



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Personlig återhämtning i en klinisk kontext

Om personalens förutsättningar att stötta patienters personliga återhämtning, på en öppen psykiatrisk avdelning.

Maria Cederfeldt

Examensarbete (SAHS05)

VT 2021

Handledare: Helena Hansson

Abstract

Author: Maria Cederfeldt

Title: Personal recovery in a clinical context

Supervisor: Helena Hansson

The aim of this study was to examine the experiences and thoughts of the healthcare staff at a psychiatric ward regarding their ability to support the patients on their way towards personal recovery related to social work in a healthcare setting. The intention was to look closer at what challenges the staff faces, as well as what they find promoting the work to support personal recovery. Furthermore, the intention was to examine the role of the health care counselor regarding this matter. This was investigated through semi-structured interviews with seven staff members at an unlocked psychiatric ward in Sweden. To analyze the results a Holistic perspective on health was applied to the result as well as Goffmans theory of Stigma as an additional theoretical complement. The main results show that the staff faces challenges such as a strong tradition of support regarding clinical recovery, a fragmented support system as well as a tendency of a pessimistic view on recovery in general among the staff. The healthcare staff also expresses the importance of social work in the daily work with the patients. The unlocked psychiatric unit seems to have de-stigmatizing benefits as well as it promotes the staff's possibilities to support personal recovery and, in some ways, make up for the challenges mentioned above. The unlocked doors, a well-functioning multi-professional teamwork, a healthy working environment and a coordinating health care counselor with a psychosocial perspective works in line with a holistic view on health and promotes the possibilities for the staff to support the personal recovery of the patient.

Key Words: personal recovery, clinical recovery, unlocked psychiatric ward, holistic health, salutogenes, autonomy, multi-professional team, health care counselor, stigma, self-stigma.

Innehållsförteckning

1	Inledning	5
1.1	<i>Syfte</i>	7
1.2	<i>Frågeställningar</i>	8
1.3	<i>Begreppsdefinitioner</i>	8
2	Bakgrund	8
2.1	<i>Kuratoren och psykiatrien</i>	8
3	Kunskapsläge	12
3.1	<i>Återhämtningsforskning på individnivå</i>	12
3.2	<i>Återhämtning som uttryck för ett perspektivskifte</i>	14
3.3	<i>Återhämtning på systemnivå</i>	14
3.4	<i>Återhämtningsperspektiv inom heldygnsvården</i>	15
4	Teori	16
4.1	<i>Teoretisk utgångspunkt</i>	16
4.2	<i>Holistiskt hälsoperspektiv</i>	16
4.3	<i>Stigma</i>	19
4.3.1	<i>Förväntad stigma</i>	20
4.3.2	<i>Självstigma</i>	20
4.3.3	<i>Stigma inom psykiatrien</i>	21
5	Metodologiska överväganden	21
5.1	<i>Kvalitativ metod</i>	21
5.2	<i>Insamling av data</i>	22
5.3	<i>Urval</i>	22
5.4	<i>Bearbetning och analys</i>	23
5.5	<i>Etiska överväganden</i>	24
5.6	<i>Tillförlitlighet</i>	25
5.7	<i>Svagheter</i>	26
6	Resultat & Analys	27
6.1	<i>Hinder för att stötta personlig återhämtning inom heldygnsvården</i>	27
6.1.1	<i>Fokus på klinisk återhämtning</i>	27
6.1.1.1	<i>Analys av: Hinder: fokus på klinisk återhämtning</i>	31
6.1.2	<i>Pessimistisk syn på patienten och dennes återhämtning</i>	31
6.1.2.1	<i>Analys av: Pessimistisk syn på patienten och dennes återhämtning</i>	34

6.2	<i>Vad som främjar stöttning till personlig återhämtning i heldygnsvården</i>	36
6.2.1	Öppna dörrar.....	36
6.2.1.1	Analys av: Öppna dörrar.....	40
6.2.2	Arbetsmiljö & Multiprofessionellt teamarbete.....	42
6.2.2.1	Analys av: Arbetsmiljö & Multiprofessionellt teamarbete.....	46
6.3	<i>Kuratorns roll i arbetet med att stötta personlig återhämtning i heldygnsvården</i>	46
6.3.1	Den samverkande kuratorn.....	46
6.3.2	Den psykosociala kuratorn.....	48
6.3.2.1	Analys av: Den samverkande, psykosociala kuratorn.....	50
7	Diskussion	52
8	Referenslista	55
9	Bilaga 1	62
10	Bilaga 2	64

1 Inledning

Psykiatrin är ett område som genomgått stora förändringar under de senaste 100 åren. Det är lätt att tänka att vi nu är framme vid målet, att mentalinstitutioner och förlegade psykiatriska diagnoser är historia och något vi lämnat bakom oss till förmån för en modern psykiatri. Dock befinner sig psykiatrins fält fortfarande i rörelse och förutsättningarna för det dagliga arbete som utförs förändras med detta. Att psykiatrin hädanefter endast kommer att röra sig framåt i utveckling behöver nödvändigtvis inte vara en självklarhet. Urban Markström, professor vid institutionen för socialt arbete i Umeå har bedrivit forskning inom området stöd till personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning. Han uttrycker att vi inte kan ta den positiva utvecklingen inom psykiatrins fält för givet, då det är ett fält som är “opinionskänsligt, politiskt styrt och kan relativt snabbt ändra karaktär” (Markström, 2020 s.77).

I mitten av 1960-talet fanns i Sverige cirka 35 000 slutenvårdsplatser (SOU, 1991:47). I och med medborgarrättsrörelsen i USA som sedermera spred sig till Europa och Sverige samt ökat fokus mot mer psykosocialt betonade arbetsmodeller så introducerades idéerna om en avinstitutionalisering i Sverige på 1970-talet (Markström, 2020). Avinstitutionaliseringen kan sägas inte enbart innefatta nedläggningen av institutionerna utan används även som ett begrepp som belyser en förändring av synen på psykisk sjukdom och patienten över tid, från inlåst, omhändertagen kroniker till aktiv samhällsmedborgare som ska klara sig med öppna insatser (Markström, 2020). En sektorisering av den psykiatriska vården följdes av idéerna om nedläggning av institutionerna och så småningom lades institutionerna ner i allt högre utsträckning (ibid). Sektoriseringen innebar att vården gick över från statlig långvård på mentalsjukhus till korttidsvård i landstingsregi och att man så småningom byggde upp mer öppna former av landstingsstyrd psykiatri med ett större socialpsykiatriskt fokus, vilket inkorporerade ett socialt perspektiv i det redan givna psykiatriska perspektivet och såg till sociala faktorerens betydelse för den psykiska ohälsan. Från 80-talet och framåt har det skett en fortsatt utveckling av öppenvården inom psykiatrin. Vid Psykiatireformen 1995 fick kommunerna ett förtydligat uppdrag och tog över ansvaret att arbeta för målgruppen ute i samhället, med socialpsykiatri för att höja livskvalitet och verka för delaktighet (Markström, 2020) I och med reformen begränsades Landstingets ansvar till att handla om enbart vård och det genom medicinsk behandling (ibid). En tidig kritik mot reformen var att bygget av de insatser som kom att krävas för att möta upp behoven inte gjordes i samma takt som

minskningen av slutenvårdsplatserna. En senare kritik av reformen har varit att kommunerna byggde upp nya varianter av institutioner i form av exempelvis privata vårdinrättningar och dagliga verksamheter som var skilda från övriga samhället. Detta kom att av kritiker kallas för re-institutionaliseringen (Brown, 1988). Ytterligare kritik av reformen är att den har resulterat i en strikt uppdelning av insatser, där dåvarande landsting endast skulle arbeta med medicinsk behandling och vård medan kommunerna skulle arbeta med sociala frågor (Topor 2018). Den strikta uppdelningen efter reformen separerade ansvaret för att stödja patientens så kallade kliniska återhämtning och personliga återhämtning (begrepp som vidare förklaras under rubriken Begreppsdefinitioner), där de olika uppdragen för vård och stöd fördelades mellan två olika huvudmän. Uppdelningen kom med otaliga uppmaningar som sedermera blev till lagtext om vikten av samarbete mellan kommuner och landsting. Numera regleras samarbetet bland annat i Lag om samordning vid utskrivning (2017:612) samt vad gäller samordnad individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt socialtjänstlagen (2001:453). Än idag står organisationerna inför en hel del utmaningar gällande den sortens samverkan. Exempelvis så har regeringen tillsatt en särskild samsjuklighetsutredning 2020 vars uppdrag är att hitta lösningar på hur insatser till personer med samsjuklighet kan bli mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade (S 2020:08). Med samsjuklighet menar man i just denna utredning kombinationen missbruk eller beroende med annan psykiatrisk diagnos (ibid). Dock kan man tänka sig att samma problematik skulle kunna finnas hos patienter med enbart psykiatrisk diagnos som trots allt behöver insatser från både region och kommun. Trots ett relativt trögt reformarbete så menar man att vi befinner oss i en tidsperiod kallad post-avinstitutionaliseringen (Rosenberg 2009, Markström & Lindqvist 2015). Utvecklingsarbetet från 2010-talet och framåt tar avstamp i första generationens samhällsbaserade insatser som kom till efter psykiatrireformen, vilket blir referenspunkten för utveckling i stället för mentalsjukhusen som refererades till då psykiatrireformen klubbades igenom (Markström 2020). Resonemang förs idag om huruvida vi går från en omsorgslogik till en rehabiliteringslogik för att stötta människor till delaktighet snarare än att omhänderta dem (Rosenberg & Schön 2020). Ett tecken på att vi befinner oss i en post-avinstitutionalisering är de senaste årens forskning med intresse för målgruppen, vad som är effektiva insatser och hur systemet organiseras (Markström 2020). Nya arbetssätt med intresse för delaktighet och brukarinflytande och ett återhämtningsinriktat tvärprofessionellt arbete är sådant som också kännetecknar den utveckling vi nu befinner oss i (Markström, 2020). Vad gäller delaktighet och brukarinflytande påtalas detta exempelvis sedan 2015 i Patientlagen där femte kapitlet avhandlar patientens medverkan i sin egen vård (2014:821) och på senare år har även svensk

forskning gällande delat beslutfattande (Grim, 2019) samt inom området person- och patientcentrerad vård (det vill säga vård planerad i samråd och partnerskap med patienten och med högre grad av ett salutogent, styrkebaserat perspektiv på patienten) (Munthe et al, 2012) tagit alltmer fart. Ett arbetssätt som förespråkar en återhämtningsinriktad praktik (se förklaring under rubriken Begreppsdefinitioner) förordas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni (2018).

Under 2000-talet har man inom psykiatriska och kommunala insatser haft ett ökat fokus på att arbeta återhämtningsinriktat. Återhämtning är ett begrepp som kan delas in i klinisk och personlig återhämtning där klinisk återhämtning bland annat handlar om symtomlindring, att sträva mot att bli frisk och fri från besvär och därmed inte längre uppfylla diagnoskriterier (Rosenberg & Schön 2020). Personlig återhämtning definieras av patienten själv och studier visar att definitionen ofta handlar om sådant som att utveckla en ny förståelse av sina erfarenheter, känna meningsfullhet och ett välbefinnande trots symptom, känna ansvar och delaktighet, återfå hopp och göra egna val (Anthony 1993). Till skillnad från klinisk återhämtning så behöver personlig återhämtning inte innefatta att bli "frisk" eller symptomfri (ibid).

Parallellt med hur samhällsstödet till personer med psykisk ohälsa och psykiatri har utvecklats så har även hälso- och sjukvårdskuratoren utvecklats och professionaliserats. Det blir intressant att vidare undersöka kuratorns roll i arbetet med patienters personliga återhämtning då kuratorn har sin grund i socialt arbete men är verksam i en medicinsk kontext. Det är även relevant att undersöka hur personalen på en psykiatrisk avdelning ser på att stödja patienters personliga återhämtning.

1.1 Syfte

Att undersöka vilka erfarenheter kurator, sjuksköterskor, skötare, läkare och enhetschef på en öppen psykiatrisk heldygnsvård har av att arbeta med stöd till patientens upplevda, personliga återhämtning i förhållande till socialt arbete i hälso- och sjukvård.

1.2 Frågeställningar

Vilka utmaningar står man inför när man arbetar med att stödja patienters personliga återhämtning inom heldygnsvården?

Vad främjar arbetet?

Vilken är kuratorns roll på avdelningen, i arbetet med patienters personliga återhämtning?

1.3 Begreppsdefinitioner

Klinisk återhämtning = symtomlindring, bli frisk och fri från besvär samt därmed inte längre uppfylla diagnoskriterier, exempelvis med hjälp av specifika medicinska behandlingar. (Rosenberg & Schön 2020)

Personlig återhämtning = utveckla ny förståelse av sina erfarenheter, få känna meningsfullhet och välbefinnande trots eventuella symptom. Kunna ta ansvar, vara delaktig, göra egna val och gå mot minskad stigmatisering. (Anthony, 1993)

Återhämtningsinriktad praktik = verksamhet som syftar till att stödja individen i dennes personliga återhämtning

2 Bakgrund

Utvecklingen av socialt arbete inom hälso- och sjukvård och psykiatri de senaste 100 åren är av stor betydelse för vilken roll som kuratorn spelar idag. För att få en större förståelse för hälso- och sjukvårdskuratorn som profession och att kuratorn på den psykiatriska avdelningen inte befinner sig i ett kontextuellt och historiskt vakuum, så redogörs i bakgrunden kuratorprofessionens och psykiatrins gemensamma historia.

2.1 Kuratorn och psykiatrin

Flera aktörer inom professionsforskning påpekar att begreppet profession inte är enkelt definierat (Brante, 2009). Ett försök till en definition kan dock vara att det är yrken som är kunskaps- och vetenskapsbaserade, där kunskapen är abstrakt, systematisk och oftast esoterisk (Johnsson 2020). Ett professionellt kompetensfält kan sägas ha specifika uppgifter i den samhällsliga helheten, vilket kräver specialiserade färdigheter som bygger på utbildning (Johnsson 2020). Johnsson och Svensson (2019) beskriver uttrycket psykosocial integration som ett professionellt kompetensfält. Fältet beskrivs som *“återanpassning av individer som*

form av många mindre föreningar och dylikt, som nu kunde samordnas. CSA i sin tur medverkade till professionalisering av socialt arbete genom utbildningsåtgärder och att man var drivande i att frivilligt socialt arbete skulle vara avlönat (Johansson & Svensson 2019).

Den mentalhygieniska rörelsen visade på idéer om miljömässiga och relationella samband till uppkomsten av psykisk ohälsa samt förespråkade öppenvård, rådgivning och fostran av fattiga medborgare (Johansson & Svensson, 2019). En minst sagt mörk sida av den mentalhygieniska rörelsen var förespråkandet av sterilisering och gränskontroll för att skapa en mentalt frisk och homogen befolkning. Tankarna om förebyggande arbete och öppenvård lade dock grunden för nya rådgivande verksamheter och socialt arbete (ibid).

Vad som ytterligare medverkade till formering och sedermera konsolidering av fältet psykosocial integration, var intåget av psykoanalys och psykoterapi. I och med denna strömning blev det mänskliga psyket ett område för vetenskap och praktik och man talade nu om självreflektion och konstruktionen av individen. Rådgivning och psykoanalys lade grunden för att arbeta med samtal som metod (Johansson & Svensson 2019).

CSA inspirerade så småningom föreståndaren på Långbro mentalinstitution att anställa Sveriges förste kurator, Gertrud Rohde, 1914 (Blom et al, 2014). Hennes uppgift var bland annat att utreda ekonomiska förutsättningar och likt en god man eller förvaltare bevaka patientens intressen under tiden på sjukhuset. Rohde var också delaktig vid rehabilitering, medverkade vid utskrivning och uppföljning där hon hade som uppgift att se till att det fanns goda sociala förutsättningar för patienterna under behandlingstiden samt efter utskrivning (Blom et al, 2014). Rohde hade alltså hand om patienter som vårdades inlagda men även dem som skrivits ut. Socialarbetare inom fältet behövdes för att reda ut ekonomiska frågor som patientavgifter men också för att utreda andra sociala problem som kunde stå i vägen för behandlingar och tillfrisknande (ibid). Kuratorer började så smått att anställas även inom somatiken i Sverige och man började inse vikten av att arbeta med social problematik som kunde hindra patienter från att tillfriskna alternativt till fullo ta till sig av den medicinska vården (Blom et al, 2014). 1931 antogs en ny stadga av svensk riksdag som sa att social hjälpverksamhet skulle knytas till sinnessjukhusen. CSA var initiativtagare till en kommitté som utredde behovet av socialt arbete i sjukvården (Blom et al, 2014). 1935 visade den färdiga utredningen att social stöttning till patienter kunde medföra kortare tider av inlagda vård samt en effektivare sjukvård (ibid). I en statlig utredning i nutid ser man

liknande resultat, nämligen att effektiv vård kräver att den är personcentrerad och att man ser till hela patienten, det vill säga även bortom medicinska insatser (SOU, 2016:2). Dåvarande kuratorer inom hälso- och sjukvården arbetade exempelvis med att förmedla kontakt mellan intagna och anhöriga, hjälpa till att förvalta pengar, ordna med transport och flytt, konsultera myndigheter, arbeta uppsökande bland dem som skrivits ut, verka stödjande såväl som kontrollerande och förmedla kontakt till andra samhällsinstanser och hjälpa till med ansökningar (Johnsson & Svensson 2019). Kuratorn bistod även läkarna med sociala utredningar då man under den här tiden ansåg att neuroser hade med sociala bekymmer att göra och att kuratorns kunskap om ämnet var högst relevant för läkarnas möjlighet att diagnosticera och behandla (ibid). Kuratorer var ofta utbildade sjuksköterskor och man började föreslå en kombination av denna utbildning med utbildning vid socialinstitutet. Sedermera, år 1944, beslutade Svensk Kuratorsförening om obligatorisk examen vid socialinstitut för alla kuratorer. Kuratorerna hade nu sitt eget yrkesfält.

