att ha inblandade i sitt liv, efteråt liksom, efter inläggningen.

I: Mm.

Lars: Så att det, jo vänner har absolut spelat en jättestor roll liksom, för att kunna känna sig så normal som möjligt och frisk och...

I: Mm.

Lars berättar i ovan citat att han har varit öppen mot sina vänner och har på så sätt kunnat uppnå en känsla av normalitet, vilket beskrivs som positivt. Han berättar att relationerna med vänner har tillåtit honom att känna sig normal, och därmed bli snabbare frisk. Att inte ha “förkovrat sig i sin sjukdom” beskriver han som positivt för sin återhämtning.

Lars, Elin och Frida beskriver vikten av att kunna känna sig normal. Samtidigt beskriver de skilda förhållningssätt kring det. I Lars fall har öppenhet gentemot omgivningen stärkt hans känsla av normalitet, medan i Fridas och Elins fall så har det varit nästan tvärtom.

4.3.2 Skapa mening

I tidigare forskning belyses betydelsen av att finna eller återfinna sig själv som något centralt i återhämtningen (Topor & Borg 2008). I kommande stycke diskuteras vad som möjliggör detta.

I följande citat beskriver Elin hur hon började nå självacceptans och vad som hindrade henne i detta.

Elin: Jag tror att det är nån kombination med att jag slutade medicinera helt och så, av mig själv. Det var inte i samråd med läkare, och då så var det en kortare tid när jag hade nån såhär självinsikt av nåt slag, sen så slog det över till att jag inte hade det.

I: Nä.

Elin: Men då första gången så var det typ i januari detta året, så det är väl nästan, nästan ett år sen.

I: Ja.

Elin: Men sen dess har det vart svårt att acceptera också mediciner.

I: Mm.

Elin: Jag har vart tveksam till det, men nu har jag ju börjat igen, sen kanske två månader tillbaka, men nu är det mycket, det är mycket lägre doser också, så att det är, det går ju att fungera ändå, och att kunna framförallt prata med min psykolog och familj och vänner.

I: Aa.

Elin: Så det, det var många år som jag var såpass medicinerad, att det gick inte att få nån djupare konversation.

I: Nä. Har det inneburit nya utmaningar sen i januari då, alltså det här året som har gått liksom?

Elin: Ja, för att eh... jag var utan mediciner också i våras och i somras...

I: Mm.

Elin: ...och då kom, då blev det också nån såhär självinsikt om att eh... när jag läste på om psykossjukdomar till exempel, eller schizofreni, att jag kunde på nåt sätt nånstans, känna att, amen gud det där är ju jag till mesta del...

I: Mm.

Elin: ...eh men sen samtidigt en rädsla över att det där är ju jag. (Lätt skratt)

Det var efter att Elin själv tog beslutet att sluta medicinera som saker började hända. Hon beskriver att medicinerna var ett hinder för att kunna prata med familj och vänner. I citatet nämner hon självinsikt vid två tillfällen, kopplade till de två tillfällen då hon tog paus i

medicinering. Att självinsikt är en central del i återhämtning stärks av tidigare forskning (Topor & Borg 2008). Självinsikt hänger samman med att finna, eller återfinna sig själv, som Elin uttrycker sker. Medicinen var ett direkt hinder för detta. Uttalandet ”men det var ju samtidigt en rädsla över att det där är ju jag” kan direkt ställas mot hur hon beskrev sin självbild som ung då hon ställdes inför tanken att vara sjuk: ”det där är ju verkligen inte jag, vi har ju läst om detta och det eh... händer ju bara inte.”

