



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Kandidatuppsats

Att läka i naturen
To recover in nature

Emma Grahn

Kandidatuppsats VT 23

Handledare: Ingela Steij Stålbrand
Examinator: Patric Nordbeck

Abstract

The aim of this study was to examine four female patients' experiences of two different types of health care facilities. The patients had been treated for psychiatric disorders in a psychiatric patient facility in a hospital environment and also in a nature- and animal assisted healthcare facility. In addition, the aim of this study was to take part of their personal comparisons and any similarities and differences between these health care facilities. The four participants in this study were between 22-57 years of age, and they participated in a semi-structured interview. The interviews were transcribed and processed through a realistic, thematic analysis. Five themes were identified: Autonomy and power, effect of time, stress-bureaucracy, natural environment and animals and inequalities in care. These five themes described the respondent's experiences of autonomy within the psychiatric care, and of stress and bureaucratic obstacles during their period of medical leave. The differences between the two health care facilities and the patients' experiences are described in the last and final theme. According to the biopsychosocial model, we explore the results of the interviews through the different coping strategies which the respondents had been using. Since there is a lack of comparative studies between nature- and animal assisted therapy and psychiatric care, this study aims to give an indication on how female patients experience the two in a comparative perspective. The result shows similarities and differences in the participants' experiences of psychiatric care. Furthermore, the discussion covers their strategies to handle stressors and describes suggestions for future research which could contribute to the recovery for those on medical leave.

Keywords: nature-and animal assisted therapy, mental illness, coping, biopsychosocial model, psychiatric care, patient experiences

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka fyra kvinnliga patienters upplevelser av två olika typer av vårdinrättningar. De respondenter som deltagit i studien har tidigare behandlats för psykisk ohälsa under sin sjukskrivning, dels i den öppensykiatriska sjukhusmiljön, men även i en medicinskt natur- och djurunderstödd vårdinrättning. Vidare var syftet med studien att få ta del av patienternas egna jämförelser och eventuella likheter och skillnader i upplevelser mellan vårdinrättningarna. Respondenterna var fyra kvinnor i åldersspannet 22-57. De deltog i studiens semistrukturerade intervju som senare transkriberades och bearbetades genom en realistisk, tematisk analys. Fem huvudteman identifierades; autonomi och makt, tidens påverkan, stress-byråkrati, naturlig miljö och djur samt olikheter i vårdformer. Dessa teman beskriver deltagarnas upplevelser av autonomi inom psykiatrisk vård, stress och byråkratiska hinder under deras sjukskrivningsperiod samt hur upplevelsen att få tillfriskna utanför en sjukhusmiljö kan vara. Olikheter mellan de två vårdformerna och hur upplevelsen av dessa varit beskrivs i det sista och avslutande temat. Utifrån den biopsykosociala modellen utforskas intervjuresultatet tillsammans med de copingstrategier som deltagarna har använt sig av. Då det idag saknas jämförande studier på natur -och djurunderstödd terapi och den öppensykiatriska vården kan denna studie ge en indikation på hur kvinnliga patienter upplever vårdinrättningarna i ett jämförande perspektiv. Studien kan vara hjälpsam för vårdgivare och även för individer som lider av psykisk ohälsa. Diskussionen delger likheter och skillnader i patienternas upplevelser av vård och vad som påverkar denna. Dessutom diskuteras strategier för att hantera stressorer och förslag på framtida forskning som skulle kunna underlätta tillfrisknandet för sjukskrivna patienter.

Nyckelord: natur- och djurunderstödd terapi, psykisk ohälsa, coping, biopsykosocial modell, psykiatrisk vård, patientupplevelser

Tack!

Stort tack till deltagarna i studien, tack för att ni orkade dela med er av era upplevelser av psykiatrisk vård. Stort tack även till min handledare för uppmuntran och visdom!

Att läka i naturen

Forskning visar att relationen mellan vårdgivare och vårdtagare påverkar resultatet för rehabilitering och tillfrisknande. Faktorer som arbetsallians och vårdtagarens upplevda autonomi har inverkan på utfallet. Det har även visat sig att den omgivande miljön är viktig och påverkar resultatet för behandlingen (Wijk & Nordin, 2017).

Föreliggande studie undersöker eventuella skillnader och likheter i kvinnliga patienters upplevelser inom psykiatrisk vård. Studien jämför kvinnliga patienters upplevelser från traditionella öppensykiatriska behandlingsformer i en inomhusmiljö. Deltagarna i denna studie har därtill erfarenheter av den medicinskt natur- och djurunderstödda behandlingen i en utomhusmiljö.

”Health is created and lived by people within the settings of their everyday life: where they learn, work, play and love” (WHO 1986: Folkhälsomyndigheten, 2022). Psykisk hälsa är inte endast avsaknad av psykisk sjukdom utan ett subjektivt välbefinnande där individer klarar livets utmaningar med arbete och svårigheter på ett adekvat sätt. Psykisk ohälsa graderas i svårighetsgrader och korrelerar med låg inkomst och socioekonomisk utsatthet. Det finns viss könsskillnad och unga kvinnor är överrepresenterade (Folkhälsomyndigheten, 2022). Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för mindre allvarliga symptom under kortare tid såsom nedstämdhet och sömnsvårigheter, såväl som svårare psykiatriska tillstånd och diagnoser. Psykiatriska tillstånd innebär en diagnostiserad psykisk ohälsa där olika symptom funnits en längre tid och där individens funktionsförmåga är nedsatt. Tillståndet kan även delas in i neuropsykiatriska nedsättningar, syndrom och även psykiska sjukdomar (Vårdgivarguiden, 2023). Psykiatrisk vård kan ges i slutenvård och i öppenvård som innefattar all vård där patienten inte blir inlagd. Patienter kan remitteras av sin vårdcentral till den öppensykiatriska mottagningen och även söka vård på egen hand. Den vanligaste behandlingen som erbjuds är medicinering och olika former av samtalsterapi.

Förutsättningarna att hantera psykiska påfrestningar beror på biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Dessa faktorer avgör vem som blir sjuk, av vad och hur läkningen kan ske. Att få adekvat vård vid psykisk ohälsa och att få den bästa möjligheten till läkning ligger inte bara i den enskilda individens intresse, utan är viktigt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa är den största enskilda orsaken till att sjukpenning betalas ut. Kvinnor löper 31% högre risk att sjukskrivas på grund av psykiatriska diagnoser i jämförelse med män. Vid stressrelaterad psykisk ohälsa är det ännu större skillnad från männen

med 41% ökad risk. Detta visar en longitudinell studie som gjorts på den arbetsföra befolkningen i Sverige år 2017 och 2018, i åldrarna 20–69 år (Försäkringskassan, 2023).

Enligt patientlagen har patienten rätt att få adekvat information om sina vårdmöjligheter och behandlingar samt att bli bemött med respekt och möjlighet till självbestämmande (Patientlagen, 2014). Patienters upplevelser från psykiatrisk slutenvård har varit fokus för en aktuell studie (Nyttingnes et al., 2016). Denna undersöker tvång och informellt tvång och hur detta resulterar i ett sämre behandlingsresultat och en sämre terapeutisk allians.

Att vårdmiljön varit viktig för läkning och hälsa är något man tagit fasta på i varierande grad under hela den senmoderna eran (Eklöf, 2011). Vårdmiljön påverkar patientens möjlighet till tillfrisknande. Detta har visat sig vara relevant för fysiska åkommor så väl som psykiska (Wijk & Nordin, 2017). Till vårdmiljö räknas faktorerna ljud, ljus, inredning och placeringar samt även miljön utanför vårdinrättningen. Inom den psykiatriska vården idag är behandling av patienter huvudsakligen förlagd till sjukhusbyggnader med olika typer av omgivningar samt med en för varandra liknande inredning, inomhus.

Vårdmiljön

Att promenera i naturen kan fungera som en stämningshöjare och även påverka minnet positivt för de patienter som lider av depression (Berman et al., 2012). Som ett komplement och till viss del alternativ till existerande vårdmöjligheter, har naturunderstödd rehabilitering (NUR) kommit att bli allt vanligare i Sverige. Naturunderstödd rehabilitering tar fasta på vårdmiljöns påverkan på behandlingsresultatet och all behandling sker med naturen som behandlingsmiljö. Miljön skiljer sig med andra ord markant från en traditionell vårdinrättning inomhus. Det bedrivs projekt tillsammans med lantgårdar där patienter med utmattningssyndrom, depression och ångest kan behandlas i samarbete med vårdkontakter på vårdcentral eller öppenspsykiatri, bland annat i region Skåne (Vårdguiden, 2023). Rehabiliteringen är utformad med aktiviteter och vila i små grupper på gårdar, i naturen.

Som en del av NUR finns även Medicinsk naturunderstödd terapi (MNT) vilket innebär att personalen på lantgården eller anläggningen dessutom är legitimerad vårdpersonal. Detta till skillnad från de andra former av natur- och djurunderstödd terapi där detta inte är ett krav.

Det finns därtill två former av naturunderstödd terapi (NUR) där forskning visat positiva resultat på stressrelaterad ohälsa: Trädgårdsterapi samt Hästunderstödd terapi (HUT) (Håkanson et al., 2008). Trädgårdsterapi utförs i små grupper av deltagare under en noga anpassad tidsplan med aktiviteter och vila i den fysiska trädgården (Grahn & Ottosson, 2010).

HUT innebär att hästar används inom rehabilitering som en samarbetspartner för patienter med fysisk funktionsnedsättning för ökad kroppskänedom, koordination och stabilitet. HUT används även inom behandling av psykisk ohälsa med syftet att förbättra måendet (Socialstyrelsen, 2019). Det pågår en longitudinell studie vid Högskolan i Halmstad (2023) som undersöker effekten av HUT som behandling för barn med psykisk ohälsa.

