



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE**

*”We carry their hope”*

En kvalitativ studie om återhämtningsarbete inom psykiatrin i Australien

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp  
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits  
Grundnivå  
Datum: 2012-09-10  
Författare: Susanne Schjetne  
Handledare: Stig Grundvall

# Abstract

**Titel:** "We carry their hope"- En kvalitativ studie om återhämtningsarbete inom psykiatrin i Australien

**Författare:** Susanne Schjetne

**Nyckelord:** Återhämtning

Psykisk ohälsa

Hopp

Australien

Professionella

Syftet för studien är att utifrån ett återhämtningsperspektiv ta reda på hur personal inom psykiatrin i Australien jobbar för att möjliggöra en återhämtning hos klienten samt vilka krav detta ställer på personalen. Till detta har formulerats fyra stycken frågeställningar som lyder; 1) Vad lägger personalen själv i begreppet återhämtning? 2) Hur ser personalen på återhämtningens möjligheter och begränsningar för klienten? 3) Vilka möjligheter och begränsningar ser personalen med deras egen del i återhämtningsprocessen? 4) Hur ser personalen på professionella gränser?

Studien har utförts i Sydney, Australien där fem stycken professionella har intervjuats som samtliga jobbar inom en organisation med ett tydligt återhämtningsfokus för klienter med svåra psykiska sjukdomar. Resultatet visar att personalen ser stora möjligheter med återhämtningsprocessen, både för klientens liv samt den professionella yrkesrollen. Samtidigt visar resultatet att personalens syn på professionella gränser är mycket genomtänkt och tydlig, inte lika komplex som forskning på området tidigare har beskrivit. Studien har lett fram till en definition av återhämtning som lyder: *en självstyrd, ständigt pågående, individuell process för samtliga människor där ett meningsfullt, tillfredsställande liv är i fokus och hoppet är avgörande*. Den professionelles roll beskrivs vara att bidra med stöttning, vägledning, motivering, kunskap och framförallt hopp. Genom detta jobbar den professionelle för att klienten själv ska leda och driva sin egen återhämtningsprocess.

## Förord

Jag vill tacka mina informanter för att ni ställde upp på att vara en del av denna studie! Utan ert deltagande och intressanta resonemang hade denna uppsats inte blivit av / I would like to give thanks to my informants for being a part of this study! Without you and your interesting thoughts I would not have been able to do this thesis.

Tack också till min handledare Stig Grundvall för hjälpsam och vägledande handledning, tålamod, intresse och uppmuntran!

Slutligen, tack till vänner och familj som bidragit med stöd, positivitet och uppmuntran!

Göteborg, september 2012

Susanne Schjetne

# Innehåll

Abstract

Förord

1 Inledning & Problemformulering	sid 1
2 Syfte & Frågeställningar	sid 2
2.1 Avgränsning	sid 3
3 Historisk bakgrund	sid 3
4 Tidigare forskning	sid 5
5 Teoretiska perspektiv	sid 9
5.1 Det salutogena perspektivet	sid 9
5.2 Utbrändhet	sid 10
6 Metod	sid 11
6.1 Urval och avgränsning	sid 12
6.2 Tillvägagångssätt	sid 13
6.3 Studiens begränsningar	sid 14
6.4 Etiska överväganden	sid 15
7 Resultat	sid 16
7.1 Begreppet återhämtning	sid 17
7.2 Återhämtning möjlig för alla?	sid 18
7.3 Närhet och personligt engagemang	sid 19
7.4 Möjligheter och svårigheter med återhämtningsprocessen	sid 21
7.5 Professionell roll och arbetsuppgifter i återhämtningsprocessen	sid 22
7.6 Vad funkar?	Sid 23
8 Analys	sid 25

8.1 Vad lägger personalen själv i begreppet återhämtning?	sid 25
8.2 Hur ser personalen på återhämtningens möjligheter och begränsningar för klienten?	sid 26
8.3 Vilka möjligheter och begränsningar ser personalen med deras egen del i återhämtningsprocessen?	sid 28
8.4 Hur ser personalen på professionell närhet?	sid 28
9 Avslutande diskussion	sid 30
Referenser	sid 32
Bilaga 1	sid 34
Bilaga 2	sid 35

# 1 Inledning & problemformulering

Möjligheten till att återhämta sig och bli frisk från svåra psykiska sjukdomar betvivlas ofta och sågs länge som en omöjlighet inom psykiatrin. De senaste decennierna har det dock visat sig att allt fler återhämtar sig från olika svåra psykiska sjukdomar såsom till exempel schizofreni. För många har detta inom psykiatrin inneburit en stor omställning att börja tro på möjligheten till återhämtning, hur man uppnår detta samt vad man lägger i begreppet återhämtning/återhämtad (Schön 2009). I och med avinstitutionaliseringen insåg man att personer med en psykisk sjukdom kan ta positiva steg gentemot återhämtning och leva ett fullständigt, gott liv i samhället. Återhämtningsbegreppet är ett holistiskt begrepp som ser till alla delar av klienten inklusive fysiska och psykiska behov. Tonvikten läggs vid klientens egen vilja, intressen och drömmar. Genom att identifiera vad som är viktigt för just den personen kan man också nå mål och jobba gentemot ett gott liv med eller utan symptom från sjukdomen (Topor 2001). Något som återhämtningsforskningen har lärt oss är att majoriteten återhämtar sig från diagnosen schizofreni samt att det aldrig är för sent att återhämta sig (Schön 2009).

Begreppet recovery (återhämtning) uppstod på 1980-talet i USA samt på Nya Zeeland och framkom ur brukarnas egna upplevelser och kunskap (Ramon, Healy & Renouf 2007). Fortsättningsvis i denna studie kommer jag att översätta ordet *recovery* med det svenska ordet *återhämtning*.

Det har visat sig att graden av återhämtning ofta är högre i mindre civiliserade kulturer, men trots detta återhämtar sig människor i hela världen och skillnaden emellan olika länder kan förklaras med kulturella och sociala omständigheter. En viktig lärdom som forskningen ger oss är att de professionella måste vända sig till de berörda såsom brukarna och deras anhöriga för att dra lärdom av vad de upplevde fungerade för de i deras återhämtning. I återhämtningsforskningen kan man se nya möten mellan brukaren och den professionelle som inte går att likna vid tidigare klassiska synsätt på relationen mellan klient och behandlare. Den traditionella professionaliteten bygger på distans, neutralitet och lika bemötande för alla. Den nya professionaliteten i återhämtningsarbete bygger istället på personligt engagemang och individuella insatser för olika personer. Denna professionalitet kännetecknas av en närhet som tidigare har ansetts vara oprofessionell men det forskning tidigare har visat är att det ofta varit just denna närhet som har bidragit till klientens återhämtning. Många klienter vittnar om att en nyckel till deras återhämtning var just att den professionelle gjorde det där "lilla extra" (Topor 2004).

Australien är ett land som länge har varit framstående inom återhämtningsforskningen samt även att applicera dessa kunskaper inom psykiatrin. Sedan 1992 då den första *National Mental Health Strategy* kom ut har olika policys och riktlinjer fastslagit att psykiatrin ska jobba återhämtningsfokuserat. I Australiens *National Mental Health Plan 2009-2014* definieras återhämtning samtidigt som det fastslås att alla vårdgivare inom psykiatrin ska jobba för återhämtning samt anta ett återhämtningsperspektiv där återhämtningen ses både som en process samt ett resultat där hopp, välmående och autonomi förs fram (Commonwealth of Australia 2009). Detta fastslås även i the *NSW Community Health Strategy 2007-2012*. Visionen för den psykiatriska vården i Australien lyder: "a mental health system that enables recovery, that prevents and detects mental illness early and ensures that all Australians with a mental illness can access effective and appropriate treatment and community support to enable them to participate fully in the community" (Commonwealth of Australia 2009 sid 4).

Sverige däremot är ett av de få västerländska länderna i världen som inte i någon större grad har antagit återhämtningsperspektivet inom sin psykiatrivård. Trots liknande psykiatrireformer samt förändringar kring patienträtt är fortfarande återhämtningsperspektivet nytt och relativt okänt. Forskningen går dock framåt genom flera framstående svenska forskare på området och i vissa delar av landet har perspektivet börjat appliceras i praktiken såsom till exempel i Sundsvalls kommun (Topor 2001, <http://aterhamtning.se/>).

Hösten 2011 gjorde jag min praktik som socionom inom psykiatri i Sydney, Australien. Jag praktiserade på en Non Government Organisation (NGO) som jobbar återhämtningsfokuserat med människor som diagnostiserats med svåra psykiska sjukdomar. Begreppet återhämtning var då relativt nytt för mig trots två års studier på Socionomprogrammet i Sverige men jag fick snabbt lära mig att i Australien var detta begrepp en självklarhet och ett väl vedertaget sätt att jobba på. I mötet med Sverige blev det uppenbart att återhämtningsperspektivet är något som inte alls har slagit igenom med samma kraft trots att Sverige och Australien är två länder med en mycket liknande historia vad gäller psykiatriutvecklingen samt även hur dagens samhälle ser ut. Detta väckte mitt intresse och fick mig att vilja se närmare på hur begreppet faktiskt appliceras i det dagliga arbetet med klienter i Australien samt även problematisera delar av perspektivet och dess applicering då det är ett komplext begrepp och ett revolutionerande sätt att jobba med psykiskt sjuka. Genom den så kallade ”nya professionaliteten” som det pratas om inom återhämtningsforskningen väcks nya möjligheter men också nya svårigheter och hur fungerar det egentligen att jobba med detta perspektiv i klientarbete? Genom att studera detta närmare i Australien, ett land som genomgående jobbar med perspektivet och har gjort detta det senaste decenniet hoppas jag på att kunna belysa och föra fram viktiga synpunkter och lärdomar som Sverige i sin tur kan dra nytta av i den utveckling som har börjat så smått gentemot ett återhämtningsfokus inom psykiatri. Detta har lett mig fram till mitt syfte samt fyra stycken olika frågeställningar.

## 2 Syfte & frågeställningar

**Syfte:** Att utifrån ett återhämtningsperspektiv ta reda på hur personal inom psykiatri i Australien jobbar för att möjliggöra en återhämtning hos klienten samt vilka krav detta ställer på personalen.

**Frågeställning 1:** Vad lägger personalen själv i begreppet återhämtning?

**Frågeställning 2:** Hur ser personalen på återhämtningens möjligheter och begränsningar för klienten?

**Frågeställning 3:** Vilka möjligheter och begränsningar ser personalen med deras egen del i återhämtningsprocessen?

**Frågeställning 4:** Hur ser personalen på professionella gränser?

## 2.1 Avgränsning

Jag går alltså in i denna studie med syftet att intervjua personal i Australien som jobbar med ett återhämtningsperspektiv i sitt dagliga arbete. Jag kommer inte att ta del av klienternas perspektiv då jag anser det vara dels en annan studie samt att tidsramen för studien omöjliggör ett involverande av klienterna med hög kvalitet.