5. Avslutande diskussion

Resultatet av denna studie överensstämmer med tidigare forskning om återhämtning. Det visar sig att relationer skapar grund för återhämtning. Dessa relationer kräver tid för att utvecklas, tid som kanske ofta inte ryms inom de verksamheter och organisationer som har människor med psykisk ohälsa som målgrupp. Men det visar sig att tiden är av betydelse för ett upprättande av förtroende. Ett förtroende som sedan skapar möjlighet för följande; att bli sedd och att kunna prata om allt möjligt, inte bara sjukdom är betydande värden i relationerna. Även att den professionelle kan fungera som ett vikarierande hopp. Vidare kan slutsatsen dras att ett distanserat förhållningssätt och bemötande kan hämma återhämtningen och stärka känslan av att vara avvikande. Detta i kombination med brist på information gör det svårt att återta makt och därmed kunna skapa förändring i livssituationen. Ytterligare en slutsats som kan dras är att förtryckande mekanismer fortfarande finns kvar inom psykiatrisk vård.

I analysen uppenbarar sig också hinder för att hjälpsamt vårdrelationer ska kunna upprättas. Hinder som visar sig i de intervjuades negativa bilder av samhället och den psykiatriska vården. I analysen visar det sig att relationer har förmågan att bryta igenom dessa bilder. De intervjuade uttrycker överlag att de har saknat information och kunskap om psykisk ohälsa och psykiatrisk vård, innan de själva blivit sjuka men även under perioder av sjukdom. Detta ger upphov till maktlöshet och ett utelämnande till ”experters” bedömningar. Av analysen drar jag också slutsatsen att positionen att ha svår psykisk ohälsa avviker kraftigt från normen, att det är mycket ovanligt och att priset därmed är högt för att erkänna för sig själv eller andra att man är sjuk. Utifrån ett normaliseringsperspektiv kan hävdas att de intervjuade bär på bilder av starka negativa sanktioner kopplade till psykisk ohälsa som avvikande position. Jag spekulerar att bristen på kunskap och information gällande psykisk ohälsa är en bidragande faktor till denna rädsla. Som tidigare nämnts så påpekar tidigare forskning att egenmakt och

möjligheter att påverka den egna situationen främjar återhämtning. Huruvida den slutsatsen kan dras av analysen i denna uppsats låter jag vara osagt. En fråga som har uppstått under arbetets gång men som inte har kunnat besvaras i denna uppsats är om människor med psykisk ohälsa har fått ökad makt och delaktighet i utformningen av sin vård efter psykiatrireformen? Det vore intressant att se fortsatta studier som undersöker denna fråga. Sådana undersökningar skulle kunna lyfta röster som riskerar att inte höras, och därmed stärka gruppen människor med psykisk ohälsa, samtidigt som fler brukarperspektiv ger mer kunskaper till den fortsatta utvecklingen av vårdinsatser.

6. Referenser

Bateman, J och Dunham, H (1948) ”*The state mental hospital as a specialized community experience*”. I: American Journal of Psychiatry. CV. 1948-49.

Berger, Peter och Luckmann, Thomas (1966) *The social construction of reality, A Treatise in the Sociology of Knowledge*. England: Penguin Books.

Bryman, Alan (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö. Liber.

Denhov, Anne (2007a) *Hjälpande relationer i psykiatrisk öppenvård: en intervjustudie*. Magisteruppsats.

Denhov, Anne (2007b) *Hjälpande relationer i psykiatrisk vård, en litteraturöversikt*. Stockholm: Psykiatrin Södra, FoU-enheten.

Foucault, Michel (1986) *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund: Arkiv.

Franzén, Mats (2000) I fråga om makt. Diskurser, resurser, kontexter. I: Goldberg, T (red.) *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Goffman, Erving (2009) *Jaget och maskerna, en studie i vardagslivets dramatik*. Smedjebacken. Norstedts. 5:e uppl.

Goffman, Erving (1973) *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

Ibarra, Peter R. och Kitsuse, John I. (2003) Claims-making Discourse and Vernacular Resources. I: Holstein, James A. och Miller, Gale (red.) *Challenges & Choices, Constructionist Perspectives on Social Problems*. New York.