Det finns stöd för att det finns en tydlig förbättring av psykisk hälsa under sjukskrivningar vid naturunderstödd rehabilitering (Sahlin et al., 2015) och därtill signifikanta resultat på förbättring av depression vid trädgårdsterapi i Hongkong (Kam & Siu, 2010).

Relation och självbestämmande

Autonomi inom vården innebär att patienten ska få vara delaktig i sin egen vård. Tidigare studier gjorda på patienter inom psykiatrisk vård visar på att tvång och informellt tvång är förekommande men även att patienter upplever brist på självbestämmande (Sjöström, 2006). I sammanhanget innebär detta att patienten ska få möjlighet att påverka valet av behandlingsform, och för detta krävs att patienten är införstådd med möjliga utfall och eventuella biverkningar. Denna inkludering i patientens egen behandling förutsätter att vårdpersonal är villig att inkludera patienten i processen och på så sätt skapa ett partnerskap. En studie gjord i Australien på relationen och beslutstagande mellan patienter och sjuksköterskor visar att i de flesta fall tas inte patienten med i beslutstagandet (Henderson, 2003) Vidare skall patienter bemötas på ett respektfullt sätt av vårdgivare då även bemötande påverkar läkandet. I en studie gjord på kirurgiska avdelningen vid Uppsala universitetssjukhus, framkommer av de anmälningar som gjorts om bristfällig vård, att de vanligast förekommande orsakerna till anmälan beror på att patienten har fått bristande information, eller upplevt bristfällig respekt och empati från vårdgivaren (Jangland et al., 2011). Vikten av en välfungerande relation bekräftas i Janglands senare doktorsavhandling (2011) och även i en studie som undersöker patientupplevelser av makt och informellt tvång (Stråby, 2022).

Den relation som uppstår mellan patient och terapeut eller annan vårdpersonal benämns som terapeutisk allians eller arbetsallians. Forskning visar att alliansen är viktig för behandlingens resultat. Det finns en korrelation mellan en välfungerande allians och ett positivt behandlingsutfall (Baldwin et al., 2007). Terapeutens bidrag till forandet av arbetsalliansen är viktigare för resultatet än vad patientens bidrag till relationsskapandet är (Horvath, 2001), vilket bekräftas i en senare metaanalys (Del Re et al., 2012).

I en nyligen utförd intervjustudie (Holmström, 2021), visades att sociala tjänstehundförare (människor som i sitt yrke arbetar i team med sin tjänstehund) upplever en positiv effekt i relationen med vårdtagaren och en förstärkt arbetsallians. Hundens närvaro inverkar positivt på samtal mellan tjänstehundföraren och vårdtagaren.

Kontakt med djur

Oxytocin är ett hormon som påverkar vår hälsa och vårt välbefinnande, samt bidrar till vårt läkande och verkar stressreducerande. Forskning har visat att stressreaktionen i amygdala, vid hotande stimuli, blir mindre om oxytocin administrerats nasalt innan stressreaktionen utlöses (Kumsta & Heinrichs, 2013). Oxytocin har en gemensam funktion hos alla däggdjur och påverkar vårt sociala beteende och vår hälsa. Forskning visar att oxytocin påverkar välmåendet hos präriesorkar (*Microtus ochrogaster*) om det administreras till djur som hålls i isolation. Präriesorkar är inte helt olik människor, parlevande flockdjur som vid isolering snart uppvisar symptom på depression (Grippe, 2009). Hormonet frigörs vid födsel hos däggdjur och bidrar till att den nyfödda och modern knyter an till varandra (Carter et al., 2020). Nivån av oxytocin i kroppen ökar vid beröring och närhet mellan människor. Men även mellan människa och djur. Det är inte endast beröring som frisätter oxytocin utan även andra sensoriska intryck, såsom doft eller genom syn, exempelvis vid ögonkontakt. En regelbunden höjning av oxytocinnivåer ger en mer ihållande positiv effekt, som kan verka antidepressivt och smärtreducerande (Uvnäs-Moberg & Petersson, 2004). Då hormonet samverkar med våra endorfinmekanismer och vårt sociala beteende, påverkar det även vår förmåga att söka stöd genom interaktioner i en för oss stressfylld situation (Chen et al., 2017).

Djurunderstödda interventioner har dessutom visat sig påverka ökat kontaktsökande och sociabilitet hos psykiatriska patienter (Marr et al., 2000). Det sociala och känslomässiga stödet ger i sin tur ytterligare förmåga att hjälpa oss i stresshantering och har således positiva hälsoeffekter. Djurunderstödd terapi har visat sig ha signifikanta resultat på uppmätta ångestnivåer hos inlagda patienter med psykiska ohälsa (Barker & Dawson, 1998) samt i en aktuell metaanalys ses effekter av djurunderstödd terapi och rehabilitering inom autismspektrum, beteendeproblem, fysiskt och psykisk hälsa (Nimer & Lundahl, 2007). Djurs inverkan på andra psykiska tillstånd som PTSD och depression har visat sig vara hjälpsam i en studie som genomförts med hundar och militärveteraner (Kloep et al., 2017).

Biopsykosociala modellen

Den biopsykosociala teorimodellen innebär en utveckling av sättet att se på orsaker till fysisk och psykisk ohälsa. Den är sprungen ur den biomedicinska modellen, där fokus ligger endast på mätbara avvikelser av somatiska variabler, till att ta med sociala och psykologiska faktorer i beaktande (Engel, 1977). Redan under slutet av sjuttioalet argumenterade Engel för en ny modell som inkluderade patientens sociala kontext, samt psykologiska aspekter. Han menade vidare att sjukdomsbilden är mer komplex än i den biomedicinska modellen och att det inte går att dra en tydlig gräns mellan sjukt och friskt. Patienter, menade han, kan ha kliniska sjukdomsfynd och känna sig friska, medan ytterligare andra patienter känner sig sjuka utan kliniska fynd. Vidare menade han att patientens subjektiva upplevelse av sin sjukdom påverkar utfallet och därför ska tas i beaktning. (Engel, 1977)

Den biopsykosociala modellen fokuserar på de sociala och psykologiska orsakerna, såväl som på de medicinska, och är relevant även idag, då forskning visar att sociala faktorer som socialt stöd är en av de viktigaste resurserna som en människa kan ha i en stressande tid eller under en kris. Därtill är bristen därav en av de faktorer som påverkar psykiska hälsa negativt allra mest (Cohen, 2004). Även den psykologiska aspekten av stress, hälsa och sjukdom påverkar hur vi hanterar stressorer genom våra copingstrategier och personlighetstyper (Snyder, 2001).

Idag är modellen flitigt använd av psykologer och andra vårdgivare i sitt yrkesutövande, men har mindre spridning inom medicin och läkaryrket, trots att försök har gjorts att ge modellen ökad användning även inom detta område (Leigh, 2013).

Copingstrategier

Copingstrategier är en förklaringsmodell till hur vi hanterar våra stressorer och enligt Lazarus & Folkman (1984) kan dessa delas upp i tre olika typer av handlingssätt. Den första innebär att individen fokuserar på problemlösning genom att pragmatiskt försöka lösa det som utlöst stressorn, alternativt försöker avvärja stressorn genom att förflytta sig bort från den. Det andra handlingssättet är att individen istället söker emotionellt stöd, genom sociala interaktioner med andra. Det tredje tillvägagångssättet är en emotionsfokuserad strategi, som innebär att individen minimerar eller förnekar stressorn, alternativt flyttar sitt fokus till positiva känslor (Lazarus & Folkman, 1984). Tidigare forskning visar på att det finns olikheter mellan hur individer använder sig av copingstrategier och påverkas bland annat av kön (Hussain & Cochrane, 2003). Olika strategier används av individer för att hantera exempelvis

smärtproblematik och sjukdomstillstånd (Akervall & Engström, 2018) och är aktuellt även för denna studie då deltagarna delger upplevelser av vård och av tiden för deras sjukskrivning.

Syfte och frågeställningar

Det saknas studier över hur kvinnliga patienter upplever sin psykiatriska vård i ett jämförande perspektiv mellan den öppenpsykiatriska och den natur- och djurunderstödda vården. Det finns studier på patientupplevelser inom svensk psykiatri, men jämförelser mellan de olika vårdformerna ur ett patientperspektiv saknas. Engels utveckling av teori från den rent biomedicinska till den biopsykosociala, för in vikten av psykosociala faktorer i behandling.

Syftet med denna kvalitativa intervjustudie är att få en inblick i hur behandling med natur- och djurunderstödd terapi upplevs av kvinnliga patienter, i jämförelse med tidigare behandling inom öppenpsykiatrin. Då psykisk ohälsa är ett lidande på individnivå är det av högsta vikt att utvärdera patienters egna upplevelser av vården. Utvärdering av vård skall ske löpande av vårdinrättning och läkare, men då sjukvården är högt belastad är det inte säkert att just utvärdering alltid är det som prioriteras. Patientlagen är tydlig med patientens rättigheter i vården. Därför är den subjektiva upplevelsen av denna viktig att undersöka och förstå, vilket är studiens syfte. Det kan möjligen upplevas svårt för vårdpersonal idag att remittera patienter vidare till natur -och djurunderstödd terapi, om de inte har kunskap om på vilket sätt det upplevs av tidigare patienter och vilken effekt det kan ha för den enskilda individen. Med denna studie hoppas jag kunna bidra till förståelsen av upplevelsen samt att synliggöra patienter och ge dessa en röst. Mina forskningsfrågor är således: 1) Hur upplever kvinnliga patienter sin vård inom den psykiatriska öppenvården och senare inom den natur- och djurunderstödda vården? 2) Hur upplever kvinnliga patienter att miljö och djurinteraktion påverkade deras möjlighet till tillfrisknande under en sjukskrivning?