## 3 Historisk bakgrund

Under en lång tid bestod psykiatrin i Sverige till största del av särskilda sjukhus som under 1800-talet benämndes som sinnessjukhus och under 1900-talet som mentalsjukhus. Intagningen och livet på institutionen utgjorde själva behandlingen och skulle ge en lugn och ordnad miljö för att hjälpa patienterna med det kaos som annars omgav de och som man trodde var upphovet till sjukdomen. Sjukhusen blev dock snart en överbefolkad förvaringsinstans och kännetecknades av hårda regler och strukturer som inte tog någon hänsyn till den individuella behov. I mitten på 1800-talet utvecklades även teorier om att den psykiska sjukdomen ansågs kronisk vilket också ledde till att de intagna ofta spenderade resten av sina liv på institutionen. Först på 1960-talet började man avveckla antalet platser i den slutna psykiatriska vården i Sverige. Efter denna period påbörjades på 1970-talet i Sverige en trend mot avinstitutionalisering vilket har inneburit att den sjukhusbundna vården har minskat och den öppna samhällsvården istället har ökat och utvecklats. Det har dock under en lång tid varit otroligt svårt att få någon hjälp och stöd efter utskrivningen från sjukhus. Fram till 1970- och 1980-talen fanns det få öppenvårdsmottagningar och personal gjorde sällan hembesök (Topor 2008).

1990 bildade regeringen en grupp som skulle utreda hur man kunde förbättra den vården och tjänster som erbjuds psykiskt sjuka. Resultatet av denna utredning blev den så kallade psykiatrireformen som trädde i kraft 1995 och som innebar ett ekonomiskt initiativ som betalades ut under 3 år för att förverkliga de förändringar inom psykiatrin som utredningen hade föreslagit (Markström 2003).

1995 antogs alltså den så kallade psykiatrireformen i Sverige som skulle förbättra villkoren och levnadskvaliteten för psykiskt sjuka (Socialstyrelsen 1999). De senaste 30 åren i Sverige har den psykiatriska vården genomgått stora förändringar. Dessa har bland annat inneburit att de slutna institutionerna har till stor del ersatts av öppen psykiatrin. Vården har utvecklats från att vara strikt medicinsk till att bli mer tvärvetenskaplig, patientens egen makt och påverkan har blivit starkare och innebär nu en brukarmedverkan samt samverkan. Insatserna har blivit mer individualiserade och den tidigare tydliga gränsen mellan friskt och sjukt har ersatts av en mer sammansatt och komplex bild av de psykiska problemens natur (Topor 2008).

Utvecklingen inom den svenska psykiatrin är mycket lik den i bland annat USA och Australien och psykiatrireformen har erkänt en viss anknytning till den internationella utvecklingen som skedde under samma tid. Till exempel så skedde det i USA ett idéarbete där samordnandet av alla insatser kring psykiskt långtidssjuka betonades allt mer. Man ville att insatserna skulle ingå i ett samlat system och sedan förmedlas i lokalsamhället. Detta kallades ”Community support program-strategin”. Psykiatrireformen i Sverige kan ses som en tillämpning av denna strategi, dock anpassad till de svenska förhållandena. En annan



internationell trend som den svenska psykiatrireformen låg i linje med var att lyfta fram stöd och vård av psykoser som de viktigaste insatserna inom psykiatrin (Knutsson & Petersson 1995).

I Australien har utvecklingen inom psykiatrin sett liknande ut. Den första syftesbyggda institutionen var Tarban Creek Asylum i staten New South Wales och öppnades år 1838. I staten Victoria öppnades den första institutionen 1848 och följdes de kommande 60 åren av ytterligare 7 stycken institutioner byggda för syftet att behandla psykiskt sjuka. Under 1900-talet började dock en medvetenhet kring rättigheter och förståelse för de som led av psykisk ohälsa växa fram och 1948 bildades *"the World Federation for Mental Health"* för att föra fram en bättre förståelse för psykisk ohälsa samt promota psykisk hälsa. Den första psykotropiska medicinen, litium, togs även fram år 1949 av Australiensaren John Cade, en psykiatriker från Melbourne (Robson 2002).

Från och med 1950-talet började man i Australien överföra vården av psykisk sjuka från sjukhusen till samhället. Den australiensiska regeringens roll i den psykiatriska vården var relativt begränsad fram till dess så 1955 genomfördes en nationell undersökning av psykiatrin. Denna undersökning visade en överbeläggning på sjukhusen, personalbrist samt brist på samhällsinstanser. Detta gjorde att regeringen tillförde medel för upprättandet av just psykiatriska instanser i samhället. Fokus skiftade till rehabilitering till skillnad från förvaring och kontroll vilket tillsammans med krav från klienter och vårdgrupper ledde till skapandet av eftervårdsgrupper i samhället. Arbets- och boendehjälp samt "out-patient" behandlingscenter växte även fram under denna era. *"Community Mental Health Centres"* blev på 1980-talet fokus bland de aktörer som jobbade inom psykiatrin. Avinstitutionaliseringstid från 1960-1980-talet hade följts åt av en process där kompensande åtgärder skedde inom de tjänster tillgängliga för personer med psykisk ohälsa för att möta de behov som fanns (Robson 2002).

Även Australien har influerats av internationella trender och utvecklingar inom detta område. I Storbritannien sattes ramarna för ett vårdprogram approach för människor som lämnade den psykiatriska vården genom *"the NHS and Community Care Act 1990"*. Australien följde också detta initiativ och införde nya modeller såsom *"Community Crisis Care Teams"* samt pågående uppsökande vård utvecklad av de olika staterna under 1990-talet (Robson 2002).

Ett ökat fokus kring rättigheter för människor som lider av psykiska sjukdomar har också vuxit fram under 1990-talet i Australien. Flera lagändringar och policys har kommit till och formar idag den vård som erbjuds i samhället. Något som även skedde på 1990-talet var att Australien rörde sig mer mot individuella vårdplaner, samhällsintegrerade boende och anställningsprogram samt en pågående utvärdering av effektiva psykosociala rehabiliteringsmodeller för människor med allvarliga psykiska sjukdomar. Ett förnyat fokus gentemot prevention och tidigt ingripande vad gäller psykisk ohälsa var också genomgående för 1990-talet inom Australiens psykiatri. Brukarrörelsen i Australien fick en ökande påverkan på policys samt tjänstelevererare där både klienternas samt personalens intressen involverades och på 1990-talet blev återhämtningsfokus den vitala delen inom psykiatrin. Detta stimulerade nya idéer kring att jobba med människor med psykisk ohälsa. Viktigast av allt, nya frågor ställdes kring vad återhämtning betydde för klienten och hur personalen kan hjälpa denna process samt om de arbetsmodeller som utvecklats på 1970-och 1980-talet fortfarande var det bästa sättet för att uppnå kvalitativa resultat. Framförallt erkändes behovet av att ha tjänster som anpassats för att passa klienternas behov istället för att klienten blev tvungen att passa in i existerande program (Robson 2002).

Australien har idag omfattande policys som fastslår det återhämtningsfokus som ska råda inom psykiatrin. I Australiens *National Mental Health Plan 2009-2014* står det att alla vårdgivare inom psykiatrin ska jobba för återhämtning och anta ett återhämtningsperspektiv.

”The NSW Community Health Strategy 2007-2012” beskriver hur man i sitt arbete vill gå från tidig prevention och intervention till återhämtning. Strategierna som omtalas syftar till att utveckla de program och insatser som krävs för att uppnå en återhämtningsorienterad tjänsteleverering inom psykiatrin. Det beskrivs att för att hjälpa klienters återhämtning behöver tjänsteleverare anta en optimistisk och positiv inställning som stödjer klienten i att hitta hopp och mening i livet samt etablera en känsla av identitet. Tjänsteleverare bör sträva efter att hjälpa klienter att uppnå kontroll och att kunna välja själv över deras eget liv och hur de planerar vart de eventuellt vill bo och jobba. Det beskrivs även hur den återhämtningsorienterade vården måste innefatta familjer och vårdare. Personalens roll och uppgift fastslås även då ”Community mental health services” roll beskrivs vara att stödja klientens återhämtningsprocess. Detta kan uppnås genom att den professionelle stöttar klienten i att finna de inre resurserna som de behöver för att uppnå återhämtning såsom hopp, motståndskraft, coping-skills, självaccepterande samt fysisk hälsa. Den professionelle stöttar även i att finna de yttre resurser som krävs för att återhämtning ska uppnås såsom boende, utbildning och stöd. Att erbjuda individualiserad vård beskrivs även vara väsentligt för återhämtningsorienterade tjänsteleverare (NSW Department of Health 2008).

## 4 Tidigare forskning

Det finns ingen direkt tidigare forskning kring hur professionella upplever sitt arbete inom återhämtningsperspektivet, alltså det som denna studie fokuserar på. I Sverige finns inte heller så mycket vad gäller återhämtning i stort men två stycken framstående forskare på ämnet är Ulla-Karin Schön samt Alain Topor. Australien och Nya Zeeland har producerat mer forskning som också bygger på den erfarenhet länderna har av att jobba med ett återhämtningsperspektiv. Jag kommer här att redovisa för ett antal av dessa studier, både Schöns och Topors bägge studier samt några av de internationella studierna från Australien och Nya Zeeland.

Artikeln ” *Recovery in New Zealand: Lessons for Australia?* ” tar upp återhämtningens utveckling på Nya Zeeland och dess påverkan på Australien. Sedan 1998 har alla instanser inom psykiatrin på Nya Zeeland varit ålagda att jobba återhämtningsfokuserat. Då kom även dokumentet ” *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand* ” ut från regeringen vilket var det första dokumentet där återhämtning nämndes i ett officiellt sammanhang från regeringen. Det finns nu en vid acceptans för återhämtningsbegreppet inom Nya Zeelands psykiatri men även där beskrivs det vara en lång väg kvar att gå för att garantera att alla professionella inom sektorn har en förståelse för vad återhämtning innebär samt att hela psykiatrin är återhämtningsorienterad. Det har även varit en process kring definitionen av återhämtning samt vad detta innebär för de personer som själva gått igenom denna process. En definition av återhämtning beskrivs dock vara: ” *living well in the presence or absence of one’s mental illness* ” (O’Hagan 2004 sid 1).

Artikeln beskriver vidare hur den kompetenta personalen inom psykiatrin är någon som förstår återhämtningens principer och upplevelser, stöttar klienternas personliga styrkor och visar på olika synsätt på psykiska sjukdomar. Personalen är självmedveten och har respektfulla kommunikationsfärdigheter, skyddar klientens rättigheter, förstår diskriminering och hur man kan minska denna, kan jobba med olika kulturer samt förstår och stöttar familje- och andra nära relationer. Nya Zeeland beskrivs som ett framstående land inom återhämtningsforskningen samt dess användning i dagligt psykiatriskt arbete. Kopplingen till Australiens egen utveckling är stark och har influerat återhämtningsforskningen och dess implementering i dagligt arbete starkt (O'Hagan 2004).

Vad gäller forskning och praxis från Australien beskrivs så kallade återhämtningsorienterade praktiker, ("*Recovery Oriented Practice Models*", ROP) hedra återhämtningsresan. Man använder sig till exempel av delar av den positiva psykologin såsom styrkobaserad approach och den så kallade "*hope-theory*". ROP är praktiska modeller som erkänner återhämtningsresan som individuell och unik samt använder sig av "*the working alliance*", alltså det samarbete och den relation som finns mellan klient och professionell. Man använder även den styrkobaserade approachen för att stötta och utveckla autonomi och skapa en omgivning där tron på dig själv och hopp kan utvecklas till ett meningsfullt liv. "*Support workers*", alltså personalen, skapar en professionell allians som använder sig av de strategiska kommunikativa kunskaperna för att skapa en positiv relation som hjälper återhämtningen (Andresen, Oades & Caputi 2003).