Då den psykiatriska vården på sinnessjukhus expanderar, sjukhuskuratorer så småningom börjar anställas i högre utsträckning och kuratorsförbundet bildas 1944, psykoanalysen populariseras och man bildar ett institut för socialpolitik och kommunal utbildning 1921 kan man sammantaget se att det psykosociala integrationens fält konsolideras alltmer (Johansson & Svensson 2019). Mentalhygienrörelsen med riktning mot det förebyggande arbetet och definierandet av samt fokus på psykisk hälsa växte sig också allt bredare i samhället (ibid). Professionaliseringen av det psykosociala integrationens fält tar alltjämt vid då välfärdsstaten expanderar och ideologiska strömningar tilltar. En diskussion om demokratiska principer för alla medborgare bidrar till ett ifrågasättande av sjukdomsbegrepp och rådande behandling. Man menar att en psykosocial doxa skapas vid den här tiden vilket har betydelse för fältets professionalisering (Johansson & Svensson 2019).

I och med sektoriseringen gick vården gradvis över från långvård på mentalsjukhus till korttidsvård i landstingsregi (Markström 2020). Ett preventivt arbete tog vid, för att reducera ohälsan i stort i befolkningen. Man ville även begränsa inneliggande vård och öppenvård blev allt viktigare. Kuratorer anställdes inom öppenvården (Johnsson & Svensson) och ett tydligt team-arbete tog vid (Markström 2020), där kuratorer på flera håll i landet arbetade sida vid sida med psykiater, psykologer sjuksköterskor och skötare med flera.

Fältet har fortsatt utvecklats sedan mitten av 80-talet och framåt, inte minst gällande det

biomedicinska fokus som hade sitt intåg runt den tiden (Johnsson 2020). New public management har fått ett starkt genomslag bland annat i sjukhusorganisationen på 1990-talet. Sedan 2000-talet har tonvikten alltmer hamnat på evidensbaserat psykosocialt arbete (ibid). Kuratorns anspråk på legitimation sedan 60-talet intensifierade och bar slutgiltigen frukt 2019 då förslaget klubbades igenom.

3 Kunskapsläge

3.1 Återhämtningsforskning på individnivå

Forskning på ämnet återhämtning har sedan introduktionen på 1990-talet i princip bedrivits utifrån två olika utgångspunkter: klinisk återhämtning samt personlig återhämtning (Rosenberg & Schön 2020). Forskning på ämnet klinisk återhämtning har kvantitativa, organisatoriska förtecken där man mäter återhämtning genom att titta på funktionsnivå och symptombild. Klinisk återhämtning definieras som symtomlindring, bli frisk, fri från besvär, inte längre uppfylla diagnoskriterier och ofta med fokus på evidensbaserad medicin och behandlingsinsatser (Rosenberg & Schön 2020). I sådan forskning kontrolleras mätbara objektiva värden i form av ökad funktion och minskade symptom och sådana longitudinella studier visar bland annat att mellan hälften och upp till två tredjedelar av personer med svår psykisk ohälsa återhämtar sig (Carpenter & Kirkpatrick 1988, Davidsson et al 2005, Edwards et al 1998, Harding & Hall 1997, Whitehorn 1998).

Forskning inom området personlig återhämtning har en mer kvalitativ ansats med studier som fokuserar på subjektiv erfarenhet av återhämtning. Utgångspunkten i dessa studier har varit att återhämtning avser en individuell process definierad av patienten själv och att återhämtning inte nödvändigtvis måste innefatta att bli frisk eller symptomfri. Definitionen av personlig återhämtning är snarare att utveckla ny förståelse av sina erfarenheter, få känna meningsfullhet och välbefinnande trots eventuella symptom, kunna ta ansvar, vara delaktig, göra egna val och gå mot minskad stigmatisering (Anthony 1993). Genom kvalitativa djupintervjuer med personer som beskrivit sina egna processer av återhämtning har forskare kommit fram till en rad gemensamma resultat av vad som anses främja personlig återhämtning samt vad som är hjälpsamma professionella relationer i ett återhämtningsarbete. Sådan forskning har bedrivits såväl i Sverige och Norden (Topor 2004, Schön 2009, Denhov 2007, Klamas 2010, Kristiansen & Borg 2008 m.fl) som i andra delar i västvärlden (Slade

2009, Leamy et al 2011 m.fl). Resultaten är återkommande oavsett sjukvårds- och välfärdssystem i landet där forskningen bedrivits och kvalitativa litteraturstudier i ämnet har kunnat sammanfatta fem grundpelare för personlig återhämtning vilka man förkortar CHIME: connection, hope, identity, meaning och empowerment (Leamy et al 2011). Att få mötas som medmänniska i professionella sammanhang samt ha stöd av sitt nätverk ses som viktigt i återhämtningsprocessen(ibid). Likaså är närvaron av hopp om att en förändring är möjlig. Att omdefiniera sin identitet som sjuk och hitta till något nytt genom att acceptera sina erfarenheter och äga dem påpekas även vara viktigt. En känsla av meningsfullhet och möjligheten att vara en delaktig samhällsmedborgare kan likaså vara avgörande för personlig återhämtning samt vikten av att själv kunna bestämma över sitt liv och känna eget ansvar (Leamy et al 2011). Utöver dessa grundpelare har forskare tillsammans med personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa, anhöriga och myndighetspersoner tagit fram tio grundläggande principer för hur personlig återhämtning kan stöttas: initiera hopp, verka för egenmakt, en icke-linjär syn på återhämtning, ett holistiskt perspektiv på individen, tillhandahålla peer support, stöd från nätverk, kulturanpassning, adressera trauman, styrkebaserat fokus, flexibelt stöd med tonvikt på egenansvar och respekt för individen (SAMSHA 2021). Bogarve och Ershammar punktar upp personalens uppgifter i ett återhämtningssinriktat arbetssätt i all sin komplexa enkelhet så här:

Etablera samarbetsrelation

Förmedla hopp

Motivera

Bekräfta identitet och mening

Stärka ansvar och förmåga till självhjälp och coping

Stödja naturliga relationer

Stödja personen att hitta och inta betydelsefulla roller i samhällslivet

Erbjuda vägledning, utbildande och praktiskt stöd

Motarbota stigma och arbeta för stärkt medborgarskap

(Bogarve & Ershammar, 2012 S.73)

3.2 Återhämtning som uttryck för ett perspektivskifte

I inledningen framgår hur personlig återhämtning som begrepp de senaste årtiondena har fått ta allt större plats i inom behandling och stöd till personer med psykisk ohälsa. Idag utgår man i högre utsträckning från människans möjlighet att återhämta sig och kronikerbegreppet lämnas alltmer därhän. Återhämtningsbegreppet lanserades ursprungligen av och inom brukarrörelsen samt genom forskning inom socialpsykiatrifältet (Rosenberg & Schön 2020). På 1990-talet lyfte brukare, forskare och praktiker framför allt i Nordamerika och på Nya Zeeland möjligheten till återhämtning för personer med svår psykisk ohälsa som tidigare setts som kroniker (ibid). Återhämtningsbegreppet har i dessa sammanhang blivit ett uttryck för ett slags paradigmskifte i synen på psykisk ohälsa (Schön 2018). Genom användningen av begreppet återhämtning som ett socialt perspektiv granskas och omförhandlas sociala, politiska och praktiska premisser gällande vård och stödinsatser till personer med psykisk ohälsa (ibid). Ambitionen har varit att belysa och förändra maktrelationer genom att verka för delaktighet, brukarmedverkan och egenmakt och förändra den grundläggande synen på psykiatripatienten (Schön 2018).

3.3 Återhämtning på systemnivå

Personlig återhämtning har haft stor genomslagskraft på policynivå i länder som Nya Zeeland, Storbritannien, Australien, Kanada och USA (Rosenberg & Schön 2020). Resultat av återhämtningsforskningen, av vad som anses främja återhämtning, har omsatts i praktiken i vart fall som vision på individ och organisationsnivå (ibid). I flera länder återfinns nu återhämtningsperspektivet i politiska agendor för psykisk ohälsa (Mental health commission of Canada 2012, Mental health commission 2012, HM Government, London 2011 mfl). I Sverige har återhämtningsbegreppet inte vunnit lika stor mark men återfinns i forskning och till viss del i debatt kring insatser gällande psykisk ohälsa (Topor 2011, Schön 2018, Rosenberg & Ershammar 2018 m.fl) samt har fått en viss betydelse gällande delar av de nationella riktlinjerna för schizofreni (Socialstyrelsen 2018). I socialtjänstlagen (2001:453) finner man formuleringar med element av ett återhämtningsperspektiv så som att personer med psykiska funktionsnedsättningar ska kunna vara delaktiga i samhällslivet på samma nivå som andra. I patientlagen (2014:821) återfinns tydligt att patientens delaktighet så långt det är möjligt ska tillgodoses vilket syftar till att stärka patientens självbestämmande och delaktighet. NSPH är en brukarrörelse för personer med psykisk ohälsa som till viss del driver frågan om perspektivet personlig återhämtning när det kommer till stöd- och vårdinsatser för

målgruppen. NSPH har utarbetat ett material för patienters återhämtning som implementerats bland annat inom psykiatrin och som ska delas ut till patienter och anhöriga inom öppen- och slutenvården. Återhämtningssinriktade verksamheter med metoder som Individual Placement Support (IPS), Acceptance and Commitment Training (ACT), delat beslutsfattande och Peer Support har utarbetats och utvärderats som välfungerande men det tycks finnas en genomgående implementeringsproblematik då policy och forskning ska översättas till praktik (Markström 2020b s.487 f). Timing, normer, värderingar, resurser och styrning är ett axplock av sådant som implementeringsforskningen rymmer för att förklara svårigheten vilket inte närmare kommer att lyftas i denna uppsats.

Återhämtningsforskningen har kommit med förslag på värderingsmässiga systemförändringar där man föreslår individualisering, delaktighet, valfrihet och självstyre samt utvecklingspotential (Rosenberg & Schön 2020). Dessa typer av åtgärder och forskning har framför allt varit förknippad med öppenvårdsinsatser och inte specifikt heldygnsvården.

3.4 Återhämtningsperspektiv inom heldygnsvården

I denna uppsats undersöks bland annat vad personalen anser gällande förutsättningar för stöd till så kallad personlig återhämtning inom heldygnsvården, på en specifik psykiatrisk avdelning. Då forskningsfrågan är smal och specifikt bunden till uppsatsförfattarens praktikplats, blir det svårt att hitta liknande, tidigare forskning. Forskning på ämnet personlig återhämtning har av naturliga orsaker traditionellt sett bedrivits utifrån målgruppens upplevelser, medan denna uppsats fokuserar på frågan utifrån personalens syn på verksamhetens förutsättningar. Forskning som undersöker just personalens perspektiv på återhämtning kopplat till den psykiatriska heldygnsvården har inte kunnat uppbringas. Dock finns ett par intressanta studier som undersöker just återhämtningsbegreppet i relation till psykiatrisk heldygnsvård.

I en kvantitativ, longitudinell studie från två universitet i Österrike har man undersökt möjligheten till återhämtningsorienterad praktik inom akut psykiatri och hur arbetssättet påverkar nöjdheten hos personalen. Rapporten visar på att det är fullt möjligt att arbeta med återhämtning inom sådan verksamhet samt att nöjdheten hos personalen tenderar att öka med ett sådant arbetssätt (Rabenschlag et al 2014).

En dansk studie syftar undersöka möjligheterna för återhämtning inom psykiatriska avdelningar och mottagningar från sjuksköterskors perspektiv. Resultatet visar på en diskursiv praktik inom psykiatrin i Danmark starkt kopplad till neoliberalism med paternalism som ram för verksamheten samt att stöd därför måste finnas för personalen för att kunna arbeta återhämtningsinriktat (Holen et al, 2020).

4 Teori

4.1 Teoretisk utgångspunkt

För att fördjupa förståelsen av det återhämtningsinriktade arbetet, den psykiatriska heldygnsvården samt vilken roll kuratorn spelar i detta arbetet, kommer ett holistiskt perspektiv på hälsa att appliceras på resultatet. Utöver det holistiska perspektivet kommer även stigmatologi att användas som kompletterande teori och då främst i avsnittet som avhandlar synen på psykiatripatienten.

Det holistiska hälsoperspektivet är valt för att förklara och diskutera det återhämtningsinriktade arbetssättet samt för att förstå kuratorns roll i en verksamhet som vilar på biomedicinska grundvalar. Det finns en koppling mellan ett biomedicinskt hälsoperspektiv och så kallad klinisk återhämtning, likväl som det finns en koppling mellan ett holistiskt hälsoperspektiv och personlig återhämtning.

Det återhämtningsinriktade arbetet kompliceras av stigma. Patienten rör sig mellan avdelningskontexten och det öppna samhället vilket kan medverka till en problematik där rollen som sjuk befästs i inneliggande vård medan patienten ska försöka anpassa sig till samhällsliga kontexter när hen befinner sig utanför avdelningen. Den öppna avdelningsformen medför att man kan röra sig friare mellan dessa världar och stigma-begreppet blir en viktig faktor att förhålla sig till.

4.2 Holistiskt hälsoperspektiv

Holism är ursprungligen ett grekiskt ord som betyder hel eller fullständig.

Nationalencyklopedin förklarar holism som idén att *helheten anses vara något mer än*

summan av delarna. Vidare beskrivs hur helheten är primär i förhållande till delarna, att delarna måste förstås utifrån helheten snarare än tvärtom. (Nationalencyklopedin)

Ordet hälsa betydde på fornnordiska *välfärd, lycka och att hälsa och önska någon välgång*. Det finns ett nära samband mellan orden hälsa och hel, det vill säga hel som *i sin helhet*, eller *frisk* men även *att hela och bota*. (Ordbok över svenska språket, 1932).

Det är intressant att hälsa som ord tidigare kan ha haft innebörden av helhet. En holistisk syn på hälsa betyder att man ser hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom och relaterar till människan som helhet. Biomedicinska hälsoteorier förklarar i stället hälsa som *normal klinisk status* (Korp, 2016 s.55) och ohälsa som något som avviker från det normala, såsom sjukdom eller ett sjukdomstillstånd. Detta skulle kunna hävdas reducera hälsobegreppet till att endast handla om sjukdom eller frånvaro av sjukdom och till en fråga om delarnas hälsa (ibid). Med ett holistiskt hälsoperspektiv kan personer med sjukdomar, diagnoser och som på olika sätt avviker från det som samhället ställt upp som normalt relaterat till hälsa, även inneha hälsa. Hälsa kopplas alltså på så vis till människan som helhet och hennes möjlighet att uppleva välbefinnande och meningsfullhet (Korp, 2016).

Det finns olika sätt att tolka hälsa holistiskt (Medin & Alexanderson, 2000). Exempel på tolkningar kan vara att man poängterar hur kroppens olika organ samspelar (ibid) vilket problematiserar en fragmentarisk vård som ibland tenderar att se en patient som exempelvis en bruten lårbenshals eller en pankreatit. Holistisk syn på hälsa kan också innebära ett bio-psyko-socialt synsätt (Medin & Alexandersson), där man ser till hur biologiska, psykiska och sociala system och förmågor samspelar. En tredje tolkning av holistisk hälsa är att man erkänner individens omgivning och ser till hennes samspel med miljö och andra människor. I vissa tolkningar ingår och poängteras även en existentiell dimension av hälsa (ibid).

Ett holistiskt hälsoperspektiv har nära kopplingar till Antonovskys begrepp Salutogenes (1987). Den salutogena modellen fokuserar på det som främjar och vidmakthåller hälsa och introducerades som ett perspektiv inom socialmedicin. Modellen utgår från det fungerande och friska (ibid). Motsatsen till salutogenes är det patogena perspektivet som har sitt fokus på orsaker till och vidmakthållande av ohälsa och det patogena vilket är vanligt inom modern medicin. Antonovskys salutogena syn på hälsa ingår i ett bredare holistiskt perspektiv på hälsa och kan komplettera det patogena perspektivet som behövs i sig för att utreda och bota

sjukdom samt identifiera riskfaktorer för att förebygga ohälsa. Antonovsky identifierar tre övergripande aspekter som viktiga gällande vad som skapar och vidmakthåller hälsa: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (1987). Begriplighet handlar om att förstå sin tillvaro, att kunna mentalisera och därmed skapa en känsla av förutsägbarhet. Med hanterbarhet menas de förutsättningar en människa har att möta upp de krav som ställs på henne i olika sammanhang, exempelvis i krisartade situationer (ibid). Begriplighet och hanterbarhet kan tillsammans leda till goda förutsättningar för meningsfullhet. Meningsfullhet kopplar Antonovsky till delaktighet i samhället med sammanhang som ger erfarenheter, vilket skapar motivation och engagemang. Dessa tre aspekter sammanfattar Antonovsky i begreppet KASAM som är en förkortning på Känsla Av SAMmanhang (Antonovsky 1987).