Metod

Denna studie har utförts inom ramen för mitt kandidatarbete och har genomförts under våren 2023. Ansvarig handledare har varit Ingela Steij Stålbrand vid institutionen för psykologi, Lunds universitet. Jag som författare av denna uppsats har ansvarat för alla delar med handledning av Ingela Steij Stålbrand. Intervjuguiden som jag utarbetat och använt mig av finns i bilaga. Denna studie har inte behövt ett godkännande av Etikprövningsmyndigheten, då den inte uppfyller kriterier för prövning.

Design

Då syftet med studien var att undersöka kvinnliga patienters upplevelser av vård valdes designen därefter till en kvalitativ semistrukturerad intervjuundersökning. När den subjektiva upplevelsen undersöks är detta en metod som passar frågeställningar och syfte. Den semistrukturerade formen av öppna intervjufrågor användes för bibehållen flexibilitet (Bryman, 2008). Tillvägagångssättet var tänkt att gynna resultatet så att patienternas upplevelser skulle framkomma på ett realistiskt sätt och att frågeställningarna skulle ha den bästa möjligheten att bli besvarade.

Teoretisk ansats

De semistrukturerade intervjuerna kodades och tematiserades utifrån Willig (2013) och Braun & Clarke (2006), vilket innebär ett flexibelt och öppet sätt att behandla material på. Det passar väl med den metodologiska ansats jag antagit: den realistiska. Detta innebär att de psykologiska fenomen som vi kan iakttä behandlas som sanna, och att de alltså har en inneboende särart och giltighet som kan identifieras av mig i min studie. Studien uppnådde detta genom en välkomponerad intervjuguide och en tematisk analys av transkriberingar genomförd för att göra deltagarnas utsagor rätta (Willig, 2013). Genom deskriptiva kategorier ordnades dessa vidare i underkategorier och kluster. I transkriberingarna har samvarianser och teman identifierats och omarbetats för att skapa nya modellmönster genom kodning och jämförandeanalys, och förhållanden mellan de olika teman som framkommit som presenteras i min resultatdel.

Reflexivitet

Studien syftar till att synliggöra patienters tidigare upplevelser inom psykiatrisk vård. Då en kvalitativ studie öppnar upp för deltagaren att vara en del av forskningen genom att få ta del av processen, kan vi vara synnerligen säkra på att tolkningen av deras intervjuer presenteras på ett sådant sätt att de tolkas realistiskt. Deltagarna har varit delaktiga i tolkningsprocessen av materialet och har fått läsa och kommentera så att min tolkning av deras upplevelser gör dem rätta. Materialet blir genom detta fortsatt deltagarnas och de fungerar härigenom inte bara som sin egen kontrollperson utan även som en medbedömare i studien. Inga ändringar av materialet har skett. Min påverkan som den som intervjuar deltagarna är ofrånkomlig. Min etnicitet, kön och ålder kan antas påverka deltagarna under intervjuerna. Så även mina intressen och mitt kroppsspråk. Min erfarenhet som djurägare kan tänkas påverka mitt engagemang under intervjuer och det kan även påverka studiens deltagare i intervjusituationen.

Intervjufrågorna har utarbetats i en intervjumall men följdfrågor skiljer sig åt, inte bara baserat på det som deltagarna beskrivit utan också utifrån mina egna funderingar och av nyfikenhet. Vidare så påverkas studien av min tematisering och kodning samt även de mönster och teman som jag urskiljt.

Urval och deltagare

Studien beskriver fyra enskilda kvinnors upplevelser från två olika typer av vårdinrättningar. Eftersom studiens forskningsfrågor behandlar tidigare patienters upplevelser av psykiatrisk vård inom öppenvården och inom natur- och djurunderstödd terapi så kontaktades en väletablerad vårdinrättning i Sverige som arbetar med natur- och djurunderstödd terapi med syfte att få kontakt med kvinnor som tidigare varit patienter, för att få ta del av deras upplevelser. Urvalet av deltagare skedde med förutsättning att samma patienter även hade fått behandling inom öppenpsykiatri. Patienterna är idag tillfrisknade och har delvis eller helt återgått till sysselsättning.

Motivationen var att jag önskade, om möjligt, att deltagarna i intervjuerna hade personlig erfarenhet av de olika vårdformerna för att lättare kunna delge jämförelser av dessa. Genom kontakten med vårdinrättningen inom natur- och djurunderstödd terapi, kunde presumtiva deltagare kontaktas med förfrågan om de ville medverka i studien. Av dessa valdes fyra tidigare patienter ut för intervju som passade inklusionskriteriet. De hade alla avslutat sin behandling, hade erfarenhet av de olika vårdformerna och var kvinnor som frivilligt hade anmält sitt intresse för deltagande. Då deltagarna hade erfarenhet av de två olika vårdformerna så fungerar de också som sin egen kontrollperson då de, individuellt, har erfarit två separata upplevelser av vård. De fyra deltagarna var i åldrarna 22-57 (M=45) och alla var kvinnor. Samtliga deltagare har erfarenheter av öppenpsykiatri som innefattar psykiatrisk vård utan inläggning och även från natur- och djurunderstödd terapi.

Procedur

I studien genomfördes kvalitativa, semistrukturerade intervjuer (Willig, 2013) utifrån en intervjuguide (se Bilaga) med frågor. Intervjuerna genomfördes i avskildhet. Endast intervjuare och deltagare närvarade. Intervjuerna var mellan 31 och 54 minuter långa (M= 42). Tiden för de enskilda intervjuerna varierade då deltagaren fick berätta utifrån intervjufrågorna och använda den tid som de behövde. Intervjuguiden konstruerades av mig som ansvarig för studien och ändrades något efter rekommendation av handledare Ingela Steij Stålbrand. Då intervjuerna behandlade ämnen som kan upplevas som känsliga för deltagarna, improviserades

passande följdfrågor utifrån det som deltagaren berättat och kunde därmed skilja sig åt mellan de olika intervjuerna. För att få djup i intervjuerna gavs deltagaren tid att lägga till och berätta det som de ansåg vara av vikt, och en ljudupptagning gjordes, som kunde transkriberas vid ett senare tillfälle. Ljudupptaget transkriberades för att sedan raderas. Transkriberingarna återgav intervjuerna ordagrant, men kringliggande ljud såsom harklingar, suckar och volymförändringar i talet återgavs ej.

Etiska överväganden

Deltagarna fick förfrågan om deltagandet i studien utan min vetskap om till vilka förfrågan skickades. Förhoppningen var att de genom detta skulle kunna neka deltagande på ett mindre kravfyllt sätt. I den initiala kontakten med deltagare som anmält intresse betonades frivilligheten och möjligheten att avbryta deltagandet vid valfri tidpunkt i studien. Intervjufrågor skickades på förhand ut till deltagarna och vid intervjuens början påmindes deltagaren om sin frivillighet, sekretess och anonymisering; samt möjligheten att avbryta intervjun och att endast svara på de frågor hon önskade. Den utmailade samtyckesblanketten godkändes muntligen på ljudupptag vid intervjutillfället.

Vidare var deltagarna informerade om hur den transkriberade texten skulle behandlas och deltagarna fick erbjudande om att få sina respektive transkriberingar mailade till sig för påsyn och möjlighet att stryka sådant som de inte önskade att ha med, samt att göra eventuella ändringar och tillägg.

Personliga detaljer som skulle kunnat identifiera deltagarna har i transkribering tagits bort, såsom namn, platser och arbetsgivare och ersätts med x. Namn på deltagare har ändrats och anonymiserats i transkriberingar och de benämns studien som deltagare 1-4. Psykiatriska diagnoser som deltagare utlämnat i intervjuer benämns i studien som diagnos 1 och 2, för att identifikation inte ska kunna ske och personliga detaljer inte ska kunna avslöjas.

Resultat

De övergripande teman som framkommit av analysen av materialet är fem stycken och presenteras i följande ordning: Autonomi och makt, Tidens påverkan, Stress-byråkrati, Miljö och djur samt Olikheter i vårdformer. De presenteras utifrån frågeställningarna. Den första frågeställningen ämnar undersöka hur kvinnliga patienter upplever sin psykiatriska vård.

Autonomi och makt

Självbestämmande nämns som en viktig del av tillfrisknandet. Möjligheten till eget inflytande beskrivs som bristande i deras erfarenheter från öppenpsykiatrin, av samtliga

deltagare. Men även som en önskan om att ibland få slippa ta egna beslut och att få tydlighet i hur och vad en ska göra:

Det kändes som att, "näh jag vill inte ha sömntabletter" alltså jag sov ju inte och hade inte sovit på ett år då typ. Så att när jag, alltså man är så tabletradd, eller alltså jag gillar inte tabletter och mediciner, skrott. Alltså "näh jag ska inte ha sömntabletter", näh näh ok men du vet då behöver man ha någon som säger att "du har inget val. (Deltagare 1)

Deltagarna beskriver en maktlöshet gentemot vården, och hur deras valfrihet inom vården inte upplevs som sådan av deltagarna "*Det är lätt att bli ganska överkörd inom vården tror jag nog. Dom håller så mycket makt*" (Deltagare 2). Att få bestämma själv över sin behandling och även valet att få avsluta behandlingen känns långt ifrån självklar för deltagarna.