Schöns avhandling beskriver och analyserar män och kvinnors återhämtningsprocess. Mer specifikt är syftet att fastställa vad män och kvinnor som har upplevt psykisk sjukdom uppfattade hjälpte och bidrog till deras personliga återhämtningsprocess (Schön 2009).

Under senare år har detta nya forskningsområde kring människors förmåga att återhämta sig från psykisk sjukdom presenterat en rad gemensamma resultat som visar på att människor som upplevt psykisk sjukdom har god möjlighet att förbättras och leva ett gott liv. Den forskning som hittills bedrivits i främst Nordamerika och Europa har studerat människor som upplevt långvariga psykiska funktionshinder. Dessa människor har tidigare bedömts som långvarigt och kroniskt sjuka vilket i de flesta fall har inverkat på deras liv på ett negativt sätt. Återhämtningsperspektivet har på senare år förts fram både från forskare samt brukarrörelser och syftar till att förändra den psykiatriska vården och även samhällets definition av vad som är normalt (Schön 2009).

Återhämtning beskrivs i Schöns avhandling som en social process där det handlar om att skapa en ny identitet bortanför den psykiska sjukdomen och i detta spelar relationer en stor roll. Återhämtning ses som en individuell process men trots detta finns det vissa grundpelare som forskning har visat hjälper många som genomgår en återhämtningsprocess. En av dessa grundpelare är vikten av att omdefiniera sig själv och sin psykiska ohälsa (Schön 2009).

Återhämtningsprocessen handlar till stor del om att inse att den psykiska ohälsan endast är en del av personen och att den inte behöver definiera hela dig. I och med de upplevelser som den psykiska sjukdomen ofta för med sig såsom stigma, diskriminering, isolering och så vidare socialiseras ofta individen till att anta en sjukroll. Att inte acceptera denna roll utan istället känna hopp och tro skapar bättre förutsättningar för att en återhämtning ska kunna uppnås. En annan viktig grundpelare i återhämtningsprocessen är stödet från andra människor, detta har visat sig vara av stor vikt särskilt vid motgångar då dessa personer kan påminna om de framsteg som faktiskt har skett och även påminna om att individen är en person med stort värde trots den psykiska sjukdomen. Vikten av att kunna hantera sina symptom påpekas även.

Återhämtning måste inte innebära att personen är symptomfri men många återhämtade har beskrivit vikten av att kunna hantera och kontrollera sina symptom för att kunna ta en aktiv del i sin egen återhämtning. Detta kan ske bland annat genom olika individuella coping strategier och även genom formellt stöd och vård. Den fjärde grundpelaren beskriver vikten av att vara del av en meningsfull aktivitet och utveckla sina sociala roller. Att vara behövd och delaktig i en meningsfull aktivitet har stor betydelse för återhämtningsprocessen (Schön 2009).

Återhämtning kan enligt viss forskning ses som ett mätbart fenomen. Man gör då skillnad mellan så kallad full återhämtning och social återhämtning. Full återhämtning innebär total frånvaro av symptom samt ett normalt socialt liv. Med social återhämtning menas vissa eventuella symptom men ett normalt socialt liv. Mellan 1970-1990-talet publicerades det inom återhämtningsforskningen ett flertal studier där människor med långvarig, så kallad kronisk schizofreni följdes upp och deras återhämtning studerades. Det sammanlagda resultatet för dessa studier visade att mellan hälften till två tredjedelar återhämtade sig. Resultaten från dessa studier är positiva och visar även hur faktorer som sociala relationer, sysselsättning före insjuknandet samt avsaknaden av tidigare kontakt med psykiatrisk slutenvård ger väldigt goda förhoppningar om att en total återhämtning ska uppnås. Australiensiska studier visar till och med att 91% av de som första gången drabbades av schizofreni blev totalt återhämtade. Återhämtningsperspektivet utesluter därför i sin tur att en psykisk sjukdom kan vara kronisk vilket innebär att alla som drabbas av psykisk ohälsa bör behandlas som om de kan återhämtas. En motreaktion på forskningen kring att återhämtning skulle vara ett mätbart fenomen är dock den gren inom återhämtningsforskningen som fokuserar på att återhämtningen är en individuell process som inte primärt handlar om att bli av med symptom utan fokus ligger på människors egna berättelser och deras subjektiva upplevelse av återhämtningsprocessen. Inom detta forskningsområde är man ofta kritisk till indelandet av socialt och fullt återhämtad utan ser istället återhämtningen som en livslång process (Schön 2009).

Sett utifrån ett professionellt perspektiv är det inte i och med återhämtningsperspektivet upp till den professionelle att göra klienten ”normal” utan det handlar mer om att ge möjligheten till att leva ett meningsfullt liv trots eventuella symptom. Stödande sociala relationer från professionella anses viktiga och kännetecknas av personal som lyssnar till klientens önskemål och förklaringar samt är flexibel och anpassande i det stöd som erbjuds klienten. Att vara tillgänglig, förmedla hopp och dela makten beskrivs också som något som är återhämtningsfrämjande. Att som professionell kunna använda sin kunskap i samarbete med klienten har även visat sig vara av stor vikt (Schön 2009).

Återhämtningsperspektivet har fått en stort genomslagskraft i många länder och är i ett flertal länder den styrande principen inom den psykiatriska vården. Sverige har dock inte tagit sig an återhämtningsperspektivet i alls lika stor grad, det är fortfarande relativt okänt vilket Schön beskriver som intressant eftersom Sveriges psykiatri har gått igenom en liknande utveckling som andra länder där återhämtningsperspektivet har blivit stort (Schön 2009).

Alain Topor har doktorerat inom återhämtning samt är forskningsledare för det så kallade återhämtningsprojektet. Hans studie ”Vad hjälper? Vägen till återhämtning från svåra psykiska problem” beskriver kontakten mellan den professionelle och klienten och vad som har visat sig vara viktigt enligt forskningen.

Topor beskriver hur den professionelles bekräftelse av klientens återhämtning kan ha stor betydelse. En viktig del av varför en bekräftelse och erkännande från den professionelle kan vara så betydelsefullt är på grund av att den professionelle antagligen såg klienten när han/hon

mådde som sämst och har därmed sett hela processen. En annan faktor som anses vara viktig i återhämtningsprocessen är positiva förväntningar. Återhämtningen är en process med både framgångar och misslyckanden. Ibland kan ett misslyckande och ett steg tillbaka ses som ett återfall och ett tecken på att sjukdomen fortfarande är lika närvarande. Det är därför viktigt att den professionelle behåller den positiva tron och förväntningarna på klienten men också på att själva återhämtningen är möjlig (Topor 2004).

Topor talar om hur ett samarbete mellan den professionelle och klienten är viktigt och att det därmed blir ofrånkomligt att man som professionell intresserar sig för klientens åsikter, tankar, erfarenheter och perspektiv. I och med att klientens eget perspektiv, drömmar och intressen är avgörande för återhämtningsprocessen måste den professionelle ta hänsyn till detta och lyssna. Detta visar alltså på att återhämtningsperspektivet kräver ett visst personligt engagemang och inte endast rutinfrågor, protokoll och standardlösningar. Topor går ännu längre när han beskriver att forskning har visat på att en viktig del i uppbyggandet av en relation mellan klient och professionell innefattar att den professionelle kan berätta om sig själv och sin vardag. Detta syftar till att klienten ska våga utforska även sin egen identitet. Forskning har även visat på det viktiga i att som professionell se klienten bortom den psykiska sjukdomen, se till personen och inte bara som en person som är i behov av hjälp. Men, samtidigt är det viktigt att erkänna och se att klienten kämpar med svåra psykiska problem (Topor 2004).

Topors forskning har tydligt visat att sociala relationer och samspel inverkar positivt på återhämtningsprocessen. Eftersom varje klient är unik och individuell så går det dock inte att säga ”detta fungerar”. Det finns trots detta en röd tråd i de insatser som har beskrivits av klienter som hjälpande, något som kan vägleda de professionella som jobbar med klienter i en återhämtningsprocess. Ofta handlar det om att få något utöver det klienten förväntade sig. Detta sätts i relation till den tidigare hjälp och stöd som klienten har mottagit och den kanske oväntade handlingen/hjälpen kan då lyckas bryta känslan av hopplöshet som klienten ofta lever i. Att få en insats/stöd/hjälp som är riktad direkt till klienten och inte utförs på rutin har också visat sig ha stor betydelse samt att den professionelle tar sig tid och kraft utan att vara tvungen att göra detta, utan uppoffring. Något som även har visat sig vara positivt och hjälpande är att den professionelle kan se något i klienten som är tilltalande, en egenskap som klienten kanske inte ens själv trodde sig ha och som skapar känslan av att ha ett värde. En sista faktor som har visat sig hjälpande är känslan av att vara utvald. Detta innebär uppmärksamhet och bekräftelse samt att vara accepterad som man är. I allt detta har handlingar visat sig vara mest talande och starka. Klienten kan tidigare ha hört många fina lovord men att faktiskt få uppleva konkreta handlingar har visat sig spela en viktig roll. Trots att dessa olika handlingar har visat sig effektiva och betydelsefulla för återhämtningsprocessen så betyder det inte att dessa alltid ”fungerar” och ger önskad effekt. Det handlar till stor del också om timing, alltså något som sker utifrån ett sammanträffande. Detta sammanträffande går dock att öka sannolikheten för genom att den professionelle tar sig tid och gärna försöker hålla kvar i kontakten under en längre period (Topor 2004).

En av de viktigaste kunskaperna och resultaten från återhämtningsforskning är dock enligt Topor förståelsen kring hur viktig och central roll individen har i sin egen återhämtning. Detta är inte heller något som kommer igång och blir centralt i slutet av processen utan dessa ansträngningar har oftast pågått ändå från första början trots att han/hon utåt sett kanske sågs som totalt galen och svårt sjuk (Topor 2004).

Det senaste decenniet har begreppet återhämtning blivit en välkänd del av psykiatri, forskning, och policys runtom i världen. Begreppet beskrivs ha uppkommit från

brukarrörelser i USA och sedan följts av Nya Zeeland som i sin tur har varit en föregångare för Australien (Ramon, Healy & Renouf 2007). Den internationella forskningen visar på många gemensamma nämnare som anses och har visat sig vara viktiga i återhämtningsprocessen. Artikeln ”*The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model*” beskriver bland annat hur fyra stycken nyckelfaktorer för att uppnå återhämtning har identifierats i återhämtningsforskningen. Dessa fyra är: hitta hopp, re-etablera en identitet, hitta mening i livet samt ta ansvar för den egna återhämtningen. Studien tar även upp frågan kring medicinering och visar att ett antal klienter såg medicinering som något som hindrade de i deras återhämtning och såg det som en seger då medicineringen slutade. Andra såg dock en kontrollerad medicinering som en fullt kompatibel del av återhämtningen. Endast 14% såg återhämtning som frihet från symptom. Artikeln beskriver även hur internationella studier har visat att det finns skillnader i resultat vad gäller återhämtning hos individer på olika ställen. Människor i traditionella kulturer har ofta mer positiva resultat än de i västerländska kulturer. En möjlig orsak till detta är skillnaden i stigmatisering och möjligheten till att vara en del av samhället. Detta visar på att kulturella omständigheter spelar en viktig roll i sjukdomens men också återhämtningens gång (Andresen, Oades & Caputi 2003).

