



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Vårdande vård utifrån patientens perspektiv

En kvalitativ intervjustudie med patienter inom psykosvården

Marie Bjuhr

2012

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15hp  
Vårdvetenskap  
Handledare: Lennart Fredriksson/ Josefin Westerberg Jakobsson  
Examinator: Maria Engström

---

## Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva och öka förståelsen för vad patienter med psykosproblematik upplevde vad i vården som var befrämjande eller hindrande i deras återhämtningsprocess och för deras hälsa, hur det tog sig i uttryck och varför.

Patienterna vårdades på ett för målgruppen specialiserat internatboende.

Metod, studien hade en beskrivande och tolkande design med hermeneutisk fenomenologisk metod inspirerad av Van Manen. Datainsamlingen genomfördes med hjälp av semistrukturerade intervjuer, sju deltagare medverkade i studien.

Analysen utfördes i flera steg, holistisk strategi, detaljerad strategi och selektiv strategi. Resultatet av analysen utmynnade i fem huvudteman med fjorton tillhörande subteman: Mellanmänsklig relation, Demokratisk atmosfär,

Kommunikation, Att vara aktiv och

Hopp. Hoppet framkom som en naturlig och underliggande aspekt som

genomsyrade alla andra teman. Den övergripande tolkningen utmynnade i

begreppet Medvaro, som var det gemensamma för alla teman. Medvaro beskrev

också temanas beroende förhållande till varandra. Slutsatsen av den här studien var

att patienternas upplevelse var att vården på internatboendet där de vistas var

vårdande, vad som gjorde att den var vårdande framgick av de fem huvudtemana,

hur det tog sig i uttryck beskrevs genom patienternas egna berättelser och varför

fenomenet framträdde så som det gjorde tolkades utifrån begreppet Medvaro.

Nyckelord: Patientens erfarenhet, psykos, återhämtning,

## **Abstract**

The purpose of the study was to describe and increase understanding for what patients with psychosis experienced what was helping or obstructive in their recovery process and on their health, how it manifested its self in expression and for what reason

The patients stayed in a specialized residential accommodation for people with psychosis. Methods, the study had a descriptive and interpretive design with a hermeneutic phenomenological method inspired by Van Manen. Data collection was done by semi structured interviews, seven patients participated in the study. Data analysis was performed in several steps: holistic approach, detailed approach and selective approach. Results, the analysis resulted in five main themes with associated fourteen sub themes: Interpersonal relationship, Democratic atmosphere, Communication and Hope. Hope emerged as a natural and underlying aspect that also permeated in all the other themes. The overall interpretation of the phenomenon led to the concept of coexistence, that was the overarching and common in all the themes. Coexistence also described the themes, dependent relationship with each other.

The conclusion of this study was that the patients' experience was that the care in the residential accommodation was caring. What made it to be caring was shown by the five main themes, how it manifested itself in expressions was described by the patients' own stories and why the phenomenon appeared as it was, interpreted based on the concept of coexistence.

Keywords: Patients' experience, psychosis, recovery.

<b>Innehållsförteckning</b>	<b>sid</b>
Sammanfattning	2
Abstract	3
INTRODUKTION	5
Psykos	
Återhämtning	7
Vårdvetenskaplig referensram	8
Det aktuella forskningsläget om återhämtning sammanvävt med den teoretiska referensramen	8
Hälsa	10
Problemformulering	11
Syfte	11
METOD	12
Design	12
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	12
Datainsamlingsmetod	13
Dataanalys	13
Tillvägagångssätt	14
Forskningsetiska överväganden	15
RESULTAT	17
Mellanmänsklig relation	18
Demokratisk atmosfär	20
Kommunikation	21
Att vara aktiv	22
Hopp	23
Hermeneutisk fenomenologisk beskrivning	24
DISKUSSION	26
Resultatdiskussion	26
Metoddiskussion	30
Slutsatser	32
REFERENSER	34

## Introduktion

### Psykos

I Sverige drabbas ungefär 1500-2000 personer om året av psykos. Psykos kan inträffa när som helst i livet men de flesta är mellan 16-40 år.<sup>1</sup> ”En psykos innebär att varseblivningen av verkligheten förändras på ett sätt som innebär ångest och rädsla för den drabbade och att närstående inte längre känner igen den sjuke” (sid 33).<sup>1</sup> Gränsen mellan den som är drabbad och omgivningen blir oklar och därmed personens förmåga att skilja mellan fantasi och verklighet<sup>2,3</sup>. Den som är drabbad av psykos har en egen privat verklighet som kan vara förvrängd, kaotisk och osammanhängande. Att befinna sig i ett psykotiskt tillstånd är därför förenat med stor ensamhet, man inbillar sig saker som andra betraktar som fantasier och inte kan bekräfta, vilket ofta kan leda till isolering och utanförskap<sup>2,3</sup>. Sedan 1990-talet är det brukligt att dela in symtomen i positiva och negativa symtom<sup>3,4</sup>. Med positiva symtom avses det som tillstöter, det vill säga hallucinationer, vanföreställningar och tankestörningar. Negativa symtom avser istället, tillbakadragenhet, avtrubbade affekter och torftiga känslomässiga relationer<sup>3,4</sup>.

Psykosinsjuknande delas upp i olika faser och följer en klassisk krismodell som karaktäriseras av upptrappning, vändpunkt och återhämtning<sup>2</sup>. Det första insjuknandet sker oftast gradvis i form av sömnstörningar, koncentrations- och minnessvårigheter och nedstämdhet. Dessa symtom brukar kallas prodromalsymtom<sup>2,4</sup>. Personen börjar dra sig undan och funktionsnivån sjunker vad beträffar studier eller arbete, det kan också medföra att aggressivt beteende om personen ifrågasätts av sin omgivning. Denna fas kan pågå i flera veckor ibland månader<sup>2</sup>. Sedan följer en successivt insättande personlighetsförändring, omvärlden upplevs nu som mer förändrad och hotfull. Den drabbade har ofta hög ångestnivå på grund av förvirringen<sup>2,4</sup>. Vanföreställningarna blir mer manifest och tydliga för den drabbade och framstår som självklara. Personen är nu oftast inte mottaglig för hjälp, utan rädslan för att ta emot något eller ”ta in” något från omvärlden är oftast massiv. Tvingande hjälp är inte ovanlig<sup>2</sup>. När sedan neuroleptikabehandling påbörjas avtar oftast de positiva symtomen, samtidigt ökar depressiva inslag med tillhörande seghet och trötthet<sup>2</sup>. Om den drabbade nu har möjlighet att få insikt i psykosens och bearbetar den istället för att förneka den, förebyggs kommande psykosinsjuknanden<sup>2</sup>.

Vissa psykosformer är kortvariga och övergående medan andra är långvarigare och kan innebära sociala funktionsnedsättningar som konsekvens<sup>3</sup>. ”Det finns psykosor där en återhämtning från psykoson inte sker fullt ut. Att förhindra eller minimera dessa tillstånd som är karaktäristiska vid schizofreni, är en av psykiatrins största utmaningar” (sid 71)<sup>2</sup>.

Historiskt sett har de bakomliggande orsakerna till psykosjukdom förklarats med två motsatta förklaringsmodeller: den biologiska (arv) och den psykologiska (psykodynamisk, psykosocial)<sup>3</sup>. I mitten av 1970 talet formulerade den amerikanske psykiatern Joseph Zubin den så kallade stress och sårbarhetsmodellen som en förklaring och förståelse för utveckling av psykosjukdom. Denna modell förenade olika vetenskapliga skolbildningar och möjliggjorde en utveckling mot kombinerade behandlingsinsatser<sup>2</sup>. Tanken med modellen är att människor har olika sårbarhet för att utveckla psykosjukdom och det som utlöser psykoson är aktuella påfrestningar. I dag råder det konsensus om att orsakerna till insjuknande är en kombination av individens genetiska sårbarhet och exponering av miljöfaktorer<sup>3,4</sup>.

Sårbarhetsfaktorer skiljs mellan principiellt tre olika dimensioner: genetiska sårbarhetsfaktorer, tidiga störningar i hjärnans utveckling samt störning i uppväxten. Dessa faktorer samverkar och förstärker alternativt neutraliserar varandra<sup>2</sup>. Psykosutlösande faktorer delas in i specifik påfrestning och ospecifik påfrestning. Specifik påfrestning innebär till exempel livskris, sorg förlust eller annan kränkning av självkänslan. Ospecifik påfrestning avser isolering, sömnbrist, omkastad dygnsrytm, somatisk sjukdom eller påfrestning så som alkohol- drog- eller giftpåverkan<sup>2</sup>. Skyddsfaktorer är fungerande nätverk, meningsfullt arbete eller sysselsättning samt upplevelse av sammanhang och mening<sup>2</sup>.