Jag fick ECT för några år sen, ja, ähm, och där är det ju också så att man går med på det frivilligt för man tror inte att det finns andra alternativ. Ibland önskar man att man blivit lite mer lyssnad på när man säger att man inte vill fortsätta, det är så lätt för dom att bara näh men nu har vi börjat och att man är mer ähm, det är lätt att bli väldigt överkörd i vården. Jag tror att många är rädda att stå utan vård, så om man säger att det här är jag inte bekväm med, då är det såhär "gå härifrån då" Man, det är så många som inte får den hjälpen dom behöver så man är så tacksam för den hjälpen man får även om det inte är rätt typ av hjälp liksom.. (Deltagare 2)

Upplevd autonomi beskrivs som att vara en del i den mer positiva upplevelsen av MNT och HUT att just bemötandet från personalen är en bidragande del i tillfrisknandet

Hm men bara det här att allt var frivilligt var väldigt viktigt för ofta, för egen del, alltså vanliga vården är ju också frivillig men om du inte vill, det här med att lära sig att känna efter, den här situationen är jättejobbig, jag vill inte, jag är inte bekväm med det här och att det är ok att säga det och att det är ok även om liksom även om dom har gjort i ordning hästarna så kan man avbryta närsomhelst och det är så, det tror jag är viktigt för alla men i psykiatri är det så att om du inte vill vara med på den här grejen så kan någon annan få din vårdplats. det är många som behöver hjälp, och det förstår jag men det handlar så mkt om att stå ut, man ska liksom, inte hälsosamt för någon att lära sig stå ut.. (Deltagare 2)

Bristen på autonomi i deltagarnas kontakt med öppenspsykiatri och i kontakt med Försäkringskassan beskriver deltagare tre som: "*Men grejen är att när det kommer in i systemet så blir det sanning oavsett vad patienten tycker eller den som är utsatt för det tycker så blir det sanning*". Även om vården är frivillig upplevs den sällan som om den vore det.

Ja i alla fall liksom , det blir nästan en skrämselfaktik att om du inte kan tänka dig att sitta här och vara med på bildterapi så då kan vi inte göra något för vi har försökt allt och det finns andra som behöver hjälp och jag vet att det är men det blir sån maktskillnad när det är såhär, det finns många bra men det blir så konstigt när man ska vara jättetacksam för allt även när det liksom. Inte känns bra. och då tänker jag såhär. Det kan jag känna att jag har med mig idag att jag kan säga att jag är inte bekväm, jag kan gå härifrån, jag tänker att lära sig att man faktiskt själv att man kan känna efter själv. (Deltagare 2)

Deltagare 1 upplever att reglerna för arbetsträning gör att hon blir sämre när hon arbetstränar på högre procent och uttrycker en önskan om att få påverka hur procentsatserna används av Försäkringskassan “Innan jag var tvungen att gå upp i tid, att jag på något sätt ah du vet, var lite piggare, och då blir man lite gladare och så”

Tidens påverkan

Intervjudeltagarna beskriver sin läkning och “tidens gång”. Tidens påverkan av hur hon upplever sitt insjuknande, beskriver deltagare 1; hur och när hennes psykiska ohälsa tog sin början:

Såna som jag möter därute och jag vet ju ungefär när det började, sådär alltså hur länge jag har varit lite nära gränsen och det är ju många år och jag tänker att det startade när barnen föddes till och med. Det är ju trettio år sedan. Det liksom blir för mycket och då har en man som aldrig är hemma och bara jobbar och så ska jag då dra runt två barn, ett företag och hemmet och hämta, lämna och sådär. Jag tänker att det började redan då.

Vidare beskriver de uteslutande att tiden även påverkar tillfrisknandet och att de behövde tid för återhämtning innan det varit aktuellt med behandling eller aktivitet. Vikten av att bara få existera i en kravlöshet utan att bli störd av påtryckningar utifrån. Deltagare 3 beskriver denna period som:

Mm ja alltså från början, jag behövde vila men när det har gått tillräckligt lång tid så har man ju vilat det som man behöver vila så att säga och då behöver man göra något annat för att, och för hade det gått att vila bort hade jag ju varit frisk för längesen. Men från början så bedömde läkaren att jag behövde bara va

Förutom tidens påverkan på insjuknande och tillfrisknande, är även en önskan som uttrycks av deltagarna; att få rätt behandling för dem, i rätt tid. Deltagare 3 förklarar det som;

Jag behövde dom månaderna i den miljön för att överhuvudtaget landa. Däremot hade nog gärna fått det två år tidigare för då hade jag nog kortat ner hela förloppet med två år om vi nu ska prata om sådana saker. Så ja, jag hade gärna kommit tidigare.

Samtliga deltagare beskriver att vikten att låta vilan få ta sin tid och att rätt behandling sätts in när de väl känner sig redo. Deltagare fyra beskriver förloppet:

När jag verkligen kraschade och då var jag väl inte mottaglig för nånting men liksom. Alltså jag tänker att det hade kanske kunnat gå ett halvår snabbare åtminstone. Alltså jag mådde ju inte bra i den situationen att jag var hemma och alla andra var hemma och sen var det ju pandemi och allt var konstigt men. Och att jag var tvungen att hitta det här och att jag var tvungen att tjata för att få det liksom.

Vidare beskrivs tiden som deltagarna väntar på att få rätt hjälp eller hjälp som faktiskt hjälper deras tillfrisknande. Deltagare 1 beskriver sin fysiska och psykiska hälsa före sjukskrivningen och jämför den med hur mycket sämre hon hann bli i väntan på en behandling som hon upplevde hjälpte henne.

När jag blev sjukskriven på heltid, då mådde jag ändå rätt så bra. Bra fysisk form och jag cyklade till jobbet, jag cyklade mer än en mil om dan och du vet, jag orkade gå långt och så, så hade jag blivit uppfångad på rätt sätt så, åh tänk vad mycket lidande jag hade sluppit då.

Stress-byråkrati

Den påverkansfaktorn som samtliga fyra deltagare upplevt som negativ, är förutom sin upplevelse av en otillräcklig vård vid öppenspsykiatri, stressen som de utsätts för från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. *“(. . .) men det känns som något som är fel med Försäkringskassan och det är ju fortfarande inte så att de tittar på vad som är bäst för mig utan håller sig till deras regler”*.(Deltagare 2) Stressen över detta upplevs skada samtliga deltagares förmåga att tillfriskna och istället för att vara ett verktyg för återgång till arbetslivet är deltagarnas upplevelse att detta skadar deras tillfrisknande och gör det långsammare. Flera av dem nämner inflexibiliteten och byråkratin som gör att arbetsträning inte kan vara på annat än 25, 50 eller 75%. Samtliga deltagare beskriver att de skulle behöva mindre ökning för att kunna få goda möjligheter att lyckas med arbetsträningen. En större procentuell ökning innebär att deltagare känner sig misslyckade, deltagare 1 beskriver:

Att fortsätta att ligga och trucka på på en nivå där man slipper att vara trött och pig och sen och lite som det där att det blir ett misslyckande att när man kan för att jag känner inte riktigt att jag levererar på 75% och orka vara där på 75% och då blir det, ah du vet, dåliga dagar och så tänker man vad fan inte ens det kan jag. Nä, men det har varit mycket bättre att öka 10% i taget.

De negativa aspekterna som deltagarna upplever med byråkratin påverkar även indirekt genom att läkarna påverkas och behöver lägga mer av sin tid med patienten på att kommunicera med försäkringskassan *“Ja precis, dom, och större delen av läkarbesöket tog ju, alltså hon satt och skrev till försäkringskassan, så att det var typ det som hände på läkarbesöket”*.(Deltagare 1)

Deltagare 1 beskriver att de upplever sig misstänkliggjorda av Försäkringskassan och att de gång på gång försöker bevisa att de faktiskt önskar återvända till arbetslivet så fort de bara orkar *“Näh precis för att försäkringskassan vill ju ha objektiva symptom, och det är svårt, ja det går kanske inte att mäta pulsen objektivt och så”*.(Deltagare 1). Alla fyra deltagare har upplevelsen av att inte bli tagna på allvar och att få kämpa för att bli trodda. Deltagare 3 beskriver:

Jag har genomgående fått bett att slippa prata med dom så att det ska gå igenom min läkare men någon gång har dom ju ringt i alla fall, för att dom inte är läskunniga och då så svarade jag på frågorna för det var mer stressande att inte men dom har väldigt väldigt negativa erfarenheter av Försäkringskassan, det handlar om hot, det handlar om förnedring det handlar överhuvudtaget inte om hjälp eller insatser. Och dom förstår inte heller konceptet att någon faktiskt vill komma tillbaka och jobba. Jag vill ju komma tillbaka och jobba trots att jag varit sjukskriven så länge men deras senaste hot är att de tänker sjukpensionera mig.

Upplevelsen av att känna sig misstrodd och jagad beskrivs som något som något kontraproduktivt då stressen gör dem än mer sjuka: *“det är också det där att, aldrig något positivt, aldrig någon morot, alltid bara piska, hot. Så förnedringskassan har inte varit till någon hjälp till någonting, nej”* (Deltagare 3). Att bli misstrodd och stressad beskrivs:

I början när jag blev sjukskriven var det ju också en väldig stress att träffa en ny läkare för då var ju jag orolig varenda gång så här, kommer den fortsätta sjukskriva mig? Kommer den säga amen du kan jobba 100%? Så sen har ju jag insett att när det hade gått typ två år och folk fortsatte sjukskriva mig så då kanske den stressen lugnade sig lite men innan var det ju sådär, och också Försäkringskassan, kommer dom godkänna det här läkarintyget eller inte? För så har det ju varit, att dom inte godkänt det och skickat förfrågan igen och liksom, det är en jävla stress hela tiden. Lite som att man känner alltså det är ju inte

jag som bestämmer, jag kan inte påverka det här, det är alla andra som liksom bestämmer. Hörde ingenting. Jag hade inte ens någon handläggare liksom. Jag kunde inte prata med nån. Och sen blev jag inskriven, nu är du inskriven här, jag har en arbetsträningsplats, kan jag börja? Ja snart, sen hörde jag inget igen på 6 månader. Så det är ju det, ena stunden blir man jätte-jagad, hela tiden och sen i nästa stund hör man inget, ja. Så man vet aldrig riktigt liksom. Ja precis, och nu när dom skrev ut mig, helt, alltså det var jag inte beredd på. Och så får man den liksom kastad i ansiktet, återigen, det spelar ingen roll vad jag säger för ni har redan bestämt er liksom och dom gör ju verkligen inte det som är bäst för mig och så ska man behöva kriga med det också liksom. När man inte har den orken och energin.”. (Deltagare 4)

Stressen beskrivs också inom kontakten med sjukvården *“jag tror jag räknade att inom just vuxenpsykiatrin har jag träffat 49 olika läkare på sju år”*. (Deltagare 2) samtliga deltagare uttrycker en upplevelse av att bli runtskickad utan någon kontinuitet..