En modell för hälsa som får anses holistisk är Whiteheads och Dahlgrens regnbågsmodell från 1991 som förklarar vad som påverkar hälsa och ojämlikhet i hälsa på befolkningsnivå. Modellen visar på att hälsan i befolkningen formas av individuella faktorer såsom arv, kön och ålder men även sådant som socialt nätverk och stöd, samhälleliga faktorer som resurser, politik och organisation och förutsättningar på makronivå som socioekonomiska, kulturella och miljömässiga förhållanden (Dahlgren & Whitehead 1991). Regnbågsmodellen ger en bild av hälsa som ett komplext fenomen, där individuella förutsättningar och sociala bestämningsfaktorer samverkar holistiskt (ibid).

Ett annat sätt att tolka hälsa holistiskt är utifrån ett socioekologiskt perspektiv (Stokols, 1996). Socioekologisk teori behandlar kopplingen mellan människors sociala beteenden och social och kulturell miljö. Korp tolkar Stokols genom att tänka sig att livsmiljöer har olika fysiska, sociala och kulturella dimensioner vilka har möjlig inverkan på hälsa (Korp, 2016). Vi rör oss i olika miljöer som exempelvis har specifika sociala sammansättningar, kulturer och fysiska förutsättningar. Stokols menar att miljö formar människan men poängterar även att människan formar miljön genom sina handlingar (1996). Ett socioekologiskt perspektiv på hälsa poängterar att vi rör oss mellan olika miljöer i livet och i vardagen och hur vår hälsa påverkas olika i olika miljöer samt hur miljöer smittar varandra genom människans tankar, handlingar och värderingar (Korp, 2016). Korp som arbetar hälsofrämjande påpekar vikten att ha människors handlingsutrymme i åtanke när man arbetar med människors (o)hälsa:

På samma sätt som en alltför stark betoning av individuellt beteende leder till en onyanserad bild av hälsans och det hälsofrämjande arbetets förutsättningar så leder en alltför stark

betoning av miljöfaktorerers påverkan på människor till en bild av den enskilda individen som maktlös och helt styrd av faktorer utanför hennes kontroll. (Korp, 2016. s.84)

4.3 Stigma

Stigma kommer ursprungligen från Grekland där man brände eller skar in tecken i huden på människor som ansågs på något vis moraliskt avvikande. Det kunde vara personer som var slavar eller som man ansåg var tjuvar eller förrädare och som gemene man skulle undvika på allmän plats med hjälp av tecknen (Goffman, 2020 s.23).

Goffman använder begreppet stigma som en avsaknad av socialt erkännande hos individer som har svårt att leva upp till normerande idéer om hur en människa ska se ut, agera, tänka eller tro (2020). Stigma, menar Goffman, uppkommer i spänningen mellan de normer eller förväntningar som finns och människans strävan efter socialt erkännande. Goffman belyser hur människans möjlighet att leva upp till dessa normer spelar en roll i stigmats varande liksom hennes möjligheter att undanhålla stigmat och se till att inte bli avslöjad. De normerande värdena kan variera i olika kontext och förändras över tid (Goffman 2020).

Goffman identifierar tre typer av stigma: kroppsliga, synliga avvikelser som exempelvis missbildningar, gruppstigma i form av exempelvis ras och religion samt vad Goffman benämner som karaktärsfläckar kopplade till exempelvis missbruk eller psykisk ohälsa (Goffman 2020). Den sistnämnda formen av stigma är den som framför allt är aktuell i föreliggande uppsats och Goffman påpekar hur just stigma kopplad till psykisk ohälsa kan vara något av det mest stigmatiserande man kan drabbas av (ibid). I inledningen till den senaste svenska utgåvan av boken (Goffman 2020 s.12 f) tar man upp att stora förändringar har skett sedan Goffmans originalutgåva kom ut och att vår syn på vissa stigmat delvis är annorlunda idag. Bland annat tar man upp hur olika samhällsrörelser påverkar stigmatiserade gruppers förflyttning på skalan av vad som anses normalt och vad som är eller riskerar vara stigmatiserande (ibid). Man benämner även att öppenhet kring tidigare mer stigmatiserade förmodat leder till större tolerans men även ibland till bakslag i form av rädsla för det avvikande (ibid). Vidare påpekas det att man bör beakta att det finns grupper som samhället både socialt och juridiskt starkt fördömer och som inte bildar rörelser eller *tål att visas upp* och nämner exemplet pedofili (Goffman 2020). I ljuset av denna diskussion kan man tänka sig att personer som befinner sig inom den vida kategorin psykisk ohälsa inte är lika

stigmatiserade som vid tiden för bokens utgivande i original, exempelvis avskildes människor från samhället och hölls inom mentalinstitutioner i Sverige vid denna tid. Att personer med psykisk ohälsa fortfarande råkar ut för stigmatisering är dock givet vilket berättas om i olika, mer samtida, utredningar och undersökningar (Hugo 2001, Hansson 2011, Lundberg 2010 mfl). Beaktas bör att stigma kan se olika ut, beroende på exempelvis diagnos eller beteende samt att detta är i ständig förändring vad avser tid och kontext (Goffman 2020).

Starrin påpekar att kategoriseringar av psykiska funktionshinder såsom diagnoser skulle kunna motverka stigma genom att möjliggöra en ny social identitet som en del av en grupp (2011). Samtidigt påpekar man att diagnoser likväl skapar stigma då personen ändå avviker från vad som anses vara normalbefolkning. Goffman beskriver hur olika grupper av avvikare motverkar stigma genom att samordna en gemenskap och försöker visa på normalitet (Goffman 2020).

4.3.1 Förväntad stigma

Tidigare erfarenheter av stigmatisering kan leda till att en person undviker situationer då detta kan antas kunna hända igen. Det finns även en förväntan hos exempelvis personer med psykisk ohälsa att diskriminering och stigmatisering ska uppstå i situationer de tidigare inte erfarit (Lundberg 2010). Personer med psykisk ohälsa kan därför som en konsekvens av tidigare upplevelser av eller förväntningar om stigma, begränsa sig själva när det kommer till sådant som exempelvis att söka arbete, söka nya relationer eller uppsöka vården. Detta kallas för förväntad stigma (ibid).

4.3.2 Självstigma

Självstigma kallas även internaliserat stigma och är en process som innebär att en person tar till sig av omgivningens attityder och applicerar dem på sig själv (Caultaux 2003). Ershammar och Bracken (2018 s.194) beskriver självstigma utifrån en stegvis process.

“stereotypen och de negativa föreställningarna internaliseras, exempelvis att man har svag karaktär eller inte kan bli frisk. Nästa steg är en åsikt eller känslomässig reaktion i enlighet med den negativa föreställningen, exempelvis att personen får sämre självförtroende eller känner hopplöshet inför sin egen framtid. Detta kan i sin tur leda till “själv-diskriminering” genom att detta styr ett beteende, till exempel att han eller hon avstår att söka arbete eller

intar en passiv hållning i sin egen återhämtning.”

Ershammar och Bracken (2018) beskriver vidare hur självstigma lätt kan bli en negativ spiral med ytterligare stämpling som resultat och att personer med psykisk ohälsa som drabbas av självstigma riskerar bli starkt sjukdomspräglade och beroende.

4.3.3 Stigma inom psykiatrin

Studier visar att det finns en problematik med stigma även inom psykiatris verksamhetsområde, både i Sverige och i andra länder (Hansson 2011; Hugo 2001; Corrigan 2002; Burti & Mosher 2003). Bland annat så finns det forskning som pekar på att just professionella verksamma inom psykiatrin, i allmänhet är mer pessimistiska än gemene man avseende tron på återhämtning för individer med psykisk ohälsa (Hugo 2001; Hansson 2011). Detta förklaras bland annat genom att professionella inom psykiatrin till stor del möter de patienter som inte återhämtar sig samtidigt som de patienter som det går bättre för inte behöver kontakten med psykiatrin i samma utsträckning (Hugo, 2001).

5 Metodologiska överväganden

5.1 Kvalitativ metod

Uppsatsen baseras på en empirisk kvalitativ undersökning som utförts genom semistrukturerade intervjuer. Materialet har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Syftet med uppsatsen har varit att få fram personalens erfarenheter, upplevelser, tolkningar och attityder kring ett visst ämne, kopplat till deras specifika arbetsplats och kontext. Uppsatsförfattaren har velat ta reda på personalens erfarenheter och tankar av att arbeta med stöd till patienters upplevda, personliga återhämtning. Harboe betonar den kvalitativa metodens fördelar när det kommer till att få fram individuella situationer, nyanser och det kontextuella (2013, s.36). Då man kan anta att språket, under rätt förutsättningar är en metod som kan förmedla inre företeelser som kunskap och upplevelser (Bryman, 2018) är det rimligt att även anta att personalens språkliga redogörelser skulle kunna innehålla den grundläggande empirin som eftersöks. Bedömningen har varit att personalens språkliga redogörelser har varit

som bäst tillgängliga genom intervjuer. Metoden har alltså valts då den kan antas vara mest lämpad utifrån studien och dess problemformulering. Metoden var även bäst avseende den avgränsade tidsperiod för utförandet.

5.2 Insamling av data

Harboe poängterar att en kvalitativ undersökning som syftar att utröna något upplevt, som ska skildra nyanser och koppla till kontext, kräver ett visst mått av flexibilitet i sitt utförande vilket semistrukturerade kvalitativa intervjuer kan erbjuda (2013. s.36). En semistrukturerad intervjuguide har använts där med öppna frågor baserade på uppsatsens syfte och frågeställningar har ställts. Guiden användes just som en övergripande guide men respondenterna fick styra samtalet med syfte att låta dem vara med och skapa teman för resultatet (Ahrne & Svensson, 2015).

I informationsbrevet (bilaga 1) samt vid intervjutillfället har en kort presentation av bakgrund till uppsatsämnet delgetts respondenterna samt en begreppsförklaring för vad personlig- samt klinisk återhämtning är. Majoriteten av informanterna är bekanta med begreppet personlig återhämtning men uttrycker sig med försiktighet vilket tolkas som att man inte är helt bekväma med uttrycket. De flesta av respondenterna använder inte begreppet till vardags och kopplar inte det återhämtningsinriktade arbete de utför dagligen till begreppet eller teorier kring återhämtning. De beskriver dock återkommande element av en återhämtningsinriktad praktik och ett återhämtningsinriktat förhållningssätt, utan att alltid vara medvetna om att de redovisar just ett återhämtningsbegrepp.

5.3 Urval

I enlighet med kursplanen har empirin inhämtats från praktikenheten. Praktikenheten är i detta fall en allmänpsykiatrisk, öppen heldygnsavdelning. Ett strategiskt urval har gjorts (Ahrne & Svensson 2017). För att få en så representativ bild som möjligt av arbetet som bedrivs på avdelningen, ett arbete som leds av enhetschef och bedrivs i team där olika yrkeskategorier samarbetar, har olika professioner som stadigvarande arbetar med patientarbete på avdelningen intervjuats. Således har totalt sju intervjuer gjorts med skötare, sjuksköterskor, läkare, kurator och enhetschef. Ett resonemang har förts i handledning gällande representanternas svar som ponerat skulle kunna skilja sig åt beroende på yrkestillhörighet samt att det skulle kunna vara intressant att ha med yrkestillhörighet i resultat- och

analysdelen men att detta är omöjligt utifrån vikten att skydda respondenternas anonymitet. Det visade sig dock att resultaten var relativt samstämmiga trots skiftande yrkestillhörighet.

Informanterna har tillfrågats att medverka utifrån sina professioner och den erfarenhet de har av att arbeta med psykiatrisk heldygnsvård i allmänhet och den specifika öppna avdelningen de arbetar på idag, i synnerhet. Inom vissa yrkeskategorier finns det endast en verksam person på avdelningen och då har valet av informant varit helt begränsat till den personen. Inom andra yrkeskategorier på avdelningen finns det flera informanter att välja mellan och då har två personer ur den yrkeskategorin intervjuats. I dessa fall har ett bekvämlighetsurval gjorts (Ahrne & Svensson 2017) då personer som uppsatsförfattaren fått kontakt med på avdelningen och som varit tillgängliga, rent praktiskt, efterfrågats för en intervju.

5.4 Bearbetning och analys

Varje intervju har spelats in med samtycke samt först och främst noggrant transkriberats. De transkriberade intervjuerna har sedan bearbetats genom en kvalitativ innehållsanalys. Genom att transkribera och läsa igenom intervjuerna flertalet gånger och nära i tid mellan de olika intervjuerna har uppsatsförfattaren kunnat titta på vilka teman som uppenbarats i intervjuerna (Jacobsen 2012). Växelvis har meningsbärande tematiska enheter eftersökts, både i alla intervjuer som en enhet och i var och en av intervjuerna. Efter tematiseringen grupperades viktiga teman till kategorier för att undersöka om flera respondenter tar upp samma teman och från vilka synvinklar. Med en semistrukturerad intervjuguide görs en slags förkategorisering redan inför intervjuerna (Jacobsen 2012) dock med ett så öppet sinne som möjligt vid bearbetning och analys vilket Jacobsen (2012) menar inte behöver vara en motsägelse. Med öppna frågor önskar man få fram vad respondenterna ville förmedla, vilket gav nya kategorier samt en medvetenhet om att överge kategorier som uppsatsförfattaren tidigare trodde kunde vara av vikt. Kategorierna illustrerades sedermera med urklipp av citat. Slutligen letades det efter likheter och skillnader i intervjuerna och det framgick en hög grad av samstämmighet bland respondenterna gällande teman/kategorier. Inledningsvis tyckte uppsatsförfattaren se ett par intervjuer som stack ut som ett annorlunda uttryck än dem andra men vid närmare analys var även dessa samstämmiga teman, kategorier och uppfattningar likt andra respondenter men presenterade på ett sätt som stack ut.

5.5 Etiska överväganden

Vad gäller individskyddet för respondenter så finns fyra grundläggande krav som bör efterföljas nämligen informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 2017). Gällande informationskravet har respondenterna fått ett skriftligt informationsbrev (bilaga 1) före medverkan. Vad gäller samtyckeskravet har respondenterna blivit informerade både skriftligen före intervjuerna samt muntligen vid intervjutillfället om att medverkan är frivillig samt möjligheten att kunna dra tillbaka sitt medgivande när som helst. Nyttjandekravet har beaktats då det insamlade materialet endast använts för ändamålet, nämligen i denna uppsats.

Vad gäller hantering av data och konfidentialitetskravet har inga personuppgifter samlats in i undersökningen. Intervjuerna har skett anonymt och uttalanden har inte kopplats till vare sig namn eller profession. I de fall situationer kopplade till specifika, gemensamma patienter kommit på tal under intervjuerna, har ordinarie sjukvårdssekretess tillämpats. Utsagor gällande situationer med patienter har alltså endast använts som generella uttalanden om patienter och inga patienter har lämnats ut eller gjorts identifierbara i uppsatsen.

Även det insamlade materialet har behandlats med konfidentialitet. Endast uppsatsförfattaren har haft tillgång till det material som intervjuerna gett. Ljudfilerna har förvarats på intervjuarens personliga, låsta dator fram tills dess att transkriberingen var utförd och har därefter kasserats. Varken ljudfiler eller det transkriberade materialet har varit kopplat till namn eller profession under tiden de funnits sparade på uppsatsförfattarens dator.

Transkriptionen har analyserats och använts i uppsatsen för att sedan kasseras.

Empirin är inhämtad på en specifik allmänpsykiatrisk avdelning, som dessutom är den enda i sitt slag i landet, nämligen en öppen sådan. Då det empiriska underlaget i studien är begränsat är risken större att det går att identifiera medverkande personer. Detta har de medverkande informerats om innan intervjun. För att ändå skydda respondenterna så mycket som möjligt har intervjuerna skett anonymt och uttalanden har inte kopplats till vare sig namn eller profession i uppsatsen. Uppsatsförfattaren har valt att inte koppla uttalanden till specifik profession då det hade kunde ha blivit uppenbart i resultatet vem som sagt vad utan i stället i resultatet koppla uttalanden till grupperna medicinsk respektive paramedicinsk personal och då endast i de sammanhangen av vikt för det förda resonemanget. För att skydda respondenterna kommer dessa inte presenteras närmare samt benämnas som respondent 1, 2, 3, 4, 5, 6 och 7.