Vad gäller komponenter som hjälper återhämtningsprocessen beskrivs hopp som en av de viktigaste delarna i samtliga studier jag har tagit del av. Hopplöshet beskrivs ofta som en central del av kronisk schizofreni och att hitta hopp beskrivs då som en katalysator för återhämtningsprocessen. Hopp har identifierats som den gemensamma nämnaren i all framgångsrik terapi och det beskrivs som att komma inifrån eller att triggas från någon annan. Hopp beskrivs inte endast som triggaren för återhämtningen men också det som uppehåller processen. Andra genomgående teman i återhämtning beskrivs bland annat vara att klienten är experten i sin egen återhämtning, fokus är ett meningsfullt liv samt att processen är självstyrd och ej linjär (Andresen, Oades & Caputi 2003; McCormick 2002).

Sammanfattningsvis kan man säga att den internationella forskningen från framförallt Australien och Nya Zeeland ger en mer erfarenhetsbaserad forskning då dessa länder jobbar aktivt med återhämtning i den allmänna psykiatrin. Detta tillsammans med den svenska forskningen ger en bra heltäckande bild av området.

## 5 Teoretiska perspektiv

### 5.1 Det salutogena perspektivet

Människan går hela livet igenom olika kriser och upplever både sjuka och friska perioder. Frågan är hur vi klarar av dessa påfrestningar och varför vissa klarar de bättre än andra. Aaron Antonovsky går bort från att fokusera på varför människor blir sjuka till att istället se till varför så många människor förblir friska trots livets påfrestningar. Detta kallas för det salutogena perspektivet (Antonovsky 2005).

Det salutogena perspektivet fokuserar på de faktorer som upprätthåller hälsan såsom frisk-och skyddsfaktorer istället för riskfaktorer och vad som orsakar sjukdom. Man utgår ifrån

människans resurser och hälsofrämjande omständigheter istället för riskfaktorer. Sjukdom ses som en mångdimensionell företeelse och har inget ”antingen-eller” tillstånd. Alla människor rör sig mellan sjukt och friskt genom hela livet och behöver olika copingstrategier för att röra sig mer mot det friska. Perspektivet hävdar att alla människor kanske inte kan bli helt friska men genom en känsla av sammanhang kan man röra sig mer mot den friska polen. Genom ett fokus på individen istället för ”patienten” eller ”klienten” strävar man efter att se hela människan och allt denne bär med sig som påverkar hans/hennes välmående. Det salutogena perspektivet menar också att människor kan utvecklas och växa genom de kriser man genomgår (Antonovsky 2005).

Antonovskys forskning visade att människor som genomgått ett svårt trauma och klarat av detta på ett anmärkningsvärt bra sätt har som gemensam nämnare att de har en stark KASAM (känsla av sammanhang). Utifrån detta har tre stycken teman kunnat identifieras hos de med stark KASAM vilka nu anses vara de tre centrala komponenterna i begreppet. Dessa tre är begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet (Antonovsky 2005).

Begriplighet syftar till att personen upplever omvärlden och den egna inre världen som förnuftsmässigt förståelig samt att information är ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig till skillnad från att vara kaotisk och slumpmässig. Detta innebär också att personen förväntar sig att det som kommer i framtiden är förutsägbart och om något oväntat sker så har personen förmågan att göra detta till något begripbart. Begreppet hanterbarhet innebär att man upplever att det finns resurser som kan hjälpa att bemöta och klara av de krav och händelser som sker i livet. Har personen en hög känsla av hanterbarhet kommer denne inte att känna sig som ett offer för omständigheter i livet eller se sig själv som orättvist behandlad. En person med hög känsla av hanterbarhet vet att hemska, olyckliga saker sker i livet men att när detta inträffar så kommer han/hon kunna hantera detta och ta sig igenom det. Den tredje komponenten meningsfullhet har beskrivits som motivationskomponenten inom KASAM. Forskning har visat att de människor som ansågs ha en stark KASAM talade mycket om aspekter i deras liv som var viktiga för de och som de var engagerade i. Meningsfullhet syftar till känslan av att vissa delar av livet har en känslomässig innebörd och är värda engagemang och hängivenhet istället för att ses som bördor och något man helst skulle slippa (Antonovsky 2005).

## 5.2 Utbrändhet

Utbränning beskrivs som en process och en produkt av den sociala interaktionen och kännetecknas av emotionell utmattning, depersonalisation och nedsatt prestationsförmåga. Den emotionella utmattningen beskrivs som kärnan i utbränningssyndromet. Även så kallat känslolobortfall ses som en central del i utbränningen (Asplund 1987). Att utbrändhet är ett utbrett problem i dagens samhälle är inte något nytt och det verkar drabba de flesta yrkeskategorier. Inom vård och omsorg talas det dock kanske ännu mer om risken för utbrändhet och strategier för att undvika detta i kontakten med patienter och klienter (Lennéer-Axelsson & Thylefors 1993).

Utbränning kan ses som en konsekvens av att känslorna som är nödvändiga i den sociala interaktionen såsom värme, inlevelse, förståelse, engagemang osv finns inne i oss och tas fram och används i jobbet som socionom, sjuksköterska, psykolog osv. Men om dessa känslor inte fylls på så kommer de ta slut, vilket då leder till en utbränning (Asplund 1987). I och med detta anses det väldigt viktigt att personal inom dessa vårdande yrken har fritidsintressen och aktiviteter som skiljer sig stort från deras övriga yrke och som därmed fyller på med dessa

känslor och energi (Lennéer-Axelsson & Thylefors 1993). Det kan dock också ses som att våra känslor och responser finns utanför oss i den sociala interaktionen och kommer därmed inte att förbrukas och ta slut. Däremot så är bristen på feedback något som anses vara en bidragande faktor till utbrändhet. Även om din klient kanske blir arg, skriker och blir fysiskt hotfull så är detta en form av feedback även om den är negativ. Farligare är dock känslan av att inte erkännas, att ingen ser det du gör och uppmärksammar detta, att bli bemött som att man inte finns. Känslan i relationen till klienten kan beskrivas som att tala till en vägg vilket blir oerhört frustrerande då den professionelle i sitt arbete måste uppnå något, göra någon form av skillnad. Vid brist på feedback och känslor från klienten kan då även den professionelle sluta visa känslor och engagemang, vilket då blir början på en utbrändhet. Dock behöver det inte alltid vara så att denna process börjar med att det är klienten som slutar visa känslor och ge feedback, detta kan lika gärna börja hos den professionelle men får samma konsekvenser (Asplund 1987).

I riskzonen för att drabbas av utbrändhet befinner sig som sagt de flesta men särskilt de som på något sätt arbetar med människor, såsom lärare, läkare, sjuksköterskor, socionomer, psykologer osv. Det är den sociala interaktionen och den omvårdnad, omsorg, behandling och undervisning som personen utför som ökar risken för utbrändhet (Asplund 1987). Kopplat till detta är även den ständiga konflikten för professionella kring hur man hanterar att vara personlig och privat i klientkontakten. Ska man ta med sig klienten hem om detta behövs eller är detta att gå över gränsen? Element av privat engagemang behövs ibland i behandlingen och mötet med klienten men professionaliteten förutsätter att vi kan använda oss av våra erfarenheter i vårt yrke. De professionella som klarar av att ha ett genuint engagemang samtidigt som det finns pauser där den professionelle får ventilera känslor och tankar samt ”släppa” sin professionella roll är ofta de som bäst undviker att tära på energin utanför yrket (Crafoord 1991).

## 6 Metod

Studien är av det kvalitativa slaget eftersom jag är intresserad av att ta del av intervjupersonernas syn på verkligheten (Bryman 2011). Jag har tagit en hermeneutisk utgångspunkt vilket innebär att jag ägnar mig åt en förstående tolkning snarare än att förklara det jag undersöker (Thurén 2007). Hermeneutiken är den mest grundläggande vetenskapsteoretiska metoden som används inom humanvetenskaperna, den försöker förstå människolivet och därmed skiljer den sig från den naturvetenskapliga forskningen som oftast vill förklara ett fenomen (Thomassen 2007, Kvale & Brinkman 2009).

Jag har jobbat på ett induktivt synsätt vilket innebär att teorin bygger på empirin. Jag gick in i denna studie med ett explorativt syfte där empirin fick leda till teorin. Trots detta är det viktigt att jag är medveten om att jag inte är helt ostyrd av teori och en viss förförståelse (Thomassen 2007). Min förförståelse kring ämnet består av att jag själv har gjort praktik och jobbat inom organisationen där intervjuerna genomfördes. Jag har därmed en viss insikt i arbetet och informanterna är mina tidigare kollegor. Detta medförde en viss svårighet i intervjusituationerna som jag har varit medveten om. Det var lätt för mina informanter att säga saker och antyda sånt de visste att jag själv hade varit med om eller jobbat med. Detta kan dock bli problematiskt i en intervjusituation då det är viktigt att vi bägge förstår klart och tydligt vad vi menar. I dessa situationer bad jag därför informanten förtydliga och förklara det



han/hon sagt. Tidigare erfarenheter från psykiatrin i Norge är också något som såklart färgat mig och bidragit till en förförståelse då arbetssättet på många sätt skiljer sig. Genom min praktikupplevelse i organisationen gick jag in i denna studie med en positiv syn på återhämtningsperspektivet samt informanternas arbete. Dock så hade jag vissa frågetecken kring arbetssättet och detta fick bli grunden för studien. Efter att ha läst på mer om ämnet vidgades min syn och mitt mål har hela tiden varit att så objektivt som möjligt ta del av informanternas erfarenheter, kunskaper, synpunkter och arbetssätt.

## 6.1 Urval och avgränsning

Urvalet för denna studie är målstyrt vilket innebär att jag har valt ut de informanter som är relevanta för frågeställningen. Jag har utgått från ett bekvämlighetsurval vilket innebär att jag valde de informanter som jag fick tag på. Det finns såklart en risk med detta urval, bland annat att spridningen av olika egenskaper och erfarenheter riskerar att vara liten. Dock så anser jag inte detta vara något större problem då mitt fokus ändå har varit professionella med en viss bakgrund samt att jag inte strävar efter att göra en studie med representativa resultat utan istället en mer djupgående analys (Bryman 2011). Jag valde informanter som jobbade på organisationen Neami i Sydney, Australien och har ett tydligt återhämtningsfokus i sitt arbete med svårt psykiskt sjuka människor. Informanterna jobbar som CRSW (Community Rehabilitation Support Worker) eller har tidigare haft den positionen och det är utifrån den erfarenheten intervjuerna har genomförts. Informanternas bakgrund varierar både vad gäller utbildning, erfarenhet i branschen samt anställningstid inom organisationen. Jag gjorde dock ett medvetet val där jag valde informanter med en universitetsutbildning inom socialt arbete eller psykologi. Detta gjorde jag för att jag tror att en utbildning inom dessa områden kan ge en mer reflekterad syn på sitt eget arbete och de metoder man jobbar med. Samtliga informanter har även erfarenheter av annat arbete med psykiskt sjuka vilket också var ett kriterium för att jag kontaktade just de. Kön och ålder ansåg jag inte vara viktigt vid mitt urval men jag fick ändå en relativt bred spridning vad gäller åldrar. Könsfördelningen blev 4 kvinnor och 1 man, något jag dock inte ser som något problem för studien.