## Återhämtning

Under de senaste åren har möjligheterna till att återhämta sig från psykosjukdom synliggjorts genom forskning. Forskare beskriver patienters återhämtningsprocess genom flera moment, den kan alltså inte ses som linjär<sup>5,6</sup>. Återhämtningsprocessen delas upp i fem olika steg: *Moratorium*, ett steg av förnekande, hopplöshet och identitetssökande. *Medvetenhet*, individen får ett första hopp om ett bättre liv. *Förberedelse*, individen börjar arbete för återhämtning till exempel skaffa sig kunskap om sjukdomen. *Återuppbyggande*, återhämtningsarbetet intensifieras, skapar en positiv känsla kring sin egen person. *Växande*, individen har lärt sig att hantera sina symtom och leva med dem<sup>7</sup>.

I en avhandling om kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa<sup>8</sup>, sammanfattades forskning om återhämtning utifrån tre kunskapsområden: Återhämtning som ett mätbart fenomen, en individuell process och ett socialt perspektiv<sup>8</sup>. Dessa områden har många likheter och samverkar på många vis, men det finns också klara ontologiska skillnader. Forskning som fokuserar på återhämtning utifrån ett mätbart fenomen inriktar sig på tillgängliga empiriska bevis om vilka metoder som har dokumenterad effekt. Målet är att avvärja symtom, leva ett självständigt liv samt delta i samhällslivet. Återhämtning delas upp i två nivåer: social och total återhämtning<sup>8</sup>. Återhämtningsforskning utifrån en individuell process utgår från människors egna upplevelser och berättelser om återhämtning. Återhämtning definieras som en livslång process mer än som ett mål eller ett resultat<sup>8</sup>. Återhämtning behöver inte vara synonymt med att vara fri från symtom, utan innebär att kunna hantera dem, leva ett tillfredsställande liv, känna hopp och psykiskt välmående<sup>7,8</sup>. Återhämtningsforskning ur ett socialt perspektiv har likheter med det individuella perspektivet men fokuserar mer på strukturella faktorer och innefattar samhällets utbud av vård och stöd samt tillvaratar de själverfarnas kunskap<sup>8</sup>. I den här studien förstås återhämtning utifrån en individuell process med individens unika upplevelse och erfarenhet av fenomenet.

### **Vårdvetenskaplig referensram**

I den här studien beskrivs och förstås det vårdvetenskapliga perspektivet utifrån Joyce Travelbees omvårdnadsteori. Hon var en amerikansk omvårdnadsteoretiker som levde mellan 1926-1973, i grunden verkade hon som psykiatrisjuksköterska<sup>9</sup>. Travelbees omvårdnadsdefinition bygger på en existencialistisk människosyn. Att smärta och lidande är en oundviklig del av livet som människa<sup>10</sup>. Omvårdnad handlar om att hjälpa den sjuka och lidande personen att finna mening utifrån det personen genomlever och den situation som personen befinner sig i. Det sker genom att grunda en mellanmänsklig relation. Hon menar att omvårdnad är en mellanmänsklig process där vårdaren hjälper en individ, en familj och eller ett samhälle att förebygga eller bemästra erfarenheter av sjukdom och lidande samt vid behov finna en mening i dessa erfarenheter. De centrala begreppen i Travelbees teori är hopp, mellanmänsklig relation, kommunikation och mening<sup>10</sup>.

### **Det aktuella forskningsläget om återhämtning sammanvävt med den teoretiska referensramen**

I Travelbees omvårdnadsteori beskrivs *hopp* som en önskan och en längtan om uppnåeliga mål<sup>10</sup>. Studier har visat att, i omvårdnaden är det en befrämjande faktor att som vårdare förmedla hopp genom tilltro till återhämtning, synliggöra styrkor och möjligheter<sup>11-18</sup>. Det finns olika definitioner av hopp. Dufault och Martocchio definierar hopp som ”en sammansatt dynamisk drivkraft som karaktäriseras av en trygghet men ändå osäker förväntan på att uppnå något som är realistiskt att uppnå och som har stor personlig betydelse för den som hoppas” (sid 380)<sup>19</sup>. Flera studier har visat att hopplöshet och lidande beskrivs utifrån patienternas perspektiv som rädsla och misstänksamhet kopplat till sjukdomen. En känsla av att inte ha makt över sitt eget liv och att inte veta vad som händer, passivitet, ensamhet och utanförskap<sup>15-18</sup>. Att ha orealistiska förväntningar på sin egen förmåga kan också leda till besvikelser som då blir hindrande i återhämtningen<sup>12</sup>.



Joyce Travelbees teori beskriver omvårdnaden som en *mellanmänsklig relation*. I Travelbess teori når omvårdnaden sitt syfte genom att etablera en mellanmänsklig relation. En förutsättning för detta är att båda parter reagerar på varandras ”mänsklighet”<sup>10</sup>. Hon beskriver också hur den mellanmänskliga relationen byggs upp i olika faser: Det första mötet - Framväxande av identitet - Empati - Sympati - Ömsesidig förståelse och kontakt. Empati beskrivs som en upplevelse som äger rum mellan två eller fler individer. Konkret består det i förmågan att tränga in i och förstå det psykologiska tillstånd som en annan person befinner sig i här och nu<sup>10</sup>. Sympati beskrivs som en attityd eller inställning. Ett sätt för vårdaren att tänka eller känna och hon förmedlar det till andra genom att visa att hon bryr sig om hur den andra känner, samt att hon har en vilja att förbättra patientens situation. För att underlätta bördan av att bära sitt lidande förmedlar vårdaren sympati<sup>10</sup>. När man delar varandras innersta tankar, känslor och attityder har man nått en ömsesidig förståelse och kontakt. Studier har visat att utifrån patienternas perspektiv genomsyras den befrämjande relationen av samarbete, vänskaplighet och ömsesidighet.<sup>11,12,17,18</sup> . Strikt och opersonlig kontakt mellan patienten och vårdaren, att inte bli bekräftad som en hel människa kan göra att den mellanmänskliga relationen blir till ett hinder i återhämningsprocessen har visats i en rad studier<sup>12-14,18</sup> .

Enligt Travelbess teori ses *kommunikation* som en ömsesidig process, och en förutsättning för att nå målet med omvårdnaden. Kommunikationens syfte är att lära känna människan och att kartlägga och tillgodose hennes behov<sup>10</sup>. Studier om återhämtning från psykos har visat vikten av kommunikation och samtal. I samtalet får patienten bekräftelse, möjlighet att hitta ett eget språk som gör det lättare att förstå sig själv i sin livssituation<sup>15,18</sup>. Det finns också studier som visar att bristfällig kommunikation istället leder till ökad sårbarhet och förvirring och blir då ett uppenbart hinder i patientens möjlighet till återhämtning<sup>15</sup>.

Det är vårdarens uppgift att hjälpa patienten att förebygga, bemästra eller finna *mening* i sin sjukdom och sitt lidande. Individen försöker ofta att finna en mening i det som sker vilket kan ge möjlighet till personlig utveckling<sup>10</sup>. Enligt Travelbee är det vårdarens uppgift att hjälpa den lidande personen att finna mening vilket bland annat innebär att hantera sin sjukdom och sitt lidande samt att någon eller något behöver en. Hon

uttrycker också vikten av att undvika eller att hantera erfarenheter av sjukdom och lidande. Detta bör ske både på individ-, grupp och samhällsnivå<sup>10</sup>. Flera kvalitativa studier har visat att patienternas upplevelser är, att det är befrämjande för återhämtningen med ökad kunskap och förståelse för sjukdomen, vilket även ger en stärkt självkänsla och egenmakt. Det är också befrämjande att vara i någon form av sammanhang med andra<sup>11-18</sup>.