Jacobsen (2012) lyfter både fördelar och nackdelar med att studera den egna organisationen. Jacobsen poängterar vikten av att reflektera över den sin position som både undersökare och en del av organisationen (2012). Som praktikant på arbetsplatsen under det gångna året står uppsatsförfattaren med ena benet i organisationen. Fördelarna med att vara en person med insyn i organisationen är framför allt tillgång till information (Jacobsen 2012. s.22). När intervjuerna genomfördes hade uppsatsförfattaren en relation till informanterna, genom att ha arbetat tillsammans, haft gemensamma patienter, suttit tillsammans på ronder och möten och hjälpts åt på olika sätt på avdelningen. Man kan anta att intervjuaren bemöts med större tillit och frispråkighet än om hon hade varit en total främling (2012. s.22). Faktumet att det begränsade empiriska underlaget inhämtat utifrån en specifik avdelning kan göra de medverkande mer lättidentifierade samt att det ingick i uppgiften att presentera resultatet av arbetet på avdelningen där empirin har inhämtats, kan dock ha begränsat möjligheterna eller viljan för de medverkande att uttala sig i allt för kritiska ordalag. Likaså för uppsatsskribenten. Jacobsen (2012 s.23) avråder från att göra undersökningar i egna organisationen som syftar till att leda i bevis att något är felaktigt. Jacobsen påtalar även att den som undersöker kan känna att den behöver begränsa eller censurera sig själv i de fall den ska återvända till arbetsplatsen. I detta fall ska uppsatsförfattaren återvända till arbetsplatsen för att presentera uppsatsen. Då ansatsen till undersökningen är betydligt bredare än att vilja bevisa något, är av undersökande karaktär och snarare utgår från positiva föreställningar om arbetsplatsen blir det mindre problematiskt att presentera arbetet på arbetsplatsen i fråga. Av samma anledning minskar troligheten att respondenterna censurerar sig själva med anledning av att de skulle kunna vara lättidentifierade utifrån att de arbetar på en så pass specifik arbetsplats. Att det trots allt uppvisats viss kritik och självkritik i intervjuerna tyder på att respondenterna känt sig trygga nog att uttrycka detta, med vetskapen om att det ska återkopplas till arbetsplatsen och att de löper större risk att identifieras då deras arbetsplats är det enda i sitt slag i Sverige.

5.6 Tillförlitlighet

Bryman visar på användbarheten av begreppet tillförlitlighet för bedömning av kvalitativa studier, detta som ett alternativ till begreppen validitet och reliabilitet som så ofta annars används (Bryman, 2011). När det kommer till tillförlitlighet lyfter Bryman vikten av transparens i forskningsprocessen, att forskningsetiska principer efterlevs, vikten av en rättvis

återgivning av respondenternas utsagor och möjligheten att tillämpa resultaten i ytterligare sammanhang (ibid). Uppsatsförfattaren har försökt att visa på transparens av processen genom att guida läsaren genom det praktiska genomförandet i metoddelen samt har eftersträvat att efterleva de forskningsetiska principer vilket återges under rubriken etiska överväganden. På grund av tidsbrist har det inte funnits möjlighet att rapportera uppsatsens resultat till respondenterna före examination vilket kan göra att tillförlitlighet minskar. Dock har en så sanningsenlig och mångsidig bild av respondenternas utsagor som möjligt eftersträvat, något som är viktigt av etiska skäl, tillförlitlighetskäl och för att alla respondenter ska känna sig sedda och rätt tolkade. Vad gäller generaliserbarhet är uppsatsen specificerad till ett smalt och specifikt område och en specifik arbetsplats som är den enda i sitt slag i Sverige vilket delvis gör det svårt att tydligt visa på generaliserbarheten av resultaten. Viss tidigare forskning finns dock som kan styrka resultat.

5.7 Svagheter

En tydlig svaghet med uppsatsen är kopplat till begreppet forskareffekt, nämligen att intervjuaren riskerar få socialt önskvärda svar från respondenterna (Bryman 2011). Frågor kan riskeras uppfattas som närmast retoriska och samtalet kan uppfattas som att det bör föras på ett politiskt korrekt vis där det uppfattas som att respondenten bör svara på ett givet sätt. Då uppsatsen i fråga delvis bygger på begrepp som i sig kan tolkas som att man bör känna till och bör eftersträva samt att delar av intervjun har innefattat frågor till andra professioner om kurators roll (och uppsatsförfattaren går just en utbildning till kurator) riskerar svaren bli retoriska. Detta har uppsatsförfattaren försökt undkomma genom att eftersträva förtroliga samtal, genom utformandet av frågorna, genom den semistrukturerade intervjuguiden som följde informanternas vilja att prata och ta upp olika teman kopplat till frågorna samt att uppmuntra olika sorters svar och sätt att tolka frågorna.

En annan svaghet är att uppsatsens kärna är återhämtningsbegreppet och att detta begrepp lämnar utrymme för just olika tolkningar. Det har dock varit av intresse att höra respondenternas ibland olika tolkningar av begreppet och att de har fått ge sina ibland olika bilder. Delvis har allt för olika tolkningar försökts undvikas genom frågor som inte nödvändigtvis har med specifika begrepp att göra utan att i stället lyssna efter utsagor och hur det stämmer in med begreppen. Återhämtningsbegreppet kan även vara öppet för tolkning för läsaren av uppsatsen, vilket kan vara en svaghet. Tidigt i uppsatsen finns det därför en

begreppsdefinition och begreppet undersöks närmare och mer uttömmande under rubriken Kunskapsläge.

6 Resultat & Analys

Resultaten redovisas för sig där varje resultatdel följs av en analys. Respondenterna benämns som respondent 1, 2, 3, 4, 5, 6 och 7.

6.1 Hinder för att stötta personlig återhämtning inom heldygnsvården.

6.1.1 Fokus på klinisk återhämtning

Generellt kan konstateras att alla respondenterna är positiva till att stötta patientens personliga återhämtning och beskriver i intervjuerna element av vad som kan tolkas som en pågående återhämtningsinriktad praktik. Personlig återhämtning är inte ett begrepp som alla respondenterna är bekanta med sedan innan men innehållet i begreppet är något som alla kan känna igen som relevant kopplat till det arbete som utförs på avdelningen. Genomgående är att alla respondenter med medicinsk yrkesroll uttrycker en dubbelhet till att arbeta med att stötta patientens personliga återhämtning. Man uttrycker en vilja att arbeta mer mot personlig återhämtning, att man ser ett behov av det men att verktygen man har främst är av medicinsk karaktär samt att tid och resurser och psykiatriens mer kliniska inriktning sätter prägel på vården. Respondenterna med medicinsk yrkesroll uttrycker att de främst arbetar med klinisk återhämtning samtidigt som de beskriver tydliga element av återhämtningsinriktad praktik när de talar om sitt arbete. Vad avser tidsbrist är det framför allt respondenterna med medicinsk yrkesroll som problematiserar detta. Tre av sju respondenter problematiserar att man inte alltid lyckas införliva personlig återhämtning i praktiken och att fokus framför allt finns på klinisk återhämtning som går mer i linje med en verksamhet som en psykiatrisk avdelning vilken behandlar ett akut tillstånd och inte alltid kan ha ett långsiktigt fokus. Dubbelheten till begreppet hos den medicinska personalen kommer till uttryck bland annat då respondent 6 uttrycker att man främst arbetar med personlig återhämtning på avdelningen men samtidigt uttrycker att det är avgörande för individen att det även finns fokus på personlig återhämtning:

Det är ju den personliga återhämtningen som är det viktiga på sikt. Men det vi gör här är att se till att folk sover och äter och kanske får el-behandling och ny medicinering.

(Respondent 6)

Nej men det är en fara att bara tänka på det kliniska. Det är jätteviktigt i återhämtning, att tänka på att det känns meningsfullt för personen. Ibland tappar vi bort det meningsfulla. Vi tänker väldigt mycket på symptom och att få ner symptomen med våra verktyg. Det är inte alltid så effektivt när man tappar bort personen bakom. Det är människor vi jobbar med och att få dem att må bättre, att tappa bort det mänskliga då, det blir jättedåligt och farligt nästan. Det blir så kliniskt när man tappar väldigt viktiga bitar. (Respondent 6)

En annan respondent ger uttryck för ett behov av att kunna lägga mer tid på att stötta personlig återhämtning:

För egen del så finns det inte så mycket tid för mig att prata med patienterna som jag kanske vill och även lyfta ett återhämtningsperspektiv. Utan det är mer här och nu. Nu ska vi lindra eller få någon att må lite bättre, just nu. Eller fokusera på behandlingen. Jag kanske skulle vilja lägga lite mer tid på just återhämtningsperspektivet också men att tiden brister.

(Respondent 4)

Ytterligare en respondent uttrycker det kliniska fokuset i verksamheten men säger att man kanske ändå arbetar med att stötta personlig återhämtning, utan att reflektera över det. Å ena sidan beskriver respondenten hur hen inte tänker så mycket på hur eller om hen jobbar med personlig återhämtning, å andra sidan att det är en av anledningarna till att hen arbetar just på denna arbetsplats, då visst utrymme ändå finns att arbeta mot just personlig återhämtning.

Jag personligen tänker inte så mycket på det men man jobbar ju hela tiden med att försöka stärka patienter att, ja men hitta meningsfullhet, hopp, det här med delaktighet. Det blir väldigt mycket fokus på mediciner eller behandling och att se effekter på det men det är jättebra att lyfta det. Det är saker vi gör hela tiden men vi kanske inte alltid tänker på det, för att det är så individuellt och personligt, för alla patienter. (Respondent 7)

Men det som jag trivs med så bra här och att jag tycker vi gör bra är att vi jobbar för att hitta personlig återhämtning genom aktivering, jobba utåt, hitta sysselsättning. (Respondent 7)

Respondent 6 problematiserar personlig kontra klinisk återhämtning ytterligare genom att koppla klinisk återhämtning till evidensbaserad praktik i form av exempelvis medicinsk behandling samtidigt som hen problematiserar läkemedelsforskning och evidensbegreppet inom psykiatrisk verksamhet:

Det mänskliga är så otroligt viktigt, Det fångar man inte alltid upp med evidens. Vi är väldigt evidensstyrda och det är väl jättebra men inte lika bra inom psykiatri, där är det svårare att fånga upp viktiga saker med evidensbegreppet. Inom kirurgi eller internmedicin eller vad det nu är, är det lättare att göra bra studier. Det är svårt att göra studier med någon högre evidensgrad, där man fångar det som verkligen är viktigt. Sen så är det så klart att vi styrs av marknadskrafter som är helt ointresserade av mänskliga faktorer. Det finns ju en motvikt riktad åt helt andra hållet, där det finns pengar att tjäna och då vill man ju inte gå i den här riktningen. (Respondent 6)

Den ineliggande heldygnsvården problematiseras på olika sätt av olika respondenter kopplat till möjligheterna för en återhämtningsinriktad praktik. Flertalet respondenter lyfter att den ineliggande vården med fokus på klinisk återhämtning avspeglar sig i avdelningsmiljön som kanske inte erbjuder aktivitet, delaktighet eller gemenskap på ett vis som skulle gagna personlig återhämtning. Man problematiserar att psykiatrisk vård på avdelning är potentiellt passiviserande och därmed dåligt i längden för återhämtning. En respondent nämner ordet hospitalisering och att patienten riskerar tappa förmågor ineliggande när man endast benämner och behandlar det medicinskt patogena. En annan respondent påpekar att avdelningsmiljön inte alltid uppmuntrar till aktivitet eller erbjuder meningsfulla aktiviteter. Ytterligare en respondent pekar på att det för några år sedan fanns mer att erbjuda i form av aktiviteter på avdelningar inom psykiatrin, men att detta togs bort för att göra vården mer klinisk och betona vikten av vården som en kort, akut insats:

Tidigare så hade man mycket aktiviteter på avdelningarna och ganska mycket återhämtningsinriktat. Sen plockade man bort allt det typ 2008–2009 och sa att vi bedriver akutsjukvård, vi ska inte erbjuda såna här saker, det ska bara öppenvården göra. Det ska va en kort ineliggande tid, det ska vara i det mest akuta skedet och då ska man inte ha sånt här

“lullull”. Så då plockades allt det bort i princip. Sen var det så ganska länge och det har liksom hängt kvar även om synsättet på vad en heldygnsvård är har förändrats så har det genom åren varit ganska torftigt, vad som erbjuds. (Respondent 2)

Vidare fortsätter respondenten bland annat att beskriva tidigare erfarenheter från en låst avdelning:

Det är viktigt att det inte upplevs som förvaring utan att vården faktiskt kan erbjuda någonting och där är jag ju väldigt så inne på att den psykiatriska heldygnsvården behöver utvecklas. Nu erbjuder vi grupper men det finns ju många olika sätt säkert att erbjuda någonting förutom mediciner. Jag kan bara återknyta till när jag var på en låst avdelning, när man skulle göra aktivitetsscheman men det fanns inga aktiviteter att skriva in. Ja men det var en hopplös uppgift: “mellan kl 10-12 titta på tv”, “mellan kl 14-15 lösa korsord”. Det måste finnas mer återhämtningsinriktade aktiviteter att erbjuda. (Respondent 2)

Ett annat exempel på hur den ineliggande vården med fokus på klinisk återhämtning problematiseras är att fem av sju respondenter tar upp vårdtiden som potentiellt problematisk. Två respondenter tar upp korta vårdtider som en svårighet inom heldygnsvården och att en kort vårdtid eventuellt skulle försvåra återhämtningsprocessen medan tre andra respondenter i stället påpekar vikten av att patienten inte ska vara inom heldygnsvården för länge. De tre sistnämnda respondenterna hänvisar till att den ineliggande vården i sig kan vara potentiellt problematisk ur ett återhämtningsperspektiv och ger uttryck för att en avdelningsmiljö inte är en naturlig miljö samt att avskiljandet från yttrevärlden ibland snarare kan skapa eller förstärka problem än lösa dem. Man menar att man genom att hålla en patient undanhållen samhällsresurser, möjlighet till aktiviteter och till kontakt med sitt nätverk ibland snarare kan förhindra återhämtning än gagna den, i synnerlighet i längden. En respondent lyfter även problematiken med att dåligt mående potentiellt smittar och att patienterna kan påverka varandra negativt ineliggande.

Sammanfattningsvis problematiserar respondenterna på olika sätt den ineliggande vården, pekar på att man främst har fokus på klinisk återhämtning så som medicinsk behandling samt visar på att förutsättningarna för arbetet på en psykiatrisk avdelning ibland krockar med ett arbete som främjar patienternas personliga återhämtning.

6.1.1.1 Analys av: Hinder: fokus på klinisk återhämtning

Övervägande respondenter problematiserar att den inläggande vården har ett för ensidigt fokus på klinisk återhämtning. Samtidigt visar respondenterna på en kunskap om personlig återhämtning och uttrycker en medvetenhet om behovet av en återhämtningsinriktad praktik inom psykiatrisk heldygnsvård. Personlig återhämtning betraktas som en process, definierad av patienten själv (Topor 2004; Slade 2009; Borg 2007). En återhämtningsinriktad praktik gör anspråk på att vara en långsiktig lösning, där kontinuitet och tid ses som viktiga komponenter i människors resa mot personlig återhämtning (ibid). Detta kan tyckas krocka med en akut och medicinsk verksamhet som en avdelning för psykiatrisk heldygnsvård. Samtidigt kan man i forskningen om personlig återhämtning finna material som är inte bara tydligt applicerbart utan absolut nödvändigt även i en kontext av tidsbegränsad heldygnsvård (Leamy et al 2011, SAMSHA 2021, Bogarve & Ershammar 2012). Respondenterna ger uttryck för vikten att tänka på aspekter utanför det strikt kliniska arbetet som att exempelvis att förmedla hopp, göra patienten delaktig och stödja patienten i att hitta till meningsfullhet vilket går helt i linje med en återhämtningsinriktad praktik (Leamy et al 2011). Respondenterna ger uttryck för ett holistiskt hälsoperspektiv, likt Antonovskys idéer om salutogenes och en frustration när det kommer till att inte kunna tillgodose det stöd som kan behövas för personlig återhämtning. Respondenterna visar på att hälsa är något komplext och mer än frånvaro av sjukdom och att vägen till återhämtning är individuell och oftast kräver mer än exempelvis insättning av en medicin. Det blir tydligt att det patogena sättet att se på hälsa redan finns inbyggd i verksamheten, där man ska utreda psykisk ohälsa utifrån diagnosmanualer och behandla med hjälp av medicinska verktyg. Personalen däremot ger uttryck för att vilja komplettera ett patogent perspektiv med ett salutogent för att bättre kunna stötta personlig återhämtning och ge effektiv vård. Verkligheten är en medicinsk, klinisk kontext (med traditionellt patogent perspektiv på hälsa) som inte alltid har tidsmarginaler, resurser, fokus på eller bredare kunskap om annat än den kliniska återhämtningen som exempelvis tenderar att vara akut symtomlindring. Att bedriva stöd till personlig återhämtning i den kliniska, medicinska kontext som man verkar i, en kontext som inte alltid rymmer ett socialt arbete, är en utmaning för personalen på avdelningen.

6.1.2 Pessimistisk syn på patienten och dennes återhämtning

Ett tema som är återkommande i intervjuerna och som kopplas till vad som främjar eller hindrar en återhämtningsinriktad praktik är hur man ser på patienten. Synen på patienten

återspeglas framför allt i hur respondenterna pratar om bemötande samt hur de förhåller sig till patienten och dennes behandling. Alla respondenter belyser på olika sätt att bemötande är viktigt. På frågan om vad som är viktigaste elementen i en återhämtningsinriktad praktik beskriver fyra av sju respondenter på olika sätt att bemötande är själva grundbulten i sådan verksamhet. Samma respondenter poängterar också att arbetet på avdelningen utförs med ett gott bemötande, med respekt för individen och ett icke dömande sätt vilket medverkar till att patienten får känna sig som en egen person, inte endast som en patient. Bemötandet kopplas av respondenterna samman med hur man motverkar stigma och normalisering ses som ett verktyg för detta.