Jacobsson, Katarina och Martinell Barfoed, Elizabeth (2016) *Trender i socialt arbete. I: Meeuwisse, Anna, Sunesson, Sune och Swärd, Hans (red.) Socialt arbete, en grundbok.* Stockholm: Natur och Kultur.

Jenner, Håkan (2012) I: Ljungqvist, Ingemar & Jenner, Håkan (red.) *Hjälpande möten i vård och omvärld: Brukare, praktiker och forskare reflekterar.* Liber AB. Stockholm.

Järkestig Berggren, Ulrika (2006) *Personligt ombud: Social praktik i medicinsk diskurs.* Avhandling.

Knutagård, Marcus (2013) Det sociala arbetets moraliska geografi. I Linde, Stig och Svensson, Kerstin (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter.* Stockholm: Liber AB.

Kvale, Steinar och Brinkmann, Svend (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Lund: Studentlitteratur.

May, Tim (2013) *Samhällsvetenskaplig forskning.* Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

Meeuwisse, Anna (1997) *Vänskap och organisering – En studie av Fountain House-rörelsen.* Studentlitteratur. Lund.

Meeuwisse, Anna (2007) Sociala kategoriseringar, ojämlikhet och motståndsstrategier. I: Svensson, Kerstin (red.) *Normer och normalitet i socialt arbete.* Lund: Studentlitteratur.

Miller, Leslie J. (2003) *Claims-making from the Underside: Marginalization and Social Problems Analysis.* I: Holstein, James A. och Miller, Gale (red.) *Challenges & Choices, Constructionist Perspectives on Social Problems.* New York.

Smith, Dorothy E. (1978) *K is mentally ill, The Anatomy of a Factual Account.* Sage.

Swärd, Hans och Starrin, Bengt (2016) *Makt och socialt arbete. I: Meeuwisse, Anna,*

Sunesson, Sune och Swärd, Hans (red.) *Socialt arbete, en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.

Potter, Jonathan (1997) *Representing Reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction*. 2 uppl. London: Sage.

SKL (2010) *Patient och brukarmedverkan, positionspapper*.

Riessman, Catherine K. (2008) *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks: Sage.

Svensson, Kerstin (2007) Normer, normalitet och normalisering. I: Svensson, Kerstin (red.) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Topor, Alain (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Natur och Kultur. Stockholm.

Topor, Alain (2005) Nya och gamla institutioner. I: Sundgren, Magnus & Topor, Alain (red) *Socialpsykiatri*. Malmö: Bonnier Utbildning AB.

Topor, Alain och Borg, Marit (2008). *Relationer som hjälper*. Studentlitteratur AB. Lund.

Östnäs, Anders (2007) Norm och normalisering inom handikappvetenskap och handikappidrott. I: Svensson, Kerstin (red.) *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

7. Bilaga

Intervjuguide

Temat: Tillgänglighet, bemötande, medverkan i vårdbeslut, information, återhämtningsprocessen.

Bemötande:

Vilka människor kom du i kontakt med? Allra först? Och senare?

Hur blev du bemött?

Vilken betydelse hade de personer du kom i kontakt med först? Och senare?

Återhämtningsprocessen:

Vad har varit viktigt efter vården? Vad har du saknat?

Vilka människor utanför vården har varit viktiga för dig efter vården?

(Vilka människor är viktiga för dig idag?)

Medverkan:

I vilken utsträckning upplevde du att du var delaktig i vårdbeslut? Hur mycket fick du välja?

Upplevde du att du blev lyssnad på? Hur var relationen med läkare?

Har du fått rätt hjälp? Vad har i så fall varit viktigast i ditt möte med vården?

Har du fullföljt en vårdinsats eller process från början till slut? Om inte, vad fick dig att sluta?

Information:

Innan allting, visste du vilka vårdmöjligheter som finns och vart du skulle vända dig?

Tillgänglighet:

Vart sökte du dig första gången du sökte vård?

Hur var det att komma dit? (Välkomnande, inbjudande?)

Var det lätt eller svårt att ta sig dit?

Fanns det några andra hinder?