## **Hälsa**

Det är angeläget att knyta an återhämtningsforskning till hälsa och omvårdnaden kring patienter med psykosproblematik. Världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa skrevs 1946, ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp” (sid 19).<sup>20</sup> I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor framkommer bland annat att sjuksköterskans uppgift är att tillvarata det friska hos patienten, att främja hälsa och förebygga ohälsa<sup>21</sup>. Enligt den amerikanska omvårdnadsteoretiker Joyce Travelbee är hälsa en subjektiv bedömning utifrån patientens individuella upplevelser. Det innebär att en människa är så frisk som han eller hon känner sig trots diagnoser och sjukdom<sup>10</sup>. Travelbees människosyn vidhåller att individen är unik och hon är den ende i sitt slag som kommer att leva. Det innebär att varje människa trots diagnos har sin unika upplevelse av sin sjukdom och sitt lidande. Teorin tar avstånd från en generaliserande människosyn<sup>10</sup>.

I en litteraturoversikt från 2011 med syfte att identifiera omvårdnadspersonalens betydelse för vård och behandling av patienter med psykosjukdom framkom det fem teman: Skapande av en vårdrelation, utbildningsinsatser till patienten rörande sjukdomen, psykosocial träning, motivera till kontinuerlig medicinering samt stöd till nätverket. Dock ansågs det att få studier hade gjorts inom området och att många hade lågt bevisvärde<sup>22</sup>.

## **Problemformulering**

Personer som lider av psykosproblematik har rätt till en så god omvårdnad som möjligt för att öka möjligheten till återhämtning och hälsa. Det var därför av intresse att genomföra en studie och få kunskap om vad som fungerar bra respektive mindre bra i vården utifrån patienternas perspektiv. Tidigare kvalitativa intervjustudier<sup>11-18</sup> om återhämtning har inte riktat sig till personer som befinner sig på ett specialiserat boende och vad det är som upplevs som befrämjande eller hindrande i vården där, för att få optimal möjlighet till återhämtning och hälsa. Utvärdering och utveckling av arbetssätt i enlighet med patienternas upplevelser föranledde därför en kvalitativ studie för att nå kunskap inom detta område, på ett djupare plan. Studien är viktig för att kunna utveckla vården kring människor med psykosproblematik och för att ge mer stringens till patienternas egna upplevelser och erfarenheter i utformandet av vården.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva och öka förståelsen för vad patienter med psykosproblematik erfar/upplever vad i vården som är befrämjande eller hindrande i deras återhämtningsprocess och för deras hälsa, hur det tar sig i uttryck och varför. Patienterna vårdades på ett för målgruppen specialiserat internatboende.

## **Metod**

### **Design**

Studien har en beskrivande och tolkande design utifrån hermeneutisk fenomenologisk metod med inspiration av Van Manen<sup>23</sup>.

### **Urvalsmetod, undersökningsgrupp och kontext**

Urvalet var ändamålsenligt, de informanter som valdes ut skulle ha mycket att berätta om forskningsfrågan<sup>24</sup>. Inklusionskriterier var att deltagaren skulle ha varit inskriven på ett för målgruppen specialiserat internatboende i minst två månader. Internatboendet vänder sig till personer mellan 18-35 år. Undersökningsgruppen hade en åldersspridning på 10 år och deras psykos debuterade från 1 till 8 år sedan. De deltagare som ingick i undersökningsgruppen hade vistats på internatboendet mellan 1-5 år. Exklusionskriterier var om deltagaren inte behärskade det svenska språket utan måste

intervjuas med tolk. På internatboendet har deltagaren ett reellt inflytande i sin återhämtningsplan. Under veckorna bor deltagaren på boendet, på helgerna bor han eller hon i sin ordinarie bostad. Personal arbetar på boendet under dag- och kvällstid, deltagarna har möjlighet att ringa till en ur personalen som har natt jour på nattetid om det skulle uppstå behov. Behandlingsveckorna innehåller en kombination av individuella och gemensamma aktiviteter. Planeringen innehåller målsättningar kring de områden där individen själv upplever ett utvecklingsbehov, till exempel utbildning, hälsa och arbete. Tillsammans arbetas det med att skapa verktyg för att hantera problem och symtom till exempel: ångest och röster. På internatboendet tar alla ett gemensamt ansvar för den dagliga basverksamheten, matlagning, inköp, städning, planering och så vidare. Alla deltagare som för närvarande vistades på boendet (n=8) tillfrågades varav sex stycken tackade ja till att medverka i studien. Även deltagare som blivit utskrivna från boendet tillfrågades (n=3) varav en tackade ja till att medverka i studien. Inklusionskriterier för de som var utskrivna var att vistelsen på boendet skulle ha varat minst två månader samt att det inte skulle ha gått mer än två år sedan utskrivning. Studien innehöll sammanlagt sju (n=7) intervjuer som varade cirka 25 minuter.

### **Datainsamlingsmetod**

Datainsamling skedde med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Det var författaren själv som genomförde alla intervjuer. Den fenomenologiska intervjun syftade till att samla in narrativt material för att senare kunna utveckla en djupare förståelse för fenomenet <sup>23</sup>.

Under intervjun försökte författaren att på ett medvetet plan hålla tidigare kunskap och förförståelse avstängd för att inte påverka informanternas berättelser, så kallat ”bracketing” <sup>23</sup>.

Alla deltagare fick samma övergripande frågor, en intervjuguide arbetades fram och testades vid en första provintervju. Intervjuguiden modifierades sedan en aning för att få fokus på studiens syfte. Provintervjun inkluderades i studien. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon. Författaren inledde intervjuerna med några enkla inledande bakgrundsfrågor för att komma igång med samtalet. Sedan ställdes de övergripande frågorna som hade arbetats fram i linje med studiens syfte. Hur är det för dig att vara här på internatboendet? Hur upplever du vårdinnehållet här på internatboendet? Vad upplever du vara befämjande/hjälpanande i vården här på internatboendet? Vad upplever

du vara hindrande för dig i vården på internatboendet? Sedan ställdes passande följdfrågor såsom kan du berätta lite mer om det eller har du något exempel. Fyra av intervjuerna genomfördes i ett neutralt och ostört rum på internatboendet, två av intervjuerna på författarens arbetsplats i ett neutralt rum och en intervju genomfördes hemma i deltagarens lägenhet. Det var deltagaren som fick bestämma var de ville att intervjun skulle äga rum.

### **Dataanalys**

Den hermeneutisk fenomenologiska metod som användes i denna studie är inspirerad av Van Manen och uppdelad i fyra faser<sup>23</sup>. I den **första fasen** enligt Van Manen sker en orientering mot fenomenet. Tidigare forskning och kunskap om fenomenet samlades in och författaren formulerade ett syfte med studien. Författarens tidigare kunskap och förförståelse beskrevs. Nästa steg handlade om att hitta lämpliga informanter som skulle kunna berätta om fenomenet, hur det gestaltar sig utifrån levd erfarenhet.<sup>23</sup> Enligt Van Manens metod handlar **Fas två** om att samla in data från informanterna<sup>23</sup>.

Den **tredje fasen** enligt Van Manen handlar om hermeneutisk fenomenologisk reflektion, den innehåller analys och reflektion kring insamlade data med syfte att finna teman som kan ge en djupare mening och förståelse av fenomenet. Här avbryts ”bracketing” och författarens förförståelse och tidigare kunskap var utgångspunkten för tolkningen av data, ”horizon of understanding”<sup>23</sup> Olika strategier användes för att bearbeta och analysera materialet.

I analysens första steg användes holistisk strategi som innebar att en enda mening formulerades för att beskriva den underliggande meningen med hela berättelsen. Detta möjliggjorde en preliminär förståelse av helheten. Författaren strävade här efter att ha en ”aktiv öppenhet” genom att kontinuerligt reflektera över om förförståelsen möjligen styrde läsningen av texten

Det andra steget i analysen detaljerad strategi, innebar att texten lästes igenom mening för mening med samtidig reflektion om meningens betydelse för fenomenet och sorterades in under olika teman<sup>23</sup>. Utifrån en hermeneutisk fenomenologisk tolkning av texten och temana sammanförs temana som framkommit med författarens förförståelse och den teoretiska referensram som studien vilar på.

I det tredje steget i analys fasen gjordes först en strukturanalys där texten strukturerades om så att de delar som hade samma eller liknande meningsinnehåll fördes samman med utgångspunkt i de olika teman som identifierats. För att åskådliggöra *hur* dessa teman tog sig i uttryck användes sedan en selektiv strategi för att identifiera meningar som beskrev fenomenet under olika teman<sup>23</sup>.