Vi har en väldigt duktig personalgrupp här som är duktig på bemötande och omvårdnad och har en avstigmatiserande syn på psykisk ohälsa. Vi dömer inte någon med psykisk ohälsa. Vi har en bra syn tycker jag. (Respondent 4)

Jag tror att det allra viktigaste är bemötandet, det är en sån grund. Det får aldrig fela. Patienten ska alltid bli bemött med respekt, med att man tar sig tid. Känna att man är en människa på något vis. (Respondent 2)

Två av sju respondenter kopplar ett gott bemötande till flexibilitet och att mötas ömsesidigt som människor:

Att man kanske också är lite flexibel i hur man bemöter. Det var en brukare som berättade att när hon hade varit inlagd så kände hon sig som en egen person. Hon blev inlagd på natten så var det någon som frågade, "vill du ha en macka och vad vill du ha på mackan?" Det är så himla enkelt. Som inte alltid håller sig till reglerna och det tänker jag också att man så här, ja men du har det behovet, ja men på något vis att det är lite flexibelt. Så det tänker jag är det viktiga. (Respondent 2)

Flexibilitet, ja jag tror att det är det som gör oss bra här, att vi har den förmågan, det är klart att det inte alltid går och framför allt inte i dessa tider med pandemi men vi frågar och det behöver inte vara stora grejer. Jag tog med en patient på promenad. Jag tänker att när jag tog detta jobbet så skrev jag på för det. Alltså att det ingår. Det är ingenting utöver tjänsten. Det var det behovet som fanns. (Respondent 1)

På frågor gällande hur man motarbetar stigma av patienterna svarar respondenterna generellt att man tänker att personalstyrkan är medveten om stigma och att det inte sker på avdelningen. Två av sju respondenter lyfter dock och problematiserar att det kan finnas en pessimistisk syn på patienten som försvårar ett återhämtningsinriktat arbete vilket är något man stundvis tampas med själv i patientarbetet eller kollegialt. Den ena respondenten identifierar ett vi-och-dom-tänk kopplat till jargong och pessimism, att man blir för krass gentemot patienterna och uttrycker detta i arbetsgruppen medan den andra pekar på pessimism och ett stundvis bristande förtroende för patienterna och deras kapacitet. Den ena respondenten kopplar detta till de uttalade orden medan den andra respondenten menar på att orden som uttrycks är sekundärt maligna jämfört med de negativa åsikterna som finns men kanske inte uttrycks.

Vi är väldigt fokuserad på vilka ord vi använder, det är så lätt att slå ner på det. Men det är inte alls lika viktigt som hur man ser på folk. Ser man på folk som att dem försöker lura mig och bara är jobbiga men ändå pratar om vikten av att vara snäll mot sig själv så blir det jättekonstigt, det blir ju jättedåligt bara, det faller ju totalt platt. (Respondent 6)

Men ibland hör jag kommentarer, men du vet det här raljerandet, såna kommentarer som man kanske bara ska hålla för sig själv egentligen. Sen är det ju bra, man ska ventilera men när man blir lite för krass mot patienter, det är inte bra. Jag får hela tiden vara på min vakt. Jag märker åren går, jag är ny i psykiatrin jag kanske inte så lätt trillar dit, men jag tänker det är så många som har gjort det och jag kommer, jag är där ibland. Det är när det blir Vi och Dom. Det är så intressant, jag har märkt det när det varit tunga perioder. (Respondent 5)

Det finns således olika synpunkter på hur personalen förhåller sig till patienterna och deras möjlighet till återhämtning. En respondent utvecklar hur hen tror att den negativa synen på patienter inverkar och att pessimism uppkommer då man dagligdags hanterar svår psykisk ohälsa och upprepade vårdkontakter med patienter som nödvändigtvis inte får det bättre och att man på en avdelning inte alltid får följa patienterna som det går bra för. En annan respondent förklarar att kollegorna inte har en särskilt pessimistisk syn på patienterna utan generellt ser dem som återhämtningsbara då det är en relativt ny arbetsgrupp samt att man trivs på arbetsplatsen. De är båda inne på samma spår som respondent 7 ovan, nämligen att personal med tiden riskerar att bli mer pessimistiska när det kommer till patientarbete:

Ja. Alltså jag tänker ju lite att det är en fara i att vi träffar ju på väldigt många personer som kommer tillbaka, gång på gång, det gör att vi formas till att vi blir lite pessimistiska i vår syn på återhämtning. Om man möts av en personalgrupp som tänker det är klart det här kommer bli bättre: Det speglar utfallet, det påverkas jättemycket av hur vi ser på människor, det har man ju gjort massor med studier på. Det är jätteviktigt med hopp! Det är ett problem att vi ser folk som kroniskt sjuka. Det blir ju en förstärkning av det. Sen är det ju, vi har ju tunga diagnoser också. Det är svårt. (Respondent 6)

Båda respondenter som lyfter personalens negativa syn på patienten menar att detta förekommer inom psykiatri generellt men att man upplevt detta i högre utsträckning på tidigare arbetsplatser. Respondent 5 pratar om tidigare erfarenheter och beskriver hur personalen håller sig inne på expeditionen i en glasbur och sällan eller aldrig beblandar sig med patienterna som är hänvisade till utrymmen där de blir övervakade av personalen. Respondenten förklarar sättet att skilja personal och patient åt som *“Återhämtningshämmande”* (Respondent 5).

6.1.2.1 Analys av: Pessimistisk syn på patienten och dennes återhämtning

I tidigare forskning på temat återhämtningsinriktat arbete beskrivs samtalet och bemötandet som grundläggande för återhämtning. Medmänskliga möten, flexibilitet hos professionella, ett styrkebaserat och salutogent förhållningssätt, förmedlingen av hopp, meningsfullhet och möjlighet till delaktighet är sådant som spelat stor roll för den personliga återhämtningen (Leamy et al 2011, SAMSHA 2021). Att stödja patienten i sitt aktiva jag med hjälp till självhjälp betonas och man pekar på vikten av relationer som bygger på engagemang, omtanke och tilltro till individen (Bogarve et al 2012). Alla dessa aspekter är starkt kopplade till värderingar, hur man ser på patienten och därmed bemöter densamme.

Alla respondenter pratar om vikten av ett gott bemötande vilket bland annat exemplifieras av att man kan gå utanför ramarna och det medicinska uppdraget, att man försöker se människan inte enbart patienten, eftersträvar flexibilitet och utgår från att normalisera. Dock framkommer från två av respondenter att detta kan vara en utmaning då man själv och/eller andra i personalen dessvärre ibland dömer patienterna genom raljanta uttalanden om att patienter är på ett visst sätt, att man är pessimistisk och inte litar på patienten eller inte tror på att en återhämtning är möjlig samt alierar sig från patienterna. Respondenterna poängterar

att detta leder till ett dåligt behandlingsresultat varav en kallar det för direkt "*Återhämtningshämmande*". En respondent resonerar i enlighet med studier där man förklarar fenomenet att professionella inom psykiatrin generellt är mer pessimistiska än gemene man eftersom professionella främst möter patienten när hen mår som sämst samt oftast inte får följa hen i vägen mot återhämtning (Hansson 2011, Hugo 2001). Det är rimligt att tänka sig att stundvis alienering från patienten i arbetet på en psykiatrisk avdelning är ofrånkomlig, en allmänmänsklig företeelse kopplad till ett utmanande arbete. Återhämtningsforskningen gör en poäng av vikten att reflektera över makt och kontroll i förhållande till vilken position man själv och patienten har (Bogarve & Ershammar 2012). Ytterligare poängteras vikten av att som professionell reflektera kring egna känslor och reaktioner i mötet med patienter för att kunna bemöta med empati vilket respondenterna som lyfter dessa aspekter, gör. En respondent pratar om vikten att ledningen lyfter dessa frågor. En säger att hen är glad att ledningen gör just detta.

Synen på psykiatripatienten har förändrats mycket de senare 100 åren. Utveckling i samhället, utvecklingen av psykiatri och behandling, även utvecklingen av socialt arbete inom hälso och sjukvård och hur socialarbetaren förhåller sig till patienten har förändrats genom tiderna vilket delvis redogjorts för i bakgrunden till uppsatsen. I den aktuella danska studien om möjligheterna till ett återhämtningsperspektiv inom dansk akutpsykiatri framkommer att ett paternalistiskt ramverk för dansk psykiatrisk vård till viss del hindrar ett återhämtningsinriktat arbetssätt (Holen et al 2020). Det är rimligt att tro att liknande problematik, trots framåtskridande utveckling, fortfarande råder på sina håll även inom i ramen för den svenska vårdapparaten.

Eventuell särskiljning av patienter och personal, medveten eller omedveten, där personalen blir det normala och patienterna avvikare samt eventuell alienation från personalens sida gentemot patienterna stigmatiserar patientgruppen som inte erhåller socialt erkännande eller lyckas leva upp till det normativa (Goffman 2020). Ett sätt att tolka respondenternas svar är att personal tenderar att ibland dela in patienterna i bra och dåliga patienter, där den goda patienten är lätt att samarbeta med och lätt att behandla medan dåliga patienter är så att säga omöjliga. I spänningen mellan förväntningar, normer och socialt erkännande riskerar patienterna därför stigmatiseras av personalen (Goffman 2020). Att som personal medverka till stigma och självstigma riskerar att bilda en negativ spiral som resulterar i sjukdomsprägling och beroende hos patienterna (Ershammar och Bracken 2012), ytterligare

förväntad stigma (Lundberg 2010), samt ett dåligt behandlingsresultat. Inom återhämtningsforskningen kopplas motverkande av stigma till en återhämtningsinriktad praktik genom att man verkar för egenmakt, stöttning av autonomi och att påvisa styrkor hos patienten (Leamy et al 2011, SAMSHA 2021, Bogarve och Ershammar 2012).

Förekomsten av pessimism och cynism samt ett särskiljande av patient och personal riskerar leda till stigma och självstigma vilket utmanar och hindrar personalen i deras möjligheter att stötta patienter till personlig återhämtning.

6.2 Vad som främjar stöttning till personlig återhämtning i heldygnsvården

6.2.1 Öppna dörrar

Avdelningen som empirin är hämtad från är Sveriges enda, vid tidpunkt för skrivandet av uppsatsen, öppna heldygnsavdelning. Avdelningsformatet innebär att dörrarna till avdelningen är olåsta, patienterna själva i högre utsträckning än på en låst avdelning kan bestämma över hur de rör sig in och ut från avdelningen, de är inlagda på frivillig basis och det finns inga restriktioner såsom visiteringar, olåsbara badrumsdörrar eller inlåsning av potentiellt farliga saker som går att skada sig själv med. Patienterna uppmuntras att ha egna kläder på sig. Det är uttalat att personalen inte utövar övervakning på avdelningen, man har exempelvis inga vak och en överenskommelse görs vid inskrivning om att patienten ansvarar för sin egen hälsa på avdelningen. För att skrivas in ska patienten och ansvarige läkare vara överens om att patienten klarar av det utifrån suicidrisk.

En del restriktioner finns på avdelningen under rådande pandemi, vilket gör att avdelningen inte fungerar riktigt som tänkt. Exempelvis råder särskilda pandemiregler som innebär att ingen patient får lämna avdelningen och komma tillbaka utan överenskommelse, på grund av risken att föra in covid-19 på avdelningen. Permissioner genomförs under den här tiden endast som undantag om situationen verkligen kräver det och promenader genomförs endast tillsammans med personal. Ha i åtanke att respondenter framför allt pratar om avdelningen så som den fungerade före pandemin.

Alla respondenterna pratar varmt om avdelningens öppna dörrar. Sex av sju respondenter pekar specifikt på möjligheten av att jobba med patienten med hemmet som resurs för att stärka möjlighet till ansvar och förmåga, stödja naturliga relationer och stötta till att hitta och inta meningsfulla roller. Två av respondenterna ger uttryck för att vilja arbeta mer utanför avdelningens väggar än vad som görs idag och att detta skulle gagna patienten. Man pratar varmt om det mobila team som finns och att det är en resurs man gärna använder sig av. Dock önskar man att insatsen kunde utvecklas och utökas. En mer långsiktig insats efterfrågas, liksom kontinuitet för patienten avseende personal:

Vi behöver jobba ännu mer utåt. Det här är en väldigt sluten och lite märklig miljö på något vis. Jag har ju någon dröm om att jobba mer, ja men ha en kortare slutenvårdsperiod och sen jobba ut mot hemmet men även att man på något sätt kan följa med patienten som en trygghet. Nu har vi mobila teamet och det är jättebra men problemet är att det blir helt ny personal för patienten, så det blir en annan stressfaktor tänker jag än om den här personalen hade följt med. (Respondent 2)

Mer mobila team! jag tror på ett långsiktigt mobilt team som jobbar mycket relationsskapande med hembesök, återhämtning i hemmiljö. Att det här ska va mer det akuta och hemmet skulle kunna va långsiktigt. (Respondent 5)

En annan respondent lyfter att vården på avdelning bara sker i det allra mest akuta skedet och att det är problematiskt att inte kunna följa patienten. Respondenten ser problematiken från en annan vinkel, nämligen att den ineliggande vården är kort och att patienten därefter ska göra en långsiktig planering men med andra aktörer.

Det kan va lite problematiskt att en patient skrivs ut så fort dom inte måste vara inlagda på avdelning. Man hade kunnat följa upp lite längre kanske, men jag vet inte. Det är svårt att säga. Där kanske någon annan ska komma in och följa upp det liksom. Att man kan ha ett bättre samarbete. Kanske. Utåt också. (Respondent 4)

Vid frågor om de öppna dörrarna framkom att alla respondenterna ser att det öppna avdelningsformatet stärker patientens autonomi, då patienterna förväntas klara av öppna dörrar och det tydliggörs att patienten är där av egen fri vilja och inte med psykiatrin som förmyndare. Tre respondenter betonar att autonomi stärks då patienten blir mer av en

människa och mindre patient bland annat då avdelningen uttalat arbetar med att uppmuntra patienten att bära egna kläder. Ytterligare en respondent betonar att man bjuder in patienten att delta som medaktör i teamarbetet kring sig själv. Då patienten även har tillgång till livet utanför avdelningen på ett annat sätt än om den vore inlagd på en låst avdelning har den därmed också tillgång till det som är eller kan bli stärkande för individen, såsom viktiga relationer, ett eventuellt arbete som skulle kunna fortgå under tiden eller tillgång till föreningsliv och möjliga meningsfulla sammanhang. Två av respondenterna påpekar att de öppna dörrarna skapar möjligheter som en stängd avdelning saknar som att kunna utgå mer från en normaliserande hemmiljö samt betona och bevara styrkor hos patienten. Livet utanför avdelningen betonas som viktigt likväl som att bevara och stärka det friska och att patienten har kvar sina viktiga sammanhang:

Ja, det känns ju som att hela grundtanken är att patienten ska ha den autonoma biten kvar. Vi uppmuntrar till exempel att man ska ha sina privata kläder på sig, det kan bli att man blir ännu mer sjuk när man går i patientkläder, alltså att man vill se till det friska. Inge hopp. Det här är bara en liten del av ditt liv, sen är hela livet utanför. Att man hela tiden försöker bibehålla att det finns någonting utanför och att vi jobbar för det. (Respondent 7)

Respondent 1 visar på att avståndet mellan hemmet och avdelningen minskar och att den öppna avdelningen inte i samma utsträckning bidrar till passivisering som en stängd avdelning tenderar att göra. Ytterligare två respondenter lyfter att då patienten inte är avskild från samhället i övrigt under vårdtiden så finns det förutsättningar för att en återhämtningsprocess kan påbörjas direkt. Respondent 1 påpekar även vikten av återhämtning kopplat till en aktiv patient.

Det viktigaste vi gör här är att träna på att vara någon annanstans, egentligen direkt. Nu är det ju annorlunda eftersom det är corona men i vanliga fall så funkar vi ju som om man är hemma och tvingas till att vara aktiv och vara med och i ett sammanhang och att mellanrummet blir väldigt mycket mindre, det blir mer en startbana till att komma ut på riktigt. (Respondent 1)

En respondent betonar att det tidigarelagda återhämtningsarbetet i sin tur kan leda till kortare vårdtider. Fyra av sju respondenter beskriver hur man med öppna dörrar lättare kan hjälpa patienter att hitta meningsfulla sammanhang genom kontakt med civilsamhället.

Respondenterna berättar att personal följer med patienter till brukarverksamheter och föreningar som Fontänhuset och RSMH under inläggningstiden.