Miljö och djur

Studiens andra frågeställning berör hur natur och djur påverkar deras tillfrisknande under en sjukskrivning. Deltagarna berättar i intervjuerna om när de först började känna sig bättre: *“Ja, då började det vända. “Sen har det tagit lång tid”*.(Deltagare 1) vidare beskriver hon: *“Alltså då kände jag direkt att “här kan jag bli frisk” man kommer och så bara känner man att jahapp , här har man miljön, djuren, man har bra bemötande och kunskap hos personalen. Så att det känner man ju direkt”* Deltagare 2 beskriver *“Största skillnaden är ju att man blir bemött med respekt för det är inte alla ställen som man blir det och så det kan man väl. Och så blev jag erbjuden en plats och det var, jag blev förvånad att jag kunde få en plats, men det var bra.”* Två av deltagarna nämner ordet “vändpunkt” som beskrivning av känslan:

Alltså [MNT] är det absolut viktigaste, det var där det vände men jag har haft hjälp av terapi, jag har haft hjälp av medicin som jag får, speciellt den sorten som jag får nu, jag har haft hjälp av tiden, jag har haft hjälp av sjukgymnaster så så att jag tror inte det finns någon såhär hollywood silverbullet, som löser alla problem utan det behövs väldigt mycket runt om, kursen som jag gick och det, men måste jag välja en grej så är det [MNT] för alla de andra grejerna hade inte hjälpt utan. Men jag hade inte vart där jag är idag om jag inte haft alla de här andra grejerna. Men det [MNT] som är det viktigaste och det var här det vände.. (Deltagare 3)

Naturen och omgivningarna beskrivs som bidragande till tillfrisknande och läkning. Spontana jämförelser med tidigare vård kommer upp under våra samtal: *“Ja, så att det är ju något med naturen och djuren som aldrig kan erbjudas inom dom vita väggarna.”* och vidare *“ Men just*

det här att lära sig att vila i naturen, ehm det är fantastiskt faktiskt.” (Deltagare 1) och vidare hur hjälpsamt just vistelse i naturen kan vara för att för första gången på länge, kunna vila:

Alltså vi vilade jättemycket i början, vi gjorde ingenting så i början. Då är man ju fortfarande så uppe i varv. Och så tänker man att ligga här i skogen, det kan jag ju göra hemma ju. Under ett träd och sånt, men du kan ju inte det. Du är liksom inte så medveten så du kan det”. (Deltagare 1)

Miljön och naturen beskrivs på ett sådant sätt som att det kan vara en ögonöppnare för nya rutiner och för en bättre psykisk hälsa. Tillvaron beskrivs som lättare när självklarheten med att vistas ute i naturen även appliceras på det vanliga livet:

Näh att det är helt fantastiskt här och att det var det här som gjorde att jag började läka liksom. Det var här det vände. Så kände jag verkligen, jag kände mig så tacksam för att jag hade fått komma hit, det gjorde jag verkligen. Det var ju lite som på ett bananskal, hade inte jag sett den, i det väntrummet, och hade inte jag tjatat så. Det är bara såhär, alla skulle få ha det såhär. Alla skulle få åka ut i skogen och sitta i naturen och äta sin lunch liksom. Alltså att det går att leva sitt liv på ett annat sätt än att ha det jättestressigt och sitta i en matsal med sextio andra personer liksom. (Deltagare 4)

Samtliga deltagarna lägger stor vikt vid vad som påverkade och när deras tillfrisknande började *“Men den största enskilda faktorn så är det ju [MNT]. Naturen, bemötandet, inställningen.”* (Deltagare 3).

Så det här var verkligen det som räddade mig. Miljön, naturen, djuren. Förståelsen också, tänker jag verkligen också att man fick. Och deras kompetens och såhär “ok du har en dålig dag idag, vi andra går på en promenad idag, du kan sitta här i hängmattan själv liksom”. Du är här för din egen skull. (Deltagare 4)

En aspekt av det som upplevs ha positiv inverkan på tillfrisknandet är det kravlösa umgänget som erbjuds av natur och djur, och att det är helt avsaknat av negativa bieffekter: *“Alltså det kan man ju själv tänka att ligger på ett sjukhus, det finns ju inget som gör en frisk där om man jämför med att man kommer ut till djur och natur.”* (Deltagare 1) Hästarnas påverkan på tillfrisknandet beskrivs i alla intervjuer, just att själva storleken på djuret påverkar och att känslan av att bli buren är något mycket hjälpsamt.

Också att jag hade sovit i ett år och undrade varför jag fortfarande var så trött. Men det var först när jag var på hästryggen, under avslappningen som jag såhär; ok det här är att vara avslappnad liksom. Och då kunde jag ju också, när jag väl hade hittat tillbaka till den känslan, då är det ju lättare att hitta den igen liksom. Och det tror jag inte att jag hade hittat om jag inte hade varit på häst liksom, det var en väldig fysisk skillnad liksom.. (Deltagare 4)

En deltagare uttrycker : *“Hundarna var ju alltid med, de var ju jätteviktiga.”* För att få “in det friska” så att en har en möjlighet att börja läka är något som deltagarna beskriver upprepade gånger på olika sätt:

Det är ju inte lösningen på alla problem men jag tror att det är ett bra tillägg alltså tror många som kommer hit blir behandlingsbara men ja eller som ett tillägg, jag menar många patienter med [diagnos 1] behöver ju också en annan typ av hjälp alltså de behöver ju lära sig (. . .) . Men man behöver också, alltså det handlar så mkt om att få in positiva saker i sitt liv, ja och det blir lättare att bli frisk .(Deltagare 2)

Hundarna beskrivs som att de ger av sig själva på ett kravlöst sätt och att de bara blir lyckliga av själva samvaron tillsammans med människor. Deltagare 3 beskriver även vikten av “det friska” i resan mot att tillfriskna med hjälp av natur och djur:

Den stora skillnaden mellan [MNT] och den gängse vården är att i den gängse vården är du ett problem som antingen ska lösas eller skyfflas över på någon annans skrivbord. På [MNT] ser dom till det friska, i att i allt det andra som inte funkar, utmattning, ångest, allt vad det nu är så finns det något friskt i botten. Då lockar man fram det istället. Du är inte bara ett problem, du är välkommen. Dom behandlar mig som om du är värd någonting, du är en tillgång. Sitta här analysera och så, det finns utrymme för det med men inte på [MNT] för på [MNT] är du, på [MNT] går du tillbaka till det grundläggande varandet, du försöker liksom lära dig av med väldigt mycket av den här, knasigheterna som du har gjort tidigare. Så det är en helt annan inställning till tillvaron.

Olikheter i vårdformer

Deltagarnas upplevelser av olika vårdformer uttrycks i intervjuerna. Två av dem deltog i samtalsterapi och deltagare 1 berättar om sin upplevelse *“Men så, så var det ju inte. Så fick jag också gå till någon sånhär samtalsteurapeut , tror att hon var psykolog tror jag att hon var. Men hon var ju jättedålig”*.(Deltagare 1)

Deltagarnas upplevelser av öppenspsykiatri är samstämmiga och de delar med sig av tydliga jämförelser mellan de olika vårdinrättningarna. Deltagare 1 beskriver ett av sina tidigare försök att få hjälp:

Ja precis, för hon var mer så, jag har haft jättemycket ångest också och då du vet kroppen har helt tokat till det och så men då blir det ju att man minskar sin värld när man får mycket ångest för det är ju så jobbigt ju och då sa hon, jag vet inte om jag benämnde det som ångest men alltså hjärtat slår oregelbundna hjärtslag och “då har du gjort för mycket” sa hon. Ja men då har du gjort för mycket, då får du vila. Och till slut så gjorde jag ju ingenting, jag bara låg ju på en säng ju, för jag kunde ju ingenting utan att få symptom. Så det blev ju liksom , ah ja hon var inge bra.

Deltagarna beskriver vården som de upplevt den innan MNT och HUT genom att delge exempel på dåligt bemötande, bristande vård och känslan av att all vårdpersonal är sönderstressade, personal byts ut och kontinuitet saknas:

Så även om mitt liv, alltså jag har många bra saker men när man trappade ner så blev jag jättesjälvmodsbenägen. Trots att alla andra saker i mitt liv var bra. Alltså ibland skulle jag bara vilja ha en ursäkt, oj då liksom, vet inte .(Deltagare 2)

Vändpunkten upplever deltagarna var när de fick hjälp av någon utifrån, exempelvis en vän som deltagare 1 beskriver det:

ja nu kommer jag imorgon [namn] och sen tog hon liksom tag i mig och hon var helt, hon har sagt det efteråt “vad har dom gjort, vad har dom gjort med dig” och jag har sagt att jag gör allt som dom säger till mig ju, du vet, det gör man ju, eller alla gör inte det för alla vill inte bli bra men jag försökte verkligen försökte följa instruktionerna. Men så det hjälpte, utan henne alltså.