I den **fjärde och sista fasen** enligt Van Manen görs en hermeneutisk fenomenologisk beskrivning<sup>23</sup>. De mest väsentliga temana summerades och en övergripande tolkning gjordes vilket gav en djupare förståelse för fenomenet.

### **Tillvägagångssätt**

Verksamhetschef, enhetschef och personalen på boendet fick muntlig information om studien och verksamhetschefen undertecknade ett skriftligt godkännande till att studien skulle få genomföras. Ansökan till forskningsetiska rådet vid Högskolan i Gävle skickades därefter in och de gav tillåtelse om att genomföra studien. Alla deltagare fick initialt muntlig information från personalen på internatboendet. Sedan lämnades skriftligt informationsbrev ut till presumtiva informanter. Författaren kontaktade sedan presumtiva informanter för en individuell information om studien samt möjlighet för deltagarna att ställa frågor direkt till författaren. Författaren bokade därefter in tider med de deltagare som ville medverka i studien. Innan intervjuerna påbörjades informerade författaren ytterligare en gång om syftet med studien och underströk frivilligheten att medverka samt möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande. Sedan skrevs ett informerat samtycke på av deltagaren och författaren en förbindelse om konfidentiellt förfarande och att intervjumaterialet endast fick användas som forskningsmaterial. Intervjuerna genomfördes under april 2012 och analysarbetet påbörjades i maj 2012 och studien var färdigställd september 2012.

### **Forskningsetiska överväganden**

De forskningsetiska övervägandena baserar sig på de forskningsetiska principerna inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning. Inom denna forskning är det grundläggande individskyddskravet konkretiserat i fyra allmänna huvudkrav: Informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav<sup>25</sup>. Forskare

har en skyldighet att skydda informanterna från att i onödan utsättas för fysisk, psykisk eller ekonomisk risk av något slag<sup>25</sup>.

Informationskravet tillgodoseddes genom att presumtiva informanter först fick en muntlig information om studien av personal på internatboendet, sedan delades ett skriftligt informationsbrev ut. Därefter kontaktade författaren informanterna och gav ytterligare en muntlig information om studien, och informanterna fick då möjlighet att ställa frågor. Skriftligt informerat samtycke från informanterna inhämtades, där det tydligt framgick att det var frivilligt att medverka i studien och rättigheten att när som helst avbryta sin medverkan utan att det fick några konsekvenser för fortsatt vård och omhändertagande. Författaren är inte på något vis involverad i informanternas vård på internatboendet vilket medför att informanterna inte befann sig i någon beroendeställning i förhållande till författaren. Konfidentiellt agerande värnades, genom att det var författaren själv som skrev ut intervjuerna till text. När intervjun skrevs ut i text blev den helt avidentifierad och inspelningen raderades. Vissa typiska uttryck har förvanskats i resultatredovisningen för att skydda informanternas konfidentialitet. Författaren skrev också på en förbindelse om att konfidentiellt förfarande skulle värnas. Materialet förvarades inlåst, så att obehöriga inte har haft tillträde till materialet. Nyttjandekravet tillgodoseddes genom att de data som kom fram i studien endast får användas som forskningsmaterial, vilket framgick av författarens skriftliga förbindelse.

Stor omsorg och övervägande ägnades åt författarens roll i förhållande till informanterna utifrån risken att de skulle uppfatta en maktobalans. Därför lades stor vikt vid att informanterna skulle känna att de styrde intervjun och hade kontroll över situationen. Författaren har 15 år erfarenhet att kliniskt arbeta som psykiatrisjuksköterska och hade därför kompetens att bedöma om informanten under intervjun av någon anledning inte förmådde att på ett adekvat sätt lämna relevant data till studien, eller om informanten på något vis visade tecken på att inte må bra och skulle då avbrutit intervjun. Informanterna hade också tillgång till personal efter intervjun. Studien blev godkänd av etiska rådet på Högskolan i Gävle innan den påbörjades.

## Resultat

Resultatet börjar med en presentation av de sju övergripande meningar som den holistiska läsningen utmynnade i. Huvudteman och subteman presenteras i en tabell och därefter beskrivs innebörden av dessa och de illustreras med hjälp av citat från intervjuerna. Avslutningsvis presenteras en hermeneutisk fenomenologisk beskrivning av den övergripande tolkningen av resultatet som också illustreras med hjälp av en figur.

Det första steget i analysen, den inledande holistiska läsningen resulterade i sju övergripande meningar som gav uttryck för den underliggande meningen i deltagarens berättelse. Dessa meningar skapade en preliminär förståelse för helheten.

1. Att vara tillsammans med människor, där jag har möjlighet att dela det som är svårt samt uppleva glädje och gemenskap.
2. Jag får en vanlig vardag tillsammans med människor som är lyhörda och tillgängliga, där jag vågar dela mina problem.
3. Jag har ett socialt liv tillsammans med andra människor, där vi har kul och hjälps åt.
4. Jag har en trevlig vardag med andra människor där jag delar upplevelser tillsammans med andra.
5. Jag har möjlighet att vara tillsammans med andra människor i en trevlig gemenskap där vi hjälps åt med det vardagliga och har mycket roligt ihop.
6. Jag får vara tillsammans med vänliga människor och har också förutsättningar att vara mer aktiv.
7. Att få vara tillsammans med andra människor, ha möjlighet till samtal och vara aktiv har utvecklat min självständighet.

Analysens andra och tredje steg resulterade i fem övergripande teman med tillhörande subteman som beskriver fenomenet: Mellan mänsklig relation, demokratisk atmosfär, kommunikation, att vara aktiv och hopp. Tabell 1.



Tabell 1: Illustrerar resultatets subteman och huvudteman.

Subteman	Huvudteman
Personalens betydelse Att vara med andra som har liknade problem Trivsamt gemenskap	Mellan mänsklig relation
Delaktighet Förutsägbarhet Öppenhet	Demokratisk atmosfär
Tillgänglighet Att våga samtala	Kommunikation
Hjälpas åt i vardagen Fritidsaktiviteter Egen sysselsättning	Att vara aktiv
Mindre problem Ökad livslust Egen utveckling	Hopp

### **Mellanmänsklig relation**

Alla deltagare berättade om betydelsen av relationer med andra människor som en befrämjande faktor i återhämtningsprocessen och upplevelsen av sin hälsa. Under ett flertal intervjuer framhölls att personalen uppfattades som snäll och trevlig och hade ett genuint engagemang. En deltagare påpekade att upplevelsen var att personalen på internatboendet var bättre än på andra ställen som han hade erfarenhet av. Fler av deltagarna gav uttryck för att de kände förtroende för personalen även utifrån att de upplevde personalen som kompetent och erfaren i förhållande till psykosproblematik.

*”Alla är så bra på att lyssna på vad jag har för önskemål och hur jag mår och så, jag tror att det beror på att de som jobbar här är riktiga eldsjälar”*

*”Jag tycker att de är vänligare här mot för andra ställen, ja och de förstår om man inte mår riktigt bra och behöver ligga i sängen ibland, eller så liksom pushrar dom mig och det tycker jag är bra. Jag tycker i alla fall att det är bättre personal här än på andra ställen och jag har varit på en hel del ställen”*

De flesta deltagarna beskrev att möjligheten att vara tillsammans med andra personer som hade ungefär liknande problem gjorde att de inte kände sig så ensam i sin livssituation. Samt att det fanns något slags samförstånd som upplevdes avslappnande och tryggt.