Ytterligare exempel på hur de öppna dörrarna kan överbrygga hinder är att patienten görs mer jämlik, att de öppna dörrarna gör att patienten befinner sig på avdelningen på något mer lika villkor med personalen vilket underlättar bygget av autonomi och allians. Tre av respondenterna resonerar om att öppna dörrar till viss del utjämnar makt mellan personal och patient vilket ger bättre förutsättningar för en återhämtningsinriktad praktik:

Att skapa en allians med patienten och finnas som ett stöd. Att inte lämna patienten, vi finns här och du kan komma till oss när du vill, om du behöver det och känner det. Då tror jag det skapar en trygghet hos patienten. Och då kanske det kan va en trygghet istället för att en låst dörr är en trygghet, jag vet inte men det är en parallell jag drar. (Respondent 4)

Det är jätteviktigt att man jobbar tillsammans med patienten, att man är i samma lag på något vis. Man försöker undvika restriktioner och övervakning utan det sker mer på lika villkor och det tänker jag är en stor skillnad mot annan typ av heldygnsvård. För mig är det svårare att arbeta återhämtningsinriktat när man är i en sån maktposition. Sen är vi ju det här också men det är ändå lättare att jobba mer tillsammans. (Respondent 2)

Det är så otroligt viktigt för mående på sikt att känna att man har nycklarna, att man bestämmer över sitt eget liv. Att känna att man inte gör det är ju väldigt stressande. Att man är beroende av en massa andra. Det kan ju vara oerhört stressande! (Respondent 6)

En av respondenterna beskriver att personalen och sammanhanget, den något mer neutrala maktbalansen än på andra avdelningar, är normaliserande men att patienten fortfarande möter utmaningar kopplat till att vara avvikande kopplat till element utanför avdelningen, vilket försvårar återhämtningen:

Jag upplever att skam och skuld släpper väldigt snabbt när man kommit hit. Man möter vanliga människor, märker snabbt att vi är omhändertagande, att här är ingenting att skämmas för, det finns andra i liknande situation eller svårare, lättare. Så det är värdefullt att vara inlagd. Men det är många som sätter käppar i sitt hjul för dom vill inte prata med en

arbetsgivare, eller vännen som man träffar ofta eller sin respektive liksom. Man kan ju bara bearbeta verkligheten. (Respondent 1)

Tre av sju respondenter resonerar om att de öppna dörrarna och autonomi leder till att patienten själv får syn på att hen är kapabel och därför tar mer ansvar. Respondent ett tillägger att patienten under vårdtiden får möjlighet att vara delaktig och känna ansvar, vilket i sin tur kan ge patienten en möjlighet att omformulera sin situation och att det i sig kan motverka självstigma.

Jag tänker att vi är perspektivförändrare. Det är egentligen inte så himla mycket som förändras från det att man skrivs in tills man skrivs ut. Det är ju bara sättet man ser på det. Att man kan vara delaktig på fler sätt än att bara befinna sig i en mängd. Allt från praktiskt att ringa, gå promenader, prata med din arbetsgivare för att få rätt arbetsuppdrag och kunna va med, Att det som händer dig nu är inte så... att äga det, istället för att skymma undan. (Respondent 1)

Respondenten poängterar även vikten att inte göra arbetet åt patienten utan att uppmuntra patienten att göra det själv eller tillsammans, vilket bidrar till planerad, trygg hemgång med en patient som är trygg i sig själv och i sitt hem.

6.2.1.1 Analys av: Öppna dörrar

I föregående resultat och analysdelar har det framkommit vissa teman som försvårar ett återhämtningsinriktat arbete och utmanar en sådan praktik. Ett starkt och möjligen ensidigt fokus på klinisk återhämtning inom heldygnsvården innebär svårigheter att utöva en mer holistisk syn på vad hälsa är som därmed försvårar arbetet med att stötta personlig återhämtning. Det framkommer även att cynism eller pessimism och ett särskiljande av patient och personal kan förekomma vilket riskerar skapa stigma och försvåra stöttning av personlig återhämtning.

Under resultatavsnittet som handlar om de öppna dörrarna framkommer dock att det öppna avdelningsformatet kan kompensera för ovan nämnda hinder och främja en återhämtningsinriktad praktik. Det framkommer i resultatet att de öppna dörrarna tenderar att stärka autonomi hos patienterna. Eftersom principerna på avdelningen utgår från att

patienten är där av egen fri vilja och med kraft att klara att ta hand om sig utan låsta dörrar och restriktioner finns förutsättningarna att bygga egenmakt, odla inre trygghet och för maktobalans att neutraliseras. Bygget av allians mellan personal och patient underlättas när element av tvång reduceras. Patienten uppmuntras till delaktighet och beskrivs av respondenterna som en resurs i återhämtningsarbetet snarare än någon som måste omhändertas och vårdas. Allt detta är uttalade principer som kommer med det öppna avdelningsformatet och som går i linje med en återhämtningsinriktad praktik (Leamy et al 2011, Topor 2004, Slade 2009, SAMSHA 2021). Arbetssättet kan sägas vara avstigmatiserande då patienten görs till subjekt snarare än objekt, till en kapabel aktör som får socialt erkännande (Goffman 2020) av sin omgivning på avdelningen. Båda respondenter som i föregående resultatavsnitt tar upp problematiken med stigma, beskriver att detta är ett mindre problem på aktuell avdelning än på andra arbetsplatser de tidigare varit på. De öppna dörrarna på avdelningen skulle kunna reducera stigma kopplat till psykisk ohälsa, genom sättet personalen behandlar och värderar patienterna och genom att man inte hålls avskild från samhället. Genom möjligheten till samhörighet med andra medpatienter samt brukarorganisationer utanför avdelningen möjliggörs dessutom en ny social identitet (Starrin 2011) vilket kan ha en avstigmatiserande verkan. Samtidigt fortsätter patientens strävan efter social acceptans (Goffman 2020) och beroende på vilka normer eller förväntningar hen möter ute i samhället kan en stigmatisering fortsätta på andra plan vilket blir specifikt intressant på en öppen avdelning, där patienten rör sig mellan olika världar. Patienten rör sig mellan en avdelning som normaliserar hens tillstånd och ett samhälle som kanske inte i samma utsträckning gör det. Förväntad stigma (Lundberg 2010) kan alltså finnas hos patienten kopplat till element utanför avdelningen och tidigare erfarenheter, vilket kan försvåra återhämtningen vilket respondent 1 belyser när hen talar om hur patienter *“sätter käppar i sitt eget hjul”* genom att exempelvis undvika situationer som man tror kommer innebära stigma (Goffman 2020). Patienten uppmuntras dock att delta i samhällsliv och föreningsliv, att prata med anhöriga och ta hjälp från olika aktörer vilket kan göra att hen stärks och inte reduceras till enbart rollen som psykiatripatient. Livet utanför avdelningen kan delvis fortsätta trots inläggning vilket skulle kunna erbjuda en synlig psykiatripatient som inte behöver vara lika starkt kopplad till stigma. Alternativt är det lättare att dölja att man innehar rollen som psykiatripatient om man fritt kan röra sig mellan avdelning och samhälle och på så vis i stället undvika stigma (Goffman).

Då det är uttalat att avdelningen är speciell på så sätt att man arbetar med öppna dörrar

medges också möjligheterna att stötta patienten gällande sådant som finns utanför avdelningen och som handlar om annat än specifika medicinska frågor. Öppna dörrar ger exempelvis tillgång till att fysiskt besöka det lokala socialtjänstkontoret, att ha tillgång till sitt nätverk, att undersöka möjlighet till sysselsättning och meningsfulla sammanhang med mera. Öppenheten skapar en medvetenhet hos personal om vikten att inte enbart arbeta för klinisk återhämtning. Således finns ett holistiskt hälsoperspektiv inbyggt i idéerna om den öppna verksamheten som gagnar möjligheten att arbeta med att stötta patienten mot personlig återhämtning.

I tidigare resultatavsnitt presenterades hur respondenter problematiserar den ineliggande vården, då den riskerar att passivisera patienten och att den inte alltid erbjuder sådant som stöttar en aktiv patient på vägen mot personlig återhämtning. Öppna dörrar ger möjligheter till en mer aktiv patient vilket gagnar återhämtning. Exempelvis går det att röra sig utanför den lilla avdelningen mer än under en övervakad daglig promenad. Aktivitet skulle även kunna betyda att man är aktiv på andra sätt, som på ett intellektuellt eller socialt plan vilket öppna dörrar också främjar.

Det öppna avdelningsformatet går helt i linje med en återhämtningsinriktad praktik. Avdelningsformatet rymmer även socialt arbete och kan överbrygga en del av det som hindrar den återhämtningsinriktade praktiken.

6.2.2 Arbetsmiljö & Multiprofessionellt teamarbete

Något som återkommer i alla intervjuer, är hur viktigt det multiprofessionella teamarbetet är. Tre respondenter belyser specifikt att personalen har en gemensam syn på vad arbetet går ut på och varför dem är där. I resultatavsnittet om de öppna dörrarna framkommer att avdelningsformatet rymmer återhämtningsinriktade element såsom delaktighet, autonomi, främjande av styrkor, individuellt stöd och alliansskapande. De tre respondenterna menar att de öppna dörrarnas praktik utgör ett gemensamt sätt att se på arbetet, på patienten och att man är där för att gemensamt uträtta ett meningsfullt och viktigt arbete. En respondent beskriver detta i historien om när man startade upp en annan verksamhet som så småningom utmynnade i att nuvarande avdelningen öppnades. Hen uttrycker att det fanns en gemensam kraft och arbetsglädje i gruppen som skulle starta upp något nytt som man trodde på. Tre respondenter

uttrycker att de har sökt sig till just denna avdelning på grund av de öppna dörrarna och ett gott arbetsklimat.

Det framkommer i intervjuerna att det gemensamma synsättet på arbetsplatsen med de öppna dörrarna och det goda arbetsklimatet i sig bidrar till en mer hoppfull syn på patienten vilken man odlar tillsammans i arbetsgruppen. Dessutom menar två av respondenter att de ibland får återkopplat positiva effekter av avdelningsarbetet vilket kan ge en positiv spiral i arbetet. Samma respondent som i tidigare avsnitt pratar om att det ibland råder en pessimistisk syn på patienterna och vad det har för negativa effekter på behandlingen, säger att man på just den här arbetsplatsen ändå har bra förutsättningar för att arbeta återhämtningsinriktat och att det har med den gemensamma synen på patienten att göra samt återkoppling av att det man gör som man vet har verkan och är meningsfullt, vilket i sin tur ger en positiv förstärkning:

Personalsammansättning. Att vi tror på återhämtning i grunden. Vi ser jättestor positiva effekter när man blir inlagd här för vi hjälper folk. Har man en dålig kultur på en avdelning så hjälper man inte så många och då blir man ju förstärkt i bilden av att det är kroniska diagnoser och det går ganska dåligt för folk, då blir det ju självuppfyllande. Men vi ser ju annat, vi är ganska bra på att hjälpa folk och då i grunden ser man att människor återhämtar sig och det blir bättre. (Respondent 6)

En respondent uttrycker dock att man har ett stort arbete att göra efter pandemins verkningar, när man åter kan öppna upp och arbeta helt enligt de öppna dörrarnas principer. Respondenten säger att det visserligen redan finns en någotsånär samstämmig syn på vad arbetet på den öppna avdelningen går ut på, då narrativet om de öppna dörrar lever vidare och att många av dem som sökt sig till avdelningen efter pandemins intåg gjort det med anledning av att man särskilt vill arbeta på det specifika sätt som avdelningen erbjuder. Dock menar respondenten att det kommer krävas en del av arbetsgruppen för att återigen komma in i tänket och arbetet med det öppna konceptet, fullt ut. Två respondenter belyser även att det underlättar arbetet då chef och ledning visar på gemensamma värderingar som ska genomsyra avdelningsarbetet, såsom en återhämtningsinriktad praktik och att man prioriterar brukarmedverkan på avdelningen.

Alla respondenter beskriver på ett eller annat sätt ett gott samarbete över professionsgränserna. Man uttrycker att det är högt i tak och att det finns ett förtroende för

varandra och varandras yrkesroller samt att alla bidrar till helheten:

Det är en välfungerande avdelning där alla får komma till tals och där vi samarbetar väldigt bra över yrkeskategorierna. Sen har vi ju olika kompetens, men tillsammans kan det ju bli jättebra för patienten. När vi samlar den kompetensen och utnyttjar den. Vi kan prata om sånt som är svårt också, utan att det blir för negativt.

(Respondent 4)

Just här är det ju väldigt bra personal att jobba med och det är utvecklande, utmanande och inspirerande (Respondent 1)

En av respondenterna belyser även effekten av teamarbetet, att patienten är en del av teamet samt hur informell kompetens kan vara viktig inom psykiatri:

Ja men team-arbetet är superviktigt. Att patienten ser att vi samarbetar kan ju också göra att ja men jag står inte ensam i det här. Många som är inlagda känner sig väldigt väldigt ensamma. Att få va del av ett litet team som är där för att hjälpa en kan ju vara hjälpsamt i sig. Och man känner sig stärkt av att det är en grupp som jobbar för ens bästa. Sen har man ju olika kompetenser inom teamet så klart, men det är ju inte bara formell kompetens utan informell kompetens, minst lika viktig inom psykiatri. Ta en kirurg till exempel där är det formella, att man har gjort sina grejer jätteviktigt. men inom psykiatri är det så otrolig viktigt vad man har varit med om i sitt liv och det känns ju ofta minst lika viktigt som vad man har läst i böcker. (Respondent 6)

Det goda samarbetet mellan professionerna kommer även till uttryck när man påtalar hur kuratorn är en självklar del i teamet och att yrkesgrupperna inte arbetar som egna öar, utan gemensamt. Kuratorn är som respondenten 7 uttrycker det *ensam i sin profession* som paramedicinare och har större tendens att jobba på egen kammare, vilket man menar inte är fallet på denna avdelning:

På tidigare arbetsplatser har jag jobbat med kuratorer som varit jätteduktiga så klart men man har liksom inte vetat vart dom är eller så utan dom bara kommer in en dag och säger hej nu ska jag prata med den här! Men här är det inte så. Vår kurator är så självklar i vårt team. Det gör det så mycket roligare att jobba ihop, man hjälps åt på ett annat sätt än att någon

bara går in och gör punktinsatser. Eftersom kuratorn är ensam i sin profession kan det säkert bli, kan jag tänka mig, så att man sitter ensam i sitt hörn och gör sina uppgifter men att teamarbetet inte flyter på, men här tycker jag att det gör det. (Respondent 7)

Genomgående i intervjuerna berättar respondenterna om trivsel och gott arbetsklimat på avdelningen. Tre respondenter belyser vikten av trivsel både för att man ska orka arbeta med svår problematik och för att patienterna ska få möjlighet till en återhämtande miljö.

Det finns många här som man kan bolla saker med. Och då blir det lättare att arbeta i den här miljön, som kan vara väldigt påfrestande, psykiskt, för en själv. Och då tror jag det är väldigt viktigt att kunna prata om saker, i personalgruppen. (Respondent 4)

Jag tror att vi kan skapa en hållande och bärande atmosfär för patienterna genom att vi trivs. Det är jätteviktigt (Respondent 5)

Jag tänker att folk trivs här. Då gör det också att man gör ett bra arbete och vill det bästa för patienterna. (Respondent 7)

Jag tror att det finns en sån positiv anda i personalgruppen och att det smittar av sig. Då finns det inte så mkt utrymme för så mycket negativt utan det här positiva tar över och det lyckas vi upprätthålla i gruppen, tror jag. För att vi har ett visst arbetssätt och en syn på hur vi vill jobba. Och vi trivs med varandra tror jag och vi har roligt på jobbet. (Respondent 4)

Avslutningsvis ett citat från en respondent som sammanfattar att den goda arbetsmiljön behövs inom psykiatrin och att man på den här avdelningen lyckats skapa en god sådan som är till gagn för både patienter och personal:

Man brukar säga ibland att det sitter i väggarna på vissa avdelningar, man kommer in och tänker "oj här är det inte så bra" men så är det verkligen inte här. Här sitter något annat i väggarna. Något bra. Något som stöttar, något starkt och tryggt. Det är det man behöver, både för oss som jobbar men även patienterna. (Respondent 7)

6.2.2.1 Analys av: Arbetsmiljö & Multiprofessionellt teamarbete

Flera respondenter säger att de specifikt sökt sig till arbetsplatsen på grund av att det är en öppen avdelning. Att det finns ett uttalat gemensamt synsätt av arbetet bidrar till sammanhållningen i arbetsgruppen, en god arbetsmiljö och meningsfullhet i arbetet. Detta går i linje med den österrikiska studie som visar på att personal som arbetar återhämtningsinriktat inom akutpsykiatri mår bra och trivs med sitt arbete (Rabenchlag et al 2014). En respondent i beskriver hur alla i arbetsgruppen behövs med sina specifika kompetenser, en annan inkluderar patienten när hen talar om teamet som ska arbeta tillsammans för patientens återhämtning. Ett gott team-arbete över professionsgränserna bidrar till ett holistiskt hälsoperspektiv genom att olika professioner med olika perspektiv får komma till tals och bidra till att stötta den personliga återhämtningen. Om patienten själv dessutom inkluderas i teamet är det i linje med återhämtningsinriktad verksamhet och kan även verka avstigmatiserande gällande den psykiska ohälsan, då man ger patienten ett socialt erkännande, ser till hans resurser och stärker hen. Stokols med sitt socioekologiska, holistiska hälsoperspektiv menar att livsmiljöer och människan formar varandra i samspel, att människan formar miljön hon verkar i genom sina handlingar och värderingar samt att miljön i sin tur formar människan och via människan smittar andra miljöer (1994). God arbetsmiljö, ett gott teamarbete och känslan av meningsfullhet i arbetet hos personalen på avdelningen samverkar till ett lyckat recept som i sin tur kan bidra till ett gott bemötande av och engagemang i arbetet med patienter.