Mitt urval består av fem stycken informanter. Detta var det antal jag hade bestämt mig för när studien inleddes och det var inga större problem att få tag i dessa informanter samt genomföra intervjuerna. Jag tror genom att intervjua fem informanter får jag en tillräckligt bred syn på mina frågeställningar samtidigt som jag kan se både liknande och återkommande svar samt skillnader i informanternas synsätt och praktik. Jag följde här Kvale's råd som lyder "Intervjua så många personer som behövs för att ta reda på vad du behöver veta" (Kvale 2009 sid 154). Antalet intervjupersoner som krävs beror såklart på studiens syfte. Om antalet intervjupersoner är för litet kan det bli svårt att generalisera samt att pröva hypoteser om eventuella skillnader mellan grupper. Om antalet är för stort blir det svårt att göra mer ingående tolkningar och analyser av intervjuerna (Kvale 2009).

Eftersom jag redan befann mig i organisationen gjorde jag förfrågningar om intervjuer direkt till informanterna via mail eller muntligt. Informanten fick då tacka ja eller nej samt bestämma tid och plats för intervjun. Intervjun utfördes i samtliga fall på informantens kontor och tog cirka 45 minuter.

## 6.2 Tillvägagångssätt

Studien inleddes med att jag gick igenom existerande litteratur på forskningsområdet. Detta görs för att få en bild av kunskapsläget och därmed undvika att göra om studier som redan gjorts samt se vad som behöver utforskas vidare, alltså de frågor som inte besvarats i den tidigare forskningen. Genom att gå igenom litteraturen på ett bra och djupgående sätt vill jag också stärka min trovärdighet som en person med genuin kunskap inom området (Bryman 2011).

Rent praktiskt gick jag till väga så att jag genom en tidigare föreläsning hade fått en del tips om återhämtningsforskning. Jag gick tillbaka till dessa anteckningar och fick därmed ett par litteraturhänvisningar, ett bra sätt att påbörja sin litteratursökning. Genom detta leddes jag in på fler spår och samlade därmed på mig en del nyckelord vilket möjliggjorde sökningar på olika elektroniska databaser, detta gjordes bland annat genom universitetsbiblioteket samt Google Scholar. Vad gäller sökningen på nätet och särskilt då genom Google Scholar var jag extra noga med källor och upphovsmän för att undvika oseriösa artiklar (Bryman 2011).

Min sökning efter Australiensiska källor gick till på så sätt att jag dels sökte på nätet genom de engelska nyckelorden samt använde mig även av vetenskapliga artiklar som jag hade använt mig av under min praktikperiod i Australien. Genom detta fick jag en heltäckande bild av både den svenska återhämtningsforskningen samt den internationella.

Jag har använt mig av semistrukturerade intervjuer vilket innebar att jag hade förberett en intervjuguide (se bilaga 1) som fick utgöra en bas för intervjun men informanterna hade full frihet att utforma svaren på egen hand samt välja att inte svara på vissa frågor. Den semistrukturerade intervjun gav mig även möjlighet att som intervjuare ställa följdfrågor på vissa svar som var extra intressanta och ta upp trådar som jag ansåg vara viktiga för min studie (Bryman 2011; Kvale & Brinkman 2009). Jag lät inte informanterna få tillgång till frågorna i förhand utan inledde intervjuerna med en kort förklaring av vad intervjun skulle handla om och hur jag skulle gå tillväga. Detta val gjorde jag för att jag ville åt informanternas mer spontana svar och inte de kanske mer genomtänkta, ”korrekta” svaren jag eventuellt skulle få om frågorna delats ut på förhand. En risk med detta är dock såklart att informanten glömmer bort vissa viktiga synpunkter och svar i intervjusituationen. Denna risk var jag dock villig att ta samt att jag uppmuntrade alla informanterna till att återkomma till mig ifall de kom på något de ville tillägga eller ändra. Ingen av informanterna gjorde dock detta.

Intervjuerna genomfördes som tidigare nämnts på informanternas kontor och tog ca 45 minuter. Samtliga intervjuer spelades in samtidigt som jag antecknade vissa stödord och egna tankar och idéer jag själv fick under intervjun. Detta gjordes också ifall det skulle bli något problem med inspelningen, något som visade sig vara ett klokt val då den tredje intervjun inte hade spelats in av okänd anledning. Detta gick dock att lösa relativt enkelt då jag hade antecknat mycket samt skrev ner ännu mer från minnet då jag märkte att inspelningen inte hade fungerat kort efter intervjun. Dock så har jag valt att inte använda citat från den intervjun då det inte vore helt säkert att jag skulle kunna återge ordagrant vad informanten sa. Det finns ett undantag från detta då jag för hand hade skrivit ner ett citat när intervjun genomfördes. Detta gjordes på grund av att jag ansåg uttalandet väldigt intressant och därför är citatet använt i resultatet.

Efter intervjuerna transkriberade jag huvuddragen samt citat kort därefter, detta gjorde jag för att fortfarande ha allt färskt i minnet och inte blanda ihop de olika intervjuerna. När samtliga intervjuer var genomförda transkriberade jag ner resten, alltså det som inte gjorts direkt efter

varje intervju. Detta tillsammans med mina egna anteckningar samt ljudinspelningarna gav mig ett bra grundlag och gjorde att jag kände mig väl förberedd inför analysarbetet (Bryman 2011).

Efter intervjuerna och transkriberingen gick jag in i analysen av studien. Jag har använt mig av en tematisk analys vilket är ett av de vanligaste sätten att hantera kvalitativ data. Denna strategi har inte någon tydlig bakgrund såsom vissa andra analysmetoder men är dock något som ofta är en del av de flesta analysmetoderna av kvalitativ data såsom till exempel grounded theory och kritiskt diskursanalys (Bryman 2011).

Rent praktiskt inleddes detta med att jag noggrant läste igenom mina utskrivna intervjuer samt egna anteckningar och antecknade vissa nyckelord och återkommande, centrala teman. Det jag bland annat letade efter var repetitioner av teman, lokala uttryck som används flitigt av informanterna, anspelningar på mitt syfte samt frågeställningar samt även den saknade datan, alltså det som inte blev sagt. Sedan stoppade jag in samtliga informanters svar under samma tema vilket gav mig en bättre överblick över likheter och olikheter i informanternas svar. Efter att ha gått igenom min data noggrant, tematiserat samt slagit ihop och utvecklat vissa subteman (Bryman 2011)- fick jag fram mina slutliga sex teman. Dessa är; Begreppet återhämtning, Återhämtning möjlig för alla?, Närhet och personligt engagemang, Möjligheter och svårigheter med återhämtningsprocessen, Professionell roll och arbetsuppgifter i återhämtningsprocessen samt Vad funkar?

Jag har valt att dela upp mitt resultat och min analys i två olika kapitel. Detta görs för att uppnå en tydlighet samt ett försök till att hålla isär empiri och analys, även om dessa ibland kan gå in i varandra. Genom de sex temana sammanställde jag därför resultatet från intervjuerna som också fick illustreras genom citat. I analysen går jag tillbaka till mina ursprungliga fyra frågeställningar för att strukturera upp kapitlet. I analysarbetet började jag jämföra min egen empiri med den tidigare forskningen samt teorin. Jag tittade på likheter och skillnader, drog egna slutsatser samt ställde vidare frågor. Detta gjordes för att besvara frågeställningarna samt följa syftet med studien.

### 6.3 Studiens begränsningar

En begränsning denna studie kan innebära är språkets betydelse. Det faktum att intervjuerna samt delar av den tidigare forskningen insamlades på engelska och sen översattes innebär en viss risk. Vissa nyanser i språket kan missas samt betydelser av ord och begrepp kan gå förlorade. Det finns också en risk att jag som forskare missförstår på grund av att engelska inte är mitt förstaspråk. Detta har jag varit medveten om hela vägen igenom studien och varit väldigt noga med att fråga ifall det var något jag inte förstod i intervjusituationerna. Något som dock har visat sig vara svårare är att översätta vissa ord och begrepp. Ibland finns det inte ord som motsvarar det engelska och ibland upplevde jag att vissa begrepp, enheter, platser, organisationer, titlar och så vidare inte finns i Sverige och därmed har vi inget ord för det. I dessa situationer har jag helt enkelt gjort så att jag inte översatt ordet utan istället förklarat det på svenska men behållit det engelska ordet i texten. Även citaten har jag valt att inte översätta då jag tror att man ofta kan missta känslan eller meningen i citatet genom att eventuellt översätta felaktigt och välja andra ord. Jag har istället valt även här att förklara citaten kortfattat. Denna begränsning är dock inget som är helt unik för denna studie och det faktum att den utförts på två stycken språk. Det finns alltid en risk att som forskare misstolka det informanterna säger och vill förmedla (Bryman 2011). Jag har i min studie verkligen försökt sträva efter att förstå det informanterna vill säga och även förmedla detta vidare till läsaren.

Jag vill dock reservera mig för att feltolkningar och felaktiga översättningar av det informanternas sagt kan ha skett.

Jag anser att jag har valt en passande metod för min studies syfte samt hållit mig till det ursprungliga syftet med studien och inte undersökt annat vilket ger studien en hög validitet. Validitet innebär att ha en plan för sin studie samt hålla sig till denna och inte undersöka något som man från början inte tänkt. Rent konkret innebär detta att välja rätt metod för det syfte och de frågeställningar man valt (Thurén 2007, Kvale 2009). I och med detta kan jag anse att jag har en hög validitet för min studie.

Vad gäller reliabiliteten så innebär detta att studien ska kunna gå att upprepas och då få samma resultat. Detta är dock svårt att göra vid en kvalitativ studie då informanternas, forskaren och situationen är unik. Därför är reliabiliteten i denna studie relativt låg, mest på grund av att det helt enkelt är en kvalitativ studie (Kvale 2009).

Generaliserbarhet innebär att kunna överföra resultatet från studien till ett större sammanhang. Detta kan också vara svårt för kvalitativa studier då det endast är de kvantitativa som resulterar i statistik (Kvale 2009). Dock så betyder detta inte att studien inte kan vara viktig och allmännyttig, istället beskriver den just informanternas syn på sin situation, något som kan ge en ökad förståelse samt leda till framtida fortsatt forskning på området. Eftersom återhämtning är ett relativt okänt begrepp än så länge i Sverige ser jag att min studie kan vara ett bidrag till att kunskapen kring återhämtning utvecklas och kommer till användning i det dagliga arbetet inom psykiatri, alltså att mitt resultat kan överföras till ett större sammanhang (Kvale 2009). Därmed kan generaliserbarheten i denna studie anses vara godtagbar skulle jag säga.

## 6.4 Etiska överväganden

Att handla etiskt och att inneha en etisk syn på sin studie är viktigt för samtliga forskare. Det innebär inte bara att hålla sig till regler men också att ha en etisk kompetens och en känslighet för situationen och studien (Kvale & Brinkman 2009). Forskning är även viktigt och angeläget för samhället då det ofta kan leda till en förbättring av till exempel vård, omsorg, utbildning och miljö. Det finns därför ett etiskt motiv att faktiskt bedriva forskning, det så kallade forskningskravet. Vi ska alltså utföra viktig, behövlig forskning med ett stort etiskt fokus som bevarar och skyddar de inblandade (Vetenskapsrådet 2011).

Min relation till informanternas är något som jag har övervägt etiskt. Jag kände samtliga informanter sen innan då jag har jobbat tillsammans med dem. Detta innebär också att jag har en insyn både i deras eget klientarbete samt i organisationens arbete och fokus. Detta kan såklart bli ett problem då min relation till informanternas kan göra det svårt att ställa vissa svåra frågor, gå vidare med känslig information samt ha en neutral inställning till både informanten samt organisationen denne jobbar inom. Dock så bygger en bra intervju på hur skicklig forskaren är på att behärska frågeteknik, vilken kunskap denne har om forskningsämnet samt en känslighet för den sociala relationen mellan forskaren och informanten (Kvale & Brinkman 2009). Eftersom jag hela tiden har varit medveten om denna etiska aspekt samt jobbat hårt på att vara professionell och försöka vara neutralt inställd till informanternas hoppas och tror jag att detta potentiella problem har undvikits.