*”Här har man ju personer runt sig som också har liknande problem och så, så ja man förstår ju varandra. Ja jag vet inte men det känns bara bra att vara med andra som har liknande problem som en själv, man känner sig inte lika ensam. De är lättare att lära känna varandra här för vi pratar ju mer med varandra”*

*”Jo det är klart att det är bra med den här gemenskapen. Vi förstår varandra ganska bra här, det finns liksom ett förstånd och man lär ju känna varandra. Ja det är en lättnad, det känns mycket bättre att veta att det finns andra som har ungefär liknande problem, ja man känner sig inte ensam. Ja man kan slappna av och vara mer sig själv”*

Under intervjuerna framkom det att deltagarna tyckte att det var befrämjande att gemenskapen på internatboendet upplevdes som trivsamt. Stämningen beskrevs som lättsamt och att de kunde skoja och skratta med varandra och att det var skönt att kunna fokusera på annat än problemen. Deltagarna beskrev att den trivsamma gemenskapen upplevdes som inbjudande och att det var lätt att umgås och socialisera med varandra

*”Det är väl det att man kan skoja till det lite grann och att det inte är så allvarligt hela tiden, ja man kan skämta och skratta med varandra och lite så där. Att det inte bara är fokus på problemen”*

*”Det är ju så att man liksom är social, för det är ju så mycket folk här så det blir ju lätt att man liksom umgås och har kul. Det är ju liksom kul att ha kul”*

### **Demokratisk atmosfär:**

Flera av deltagarna berättade om en slags demokratisk atmosfär som skapades tillsammans av de personer som vistades på boendet genom delaktighet, förutsägbarhet och öppenhet som de upplevde som befrämjande i återhämtningsprocessen och deras upplevelse av sin hälsa. Alla var exempelvis med och planerade de gemensamma aktiviteterna och menyn för en vecka. Under intervjuerna framgick att det fanns en förståelse för att ens egna önskemål kanske inte alltid var genomförbara i stunden, men de resonerade sig fram till lösningar och alla blev ändå hörda och tagna på allvar.

*”På planeringsmötet sitter vi hela gruppen och bestämmer vad vi ska göra under hela veckan och vad vi ska göra för mat. Ja så då får man tala om sina önskemål om det är något speciellt man vill göra och ibland får man igenom det och ibland inte för det kanske inte går just då liksom.”*

De flesta deltagarna gav uttryck för att det kändes hjälpsamt att göra upp en planering för en hel vecka och att det skapade en slags förutsägbarhet. Några av deltagarna berättade att de fick ett skriftligt schema, det kändes bra och inbringade en tydlighet i tillvaron för deltagarna.

*”Så då vet man ju på måndagen ungefär hur veckan kommer att se ut, så har vi ett eget schema då som vi följer. Jo men jag tror att det blir mer gjort om man har planerat vissa grejer i förväg”*

*”Ofta på mötet på måndagarna kommer vi överens om vad vi ska äta och lite olika aktiviteter, det är ju bra att ha lite planerat så där”*

De flesta deltagarna berättade också om att de upplevde en känsla av öppenhet och frihet på internatboendet som beskrevs som befrämjande. De upplevde att de själva var med och bestämde över sin tillvaro på internatboendet

*”Jag tycker att det är oerhört viktigt att lyssna på deltagaren och vad den har för önskemål att vara lyhörd. Här har man ju mer frihet också, att kunna gå ut när man vill och få röra sig fritt”*

*”Det är ju mer öppet här och friare liksom, sen kan man hela tiden föra fram sina önskemål”*

### **Kommunikation**

De flesta deltagarna berättade under intervjuerna att möjligheten att få samtala om sina problem upplevdes som en befrämjande del i vården på internatboendet. De beskrev att de kände att personalen fanns tillgänglig för samtal när de av olika anledningar kände behov av det. Vidare påtalade deltagarna att få prata om sina röstupplevelser och andra problem blev som en lättnad för deltagaren. I berättelserna framgick det också att deltagarna även hade planerade samtal tillsammans med en eller fler ur personalen då det gavs utrymme för deltagaren att berätta om tankar, känslor och sin situation.

*”Det är ju bra att man kan prata om att det jobbiga och så där. I början fick jag göra en sådan där röstintervju och då fick jag berätta hur jag upplevde det liksom. Det kändes bra att prata om det faktiskt”*

*”Sen kan man prata med de som jobbar här om man behöver det, om man har lite jobbigt då kan man prata med dem, man kan prata med dom när man vill, ja man kan till och med ringa på natten.*

Under intervjuerna framkom det också att det inte är självklart lätt att våga prata med någon annan om sina problem, utan att först verkligen lära känna den personen och lita på den.

*”Förut har jag inte pratat så mycket om vad jag har för problem och så där, det var när jag börjat lära känna personalen som jag vågade börja prata om problemen”*

### **Att vara aktiv**

Alla deltagare framhöll att möjligheten att vara aktiv i motsats till passiv som en befrämjande del i vården på internatboendet och i deras återhämtningsprocess. Deltagarna berättade att de fått möjlighet att komma igång med olika aktiviteter under vistelsen på internatboendet, och deras upplevelse var att det skulle ha varit svårare om de vistats hemma eller på en vanlig vårdavdelning. Att alla hjälptes åt i vardagssysslorna beskrevs som av de flesta deltagarna som en befrämjande faktor, samt att känslan av att hjälpas åt stärkte deltagarna att våga vara aktiv även om de kände att orken inte riktigt fanns där.

*”Det som är bra är ju att man får en vanlig vardag liksom, ja vi hjälps ju åt med matlagning och städning och sådant där. Ibland kan det vara jobbigt, och ja att man inte orkar men då hjälps vi åt istället om det blir för jobbigt”*

*”Det händer ju mer när jag är här, jag kommer ju igång med aktiviteter och så. Inte som när jag låg inne på en avdelning, då var man ju bara inne på rummet och låg och ältade och fastnade i samma mönster liksom. Här är det ju olika aktiviteter, det är att laga mat, städa och tvätta”*

Alla deltagare beskrev nödvändigheten av att få möjlighet till att göra roliga fritidsaktiviteter, vilket innebar allt från att titta på en film tillsammans på kvällen till att resa bort på semester några dagar och hyra en stuga. Under intervjuerna framkom att de upplevde att det fanns ett brett utbud av fritidsaktiviteter på internatboendet.

*”Jag tror i alla fall att det är bra med olika aktiviteter. Det här med att få komma ut och gå på stan ock fika, gå på bio, gå och bada eller åka ut på något köpcentrum. Det är just när vi kommer ut på saker tycker jag, att få hålla på med något annat det är då jag tycker att jag mår som bäst”*

*”Det är ju mycket lättare att vara aktiv om man får möjlighet att göra sådant som man tycker är roligt också”*

Ett par av deltagarna belyste också vikten av att någon egen sysselsättning utanför internatboendet under tiden de ändå var inskriven där. Att möjlighet att träna på och komma igång med någon form av sysselsättning till exempel anpassad arbetspraktik eller skola.

*”Jag är väldigt aktiv här, ja jag har egen sysselsättning två halvdagar i veckan, sen är det någon form av träning då helst ungefär två gånger i veckan”*

## **Hopp**

I den här studien framträdde temat hopp genom deltagarnas upplevelse av att deras problem minskat, att de känner ökad livslust samt att de beskriver en egen utveckling under vistelsen på internatboendet. Flera av deltagarna berättade i intervjun att de kände sig gladare och inte lika nedstämd som tidigare.

*”Det har varit väldigt uppiggande jag har blivit en helt ny person under den här tiden. Jag mår mycket bättre jag mår allmänt mycket bättre. Jag har mer styrka inom mig. Jag kan vara glad åt saker, jag kan skratta. Förut var det mer att jag ville gå och lägga mig men nu vill jag göra saker. Jag vill gå på stan, gå på cafe' och bada och så. Så jag kan säga att det här nedstämda har släppt”*

*”Jag är piggare, jag är gladare och inte lika nedstämd lika ofta och så, och sen så har jag fått mindre röstproblem nu också”*

Hoppet beskrivs av alla deltagare som en befrämjande del i deras återhämningsprocess och upplevelse av att sin hälsa. Hoppet genomsyrar de andra temana som deltagarna beskrivit som befrämjande och hjälpande i vården på internatboendet. De flesta av deltagarna berättade att de upplevde sig starkare och mer hoppfull. Många beskrev att deras röstupplevelser minskats eller nästa helt försvunnit i samband med vården på internatboendet.