Önskan om att vården hade sett annorlunda ut beskrivs på olika sätt, ett återkommande ämne är att det skulle ha underlättat tillfrisknandet om det fanns kontinuitet i läkarkontakten. Känslan beskrivs som att känna sig runtskickad till olika läkare och instanser utan någon övergripande plan och samhållighet. *“alltså det måste ju vara någon sammanhållen vård och jag tänker att även dom borde ha alltså grupper eller någonting som man blir skickad till som behandlingsgrupper eller så på en vårdcentral. Det är ju rätt många som [Diagnos 2] .Deltagare 1. “Ja alltså någon slags kontinuerlig läkarkontakt hade ju varit hade ju varit fantastiskt om man fick önska vad man ville liksom”.*(Deltagare 4)

Vidare uttrycks trots dåliga upplevelser generellt en tacksamhet över att ha fått vård eller möjlighet till vård men även dåligt samvete och rädsla kopplad till att den möjligheten kan försvinna.

Jag är ju tacksam för den hjälpen som jag har fått. Men det blir också mycket fel för att, jag tror att psykiatrin kommer undan med mkt för att när, alltså när folk med psykisk ohälsa blir utsatta för saker

inom vården som inte bör hända så det finns ju liksom ingen ork att anmäla, det är väldigt få människor som, jag tror att pratar med vem som helst som har haft med psykiatrin att göra så alla har råkat ut för någonting som inte borde hänt. Emh mer eller mindre tror jag nog, men det är väldigt få människor som orkar ta tag och att faktiskt göra en anmälan. Det är rätt, det är att inse att man förtjänar något bättre. Tror jag nog. Så.. (Deltagare 2)

Samtliga deltagare beskriver en oro över att bli felbehandlade eller bortglömda då de varit utsatta för det tidigare inom öppenspsykiatrin. Att inte orka stå upp för sig själv när en är sjuk och att inte kunna göra så mycket åt det, en typ av maktlöshet.

Alltså, för ett halvår sen tog jag ett blodprov och då visade det sig att jag stått på liksom alldeles för höga doser mediciner i tre år, och det var en läkare som upptäckte det för tre år sedan och sen liksom kom det en ny läkare. (Deltagare 2)

Deltagare 3 beskriver hur hon fick strida för att känna att hon skulle ha en chans att bli frisk:

Han var oförsämd. Och han var, jag förstod inte överhuvudtaget varför jag skulle prata med honom, för mannen var ähm hans jobb var att dela ut elchocker och jag har aldrig varit aktuell för elchocker. Men jag ville fråga om jag kunde få en annan medicin och det ville inte dom och så skickade dom mig till honom antagligen för att dom visste att han tar väl knäcken på vilken patient som helst. Och någonstans där så bestämde jag mig, att jag måste bort från psykiatrin om jag ska ha en chans att bli frisk. Jag ringde vid ett tillfälle till patientnämnden och han sa, och när jag sa psykiatrin så suckade han och när jag sa psykiatrin i [platsen] så suckade han två gånger, och han sa att vi har pratat om dom här.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka kvinnliga patienters upplevelser av vård inom öppenspsykiatrin och natur – och djurunderstödd terapi samt identifiera om det fanns eventuella likheter och skillnader mellan deras upplevelser. Vid bearbetning av transkriberingar fungerade de fem teman som urskiljdes som verktyg för att besvara frågeställningarna. De teman som beskrivs är delvis svåra att åtskilja, då viss överlappning och integration finns sinsemellan dem.

Studiens första frågeställning var att undersöka hur kvinnliga patienter upplever sin vård inom den psykiatriska öppenvården respektive inom den natur- och djurunderstödda vården.

Upplevelsen av självbestämmande

Studiens första tema var autonomi och makt. Deltagarna beskriver i intervjuerna genomgripande sina upplevelser av bristande autonomi och känslor av maktlöshet i kontakten med öppenspsykiatrin. Vikten av att känna sig trygg och ha möjligheten att påverka sin egen

behandling (Patientlagen, 2014) förutsätter en god relation med vårdgivaren för bästa resultat, vilket är något som deltagarna beskriver saknas. Arbetsalliansen påverkas av personlighet, känslor och samarbete (Del Re et al., 2012). En läkarkontakt som inte är kontinuerlig ger inte heller möjlighet att skapa en relation med patienten och den terapeutiska alliansen kommer att saknas. Relationen är en av grundkomponenterna i en god vård och denna kan också stärkas genom närvaron av djur (Chen et al., 2017) genom att oxytocinnivåer höjs och skapar förutsättningar för ett mer proaktivt socialt beteende. Den biopsykosociala modellen (Engel, 1977) visar på betydelsen av ett helhetsperspektiv i synen på patienten och dennes möjlighet till tillfrisknande. Deltagarna beskriver i intervjuerna bristande förståelse inom öppenspsykiatri och en känsla av att inte bli lyssnade på. Detta framkommer från samtliga deltagare. De uttrycker en hjälplöshet i att få vård som inte hjälper samtidigt som de är rädda för att stå helt utan vård. I hanteringen av denna hjälplöshet använder sig en av deltagarna av en emotionsfokuserad copingstrategi (Lazarus & Folkman, 1984) och accepterar och minimerar sina känslor när hon berättar om sina upplevelser av att inte våga säga ifrån. Samma deltagare beskriver att hon är tacksam över den vård hon ändå får och fokuserar på denna känsla istället. Att själva få besluta om vilka aktiviteter deltagarna vill delta i tas upp som en positiv faktor på den natur- och djurunderstödda vårdinrättningen. Rätten patienten har att neka deltagande utan vidare förklaring innebär att hänsyn tas till psykologiska faktorer och patienten slipper utsättas för onödiga stressorer.

Upplevelsen av tidens gång

I studiens andra tema beskrivs påverkan av att låta läkning ta tid men även att få vård som hjälper vid rätt tidpunkt under sjukskrivningen. Deltagarna beskriver en önskan om att för en period bara få vara, utan krav på prestation. När de väl känner sig redo att göra något mer aktivt än att vila upplever de att det tar för lång tid innan de får delta i en passande behandling. De sociala faktorer som existerar runt den sjukskrivna patienten påverkar möjlighet till tillfrisknande (Engel, 1977) och här skulle vården kunna verka med högre medvetenhet och med anpassande åtgärder. Att patienten får behandling vid rätt tidpunkt för optimalt tillfrisknande bör vara av intresse även ur ett samhällsligt perspektiv. En av deltagarna berättar hur hon fick hitta en egen behandling som hon trodde på och därtill övertala vårdkontakten till att få börja den. Vilket kan ses som ett försök till problemlösningorienterad coping (Lazarus & Folkman, 1984). Att patienter använder sig av copingmekanismer i öppenvården innebär att de utsätts för stressorer som riskerar att göra att tillfrisknandet inte sker under optimala former.

Faktorer som stressar

Studiens tredje tema överlappar till viss del med det andra då deltagarna beskriver att den byråkratiska stressen inverkar negativt på deras behov av att få tid att läka. Förutsättningarna som skapas av vården och Försäkringskassan, upplever deltagarna som oerhört stressande. Deras upplevelse av att inte kunna påverka sin situation ger en känsla av maktlöshet, vilket påverkar deras tillfrisknande på ett negativt sätt (Engel, 1977). Deltagarnas upplevelser av att inte ha en fast vårdkontakt utan att i stället bli runtskickad är också det en stor brist då relationen med vårdgivaren blir svår att etablera och bibehålla. Då den terapeutiska alliansen (Baldwin et al., 2007) som patient och vårdgivare bör ha för ett bra behandlingsresultat inte finns påverkar detta utgången negativt. Vården inom öppenvård psykiatri saknar kontinuitet menar en annan deltagare, och hon har inte haft någon fast läkarkontakt alls trots att hon har rätt till det (Patientlagen, 2014). Den brist på förtroende som patienterna känner inför vården, upplever deltagarna har en negativ inverkan på sjukskrivningens längd. En mer individanpassad avvägning borde vara av intresse för vården och kanske skulle en sådan i slutändan också leda till ett bättre förfogande över ibland knappa resurser.

En av deltagarna beskriver i resultatet hur hon önskat utöka mängden arbetsträning, men på grund av byråkratisk standard inom Försäkringskassan kan detta bara ske i fasta procentsatser om 25%, vilket blir en för stor ökning för henne. Den biopsykosociala modellen (Engel, 1977) innebär att de psykologiska och sociala faktorer runt patienten påverkar, vilket deltagarna inte upplever tas i beaktande genom att de stressas av både vården och byråkratiska regler vilken innebär ett sämre mående i en tid av läkning. Bristen på självbestämmande samverkar med deltagarnas stress över byråkratiska beslut. Ökad medvetenhet bör vara av vikt för personal inom sjukvård och försäkringskassa idag, för en bättre återgång till arbetslivet. Samtliga deltagare beskriver hur den byråkratiska stressen påverkar deras psykologiska hälsa negativt vilket kan tolkas som att det inte finns en medvetenhet kring detta från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingens sida. Det kan även tänkas finnas en medvetenhet men beroende på andra faktorer som orealistiska krav på arbetsplatsen och en organisation som inte ger medarbetare möjlighet att utföra sitt arbete på bästa sätt så blir det svårt att implementera strategier i verksamheterna. Praktiskt kan detta innebära att sjukskrivningen ökar i längd för den enskilda patienten.