Maktrelationen mellan forskare och informant är något som kan påverka intervjuretatsen och där är det viktigt att vara medveten om detta samt vara tydlig gentemot informanternas att

det till exempel inte finns några rätta och fel svar utan att jag som forskare är intresserad av deras syn på frågorna. Maktaspekten är även viktig vid förmedlingen av resultatet då det är jag som presenterar det i mina egna ordval och vinklingar (Kvale & Brinkman 2009). Jag har försökt vara mycket medveten om detta genom hela denna studie. Vid intervjutillfällena var jag tydlig med att informanterna hade rätt att uttrycka sig precis som de ville samt även säga nej till att svara på en viss fråga om detta skulle bli aktuellt. Vad gäller förmedlandet av resultatet så har jag som tidigare beskrivits varit noga med översättningar och återgivandet av informanternas svar och försökt ändra och översätta så lite som möjligt.

En annan etisk betraktning är att klienterna inte har intervjuats i denna studie. Trots detta är det just deras återhämtningsprocess och relation till de professionella som diskuteras mycket i studien. Detta var ett medvetet val jag gjorde då jag är intresserad av de professionellas syn på sitt arbete och återhämtningsprocessen. Däremot ska man vara medveten om att spekulationerna kring klienternas upplevelse, behov och preferenser är just spekulationer och i denna studie kan jag inte uttala mig mer om detta, istället återger jag det som informanterna har förmedlat till mig vad gäller deras egna erfarenheter från klientarbetet.

För att försäkra att forskningen bedrivs etiskt korrekt och att samtliga inblandade inte far illa finns bland annat det så kallade individskyddskravet. Detta har fyra huvuddelar; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002).

Vad gäller informationskravet uppnåddes detta genom att jag skriftligen informerade samtliga informanter om studiens syfte, deras egen del i den samt att deltagandet var fullt frivilligt och möjligt att avbryta när som helst. Här beskrevs även hur studien till slut skulle publiceras. I enlighet med samtyckeskravet inhämtade jag samtycke från samtliga informanter via ett samtyckesformulär (se bilaga 2) där studiens syfte än en gång beskrevs samt deltagandets frivillighet betonades. Vad gäller konfidentialitet har jag varit noga med var och hur jag har bevarat ljudfiler, transkriberad text samt information om informanterna. De är alla avidentifierade vad gäller namn, ålder och professionell bakgrund. Däremot går det fortfarande att utläsa kön i mitt resultat samt vem som säger vad. Dock så har såklart namn ersatts av nummer. Jag anser även att det faktum att dessa informanter befinner sig i Australien bidrar till att konfidentialiteten höjs då risken är väldigt liten att någon i Sverige skulle kunna identifiera någon av informanterna. Vad gäller nyttjandekravet försäkrar jag att de uppgifter som samlats in inte kommer att användas till andra syften än vetenskapliga (Vetenskapsrådet 2002).

## 7 Resultat

Som tidigare beskrivits så har jag valt att dela in resultatet i sex stycken huvudteman. Dessa är; Begreppet återhämtning, Återhämtning möjlig för alla?, Närhet och personligt engagemang, Möjligheter och svårigheter med återhämtningsprocessen, Professionell roll och arbetsuppgifter i återhämtningsprocessen samt Vad funkar? Jag kommer här att presentera de resultat min studie har gett i intervjuerna som utförts. Efter varje tema kommer jag även att kommentera resultatet kortfattat för att sen återkomma till en analys i analyskapitlet.

## 7.1 Begreppet återhämtning

Temat handlar om hur informanterna själva definierar begreppet återhämtning samt vad detta har för konsekvenser för deras arbete.

Samtliga informanter beskriver återhämtning som en individuell process som betyder olika saker för olika personer. Denna individuella process verkar vara en av de viktigaste utgångspunkterna i informanternas arbete och återkommer ständigt i samtliga intervjuer.

Att finna en mening i livet är också något som alla informanterna beskriver att de lägger i begreppet återhämtning. Majoriteten av informanterna påtalar även att återhämtningsprocessen är en pågående process som inte har en slutdestination, det är något som fortsätter hela livet.

*“I think it is important as a worker to keep in mind that recovery is an ongoing process and people do relapse. This does not mean they have failed, it is just a step back that can be overcome”.*

Informant nummer ett och två beskriver även hur de anser att återhämtning inte är begränsat till de med en psykisk sjukdom, alla har något att återhämtas från och detta kan enligt de även vara ett sätt att skapa en relation mellan klienten och den professionelle. De talar även om att det är viktigt att erkänna att vi alla är människor och att detta ger oss något gemensamt trots olika bakgrund och livssituation.

Informant nummer tre ger en något mer kritisk bild av återhämtningsprocessen genom hela intervjun och påpekar att begreppet återhämtning är väldigt subjektivt och ifrågasätter vad det egentligen är. Han säger dock att han anser att återhämtning är något bra och positivt.

Informant nummer fyra understryker det viktiga i att klienten själv styr och tar ansvar för sin egen återhämtningsprocess. Hon ser det som en resa till att uppnå ett positivt tillstånd i sig själv och befinna sig i en position där klienten känner att livet är meningsfullt och att han/hon är en del av samhället.

*“I think it is important for the consumer to take ownership of their recovery as they have to be ready to move forward to start the recover journey”.*

Informant nummer fem talar om att återhämtning för henne betyder att ha eller återta möjligheten till att göra vad du värdesätter i livet.

*“It doesn't mean that you'll have to be the same person as you were but more about learning how to create a meaningful life with the new you”.*

Citatet belyser hennes beskrivning av att återhämtningen ibland också kan innebära att klienten inte ser sig vara samma person som före insjuknandet. Detta kräver då en omdefiniering av identitet samt återuppbyggande av sig själv.

Att klienten har ett eget ansvar för återhämtningsprocessen är något som återkommer i intervjuerna och som majoriteten av informanterna upplever som en svårighet i förhållande till den så kallade ”duty of care”. Duty of care innebär att du som professionell har en skyldighet att ingripa om du märker att klienten uppvisar ett beteende eller utför handlingar som tydligt sätter han/hon eller andra vid risk. Motsatsen till detta begrepp är ”dignity of risk” vilket innebär att klienten har rätten att som en vuxen människa leva sitt eget liv och ta egna beslut. Detta beskrivs av flera informanter som en svårighet i allt klientarbete och särskilt

utifrån ett återhämtningsperspektiv. Flera av informanterna talar dock om att duty of care ibland får gå före återhämtningsperspektivet. Informant nummer två ger ett exempel där klienten riskerade att förlora sitt boende på grund av svåra tvångssyndrom. Personalen ansåg att det viktigaste just där och då var att gripa in och undvika en vräkning då detta i sin tur skulle försvåra återhämtningsprocessen.

I arbetet utifrån ett återhämtningsperspektiv ligger i den tidigare forskningen från bland andra Topor (2004) och Schön (2009) stort fokus på relationen mellan klienten och den professionelle. Att hitta nya sätt att skapa dessa relationer är en viktig del av forskningen och det praktiska arbetet samt även omdefinieringen kring vad psykisk ohälsa är och vilka som behöver återhämtas (Topor 2004). I detta är såklart även definitionen av återhämtning central då den i sin tur leder arbetet och fastslår vad det är man som både klient och professionell strävar efter. Detta blir tydligt i mina intervjuer då kopplingen mellan informantens egen definition av återhämtning starkt kopplas till det arbete han/hon sen utför. Samtliga informanter är eniga om att återhämtningen är individuell och självstyrd av klienten. Att som professionell endast vara den som guidar rätt och visar på olika alternativ och hjälpmedel är en beskrivning som alla informanter ger.

En av informanterna tar även upp en intressant synvinkel vad gäller att alla kanske inte behöver eller vill återhämtas därför att de inte anser sig själva vara sjuka. Denna vinkel och synen på psykisk ohälsa är något jag återkommer till i mitt analyskapitel.

## 7.2 Återhämtning möjlig för alla?

Temat tar upp informanternas egen syn på det faktum att återhämtning är något som skulle vara möjligt för alla, något som tidigare forskning är mycket tydlig med (Schön 2009).

Tre av fem informanter är väldigt tydliga med att de anser att återhämtning är fullt möjlig för alla klienter men poängterar samtidigt att vad som kännetecknar att någon är återhämtad är individuellt och att vissa klienter kanske aldrig kommer bli symptomfria. Informant nummer ett talar om att vissa omständigheter såsom medicinering och vissa kognitiva funktionsnedsättningar kan hindra eller försvåra återhämtningsprocessen vilket informant nummer två också påpekar. Hon poängterar dock att alla har potentialen att överkomma de negativa symptom och påverkningar som sjukdomen har fört med sig.

*"I believe in 100% that recovery is possible for everyone. When you stop believing that you are destroying someone else's chances of recovery".*

Informant nummer fyra ger ett liknande svar och beskriver hur hon tror att några människor återhämtas från psykiska sjukdomar och kan leva sitt liv utan några andra problem, hon har själv sett många exempel på detta. Hon säger dock att vissa människor tror hon aldrig kommer kunna återhämtas på grund av att de har andra faktorer i sitt liv som ständigt påverkar negativt såsom ekonomiska problem, droger och alkohol, brist på stabil bostad, problem med familj och vänner osv.

Informant nummer tre uttrycker en åsikt som skiljer sig ganska tydligt från de andra informanterna. Han menar att han inte alls tror på att återhämtning skulle vara möjligt för alla men ifrågasätter även vad en psykisk sjukdom egentligen är och även vad återhämtning innebär. Han menar att detta är väldigt subjektivt och därför går det inte att säga att det är möjligt för alla.

Här upptäckte jag även i mina intervjuer att det handlar om definitioner och de olika perspektiv på återhämtning som finns. I min första intervju frågar jag informanten om hon anser att personer med svår psykisk ohälsa kan bli så kallad fullt återhämtad, alltså helt symptomfri och utan någon kontakt med psykiatri (Schön 2009). Informanten rättar mig då och förklarar att begreppet fullt återhämtad är något som används inom det medicinska perspektivet för återhämtning och det är inte vad hon jobbar utifrån. Detta belyser det viktiga i att vara medveten om vilken utgångspunkt man har för att tala om återhämtning samt vilken tidigare forskning man utgår ifrån. Som svaren belyser så lägger informanterna inte någon större vikt vid symptom i sina tankar kring återhämtning och återigen ser jag i informanternas svar hur subjektiv och individuell återhämtningsprocessen är, både för klienten men även för den professionelle. Frågan man kan ställa sig är vad detta gör med kvalitén på arbetssättet samt klientens chanser till återhämtning beroende på vem som jobbar med honom/henne? Informant nummer tre ser vi till exempel uppvisar en mer negativ syn på återhämtning i stort. Hans negativa framtoning får mig därför att fundera kring vikten av att som klient få ”rätt” person som jobbar med dig. Om informanten ovan har en i grund och botten mer negativ syn på chansen till återhämtning och dess betydelse, ger detta då ett sämre resultat hos klienten? Denna diskussion tar jag upp mer i analyskapitlet.