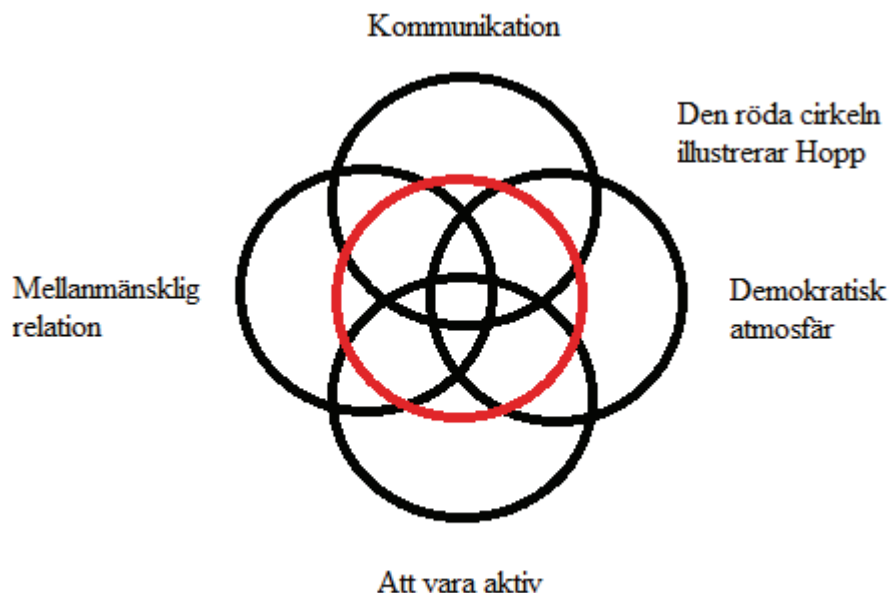
*”Jag har fått vilat upp mig från något som inte varit så lätt, ja alltså man ska ju kliva upp på morgonen och så, jag menar inte den typen av vila som sömn eller så. Vila från sånt som inte varit så lätt, ja som röster och sådant. Nu är dom typ borta för mig. Ja*

*man har fått vilat upp sig från det jobbiga samtidigt som man har fått gjort någonting roligt liksom och det har ju gjort att man slutat tänka på det jobbiga”*

*”Jag har fått en helomvändning, för jag var en helt annan person som hade svåra problem och så, här har jag fått en helomvändning av mig själv”*

### **Den hermeneutiska fenomenologiska beskrivningen**

En induktivt framarbetad generalisering av de enskilda berättelserna resulterade slutligen i en övergripande tolkning. Det gemensamma genom samtliga teman tolkas till begreppet medvaro, eller att vara med. Personalen och deltagarna är närvarande utifrån de personer de är och inte som roller. Begreppet förstärker också teman beroende förhållande till varandra. När dessa teman/delar samexisterar i vården visar den här studien att deltagarnas upplevelse var, att det är befrämjande för deras återhämtningsprocess och upplevelse av bättre hälsa. Studiens resultat visar också att huvudtemat Hopp genomsyrar alla de andra temana och är därför en nödvändighet för att frambringa vårdande vård utifrån patientens perspektiv. Hoppet är det centrala och i samexistens med de övriga temana uppfattas vården som vårdande. Figur 1 illustrerar de olika temana och innehållet och betydelsen av begreppet medvaro. Innehållet i begreppet medvaro i den här studien är en sammansättning av de fem huvudtemana. Medvaro är också det gemensamma i alla temana.



Figur 1: Beskrivning av den övergripande tolkningen: Medvaro.

## Diskussion

Syftet med den här studien var att undersöka vad patienter mellan 18-35 år upplevde som befrämjande eller hindrande i vården för deras återhämtningsprocess och upplevelse av hälsa, samt hur det tog sig i uttryck och varför. Det resulterade i fem huvudteman som beskrev vad i vården som upplevdes som befrämjande; Mellanmänsklig relation, demokratisk atmosfär, kommunikation, att vara aktiv och hopp. Hur detta tog sig i uttryck beskrivs genom citat från deltagarnas egna berättelser. Frågan varför resulterade efter en hermeneutisk fenomenologisk analys och tolkning av fenomenet utifrån deltagarnas berättelser, den teoretiska referensramen och författarens egna förståelse, till begreppet medvaro. Medvaro är det gemensamma genom alla teman och belyser även deras samexistens och beroendeförhållande till varandra.

## Resultatdiskussion

Enligt Travelbee är den mellanmänskliga relationen en förutsättning för omvårdnaden. En mellanmänsklig relation mellan patienten och vårdaren bör enligt Travelbee karaktäriseras av ömsesidighet och att vårdaren på ett genuint plan förmedlar en vilja att hjälpa<sup>10</sup>. Den vårdande relationen skiljer sig dock från en vänskapsrelation. Vårdrelationen blir asymmetrisk eftersom vårdaren har större makt än patienten, vilket betyder mer ansvar. Vårdarens medlidande är asymmetriskt med patientens lidande men relationen omfattas ändå av en ömsesidig respekt<sup>26</sup>. Temat mellanmänsklig relation i den här studien syftar dels på relationen mellan deltagarna och personalen på internatboendet, men även på kontakten mellan deltagarna som är inskriven på internatboendet. I berättelserna framkom det att deltagarna upplevde att relationen till vårdarna karaktäriserades av tillit och trygghet, samt att de kände sig sedda och förstådda av personalen vilket också understryktes som en befrämjande faktor i vården. Tidigare forskning har påvisat patientens förmåga att känna om vårdaren bryr sig och verkligen vill hjälpa. De visade sig att vänskaplighet och ömsesidighet ledde till att patienten kände sig normal snarare än psykiskt sjuk, det framkom att det var vårdarens kompetens, flexibilitet och kreativa förmåga också var viktigt i den kliniska relationen<sup>15,17,18</sup>. Det finns studier som har visat att vårdare som beskrivs som hårda, bedömande, affärsliknande eller opersonliga i sin attityd uppfattas som hindrande i patientens återhämtningsprocess<sup>14,15</sup>. Vidare berättade också deltagarna i föreliggande studie om



upplevelsen av en känsla av trygghet av att vara med andra som har liknande problem och att det också motverkade en känsla av ensamhet. Studier har visat att utvecklande av relationer med andra personer som har liknande erfarenhet, bidrar till att få ökad tillit till andra människor och att det är en befrämjande faktor i återhämtningsprocessen<sup>12,14</sup>. Temat mellanmänsklig relation i föreliggande studie belyser även att gemenskapen på internatboendet genomsyras av glädje och att ha trevligt tillsammans. Även annan forskning har visat att skämt och godmodigt skoj kan liva upp sinnesstämningen och lösa upp inre spänningar<sup>27</sup>.

Enligt Travelbee är det vårdarens uppgift att hjälpa den lidande människan att finna mening i sitt lidande, att stärka patientens känsla av att ha kontroll i sin livssituation. Detta kan innebära att vårdaren måste försöka leva sig in i patientens konkreta situation. Hur upplever hon eller han sin livssituation och vad är det som ger mening i livet för just henne eller honom<sup>10</sup>. Vården på internatboendet innehåller en öppenhet och lyhördhet mot deltagarnas vilja och behov, vilket framkommer under temat demokratisk atmosfär. I den här studien förklaras demokratisk atmosfär utifrån en jämlik medbestämmande anda, där alla personer som vistas på internatboendet har medbestämmande och medansvar för innehållet i verksamheten. Temat beskriver också att det skapas en tydlighet och förutsägbarhet i tillvaron för varje enskild deltagare vilket hjälper en person att få en helhetsbild över sin tillvaro. Rutiner som tillsynes har kommit till för att skapa trygghet och förutsägbarhet kan på ett omedvetet plan missbrukas i vården, om vårdaren blir för bunden till att följa normer och principer och tappar förmågan att anpassa sig efter den konkreta situationen<sup>26</sup>. Subtemat förutsägbarhet har därför kopplats ihop med temat demokratisk atmosfär för att förtydliga att denna förutsägbarhet skapas tillsammans som en genensam strävan efter tydlighet. Tidigare forskning har påvisat att hoppet upprätthålls genom en känsla av tillhörighet, rutiner och dagliga aktiviteter<sup>14,16</sup>. Samtidigt som känslan av att inte ha makt över sitt egna liv och inte veta vad som händer har beskrivits som en hindrande aspekt<sup>16,17</sup>.

Via kommunikation kan vårdaren enligt Travelbee lära känna patienten, och på så vis skapa en lyhördhet gentemot patientens behov och önskemål. I samtalet får patienten också bekräftelse och möjlighet att hitta ett språk som underlättar förståelsen av sig själv i sin situation<sup>10</sup>. Deltagarna i föreliggande studie berättade om möjligheten att

samtala om sina problem, att våga prata med någon om sina problem och att det ansågs som en befrämjande del av vården på internatboendet vilket beskrivs under temat kommunikation. Tidigare studier har också påvisat att patienten får genom kommunikation och samtal möjlighet till ökad självmedvetenhet och ökad förståelse för psykosen i egna termer och hur det har inverkat på ens liv, samtidigt som patienten får insikt och medvetenhet om förmågor och möjligheter<sup>14-17</sup>. Att lyssna på patienten och att vara öppen i lyssnandet stärker patientens självkänsla, därför att det känns bra att bli tagen på allvar<sup>26</sup>.