Upplevelser av natur och djur

Studiens andra frågeställning var att undersöka hur kvinnliga patienter upplever att miljö och djurinteraktion påverkade deras möjlighet till tillfrisknande under en sjukskrivning. Alla fyra deltagare är positivt inställda till inslagen av miljö och djur på den natur- och djurunderstödda vårdinrättningen, något som de själva ser som en del av den förbättring i sitt psykiska mående de upplevt under behandlingen där. Deltagarna beskriver sina upplevelser utförligt i studiens fjärde tema: att vistas i naturen, bidrog till en vändpunkt. Detta kan styrka att miljöns påverkan är av påtagligt värde för behandlingen (Lazarus, 1977). Miljön på den natur- och djurunderstödda vårdinrättningen upplevs som kravlös och vilsam samt att närheten deltagarna har till djuren påverkar tillfrisknandet i positiv riktning. Då oxytocin frigörs vid sensoriska intryck och vid närhet till människa-djur (Carter et al., 2020) kan detta vara en potentiell orsaksverkan som ger en delförklaring till denna positiva upplevelse. Detta innebär i praktiken att en närvaro av djur under behandling kan öka oxytocinnivåer och bidra till en bättre förutsättning för tillfrisknande. Detta, bör tilläggas förutsätts med största sannolikhet, patienter som är initialt positivt inställda till djur.

Olikheter i vårdformer - likheter och skillnader

Deltagarnas upplevelser av de olika vårdinrättningarna påverkas inte bara av miljön utan den sammantagna känslan av god omvårdnad från personalen är också viktig. Detta innebär i praktiken att de upplever att helheten av dessa faktorer sammantaget har stor inverkan på deras möjlighet till tillfrisknande. Detta stöds av den psykosociala modellen (Engel, 1977) såväl som tidigare forskning (Jangland et al., 2011) om vad som bidrar till läkning och tillfrisknande. Det kan vara svårt att urskilja vad det är som påverkar mest positivt på den natur- och djurunderstödda vårdinrättningen då deras sammantagna upplevelse av öppenspsykiatri innehåller redogörelser för så många negativa upplevelser. Det är tänkbart att upplevelserna av bristande autonomi och relation med vårdgivaren inom öppenspsykiatri påverkar hur positivt de upplever den efterföljande natur- och djurunderstödda behandlingen. En aspekt som beskrivs är just bemötandet inom öppenspsykiatri och att personalen känns stressad vilket i sin tur verkar som en stressor för deltagarna. Tacksamheten som uttrycks av samtliga deltagare över att de fått vård och behandling inom öppenspsykiatri, även om de inte upplevt den som bra, kan tolkas som copingmekanism att försöka fokusera på det positiva vilket i så fall ger en delförklaring till de återkommande uttrycken av tacksamhet i intervjuerna. Detta i enlighet med den emotionsfokuserade copingstrategin (Lazarus & Folkman, 1984). I samtliga fem teman går

det att urskilja olika strategier som deltagarna använder sig av. Dessa strategier är uteslutande fokuserade på stressorer som uppkommer inom öppenspsykiatrin och genom byråkratiska beslut. Strategierna som används är emotions- och problemlösningsfokuserade och i intervjuerna går det inte att se någon av deltagarna som ger uttryck för något som hade kunna tolkas som sökandet efter sociala stödinteraktioner som copingstrategi. Upplevelsen av bristande autonomi kan möjligen påverka vilka copingstrategier som de använder sig av.

Studiens styrkor och svagheter

Studiens giltighet ökar genom deltagarnas delaktighet i processen. De har fått läsa och godkänna transkriberingar och haft möjlighet att komplettera sina intervjuer på valfritt sätt. Ansvarig för studiens utformande har utfört intervjuer och tematisering utan andra gruppmedlemmar eller uppsatspartners. Detta kan innebära en möjlig svaghet gällande studiens giltighet då medbedömare av denna form inte varit närvarande vid intervjutillfällena eller tematisering av text. Då deltagarna i studien fått vara aktivt deltagande även i tematisering och tolkning av intervjuer har ansvarig för studien kunnat säkerställa att tolkningar är realistiska utifrån deltagarnas egna upplevelser. Detta är en styrka med studien då deltagarna genom detta äger sina egna upplevelser och tolkningar av dessa.

Jag har utgått från en lista av kvalitetskriterier (Tong et al., 2007) som är väl lämpad för kvalitativa studier. Kvalitativa studier ämnar beskriva individers upplevelser och vanligast används intervju och fokusgrupper vid forskning inom hälsa. Kvalitetskriterierna berör relationen mellan den som utför intervjuar och deltagare och även den påverkan som deltagare utsätts för under intervjutillfället genom direkta och indirekta faktorer som till exempel, ålder, kön, etnicitet och klasstillhörighet. Vidare berör kriterierna urval av deltagare, miljön för intervjutillfället, analys, kodning samt studiens design.

Urval av deltagare har skett inkluderande och utifrån deltagarnas tidigare erfarenheter av vårdinrättningar. Då studien undersöker eventuella likheter och skillnader i upplevelser av två separata vårdinrättningar, var detta ett urvalskriterium med grund i studiens frågeställningar. Deltagarna var alla kvinnor men i olika åldrar, med olika psykiatriska diagnoser och varierande längd på tidigare sjukskrivning. Vidare hade ett större underlag av deltagare kunnat påverka studiens giltighet positivt. Studiens deltagare har alla individuella upplevelser från två vårdinrättningar och kan därmed fungera som sin egen kontrollgrupp och detta styrker studiens giltighet. Intervjufrågor var utformade med syfte att besvara frågeställningarna om deltagarnas upplevelser av vård. Då följdfrågor skiljde sig åt finns det viss skillnad i hur uttömmande svar

deltagarna gav på vissa frågor. Deltagarna fick själva välja intervjumiljö vilket bör ha ökat deras känsla av trygghet. Då känsliga ämnen behandlades i intervjuerna önskade jag därmed öka möjligheten till att de skulle delge uttömmande svar på frågorna.

Trovärdighetskontroller har skett under studiens gång, med handledarmöten med syfte att undvika misstolkningar av materialet för att undvika felaktiga slutsatser (Tong et al., 2007). Då denna studie har utförts inom ramen för min kandidatexamensuppsats har inte replikationer på intervjuer utförts på andra än de fyra deltagarna. Under studiens gång har jag som ansvarig tagit del av litteratur inom området, tidigare forskning och utvecklat min kunskap för att kunna tolka materialet på ett realistiskt tillvägagångssätt. Under intervjuer har jag varit medveten om risken för egen påverkan vilket i sammanhanget kan vara en styrka, då det kan ha gjort deltagarna mer benägna att vara uttömmande och inte utelämna detaljer. Trots detta är jag en påverkansfaktor som intervjuare och vilket innebär en svaghet ur ett neutralitetsperspektiv.

Förslag på framtida forskning

Studiens syfte att undersöka kvinnliga patienters upplevelser av vård ur ett jämförande perspektiv mellan vårdinrättningar har gett en inblick i hur deras upplevelser varit. Det hade varit av intresse att jämföra ett större antal kvinnliga patienters upplevelser inom öppenspsykiatri respektive andra vårdinrättningar i utomhusmiljö. Det hade varit värdefullt att i framtiden få ta del av forskning som undersöker skillnader i vårdupplevelser mellan män och kvinnor., dels inom olika typer av vård men även skillnader och likheter mellan män och kvinnor hur de respektive använder copingstrategier.

Slutsats

I studien framkommer många likheter mellan deltagarnas upplevelser av de båda vårdformerna. Samtliga delger upplevelser av bristande autonomi från sin behandling inom öppenspsykiatrin. Gemensamt är också att de fått erfara ett bemötande som de upplever brustit i respekt och omtanke. Deltagarna upplever de två separata vårdinrättningarna på ett samstämmigt sätt, i de brister och fördelar de ser i de två vårdalternativen. Likheter i upplevelser av den natur- och djurunderstödda vårdinrättningen finns mellan deltagarna. Samtliga upplever en förbättring av psykisk hälsa och i intervjuerna utvecklar och klargör de vilka faktorer som de upplevt som mest hjälpsamma. Till dessa hör vistelse i naturomgivningar, autonomi över sitt eget deltagande, samvaro med djur och avslappnad och välfungerande relation med personalen.

Denna studie uppmärksammar behovet av att öppenspsykiatrin har resurser att kunna bemöta, skapa trygghet och informera patienter tydligare om hur deras vårdalternativ ser ut.

Vidare kan studien visa på att miljön och vårdrelationen är viktig för patientens möjlighet till tillfrisknande och att den i vissa fall hade kunnat se annorlunda ut mot hur vi kanske föreställer oss en typisk vårdsituation. Närvaro av djur vid behandlingarna upplevs som mycket positivt för deltagarna i studien och detta är något som vårdinrättningar i högre grad hade kunnat ta fasta på, i de vårdsituationer där det hade kunnat vara ett tillämpligt inslag.