Ett gott team-arbete i en god arbetsmiljö främjar personalens möjlighet att arbeta med stöd till personlig återhämtning vilket växelverkar och samtidigt bidrar till en mer holistisk vård samt i förlängningen ett avstigmatiserande patientarbete.

6.3 Kurators roll i arbetet med att stötta personlig återhämtning i heldygnsvården

6.3.1 Den samverkande kuratorn

Fyra respondenter problematiserar på olika sätt under intervjuerna hur vårdapparatens storlek och- eller komplexitet när det kommer till att möta upp och ta hand om patienter. Patienternas behov av vård och stöd från två huvudmän, region och kommun, tas upp som problematiskt med gränser mellan verksamheterna. Man visar att patientens mående påverkas av komplexiteten i systemen samt att kunskapen om samhällssystemen inte alltid räcker till hos

medicinsk- och omvårdnadspersonal. Fyra respondenter tar upp kuratorns roll som samordnare och en professionell med kunskap om samhället och dess insatser.

Respondenterna belyser vikten av kuratorns samverkande roll för att patienterna ska få tillgång till och inflytande över insatser. Kuratorn beskrivs som en tolk eller brygga mellan patienten och sjukvården såväl som mellan patienten och kommunala aktörer alternativt mellan de olika aktörerna som ofta är i regional och kommunal regi.

Jag gillar ju den samverkande kuratorn, som får det att fungera, över gränserna eller vad man ska säga. Det är tyvärr gränser. Mot socialtjänsten. Dom har hand om patienten i hemmet och det är inte dom som har inte hand om måendet men dom bidrar ändå till måendet och ja. Att det är så svartvitt när det egentligen borde va... (Respondent 1)

Jag kan känna att halleluja vad bra att jag har en kurator här på avdelningen! Att man bara kan skriva i en notis så. Jag har ju varit på avdelningar där det inte har fungerat så och där den här frustrationen har varit jättestor att patienten kommer med den här stora ångesten kring Vad är det här! (Respondent 5)

Sen kommer vi ju aldrig från att vi kan inte va bra allihop på allting, jag tycker det är rätt så skönt att kunna vända sig till någon som vet mer och att det blir rätt för det ska inte fördröjas, tiden här, bara att man ska lära sig den processen också. För det är en djungel. För er kuratorer är det ju så naturligt att veta vilka trådar man ska dra i. (Respondent 3)

Två av respondenterna problematiserar vidare en uppdelad organisering i stöd och vård och pratar samtidigt om kuratorns samverkande roll i förhållande till kommunal verksamhet. Respondenterna poängterar att kuratorn utifrån kompetens och utbildning samt då hen träffar patienten inneliggande tillsammans med multiprofessionellt team, kan få en bra och samlad bild av patienterna på avdelningen och borde kunna utreda eller förmedla relevant information till dem som utreder exempelvis behov eller insatser enligt socialtjänstlagen eller LSS.

Jag kan inte riktigt förstå varför man behöver dela upp i varje fall psykiatri och socialtjänst så binärt som det är. Kuratorerna här i huset skulle nästan haft rum på socialbyrån också. Det skulle vara så självklart, dem skulle kunna ha en roll, som kanske inte utredare men en stor hjälp till att utreda LSS och socialpsykiatri. Ibland så hade det varit bra att kunna, ja men patienten behöver detta i hemmet, bara, gör det, att inte någon annan behöver göra den

bedömningen utan nu har vi gjort det, kör igång med det. (Respondent 1)

Vi samverkar ju med kommunen tänker jag. Men att det nog skulle kunna va en bättre samverkan, för patientens återhämtning och kanske få lämna över information som vi har fått fram här till rätt instans och så. (Respondent 2)

6.3.2 Den psykosociala kuratorn

Fem av sju respondenter påpekar vikten av att ta tag i sociala problem för att möjliggöra att en återhämtningsprocess ens kan börja, både vad gäller klinisk- och personlig återhämtning. Respondenterna ger uttryck för att många av de patienter som kommer in i behov av heldygnsvård inte sällan har stora sociala problem. De sociala problemen lämnar patienten med otillfredsställda basala behov, som exempelvis avsaknad av bostad och inkomst vilket i sig kan leda till psykisk ohälsa alternativt förstärkt psykisk ohälsa eller bidra till dåliga behandlingsresultat. I princip alla respondenterna är överens om att vissa sociala bekymmer behöver ombesörjas för att få till lyckade behandlingsresultat och ens kunna påbörja en personlig återhämtning.

Man ser väldigt ofta patienter som kommer in och där en återhämtning omöjliggörs av den sociala situationen. När det är uppstyrt så kan man på något vis påbörja en återhämtning men när allting har fallit omkring patienten med bostad och ekonomi, när det är väldigt ruckat, så blir ju återhämtningen drabbad. (Respondent 2)

Det framkommer att kuratorn har en viktig roll att fylla när det kommer till att fånga upp och angripa sociala problem eftersom kuratorn har ett psykosocialt perspektiv och samverkar med andra instanser som kan vara viktiga för att få till en helhet i behandlingen.

Det är ju jätteviktigt med ekonomi och bostad. Har man inte en trygghet i ekonomi eller bostad så är det väldigt svårt att, då kan man inte riktigt prata om något annat, man oroar sig så mycket för att man inte har någonstans att bo kanske. Det går inte att se förbi det. Det går inte att prata om något annat om man inte har det basala och där har ju kuratorn en jätteviktig roll i det. Om man har en bostad, då kanske allting funkar. Har man ingen bostad kanske man har jättemycket ångest eller är djupt deprimerad eller vad de nu kan vara. (Respondent 6)

Kuratorn är jätteviktig för personlig återhämtning. Som kurator så fångar man upp, man gör en kartläggning på hur patienten har det utanför dom här dörrarna. Livet.

Jag upplever att det är jättemånga som kommer hit som har problem med till exempel boende, sånt skapar ju jättemycket psykisk ohälsa så klart och en stress. Men också ekonomi.

Aktivering, sysselsättning är jätteviktigt, en kurator bidrar ju med att kartlägga patienten och hjälpa oss att driva det arbete framåt. (Respondent 7)

En respondent resonerar om att det är svårt att veta om det är det sociala problemet som ger upphov till det psykiska måendet eller kanske ibland tvärtom och en växelverkan, men att man säkert vet att ett helhetsgrepp om patientens situation måste till. Tre respondenter pratar om risken för medikalisering av sociala problem som överhängande utan kuratorns insats:

Om en person har stora sociala problem och har en depression så vet man kanske inte vad som är vad men det är ju sällan tänker jag en tablett hjälper mot just en depression när en person sitter i en väldigt svår, utsatt social situation. Det är ju ett helhetstänk som behövs. (Respondent 2)

Att göra skillnad på, att allt går inte att behandla. Att då gå och misslyckas hela tiden, ja det blir många trötta på. Och då kanske det inte är medicin eller behandling som behövs, utan kontakt med en ekonomisk rådgivare på socialtjänsten till exempel. (Respondent 1)

Kuratorn är jätteviktigt, Står man inte på en stabil grund så kan man inte komma vidare, det går inte att skicka ut någon till gatan och tänka att nu har vi satt in rätt medicin så nu kommer det gå bra. (Respondent 6)

Även sammanhang där man pratar om tidsbrist och fokus på klinisk återhämtning kommer vikten av kuratorn upp, som den som i huvudsak står för det personliga återhämtningsperspektivet och är en kraft som balanserar upp fokuset på klinisk återhämtning. Två respondenter kommenterar att den personliga återhämtningen går i linje med kuratorns uppdrag och att det därför finns tid till detta på ett annat sätt än för medicinsk personal och omvårdnadspersonal. Följande respondent tar även upp att patienten är i beroendeställning till den medicinska personalen och att kuratorn kanske har lättare att möta patienten i något annat:

Jag tänker att en kurator kanske inte är i samma maktposition eller beroendeställning som en behandlande läkare eller en sjuksköterska är som delar ut mediciner och så till patienter. Att man kanske kan få en annan typ av allians med patienten. En kurator kan ha den funktionen och ett annat perspektiv. En kurator kan ju prata kanske mer om saker som händer utanför sjukhuset sen, vad som ska hända då. (respondent 4)

Utöver att inte ha samma maktposition, att ha ett uppdrag som stämmer väl överens med ett återhämtningsperspektiv, att ha mer tid till att arbeta med patientens personliga återhämtning och i det ha ett socialt perspektiv gällande vad som omger patienten utanför avdelningens dörrar nämns även kuratorns utbildning i och erfarenhet av socialt arbete som något viktigt i ett återhämtningsinriktat arbete.

6.3.2.1 Analys av: Den samverkande, psykosociala kuratorn

En av mina frågeställningar är hur kuratorns roll ser ut i arbetet med att stötta patientens personliga återhämtning. Psykiatriavdelningen ingår i en medicinsk organisation och har sin bas i naturvetenskap och klinisk återhämtning, vilket framkommit i tidigare avsnitt. Främsta uppdraget för sådan verksamhet har varit att utifrån expertis klassificera kroppsliga och psykiska bekymmer enligt diagnosmanualer och därefter välja en för diagnosen evidensbaserad metod för behandling. I resultaten från avdelningen framhävs dock att patienter frekvent inkommer till avdelningen med psykisk ohälsa som eventuell produkt av eller symptom på sociala problem, där kärnan till problemet måste beaktas och tas om hand för att komma vidare. Ett allt för snävt fokus på klinisk återhämtning riskerar skapa en endimensionell bild av människan där sociala problem kan förbises vilket ger dåligt behandlingsresultat och risk för medikalisering av sociala problem.

Vad som ytterligare ställer till det, som tidigare redogjorts för, är att en helt annan aktör tar vid och handhar de sociala problemen samt utgör stödet till patienten efter att denne skrivs ut. Patienter med komplexa behov möts av en fragmentarisk vård-, omsorg- och stödorganisation. En enskild patienten kan vara i behov av inbyggande vård, öppenvård inom hälso- och sjukvård samt stöd från kommunal vård och omsorg samtidigt som den har insatser från socialtjänst eller kanske utreds för att få stödinsatser inom LSS. Kommun och region organiserar sina verksamheter under olika namn, tak och avdelningar. Bara genom att

titta på språkbruket hos den ena eller andra verksamheten får man en bild av ett splittrat och svåröverskådligt system. En och samma person kan benämnas som patient inom sjukvården, klient inom socialtjänsten och kanske brukare inom kommunens omsorg. Personen kan ha en genomförandeplan med en aktör, en åtgärdsplan hos en annan och en vårdplan hos en tredje. Med lite tur, utöver andra planer, har personen även en samordnad individuell plan med alla aktörer tillsammans, vilket förhoppningsvis underlättar för patienten och bidrar till samverkan och uppföljning. Trots omfattande försök till statlig styrning för att få till samverkan i form av lagstiftning, reformer, utredningar och projekt, finns fortfarande mycket att önska (SOU 2016, s.211). Vårdvalsreformen kan sägas haft negativa effekter med ytterligare fragmentering, då det medfört flerfaldigt fler utförare av insatser som patienter och samverkanspartners ska förhålla sig till samt att upphandlingar kan byta ut vårdgivare efter hand (SOU 2016). I återhämtningsinriktat arbete poängteras att leveransen av insatsen och samarbetet angående densamma oundvikligen påverkar utfallet (Bogarve & Ershammar 2012 s.88). Förutom i undantagsfall så har patienterna ingen aktör eller samordnare som ansvarar för helheten i vården. Trots stark evidens, nationella riktlinjer och goda lokala erfarenheter sedan reformen 1995 är samordnande roller genom insatser som case managers i form av ACT-team eller personliga ombud fortfarande relativt ovanliga (Markström et al, 2015). Inte sällan behövs en möjliggörare, både för att få kunskap om eller tillgång till insatser och för att få aktörerna att samverka med varandra. Respondenterna vittnar om en svåröverskådlig stödapparat med uppdelat stöd från olika aktörer, att tidspress och kunskapsbrist hos personal är sådant som hindrar arbetet med stöttning till patientens personliga återhämtning. Man ser att sociala frågor spelar stor roll för patienternas hälsa samt en problematik i att dessa inte adresseras vilket kan hindra en återhämtning, leda till försämrade behandlingsresultat eller helt enkelt förstärka ohälsa och direkt leda till ohälsa. Dock visar det sig att den samverkande kuratorn med sitt psykosociala perspektiv spelar en viktig roll på avdelningen och bland annat kan väga upp ett alltför ensidigt fokus på klinisk återhämtning, se till den psykosociala delen av behandlingen och förmedla kunskap om och kontakt till aktörer utanför avdelningen som arbetar för patientens personliga återhämtning. Genom att verka som tolk mellan aktörer och brobyggare för möjliga insatser via kommunen samt bidra med psykosocialt perspektiv i teamarbetet på avdelningen bidrar kuratorn till teamets holistiska hälsoperspektiv.

Socialt arbete i hälso- och sjukvård går i linje med och är viktigt för en återhämtningsinriktad praktik. Genom att komplettera med ett psykosocialt perspektiv i en medicinsk kontext samt

samverka med berörda aktörer är kuratorn viktig i skapandet av ett holistiskt hälsoperspektiv vilket även kan motverka medikalisering av sociala problem.

7 Diskussion

Denna studie har ämnat undersöka vilka utmaningar personalen på en psykiatrisk heldygnsavdelning ser samt vad som främjar arbetet med att stötta patienternas personliga återhämtning i förhållande till socialt arbete i hälso- och sjukvård. Vidare har kurators roll gällande stöttnings av patienters personliga återhämtning närmare undersökts.

Respondenterna vittnar om en verksamhet med en stark medicinsk och klinisk bas, där huvudfokus är stöttning till klinisk återhämtning, inte personlig återhämtning. Vidare identifierar man en splittrad vårdapparat med dubbla huvudmän som försvårar arbetet med patienternas personliga återhämtning. Det förekommer en tendens till en pessimistisk eller cynisk syn på patienten och dess återhämtning från personalens sida samt ett tidvis avskärmande från patienten vilket inte går i linje med en återhämtningsinriktad praktik. Vad som dock även framkommer är att samtliga respondenter poängterar vikten av socialt arbete och ger uttryck för en holistisk syn på hälsa inom heldygnsvården, vilket kopplas till arbetet med att stötta patienternas personliga återhämtning. Det öppna avdelningsformatet främjar en holistisk syn på hälsa, där både klinisk och personlig återhämtning beaktas och stigmatisering av patienter kan förebyggas. Vidare tolkas det goda arbetsklimatet samt det välfungerande, multiprofessionella teamarbetet som främjande för ett holistiskt hälsoperspektiv, i linje med personlig återhämtning. Kuratorn med sin samordnande roll och sitt psykosociala perspektiv bidrar också med att främja en återhämtningsinriktad praktik bland annat genom att överbrygga de hinder som framkommit avseende ett för ensidigt medicinskt fokus samt ett för patienten splittrat stödsystem.

Vissa av utsagorna som framkommer i intervjuerna kan tyckas likna retoriska svar utifrån givna måldokument om patientcentrerad vård. Utan att ha gjort en observationsstudie stämmer dock utsagorna väl med uppsatsförfattarens allmänna intryck av arbetet som bedrivs, detta utifrån att ha gjort sin kuratorspraktik på arbetsplatsen under två terminer. Dessutom reflekterar respondenterna kritiskt över exempelvis både faran i ett allt för ensidigt kliniskt fokus samt problematiken med en pessimistisk syn av patienterna och deras återhämtning. Det tycks utifrån respondenternas utsagor finnas risker med att inte arbeta mot personlig återhämtning. Möjlig medikalisering och dåliga behandlingsresultat eller i värsta fall

skapandet av psykisk ohälsa är sådant som nuddats vid i resultaten. Det ser onekligen ut som att de öppna dörrarna öppnar upp för fler möjligheter, genom att verka för en holistisk syn på hälsa samt avstigmatisera psykiatripatienten. Ett gott multiprofessionellt teamarbete i ett gynnsamt arbetsklimat växelverkar vilket gynnar patientens återhämtning. Kuratorns roll som samordnare och med sitt psykosociala perspektiv ger vården en mer holistisk prägel och kuratorn tycks oumbärlig i arbetet för personlig återhämtning.

Trots stora framsteg där patienter som erhåller vård för psykisk ohälsa gått från att benämnas som "dårar" till sedermera "sinnessjuka" och numera delaktiga patienter med rätt att bestämma över sin egen vård, så lever problematik med stigma kvar och behöver motarbetas. I en sluten värld som en psykiatrisk avdelning är, där hög arbetsbelastning råder och professionella möter ett stort inflöde av patienter med svår psykisk ohälsa riskerar man som professionell att vara del i att skapa och vidmakthålla stigma. Öppna dörrar ser ut att kunna bidra till minskat stigma av patienterna och en mer holistisk syn på hälsa. Den öppna avdelningen där empirin inhämtats är den enda i sitt slag i Sverige och är ett betydligt vanligare format i andra länder. Kanske kan fler öppna avdelningar vara en del av det perspektivskifte som talas om som nödvändigt inom återhämtningsforskningen, för att se patienten som kapabel och en resurs i vården där hela människan tas i beaktande relaterat till hennes återhämtning? Oavsett vore det intressant med vidare forskning på hur de öppna dörrarna inverkar på vården, patienten och personalen samt att titta på hur den inneliggande vården skulle kunna förbättras i arbetet med personlig återhämtning.