Deltagarna på internatboendet i föreliggande studie beskrev också vikten av att vara aktiv och att vården på internatboendet möjliggjorde för deltagarna att komma igång och vara aktiv. Tidigare studier har belyst vikten av att gå från en passiv till en aktiv tillvaro. Att ha något att göra på dagarna som gav en känsla av att vara delaktig och fylla en funktion samt vikten av att göra trevliga saker enbart för nöjets skull sågs som befrämjande för återhämtningsprocessen och förhindrade segregering<sup>15-19</sup>. Under temat att vara aktiv framkommer, att det finns mycket goda förutsättningar för varje deltagare att vara aktiv på internatboendet. I en kvantitativ studie om vad patienten ansåg som god vårdkvalitet framkom bland annat att meningsfull sysselsättning och en struktur på tillvaron under vård och behandlingstiden var en viktig aspekt utifrån att aktiviteter var hjälpande med att hålla tankarna på annat än svåra sjukdomssymtom<sup>27</sup>. Hoppet är viktigt för en människas välbefinnande, hälsa och upplevelse av sin totala livssituation. Enligt Travelbee existerar hopp normalt inte i människans medvetna tänkande utan är en underliggande förnimmelse av tro och tillit till livet. Hoppet karaktäriseras som en motiverande impuls som ger patienten energi som medför att han eller hon kan använda sina krafter till de svåra uppgifter som en återhämtnings eller förändringsprocess omfattar<sup>10</sup>.

Resultatet av den här studien visade att deltagarna upplever att vården på internatboendet är vårdande/befrämjande genom temana mellanmänsklig relation, demokratisk atmosfär, kommunikation, att vara aktiv och hopp. Där hoppet är inneslutet i de andra temana som en central kärna i det som patienterna i den här studien upplevde som befrämjande i vården på internatboendet. Hoppets betydelse har lyfts fram i tidigare studier om patienters upplevelse av vad som är befrämjande för återhämtningsprocessen. Att möta människor som på olika vis förmedlar hopp om

möjligheter och medvetandegör styrkor som finns ger hopp om framtiden <sup>12,13</sup>.

Utebliven omvårdnad kännetecknas av en vård där omsorgsdimensionen saknas, samt där det finns en bristande motivation att vårda vilket leder till vanmakt och hopplöshet för patienten <sup>2</sup>.

Syftet med fenomenologi är att beskriva människors upplevelse av ett fenomen, vilket i den här studien var patienters upplevelse/erfarenhet av vad som är befrämjande i vården på internatboendet som de vistades på. Fenomenen kan bestå av olika teman men avsikten var också att söka det som sammanförde dem, den övergripande tolkningen resulterade i begreppet medvaro. Medvaro eller att "vara med" kan dels förstås utifrån det svenska verbet *vara* som betyder befinna sig, äga rum, finnas till, existera eller leva sammanbundet med adjektivet *med* som betyder under samverkan av, tillsammans med, jämte eller med hjälp av. Den tyska filosofen Heidegger har kallats för varats filosof där varat förstås som en fullständig närvaro eller därhet <sup>30</sup>. Eriksson beskriver *varandet* som att människan genom att tillfredställa sina behov skapar en balans i tillvaron samt *vardandet* då människan konfronterar de frågor och krav som livet ställer och engagerar sig i lidandets kamp <sup>29</sup>. I Fredrikssons avhandling beskrivs närvaro som två olika sätt att relatera, där-varo och medvaro. Medvaro omfattar gåva och inbjudan och grundar sig i ett ömsesidigt mottagande och beskrivs som, att vara närvarande med någon genom att vara tillgänglig och till förfogande med hela sin person. Vårdaren och patienten är inte bara närvarande som roller utan som personer <sup>25</sup>. I den här studien är begreppet medvaro det som är gemensamt och sammanför fenomenets teman, se figur 1. Studien belyser de olika temanas samexistens och nödvändigheten i att dessa aspekter av vårdandet till människor med psykosproblematik inte kan särskiljas utan bör ständigt samverka i planering och utformandet av vården kring patientgruppen.

## **Metoddiskussion**

Inom kvalitativ forskning finns en tanke om att när en forskare tolkar sin omvärld så kan tolkningen inte bara ge en sanning utan flera. Med hjälp av trovärdighetskriterier kan forskningen ges mer stringens. Enligt Polit och Beck sönderfaller begreppet trovärdighet i fyra delbegrepp: tillförlitlighet, överförbarhet, pålitlighet och objektivitet <sup>24</sup>.

## *Tillförlitlighet*

Tillförlitlighet handlar om huruvida forskningen genomförts på ett tillförlitligt sätt och aspekten av att visa att forskningen gjorts på ett tillförlitligt sätt<sup>24</sup>. Studien har en kvalitativ undersökningsmetod baserad på hermeneutisk fenomenologisk forskningsansats vilket lämpar sig bra när man vill söka djupare kunskap om ett fenomen<sup>23</sup>. Fenomenet som beskrivs i studien är deltagarnas upplevelse om vad som är befrämjande i vården, hur det tar sig i uttryck och varför. Alla steg i forskningsprocessen finns väl beskrivna. De sju intervjuerna genomfördes av författaren. Den långa erfarenhet av att kliniskt arbeta som psykiatrijuksköterska ökar också tillförlitligheten både utifrån förståelse i analysprocessen samt vana att samtala med personer med psykosproblematik. De övergripande frågorna gjorde att fokus under deltagarnas berättelser var väl anpassat till syftet med studien vilket medförde ett analysmaterial stort nog, sammanlagt etthundrasju citat från de sju intervjuerna, för att få en fenomenologisk beskrivning av deltagarnas upplevelser samt möjlighet till reflektion och tolkning för att nå en djupare förståelse och beskrivning av fenomenet. I resultatet presenteras temana med hjälp av många citat för att på så vis visa variationsrikedomen i materialet och låta alla informanter komma till tals. Vilket kändes angeläget för författaren, att visa respekt till deltagarnas egna berättelser och värdet i dessa för studien. Under intervjuerna var det ingen av deltagarna som upplevde att det var något i vården på internatboendet som upplevdes som hindrande. Förklaringen kan vara att deltagarna kände igen författaren som sjuksköterska tillhörande en annan del av den psykosenhets som internatboendet tillhör och därför inte kände sig bekväm med att berätta om hindrande aspekter. En annan förklaring är att deltagarna faktiskt inte upplever att det är något som är hindrande i vården på internatboendet. Det öppna och lyhörda klimatet får deltagarna att känna sig fria att kontinuerligt framföra och arbeta med det som eventuellt skulle kännas hindrande. Innehållet i vården är också flexibelt utifrån deltagarnas behov och önskningsar vilket framgår av intervjuerna.

### *Pålitlighet*

Pålitlighet refererar till om samma resultat kan uppnås om man upprepar undersökningen och kan ökas om kolleger ges möjlighet till granskning<sup>24</sup>. Författaren har haft kontinuerlig handledning med två olika handledare under studiens framväxt. Vilka har haft inblick i hela datamaterialet och analysprocessen. Forskning med kvantitativ ansats strävar efter exakthet och objektivitet medan den kvalitativa ansatsen har ett induktivt tänkande och fokuserar på att tolka, skapa mening och förståelse i människans subjektiva upplevelse av omvärlden<sup>24</sup>. Under analysen har författarens förförståelse använts för att tolka de data som berättelserna gav. I den hermeneutiska fenomenologiska analysmetoden förutsätts att författaren är väl insatt och har kunskap om fenomenet<sup>23</sup>.

### *Överförbarhet*

Överförbarhet handlar om att ge djup i stället för bredd i beskrivningen av forskningsprocessen så att en utomstående person kan avgöra om resultatet kan överföras till en annan situation<sup>24</sup>. Urvalet är tydligt beskrivet och hur behandlingsveckorna ser ut för de deltagare som vistas på det specialiserade internatboendet. De sju deltagare som deltagit i intervjustudien har inte beskrivits utifrån demografiska data för att värna om konfidentialiteten. De övergripande frågorna som ställdes i intervjuerna finns redovisade. Analysprocessen finns noggrant beskriven och kan lätt följas. Resultatet torde därför vara överförbart till andra situationer där psykospatienter vårdas. Berättelser om återhämtning skapas i samverkan med den som intervjuar, men är inte statiska utan förändras över tid. Denna subjektiva kunskap tar sin utgångspunkt i individens upplevelse och erfarenhet i motsats till det medicinska perspektivet som specialiserat sig på kropp och sjukdom<sup>8</sup>.