### 7.3 Närhet och personligt engagemang

Detta tema tar upp den centrala frågan kring relation mellan klient och professionell samt den nya synen på detta i och med återhämtningsforskningen. Återhämtningsprocessen beskrivs ofta som en social process där en omdefiniering av dig själv är centralt. I detta spelar även de sociala relationerna en stor roll (Schön 2009). Enligt Topor (2004) har här den professionelle ofta en väldigt viktig och central roll. Frågan är dock hur detta går ihop med professionella gränser, befogenheter och personlig engagemang.

*“I personally believe in rapport and trust as elements that facilitate change”.*

Citatet belyser hur viktig informanten anser relationen och förtroendet är mellan klienten och den professionelle. Samtliga informanter pratar om hur viktig den terapeutiska relationen är och att den relation man bygger upp med klienten ibland är avgörande för återhämtningsprocessen.

Alla fem informanter nämner dock också den ”team approach” de jobbar med vilket innebär att de som CRSW (Community Rehabilitation Support Worker) är så kallad ”key worker” för ett antal klienter. Detta betyder att de har det yttersta ansvaret för det administrativa och allt som sker runt klienten såsom kontakten med myndigheter, sjukvård, bostadsmarknaden osv. Som key worker är även tanken att det så ofta som möjligt är han/hon som träffar klienten på de inbokade besöken. I tillägg till detta jobbar dock hela teamet med alla klienter vilket betyder att en klient mer eller mindre träffar och jobbar med kanske 12 olika professionella i samma team.

På följdfrågan om detta kan vara en svårighet och något negativt för återhämtningsprocessen svarar majoriteten av informanterna att det absolut kan innebära en svårighet och ibland förlänga själva processen men att det är nödvändigt för att som professionell orka med jobbet samt även för att skydda eller skona klienterna då personalomsättningen är relativt hög och att de därmed vill undvika att klienter binder sig allt för mycket vid endast en person ur personalen ifall denne skulle bli sjuk eller byta arbete. Två av informanterna påpekar även att det finns ett värde i att klienterna får träffa och uppleva olika sorters människor och deras



professionalitet då vissa funkar bättre med vissa professionella och kan även därigenom få se hur vi alla bidrar med olika gåvor och kunskaper.

En av informanterna svarar att det är definitivt viktigt med den terapeutiska relationen men mindre viktigt än klientens återhämtning. På följdfrågan om det är så att återhämtning inte bygger på den terapeutiska relationen svarar informanten nej, återhämtning kan enligt henne ske var som helst, under frånvaro av den terapeutiska relationen och någon som helst hjälp från professionella.

*”Sometimes we need to let go a little, loosen the control. Sometimes we actually have consumers that recover after we stop working with them”.*

Citatet belyser informantens syn på att hon som professionell inte alltid är så livsviktig för klientens återhämtning. Att återhämtningsprocessen ibland tar fart när klienten slutat ha kontakt med organisationen visar enligt informanten på att det inte alltid behövs professionell hjälp för att återhämtas från en psykisk sjukdom.

Samtliga informanter beskriver hur det kan vara svårt att upprätthålla de professionella gränserna eftersom man som professionell ofta får mycket frågor från klienterna, ibland privata sådana. Informant nummer ett beskriver hur det är viktigt att fokusera på syftet med dessa frågor och avgöra vilka svar som eventuellt skulle hjälpa återhämtningen. Hon beskriver hur hon tror att professionella ofta känner att de måste delge mer än nödvändigt och förklara sig. Hon tror att ofta kan personliga frågor istället visa på en underliggande rädsla eller farhåga hos klienten vad gäller den professionelles kunskaper och möjlighet till att hjälpa.

Informant nummer två beskriver hur viktigt det är att vara tydlig med att du är där som professionell och inte som en vän. Trots detta tror hon att det fortfarande går att vara genuin och anser att det är viktigt att normalisera och erkänna att vi alla är människor och även om vi alla inte har psykiska sjukdomar så har vi alla något att jobba på i våra liv och kanske även återhämtas från.

Informant nummer tre beskriver hur han anser att så länge man som professionell håller på gränserna så är det okej att bli vän med sina klienter, han anser att det lär bli så oavsett på grund av att du spenderar så mycket tid med de och delar mycket. Han tror att detta hjälper återhämtningsprocessen. På följdfrågan om han känner att detta kan leda till utbränning svarar han att detta beror på den professionelle men att själv har han inte det problemet.

*”I can shut off completely when I go home from work. Maybe you need to be a bit cold to deal with this kind of job. I do care though and my consumers know that. But I drop it when I leave work.”*

Informant nummer ett talar om att om man jobbar med denna metod ”som man ska” tror hon att det är den minst utbrännande metoden.

*”We are only there to support them, it’s not about us, we focus on the consumer. Recovery doesn’t make you burn out, it’s what gives you energy and strength to keep up the work you do”.*

Hon påpekar dock att detta är såklart i en perfekt värld och att hon är medveten om att många inom branschen tyvärr blir utbrända.

Informant nummer fem beskriver hur utbränning hos personalen ibland kan vara ett problem och ett hinder för klientens återhämtningsprocess. Hon talar om att hon verkligen tror på att

förtroende och en relation är viktigt för att uppnå förändring hos klienten men om en terapeut skulle gå över gränsen skadas klienten stort av detta då han/hon ofta är mer sårbar. Hon säger att hon är mycket medveten om detta och upprätthåller alltid gränser även om det kan vara svårt ibland.

Informant nummer fyra pratar om att hon inte skulle vilja använda ordet närhet i samband med relationen till klienter. Att vara nära en klient kan innebära att man bryter de professionella gränserna men hon tror samtidigt att en terapeutisk relation, stöd och engagemang kan finnas samtidigt som man upprätthåller gränser. Hon beskriver även hur viktigt det är att sätta upp de professionella gränserna tillsammans med klienten redan från början så att alla vet vad som gäller.

Forskningen kring återhämtning fokuserar mycket på relationen mellan klient och professionell samt hur synen på denna relation har ändrats i och med återhämtningsperspektivet (Schön 2009). Genomgående för intervjuerna är informanternas reflektioner kring just skillnaden mellan en opassande närhet mellan klient och professionell samt den så kallade terapeutiska relationen. Trots likheter och ibland flytande gränser kring dessa begrepp verkar samtliga informanter mycket medvetna om vad som är passande och professionellt i relationen till klienten. Samtidigt är de alla även öppna med att det ibland kan vara svårt att dra de gränser som trots allt behövs samt att det i vissa situationer kan vara svårt att avgöra vad som är rätt och gynnar återhämtningsprocessen på bäst sätt.

Då tidigare forskning har stort fokus på den så kallade nya professionaliteten inom återhämtningsperspektivet samt vikten av en nära och stadigvarande relation mellan klient och professionell (Schön 2009) är det intressant att se hur informanterna är medvetna om detta men ändå har valt ett alternativt arbetssätt i och med deras ”team approach” för att klara av det krävande jobb de har samt ur deras synpunkt klientens bästa. Detta får mig att undra ifall det kan vara så att ett mer eller mindre renodlat återhämtningsperspektiv är en omöjlighet i praktiken? Även det som informant nummer ett beskriver angående klienter som har uppvisat återhämtning först efter att de lämnat organisationen får mig att fundera kring om det kan vara så att den professionelles roll ibland görs för stor och därmed ger återhämtningsprocessen ett skevt fokus? Mer om detta skriver jag i analyskapitlet.

#### 7.4 Möjligheter och svårigheter med återhämtningsprocessen

Vad gäller möjligheter är samtliga informanter mycket positiva och både informant nummer ett och två beskriver återhämtningsperspektivet som något nytt och fräsch med ändlösa möjligheter. Informant nummer ett sätter in processen i ett historiskt perspektiv och beskriver hur man tidigare hade ett säkerhetstänk och låste in psykiskt sjuka, sedan fokuserade man på att de skulle bli självständiga och rehabiliteras men nu i och med återhämtningsperspektivet fokuserar man på möjligheterna och använder sig av positiv psykologi där de i sitt jobb ser till det som är bra.

*” The possibilitys are endless, I don’t even know where to start. It’s very positive ”.*

Informanten jämför i detta citat hennes egen syn på återhämtningsperspektivet och det klassiskt medicinska perspektivet där återhämtning från psykiska sjukdomar sågs som något omöjligt. I och med den nya synen på återhämtning har arbetssätt och möjligheter öppnat sig både för klienter och professionella.

Psykisk ohälsa för i många fall med sig mycket mer än bara den psykiska sjukdomen såsom missbruk, problem med att behålla sitt boende, splittrade familjer, biverkningar från mediciner osv (Schön 2009). Allt detta är faktorer som ofta försvårar och förlänger en återhämtningsprocess. Informant nummer fyra beskriver de möjligheter som uppstår att jobba med återhämtningsprocessen då klienten har ett stabilt boende. Hon beskriver hur klienter som fått boende ofta är väldigt motiverade till att fortsätta framåt och ta tag i delar av sitt liv som inte var möjligt att göra när de bodde på gatan såsom till exempel hälsan, träning, utbildning, arbete osv.

Tre av fem informanter beskriver att en svårighet för deras arbete med återhämtningsprocessen är att jobba med andra instanser som inte jobbar återhämtningsfokuserat och inte riktigt har en kunskap om vad det innebär. De andra instansernas vård kan göra att klienterna hamnar i en patientroll, något som man med ett återhämtningsperspektiv vill undvika (Topor 2004).

Alla direktiv inom psykiatrin i Australien säger att vården ska bedrivas återhämtningsfokuserat (Mental Health Plan 2009-2014). Samtliga instanser har dock ännu inte implementerat detta lika genomgående. Ofta finns det även en motsättning mellan den medicinska synen på återhämtning samt det psykosociala återhämtningsperspektivet. Informanterna beskriver hur Non Government Organisations (NGO) ofta är de som antagit återhämtningsperspektivet till störst grad och ofta får leda utvecklingen i samarbeten med sjukhusen och den kliniska vården.

Informant nummer ett beskriver hur återhämtningsresan innebär ett stort antagande från klientens sida och att alla inte är redo för detta. Hon beskriver att eftersom den professionelles roll endast är att stödja klientens egen process kan detta då vara svårt eftersom hennes roll inte är att pusha klienten in i något som denne kanske inte är redo för. Att påminna sig själv om att det är någon annans liv som du endast är där för att stödja kan även vara svårt.

Två av informanterna beskriver tidsbrist som en svårighet för deras del i återhämtningsprocessen. Informant nummer fyra beskriver hur det kan vara svårt att bygga upp ett förtroende och en relation med en klient samt stötta återhämtningsprocessen när man endast kan träffa klienten 1 timme varje vecka.

I intervjuerna får jag känslan av att återhämtningsperspektivet och mina informanters arbete är mycket positivt och bidrar med ett nytt synsätt och möjligheter inom psykiatrin. Dock så verkar det som att informanterna ibland jobbar i motvind då alla organisationer och vårdinrättningar inte har tagit sig an ett återhämtningsperspektiv. Även tidsbrist beskrivs som en svårighet och frågan är vad detta gör med arbetet, insatserna och resultaten för klienterna? Hur hade resultaten för klienterna blivit om det fanns mer tid, mer personal och mer samspelade insatser? Samt, är återhämtningsperspektivet det rätta för alla personer med en psykisk sjukdom eller kan det vara så att vissa får bättre hjälp av till exempel en medicinsk modell och därigenom blir så kallad återhämtad? Denna diskussion tar jag upp mer i analysen.