Referenser

- Akervall, E., & Engström, A. (2018). Copingstrategier hos patienter med kolorektalcancer: en litteraturstudie. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1200186/FULLTEXT01.pdf>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 842-852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barker, S. B., & Dawson, K. S. (1998). The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric services*, 49(6), 797-801. <https://doi.org/10.1176/ps.49.6.797>
- Berman, M. G., Kross, E., Krpan, K. M., Askren, M. K., Burson, A., Deldin, P. J., ... & Jonides, J. (2012). Interacting with nature improves cognition and affect for individuals with depression. *Journal of affective disorders*, 140(3), 300-305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.012>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Carter, C. S., Kenkel, W. M., MacLean, E. L., Wilson, S. R., Perkeybile, A. M., Yee, J. R., ... & Kingsbury, M. A. (2020). Is oxytocin “nature’s medicine”? *Pharmacological reviews*, 72(4), 829-861. <https://doi.org/10.1124/pr.120.019398>
- Chen, F. S., Heinrichs, M., & Johnson, S. C. (2017). Oxytocin and the emergence of individual differences in the social regulation of stress. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(8), e12332. <https://doi.org.10.1111/spc3.12332>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: Are restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(7), 642-649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Eklöf, M. (2011). *Naturen, kuren & samhället: Vård på sanatorier och kurorter ca 1870-2010*. Carlsson bokförlag.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Folkhälsomyndigheten. (2022). *Statistik om psykisk ohälsa*. Hämtad den 12 maj, 2023, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>
- Försäkringskassan. (2023). *Statistik om sjukpenning och rehabiliteringspenning*. Hämtad den 12 maj, 2023, från <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/sjuk/statistik-om-sjukpenning-och-rehabiliteringspenning/hur-manga-ar-sjukskrivna>
- Grahn, P., & Ottosson, Å. (2010). Trädgårdsterapi. *Stockholm: Bonniers Existens*.
- Grippe, A. J., Trahanas, D. M., Zimmerman II, R. R., Porges, S. W., & Carter, C. S. (2009). Oxytocin protects against negative behavioral and autonomic consequences of long-term social isolation. *Psychoneuroendocrinology*, 34(10), 1542-1553. <https://doi.org/10.1016/j.psyneun.2009.05.017>
- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of clinical nursing*, 12(4), 501-508. <https://doi.org/10.1046/j1365-2702.2003.00757.x>
- Holmström, D. (2021). Med hunden som kollega: En explorativ studie om hur sociala tjänstehundar kan användas i socialt arbete. <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?dswid=-3551&pid=diva2%3A1521191>
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 365. <https://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0033-3204.38.4.365>
- Hussain, F. A., & Cochrane, R. (2003). Living with depression: Coping strategies used by South Asian women, living in the UK, suffering from depression. *Mental Health, Religion & Culture*, 6(1), 21-44.
- Håkanson, M., Palmgren Karlsson, C., & Sandgren, V. (2008). Kartläggning av verksamheter som använder hästar i vård och behandling i Sverige 2008. <https://docplayer.se/8012564-Kartlaggning-av-verksamheter-som-anvander-hastar-i-var-d-och-behandling-i-sverige-2008.html>

- Högskolan i Halmstad (2023) *Forskningsprojekt vid Högskolan*, Halmstad Hämtat den, 13 april 2023 från <https://www.hh.se/forskning/var-forskning/forskning-vid-akademin-for-halsa-och-valfard/forskningsprojekt-vid-akademin-for-halsa-och-valfard/hastunderstodd-terapi-for-barn-och-ungdomar-med-psykisk-ohalsa-en-randomiserad-kontrollerad-longitudinell-studie>.
- Jangland, E. (2011). *The Patient–Health-professional Interaction in a Hospital Setting* (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis). <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:410127/FULLTEXT01.pdf>
- Jangland, E., Larsson, J., Carlsson, M., & Gunningberg, L. (2011). Patients' complaints about negative interactions with health professionals. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1(4), 756-765. <https://doi.org.10.5750/ijpcm.v1i4.57>
- Kam, M. C., & Siu, A. M. (2010). Evaluation of a horticultural activity programme for persons with psychiatric illness. *Hong Kong journal of occupational therapy*, 20(2), 80-86. [https://doi.org/10.1016/S1569-1861\(11\)70007-9](https://doi.org/10.1016/S1569-1861(11)70007-9)
- Kloep, M. L., Hunter, R. H., & Kertz, S. J. (2017). Examining the effects of a novel training program and use of psychiatric service dogs for military-related PTSD and associated symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(4), 425. <https://doi.org.10.1037/ort0000254>
- Kumsta, R., & Heinrichs, M. (2013). Oxytocin, stress and social behavior: neurogenetics of the human oxytocin system. *Current opinion in neurobiology*, 23(1), 11-16. <https://doi.org.10.1016/j.conb.2012.09.004>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leigh, H. (2013). *The patient: Biological, psychological, and social dimensions of medical practice*. Springer Science & Business Media. ISBN: 030644142X
- Marr, C. A., French, L., Thompson, D., Drum, L., Greening, G., Mormon, J., ... & Hughes, C. W. (2000). Animal-assisted therapy in psychiatric rehabilitation. *Anthrozoös*, 13(1), 43-47. <https://doi.org/10.2752/089279300786999950>
- Nimer, J., & Lundahl, B. (2007). Animal-assisted therapy: A meta-analysis. *Anthrozoös*, 20(3), 225-238. <https://doi.org/10.2752/089279307X224773>

- Nyttingnes, O., Ruud, T., & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating'—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International journal of law and psychiatry*, 49, 147-153.
<https://doi.org.10.1016/j.ijlp.2016.08.009>
- Region Skåne. (2023). *Naturunderstödd rehabilitering*. Hämtad 21 maj, 2023, från <https://www.1177.se/Skane/behandling--hjalpmedel/smartbehandlingar-och-rehabilitering/naturunderstodd-rehabilitering-pa-landsbygd-i-skane-nur/>
- Sahlin, E., Ahlborg Jr, G., Tenenbaum, A., & Grahn, P. (2015). Using nature-based rehabilitation to restart a stalled process of rehabilitation in individuals with stress-related mental illness. *International journal of environmental research and public health*, 12(2), 1928-1951. <https://doi.org/10.3390/ijerph120201928>
- Sjöström, S. (2006). Invocation of coercion context in compliance communication—power dynamics in psychiatric care. *International journal of law and psychiatry*, 29(1), 36-47. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.06.001>
- Snyder, C. R. (Ed.). (2001). *Coping with stress: Effective people and processes*. Oxford University Press.
- Socialstyrelsen. (2019). *HUT(Hästunderstödd terapi, ridterapi)*. Hämtad den 10 maj, 2023, från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/hut-hastunderstodd-terapi-ridterapi/>
- Stråby, S. (2022). ”Det ska inte vara trevligt att vara inlagd i psykiatri”:Före detta patienters upplevelser av informellt tvång och dess påverkan på vårdrelationen. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1674203/FULLTEXT02>
- Sveriges riksdag. (2014) *Patientlag (204:82)*. Hämtad 25 maj, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821#K4
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1093/intqhc/mzm042>

- Uvnäs-Moberg, K., & Petersson, M. (2004). Oxytocin–biokemisk länk för mänskliga relationer. *Läkartidningen*, 101(35), 2634-9.<https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldPdfFiles/2004/29012.pdf>
- Vårdguiden. (2023). *Psykisk hälsa*. Hämtad den 28 april, 2023, från <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/halsoframjande-arbete/psykisk-halsa/>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* [Elektronisk resurs]. (3. ed.) Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Wijk, H., & Nordin, S. (2017). Vårdmiljöns betydelse för hälsa och välbefinnande. *Socialmedicinsk tidskrift*, 94(2), 156166.<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:du-25273>

Bilaga

Detta är information till dig som ska intervjuas. Intervjun har som syfte att undersöka hur tidigare patienters upplevelser av vård inom den traditionella vården samt natur och djurunderstödd terapi/rehab beskrivs. Dessa intervjuer ska sedan sammanställas och presenteras av mig inom ramen för min kandidatuppsats i psykologi, våren 2023.

Nedan finner du intervjufrågorna och en blankett om informerat samtycke. Det vore bra om du kunde läsa igenom detta och meddela ifall det finns något som du önskar lägga till. Du behöver inte skriva under blanketten, utan ditt samtycke kommer att inhämtas muntligen i samband med intervjun.

För att kunna transkribera och analysera intervjun kommer samtalet att spelas in som ljudfil. Filen med ljudinspelningen kommer sedan att raderas. Din anonymitet som intervjuperson kommer att skyddas i inspelningarna.

Du har närsomhelst möjlighet att avbryta intervjun i sin helhet eller välja att inte svara på en eller flera av mina frågor. Stort tack till dig som väljer att bli intervjuad!

Intervjufrågor som jag kommer att ställa vid vårt samtal presenteras här:

- Är det okej om jag spelar in intervjun för att kunna lyssna på den senare och analysera innehållet?
- Hur ser ditt liv ut idag?
- Följdfrågor
- Kan du berätta om tiden som ledde fram till att du blev sjukskriven?
- Kan du berätta om dina upplevelser från första kontakt med vården i samband med din sjukdom och sjukskrivning?
- Vad blev utfallet av din kontakt med vården och hur var upplevelsen av detta?

- Med tanke på det som du nu berättat, skulle du vilja ändra på något gällande vården?
Om ja- vad för något? Om nej- varför inte?
- Berätta om när och hur du kom i kontakt med djurunderstödd terapi/rehab?
- Hur upplevde du den djurunderstödda terapin/rehabiliteringen?
- Vad upplever du att det finns för skillnader mellan de två formerna (traditionell vård och MNT) av behandling?
- Vilka faktorer har du upplevt som mest hjälpsamma med tanke på ditt tillfrisknande?
- Hur ser du på framtiden?
- Är det något som du vill lägga till eller berätta som du tycker att vi inte pratat om?

Intervjuerna kommer här efter att transkriberas och sedan analyseras genom en tematisk analys. Slutresultatet kommer att redovisas i min kandidatuppsats som lämnas in i slutet av maj-2023. Uppsatsen kommer att finnas tillgänglig att läsas på Lunds universitets databas och skickas i pappersformat till er som intervjuats om ni så önskar.

Min mailadress är: (. . .) och telefonnummer (. . .)

Informerat samtycke

Informerat samtycke för deltagande i projekt:

Jag bekräftar att jag fått muntlig information om projektet samt fått läsa frågorna på förhand.

Jag får lov att läsa innehållet efter transkribering i syfte att kontrollera riktigheten i det som framförs som mina meningar.

Jag ger mitt samtycke till att delta i projektet och vet att mitt deltagande är helt frivilligt.

Jag är medveten om att jag när som helst och utan förklaring kan avsluta mitt deltagande.

Jag är medveten om att de samtal jag deltar i kommer att spelas in, transkriberas, analyseras och redovisas (där enskilda individer inte benämns), på ett sätt så att någon inte kan identifieras.

Underskrift, Ort, Datum