### *Objektivitet*

Med objektivitet avses att resultatet kan styrkas av andra forskare samt att man inte låtit personliga värderingar eller förutfattade meningar påverka resultatet<sup>24</sup>.

Inom den hermeneutiska fenomenologin ses det inte som möjligt att helt åsidosätta sin förförståelse. Det är inte målet heller. Istället för att åsidosätta sin tidigare kunskap strävar forskaren att bli medveten om och använda sig av sin förförståelse för att öka förståelsen för fenomenet <sup>23</sup>.

### **Slutsatser**

Fenomenet som beskrivits i den här studien var patienternas upplevelse av vad i vården som var befrämjande, alltså vad är vårdande vård utifrån patienternas egna berättelser. Resultatet påvisar att vårdande vård utifrån patienters synvinkel innefattar fem huvudteman som är starkt sammanbundna med varandra. Om temat mellan mänsklig relation är bristfälligt i vården innebär det till exempel att det då också är svårt att ha en tillfredsställande kommunikation eller att skapa en anda av demokratisk atmosfär. Möjlighet att vara aktiv tillsammans är också ett sätt att möjliggöra och fördjupa en god mellanmänsklig relation och så vidare.

Huvudtemat hopp framkom ofta i berättelserna som en underliggande och naturlig aspekt av vad deltagarna beskrev som befrämjande i vården och genomsyrar därför alla de andra huvudtemana. Utifrån den här studiens resultat kan man alltså dra slutsatsen att hopp, och förmågan att förmedla hopp måste finnas med tillsammans med alla andra aspekter som anses som befrämjande i vården. Den hermeneutisk fenomenologiska tolkningen utmynnade i begreppet medvaro som illustrerar och förklarar detta. För att frambringa en vårdande vård är det därför nödvändigt att belysa dessa aspekter och öka medvetenheten kring deras närvaro eller frånvaro i vården av patienter med psykosproblematik. Subjektiva upplevelser som hälsa, hopp, hopplöshet, lidande, ömsesidig relation eller mening låter sig inte mätas så lätt, vilket tyvärr gör att dessa aspekter i vården kring personer med psykosproblematik riskerar att hamna i skymundan<sup>1</sup>. Det finns en risk att evidensanspråken tränger undan patienters sköra och subjektiva upplevelser som oftast inte går att generalisera på samma sätt som är brukligt inom naturvetenskapliga discipliner. I den Trojanska hästen av Eriksson och Nordman görs försök att utifrån vårdvetenskaplig forskning vidga evidensbegreppet, som utifrån den här studien bör vara relevant eftersom de lyfter in patienters berättelser i sammanhanget. De kritiserar ett för snävt och metodinriktat evidensbegrepp och vill synliggöra det sanna, det sköna och det

goda <sup>31</sup>. Att fortsätta göra intervjustudier med patienter för att få ökad kunskap om vad i vården som patienterna anser som hjälpande och befrämjande bör vara en självklar utmaning för att utvärdera och utveckla vårdande vård inom såväl psykos vård som annan psykiatrisk vård. Kritiken till denna typ av forskning är att den är tidsödande och inte innefattar så stort antal informanter som kvantitativa till exempel enkätstudier gör. Författaren till den här studien anser dock att kvaliteten på information är mycket stor och att det inte behöver vara så tidskrävande om intervjun har ett tydligt syfte och fokus. Det är också ett sätt för hela vårdsystemet att markera för såväl patienter som personal att patienternas berättelser står högt i kurs när vi utvärderar och planerar vården och vårdandet inom psykiatrin.

## Referenser

1. S. Syrén. Det utsagda och ohörsammade lidandet. Akademisk avhandling. Intellecta Infolog, Göteborg; 2010.
2. J. Cullberg. Psykoser Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv. Natur och Kultur, Stockholm; 2002.
3. F. Skårderud, S. Haugsgjerd, E. Stånicke. Psykiatri Själ – Kropp – Samhälle. Liber AB, Stockholm; 2010.
4. I.Skärsäter (red). Omvårdnad vid psykisk ohälsa. Studentlitteratur AB, Lund;2011
5. A.Topor, M. Borg, J. Svensson, C. Bjerke, E. Kufås. Vägen upp, om att återhämta sig från svår psykisk sjukdom. Svenska föreningen för psykisk hälsa, Stockholm; 2002.
6. A.Topor, K. Broström, R. Strömvall. Vägen vidare verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa. RSMH och FoU-enheten Psykiatri Södra, Stockholm; 2002
7. D.S. Ensing, S.L. Young. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. Psych Rehabil J 1999; 22: 219-31.
8. U.K Schön. Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa. Akademisk avhandling. US AB Printcenter, Stockholm; 2009.
9. M.Kirkevoid. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. Studentlitteratur Lund; 2000.
10. J. Travelbee. Interpersonal aspects of nursing. F.A. Davis Company, Philadelphia; 1971.
11. D. Roe, I. Hasson-Ohayn, O. Derhi, P. Yanos, P. Lysaker. Talking About Life and Finding Solutions to Different Hardships. J Nerv Ment Dis 2010; 198: 807-12.
12. J.A Brown. Talking about life after early psychosis: The impact on occupational performance. Can J Occu thera 2010; 78: 156-63.
13. G.Nixon, B. Hagen, T. Peters. Recovery From Psychosis: A Phenomenological Inquiry. Int J Ment Health 2010; 8: 620-35
14. C.A Green, M.R Polen, S.L Janoff, D.K Castleton, J.P Wisdom, N. Vuckovic et al. Understanding how clinican-patient relationships and relational Continuity of care affect recovery from serious mental illness. Psychiatr Rehabil J 2008; 32: 9-22.
15. B.M. Perry, D. Taylor, S.K Shaw. “You`ve got to have a positive state of mind”: An interpretative phenomenological analysis of hope and first episode psychosis. J Ment Health 2007;16: 781-93.



16. L. Pitt, M. Kilbride, S. Nothard, M. Welford, A.P Morrison. Researching recovery from psychosis: a user-led project. *Psych Bull* 2007; 31: 55-60.
17. U-K. Schön, A. Denhov, A. Topor. Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *Int J of Soc Psychiatry* 2009; 155: 336-47.
18. H. Laithwaite, A. Gumley. Sense of Self, Adaptation and Recovery in Patients in a Forensic NHS Setting. *Clin Psychol and Psychother* 2007; 14: 302-16.
19. K. Dufault, D.C Martocchio. Hope: it's spheres and dimensions. *Nurs clin of N Amer* 1985; 20: 379-91
20. L. Ewles, I. Simnett. *Hälsoarbete. Studentlitteratur, Lund; 2005*
21. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Tillgänglig vid: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer> 2005/2005-105-105. Hämtad Februari 02, 2012.
22. L. Dusseldorp, P. Gossens, T. Achterberg. Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *J Ment Health* 2011; 32: 2-19
23. M. Van Manen. *Researching Lived Experience. Transcontinental Printing Inc, Toronto; 1997.*
24. D.F Polit, C.T & Beck. *Nursing research- generating assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2008*
25. Regler och riktlinjer för forskning. Tillgänglig vid: <http://www.codex.vr.se/forskarens-etik/forskning-som-involverar-manniskan..> Hämtad Februari 01, 2012.
26. L. Fredriksson. *Det Vårdande samtalet. Akademisk avhandling, Åbo akademiska förlag, Vasa; 2003*
27. N.J Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A Skaug. *Grundläggande omvårdnad del 3. Liber AB, Stockholm; 2005*
28. A. Schröder, G. Ahlström, B. Wilde Larsson. Psychiatric patient's perceptions of the concept of quality of care in the psychiatric setting. *Jour Clin nurs* 2006; 15: 93-102
29. K. Eriksson. *Den lidande människan. Liber AB, Stockholm; 1995.*
30. B. Mårtensson, T. Nilsson. *Praktisk vetenskapsteori. Studentlitteratur, Lund ;1988*
31. K. Eriksson, T.A Nordman, I Myllymäki. *Den trojanska hästen Åbo Akademi, Vasa; 1999.*