Vad som ytterligare har väckt nyfikenhet är forskning gällande samverkan, vilka roller och vilket uppdrag regionsjukvård respektive socialtjänst och andra kommunala verksamheter bör ha när det kommer till vård och stöd till personer med psykisk ohälsa. Just nu utreds samordning gällande specifikt samsjuklighet men kanske vore en liknande utredning intressant även för de många människor med psykisk ohälsa som behöver insatser från olika aktörer samtidigt.

Genom arbetets gång har förståelsen för kuratorns roll på den psykiatriska avdelningen ökat inte minst i avseendet att patienterna ska kunna få tillgång till hela den palett av vård och stöd som kan behövas i vägen mot återhämtning från svår psykisk ohälsa. Samverkan och ett psykosocialt perspektiv är till synes oumbärligt i den medicinskt präglade värld som är en

sjukhusavdelning. Den numera legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorn kan möjligtvis få en för omvärlden allt tydligare roll framöver.

8 Referenslista

Ahrne, Göran, Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber

Antonovsky, Aaron (1987) *Hälsans mysterium*. Natur & Kultur: Stockholm

Anthony, William.A (1993) *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11-23

Blom, Björn, Lalos, Ann, Morén, Stefan & Olsson, Mariann (red.) (2014). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur

Bogarve, Camilla & Ershammar, David (2018) *Att arbeta Återhämtningsinriktat*. I: Bogarve, Camilla, Bogarve, Camilla, Ershammar, David & Rosenberg, David (2018). *Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder: möjlighetens metoder för en ny praktik*. Stockholm: Gothia Fortbildning

Borg, Marit, & Kristjana Kristiansen (2008) *Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway*. Disability & Society 23.5 : 511-523.

Brante, Tomas (2009). *Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner*. I: Larsson, Maria (red.). *Vetenskap för profession*. Högskolan i Borå

Brown, Phil (1998) *The transfer of care- psychiatric deinstitutionalization and its aftermath*. London: Routledge

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Burti, Lorenzo & Mosher, Loren (2003) *Attitudes values and beliefs of mental health workers*. Epidemiol. Psychiatry soc 12 (4), 227-231

Carpenter Jr, William & Kirkpatrick, Brian. (1988) *The heterogeneity of the long-term course*

of schizophrenia. Schizophrenia bulletin 14.4: 645-652.

Caltaux, Denise (2003) *Internalized Stigma: a barrier to employment for people with mental illness*. International Journal of therapy and rehabilitation, 10, 539-543

Corrigan, Patrick W (2002) *Empowerment and serious mental illness: treatment and partnerships and community opportunities*. Psychiatric Quarterly, 73 (3), 217-228

Dahlgren, Göran, and Margaret Whitehead (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe*. No. 2007: 14. Institute for Futures Studies, 1991.

Davidson, Larry, O'Connell, Maria, Tondora, Janis, Lawless, Martha, & Evans, Arthur (2005). *Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle?*. Professional Psychology: Research and Practice, 36 (5), 480.

Denhov, Anne (2007) *Hjälpande relationer i psykiatrisk öppenvård: en intervjustudie*. Magisterexamen. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete

Edwards, Jane, Maude, Dana, McGorry, Patrick, Harrigan, Susan, & Cocks, John (1998). *Prolonged recovery in first-episode psychosis*. The British journal of psychiatry, 172 (S33), 107-116

Ershammar, David & Bracken, Rickard (2018) *Stigmatisering som hinder för individens och samhällets utveckling I: Bogarve, Camilla, Ershammar, David & Rosenberg, David (2018) Rehabilitering och stöd för återhämtning vid psykiska funktionshinder: möjlighetens metoder för en ny praktik*. Andra upplagan Stockholm: Gothia fortbildning

Grim, Katarina (2019) *Legitimizing the knowledge of mental health service users in shared decision making. Promoting participation through a web-based decision support tool*. Doktorsavhandling. Falun: Universitetet i Dalarna institutionen för hälsa och välfärd

Goffman, Erving (2020) *Stigma: den stämplades roll och identitet*. Femte upplagan Lund: Studentlitteratur

Hansson, Lars (2011) *Psykisk ohälsa: attityder, kunskap och beteende*. En befolkningsundersökning. CEPI

Harboe, Thomas (2013). *Grundläggande metod: den samhällsvetenskapliga uppsatsen*. 1. uppl. Malmö: Gleerup

Harding, Courtenay & Hall, Morgain. (1997). *Long-term outcome studies of schizophrenia: do females continue to display better outcome as expected?* International Review of Psychiatry, 9(4), 409-418.

Hugo, Malcolm (2001) *Mental Health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8, 419-425

HM Government (2011) *No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages*. London: Department of health

Holen, Mari, Jørgensen, Kim & Praestegaard, Jeanette (2020). *The conditions of possibilities for recovery: A critical discourse analysis in a Danish psychiatric context*. Journal of clinical nursing 29.15-16: 3012-3024.

Jacobsen, Dag Ingvar (2012). *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Johnsson, Eva (2020-09-04) Föreläsning: *Framväxten av kuratorsyrket*. Lunds universitet Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet

Johnsson Eva och Lennart G Svensson (2019). *Psykosociala integrationens fält*. I: Brante, Thomas, Svensson, Kerstin & Svensson, Lennart G. (red.) (2019). *Det professionella landskapets framväxt*. Lund: Studentlitteratur.

Klamas, Maria (2010) *Av egen kraft tillsammans med andra. Personer med psykiska funktionshinder, socialt stöd och återhämtning*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete

Korp, Peter (2016) *Vad är Hälsopromotion?* Lund: Studentlitteratur

Kullberg, Karin (2011). *Socionomkarriärer: Om vägar genom yrkeslivet i en av välfärdsstatens nya professioner*. Avhandling på Institutionen för socialt arbete. Göteborg: Göteborgs universitet

Leamy, Mary, Bird, Victoria, Le Boutillier, Clair, Williams, Julie, & Slade, Mike. (2011). *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. The British Journal of Psychiatry, 199(6), 445-452.

Lundberg, Bertil (2010) *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Lund: department of Health Sciences, Lunds universitet

Markström, Urban (2020) *Det Samhällsbaserade arbetet efter institutionerna*. I: Brunt, David, Bejerholm, Ulrika, Markström, Urban & Hansson, Lars (red.) (2020) *Att leva med psykisk ohälsa- Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* Lund: Studentlitteratur

Markström, Urban (2020b) *Implementering- att omsätta policy och forskning till praktik*. I: Brunt, David, Bejerholm, Ulrika, Markström, Urban & Hansson, Lars (red.) (2020) *Att leva med psykisk ohälsa- Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* Lund: Studentlitteratur

Markström, Urban (2019) *Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning- etablering av ett nytt verksamhetsfält*. Socialvetenskaplig tidskrift 2019:3-4

Markström, Urban & Lindquist Rafael (2015) *Establishment of community mental health systems in a post-deinstitutional era: a study of organisational structures and service provision in Sweden*. Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation. 14 (2), 124-144

Medin, Jennie & Alexandersson, Kristina (2000) *Hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur

Mental health commission (2012) *Blueprint II: How things need to be*. Wellington: Mental

health commission

Mental health commission of Canada (2012), *Changing directions- changing life. The mental health strategy for Canada*. Calgary: Mental health commission of Canada

Munthe Christian, Sandman Lars, Cutas Daniela. (2012): *Person Centred Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health and Research*. Health Care Analysis, 20: 231-249.

Nationalencyklopedin, holism. <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/holism>
(hämtad 2021-08-25)

Ordbok över svenska språket. Bd 12, Hyde-Instruktör, H. 117/121, Hyde-Höxe. (1932). Lund: Lindstedts univ.-bokh.

Rabenschlag, Franziska, Konrad, Albrecht, Rueegg, Sebastian & Jaeger, Matthias. (2014). *A recovery-oriented approach for an acute psychiatric ward: is it feasible and how does it affect staff satisfaction?* Psychiatric Quarterly, 85(2), 225-239.

Rosenberg, David (2009) *Psychiatric disability in the community: surveying the social landscape in an post-deinstitutional era*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet, institutionen för socialt arbete.

Rosenberg David & Schön, Ulla-Karin (2020) *Återhämtning- från idé till praktik*. I: Brunt, David, Bejerholm, Ulrika, Markström, Urban & Hansson, Lars (red.) (2020). *Att leva med psykisk funktionsnedsättning: livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur

SAMSHA (2021) *SAMSHAs working definition of recovery*. [SAMHSA's Working Definition of Recovery](#) Hämtat 2021-08-23

SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2017:612 *Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet

Schön, Ulla-Karin (2009). *Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa*
Doktorsavhandling, Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete

Schön, Ulla-Karin (2018) *Vad avses med återhämtning?* I: Bogarve, Camilla, Bogarve, Camilla, Ershammar, David & Rosenberg, David (2018). *Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder: möjlighetens metoder för en ny praktik*. Stockholm: Gothia Fortbildning

Slade, Mike (2009) *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). *Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen

SOU 1991:47 *På väg – exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda*. Delbetänkande av Psykiatriutredningen. Stockholm: Socialdepartementet

SOU (S 2020:08) *Samsjuklighetsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet

Starrin, Bengt (2011) *Skam, Stigma och psykisk ohälsa*. I: Sundgren, Magnus & Topor, Alain (red): *Psykiatri som socialt arbete*. Stockholm: Bonniers

Whitehorn, David, Lorraine Lazier, & Lili Kopala. (1998) *Rehab Rounds: Psychosocial Rehabilitation Early After the Onset of Psychosis*. *Psychiatric Services* 49.9: 1135-1147.

Stokols, Daniel (1996) *Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community*

Health Promotion. American Journal of Health 10(4): 282-98

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

Topor, Alain. *Kan psykiatrin bli återhämtningsinriktad? -Psykiatrins praktik och kunskap kontra brukarpraktik och kunskap.* Tidsskrift for psykisk helsearbeid 8.04: 303-312.

Topor, Alain (2018) *Alain Topor- psykiatrin kan inte lösa samhällsproblem.* Video producerad av idéella föreningen Equal, publicerad 2018-08-28. Stockholm: Equal [Alain Topor - psykiatrin kan inte lösa samhällsproblem](#) Hämtat 2021-08-25

Vetenskapsrådet (2017) *God forskningsed.* Stockholm: Vetenskapsrådet.

9 Bilaga 1.

Information till dig som arbetar inom psykiatrisk heldygnsvård och kan tänka dig att medverka i denna undersökning om professionellas erfarenheter av att arbeta med stöd till personlig återhämtning hos patienter.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

Vad jag vill undersöka

Under 2000-talet har man inom psykiatrin haft ett ökat fokus på att arbeta återhämtningsinriktat. Återhämtning delas ofta in i klinisk och personlig återhämtning. Klinisk återhämtning handlar bland annat om symtomlindring, att sträva mot att bli frisk och fri från besvär och därmed inte längre uppfylla diagnoskriterierna. Personlig återhämtning definieras av patienten själv och studier visar att definitionen ofta handlar om att utveckla en ny förståelse av sina erfarenheter, få känna en meningsfullhet och ett välbefinnande trots symptom, känna ansvar och delaktighet, återfå hopp och göra egna val. Till skillnad från klinisk återhämtning så behöver personlig återhämtning inte innefatta att bli "frisk" eller symptomfri.

Det har gjorts en hel del forskning där man undersökt vad patienter med svår psykisk sjukdom upplever som hjälpsamt i resan mot personlig återhämtning. Det finns däremot mindre forskning vad gäller professionellas upplevelser av att arbeta återhämtningsinriktat.

Jag vill undersöka vilka erfarenheter och tankar du som arbetar med psykiatrisk heldygnsvård har av att arbeta med stöd till patientens upplevda, personliga återhämtning.

Metod

Studien är en empirisk kvalitativ undersökning som utförs genom semistrukturerade intervjuer. Materialet kommer att analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. För att få en så representativ bild som möjligt av arbetet som bedrivs på avdelningen, önskar jag intervjua personer från de olika professioner som stadigvarande arbetar med patientarbete på avdelningen. Jag kommer alltså vilja intervjua skötare, sjuksköterskor, läkare, kurator och enhetschef och min förhoppning är att kunna utföra ca 7-8 intervjuer. Du tillfrågas att medverka i studien utifrån din profession och den erfarenhet du har av att arbeta med psykiatrisk heldygnsvård.

Intervjun tar ca 30-60 minuter.

Resultatet av arbetet kommer att presenteras i form av en uppsats och presentationen sker offentligt på Campus Helsingborg, Lunds universitet den 2 juni 2021.

Den färdiga uppsatsen kommer även att presenteras på avdelningen samt publiceras via LUP-Lund University Publications.

Hantering av data och konfidentialitet

Inga personuppgifter kommer att samlas in. Då det empiriska underlaget i studien är begränsat är risken större att det går att identifiera medverkande personer. Intervjuerna sker dock helt anonymt och uttalanden kommer inte att kopplas till vare sig namn eller profession.

Eventuellt kan uttalanden behöva kopplas till grupperna medicinsk respektive paramedicinsk personal i resultatet och då endast om det anses relevant i sammanhanget. I de fall situationer kopplade till specifika patienter som vi arbetat med kommer på tal råder ordinarie sjukvårdssekretess. Utsagor gällande situationer med patienter kommer självklart endast användas som generella uttalanden och inga patienter kommer att lämnas ut eller kunna identifieras i uppsatsen. Det insamlade materialet kommer att behandlas med konfidentialitet. Endast uppsatsförfattaren och dennes handledare kommer ha tillgång till det material som intervjuerna ger. Ljudfilerna kommer att förvaras på intervjuarens personliga, låsta dator fram tills dess att transkriberingen är utförd, därefter kommer filerna att kastas. Varken ljudfilerna eller det transkriberade materialet kommer att vara kopplat till namn eller profession. Transkriptionen kommer att analyseras och användas i uppsatsen för att sedan kasseras.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga.

Lund 19 mars 2021

Student Maria Cederfeldt

maria.cederfeldt.7585@student.lu.se

Handledare

Helena Hansson

helena.hansson@soch.lu.se

10 Bilaga 2

Intervjuguide

Vad får du för tankar kring *klinisk återhämtning* (symptomlindring etc) kontra *personlig återhämtning* (delaktighet, meningsfullhet, egenmakt etc)? Ser du någon vinning av att föra ihop klinisk återhämtning och personlig återhämtning? Kan de gå i hand i hand? Vad har det psykosociala arbetet för betydelse i detta? Kan det brygga mellan? Vad har kuratorn för betydelse i det arbetet?

Vad är organisationens (haldygnsvårdens) räckvidd och begränsningar i förhållande till att arbeta med personlig återhämtning? Kan det psykosociala arbetet på något vis väga upp för begränsningarna? Kan kuratorn väga upp? Vad är det kuratorn gör i så fall?

Hur ser arbetet mot att stödja personlig återhämtning ut på er specifika avdelning (eventuellt jämfört med andra arbetsplatser du arbetat på)? Hur ser du på det psykosociala arbetet här på den öppna avdelningen kontra en stängd avdelning? Kuratorns arbete? (delaktighet, jobba ut patienten, helhetsgrepp, vilket fokus?)

Enligt studier och erfarenhet är vägen mot återhämtning komplex och individuell, det finns inga enkla standard-lösningar.

Men om du fick generalisera: Utöver vad som behövs för klinisk återhämtning, vilka komponenter är viktiga i avdelningsarbetet, för att stötta patienter i deras väg mot personlig återhämtning anser du?

Hur ser du (som läkare/chef/skötare/sjuksköterska/kurator) på det arbete som socionomen/kuratorn bedriver på en avdelning, för att stötta patienter mot personlig återhämtning? Hur ser du på kuratorns roll?

Hur ser du på samverkan med en kurator/socionom? Vad kan en kurator hjälpa till med? Hur kan ni hjälpa varandra? (till kuratorn: hur hjälper ni varandra utifrån era olika professioner? Vad hjälper du andra professioner med?) (till chefen: hur ser du på samverkan mellan kurator och andra professioner på en avdelning?)

I ljuset av det jag pratat om inledningsvis (avinstitutionalisering / post-avinstitutionalisering) och utifrån dina erfarenheter inom heldygnsvården, ser du några förändringar över tid mot ett arbete mer inriktat mot personlig återhämtning? Kuratorns roll över tid? Socialt arbete inom heldygnsvården? Vad specifikt? (kuratorn som terapeut kontra socialarbetare?) (patientens delaktighet, självbestämmande, fokus på styrkor, vård utifrån det individuella behovet etc).

Finns det utvecklingspotential? När är det vi inte lyckas bidra till patienternas återhämtning? Vad behöver vi bli bättre på? Bör det psykosociala arbetet förändras på något vis? kuratorns arbetsuppgifter? (involvera anhöriga?)

Forskning visar på att stigma och självstigma kan vara ett av dom största hindren för framgångsrik behandling, rehabilitering och integrering.

Är det något du upplever i patientarbetet?

Vad tror du vi kan göra för att (i viss mån) röja dessa hinder, utifrån arbetet inom heldygnsvården? Hur kan kuratorn bidra?