## 7.5 Professionell roll och arbetsuppgifter i återhämtningsprocessen

Hur ser den professionelle rollen i återhämtningsprocessen ut och vilka arbetsuppgifter har informanterna? Temat försöker reda ut den professionelles roll i klientens återhämtning.

Två av informanterna beskriver sin roll som någon som faciliterar och stödjer återhämtningsprocessen.

*”We only support them, it’s not about us. We focus on them”.*

Informant nummer ett beskriver även hur en viktig del i hennes jobb handlar om att förklara för klienten vad återhämtning är och därigenom stödja klientens egen process. Hon beskriver hur detta är något hon anser att professionella behöver bli bättre på då det ibland finns klienter som jobbat med organisationen i flera år och fortfarande inte vet vad återhämtning innebär. Detta reflekterar även tillbaka på informanternas tidigare svar kring definitionen av återhämtning som något svårdefinierat och subjektivt.

Informant nummer fem talar om att hon fokuserar mycket på att facilitera förändring och samtidigt inge hopp och motivation. Två viktiga komponenter i de teorier och handlingsstrategier som är en del av återhämtningsperspektivet är förändringsteori samt motiverande intervju (O’Haagan 2004). Informanten förklarar att detta är något som de professionella inom organisationen utbildas i och ständigt påminns om och uppmanas i att använda i sitt klientarbete.

Tre av fem informanter talar om vägledning som en viktig del av deras roll i återhämtningsprocessen. Informant nummer två förklarar hur viktigt det är att våga stiga tillbaka och erkänna att klienten är experten. Informant nummer tre är även inne på detta när han beskriver hur han ser kärnan i sitt jobb som att möta klienten där han/hon är och helt enkelt fråga vad denne vill återhämta sig ifrån och vad han/hon behöver hjälp med. Informant nummer fyra beskriver hur hon jobbar genom att ha en diskussion tillsammans med klienten om hur de vill att deras egen återhämtningsprocess ska se ut och vilket stöd de känner att de behöver för att uppnå detta.

*” Sometimes it would be easier to sit back and do what you think is best for consumers cause it’s hard work working with what someone else wants ”.*

Att klienten är experten i sin egen återhämtning är en stor del av återhämtningsperspektivet och visar även på att fokus i processen hela tiden ska utgå från klienten och vad denne vill. Den tidigare syn som rådde att det var den professionelle som var experten och klienten som behövde hjälp är något som återhämtningsperspektivet går ifrån och omvärderar (Topor 2004). Detta skapar på ett sätt ett mer passivt förhållningssätt för den professionelle då det inte är upp till denne att ”bota” klienten. Däremot tror jag det kräver en större lyhördhet och ödmjukhet från den professionelles sida eftersom klienten ska ses som experten i sin egen återhämtning samt att som professionell endast möjliggöra det klienten kommunicerar är viktigt för dennes återhämtning.

## 7.6 Vad funkar?

Ett genomgående tema hos alla informanterna är återigen att involvera klienten, mötas där han/hon är samt utforma arbetet utifrån vad han/hon vill. Två av informanterna talar även mycket kring vikten av att lyssna mer än att prata och tillåta klienten att vara experten, något som har framförts även i tidigare svar.

*“I think it is important to listen and appreciate what life they have lived and what they have been through”.*

Informant nummer ett påpekar det viktiga i att kunna vara kreativ i sitt arbete och hur man framför information och ger hjälp. Människor tar till sig saker på olika sätt och reagerar olika beroende på hur saker presenteras. Hon beskriver även det viktiga i att den professionelle har en bred kunskapsbas kring andra organisationer och hjälp som finns att tillgå.

Informanten beskriver hur organisationens uppgift och jobb är att stötta klienterna i deras återhämtningsresa, detta kan ofta innebära allt från att påminna om läkarbesök till att applicera krissamtalstekniker. Dock så är personalen inom organisationen inte tänkta att agera i till exempel en kurators eller psykologs roll utan ska då istället hänvisa och remittera klienten till andra instanser som är bättre lämpade.

Informant nummer två och fem framhäver hopp som den viktigaste delen i deras arbete. Det handlar om att tro på människor och inte endast se sjukdomen samt att lyssna på klienterna och inte ha mål åt deras vägnar, fråga vad de vill och vilka drömmar, mål och framtidstankar de har.

Topor (2004) framhäver samarbetet mellan klient och professionell som en viktig del av återhämtningsperspektivet. Samtliga informanter beskriver just detta samarbete på olika sätt genom ett aktivt involverande av klienten i arbetet, aktivt lyssnande samt ett erkännande av klienten som expert. Något som är genomgående för samtliga intervjuer är även informanternas medvetenhet om att alla klienter är unika och har olika behov vilket innebär att det egentligen aldrig går att säga vad som fungerar bäst för att uppnå återhämtning hos en klient. Detta anser jag visar på en ödmjukhet och en respekt inför var och en av klienterna mina informanter jobbar med.

En stor negativ följd av att leva med en psykisk sjukdom är den hopplöshet som många klienter upplever. Detta kan ibland bero på den psykiska sjukdomen samt deras egen upplevelse och känsla men i många fall grundar det sig i vad de under alla år har fått höra från olika instanser och professionella. Det är inte ovanligt att personer med psykiska sjukdomar ofta bemöts med inställningen ”mer än så här kan du inte förvänta dig av ditt liv och det är bara att acceptera” (Topor 2004). Här är också återhämtningsperspektivet revolutionerande då hoppet är kanske den mest centrala delen i hela arbetsättet.

*”Hope is important, we carry their hope, it’s an important part of our job. I think it’s important to show that I have hope for their future”.*

## 8 Analys

Syftet med denna studie har varit att se närmare på hur personal inom psykiatri i Australien jobbar för att möjliggöra en återhämtning hos klienten samt vilka krav detta ställer på dem. I analyskapitlet återkopplar jag till delar av mitt resultat, utvecklar detta, kopplar till tidigare forskning samt teori och drar egna slutsatser och ibland vidare frågor. Analysen har strukturerats upp utefter mina ursprungliga frågeställningar.

### 8.1 Vad lägger personalen själv i begreppet återhämtning?

Att återhämtningsprocessen är en subjektiv, individuell process återkommer ständigt i informanternas svar. Samtidigt så lyser en svårighet i att definiera återhämtning igenom i samtliga intervjuer, något som informanterna är medvetna om. Informanternas tankar angående det subjektiva i återhämtningsbegreppet speglar en utmaning inom återhämtningsperspektivet som jag tror kan ses både som en möjlighet och en svårighet. Schön beskriver den omätbara återhämtningen där fokus ligger på klientens egen subjektiva upplevelse av processen. Detta innebär att återhämtningen inte kan mätas och det finns till exempel inget krav på frånvaro av symptom (Schön 2009). Det är denna definition av återhämtning mina informanter jobbar med och eftersom begreppet återhämtning är just individuellt kan det därmed precis som informanterna säger vara svårt för klienten att förstå vad det faktiskt innebär att vara återhämtad. Även för professionella som jobbar för att uppnå återhämtning hos klienten blir definieringen ibland svårt men kanske också nödvändig då man enligt informanterna samt Topor (2004) som professionell tenderar att ta över och styra processen istället för att låta klienten vara experten och inse att han/hon spelar den viktigaste rollen i sin egen återhämtning (Andresen, Oades & Caputi 2003).

Definitionen av återhämtning har en tendens att vara just mångsidig och vid vilket på en individuell nivå är positivt på grund av den flexibilitet det medför men kan vara svårare på en högre nivå eftersom ansvaret går över mer på den individuella klienten och den professionelle samt att det blir svårt att jämföra resultat (Ramon, Healy & Renouf 2007).

Möjligheten i denna individualistiska utgångspunkt ligger såklart i att klienten själv styr processen och att den professionelle kan guida och hjälpa klientens återhämtning åt det håll som klienten själv identifierat. En svårighet tror jag dock ligger i att eftersom begreppet är så svårt att definiera kan detta leda till att processen blir svår att styra åt rätt håll då klienten kan ha svårt att identifiera och verbalisera sin egen återhämtningsprocess samt att den professionelle kan ha svårt att överblicka ifall processen går åt rätt håll och i rätt takt. Kvalitetsmässigt tror jag även att detta kan vara en svårighet eftersom det är svårt att kvalitetssäkra något som är så individfokuserat och beroende av både klienten och den professionelle. Ibland kan man behöva ta processen en nivå högre för att kunna utvärdera och se resultat och brister i arbetet. När en process är så pass individuell kan detta bli svårt och därmed blir en utvärdering och eventuella förbättringar mer eller mindre omöjliga. Samtidigt så säger både den tidigare forskningen samt informanterna att det inte är upp till den professionelle att göra klienten frisk, denne är endast där för att ge möjligheten till att leva ett normalt liv med eller utan symptom (Schön 2009). Detta sätter tillbaka fokus på klienten och innebär att det egentligen inte ska spela någon större roll vem som jobbar med klienten och hur detta görs så länge denne är professionell och engagerad i sin klients återhämtningsresa.

Det finns som tidigare sagts två olika inriktningar inom återhämtning där viss forskning menar att återhämtning absolut är ett mätbart fenomen med möjlighet till olika indelningar av

resultat medan annan forskning menar att processen är så individuell att den absolut inte kan och bör mätas (Schön 2009). Mina informanter jobbar som sagt utifrån perspektivet att återhämtningsprocessen är en väldigt subjektiv och individuell resa vilket innebär att den därmed inte är mätbar. En av informanterna beskriver hur det trots detta kan finnas en press uppifrån från chefer att visa resultat. Detta tror jag visar på att det kan finnas en skillnad på de återhämtningsperspektiv som chefer och ledning har som grund för sin verksamhetsplanering samt vad de professionella faktiskt jobbar utifrån i det dagliga arbetet. Detta kan såklart ge svårigheter för de professionella då man slits mellan två olika intressen och jag tänker att detta ibland kan leda till att man som professionell driver igenom vissa insatser för klienten trots att det kanske inte är det optimala just då i återhämtningsprocessen. Kanske har inte organisationen och ledningen tid och förståelse för den ibland långdragna och långsamma processen som återhämtningen kan innebära?

Informanternas definitioner av återhämtning talar även mycket om att processen är en resa och att den ofta är något som pågår under hela livet samt att vi alla har något att återhämtas från. Här kan man tydligt se ett salutogent perspektiv i deras syn på återhämtning samt deras arbetssätt. De jobbar hela tiden för att föra klienten närmare ett friskare liv men är samtidigt medvetna om att det kan komma perioder i livet där klienten tyvärr kommer att uppleva större grad av sjukdom igen. Detta ses dock som naturligt och innebär inte att processen är hopplös eller fel (Antonovsky 2005). Kopplingen till det salutogena perspektivet är här starkt.

## 8.2 Hur ser personalen på återhämtningens möjligheter och begränsningar för klienten?

Majoriteten av informanterna är väldigt positiva till att återhämtning skulle vara möjlig för alla och talar mycket positivt och engagerat om de nya möjligheter som finns i och med att återhämtningsbegreppet implementeras i psykiatrin. Det finns även en ödmjukhet i att flera av dem påpekar att vi alla har något att återhämtas från, stort som smått och att detta även kan vara ett sätt att skapa en relation mellan klient och professionell (Topor 2004).

Samtidigt finns det en viss skepticism då informanterna även talar om att även om alla egentligen har möjligheten till återhämtning så kan tyvärr ofta begränsande omständigheter såsom missbruk, familjeförhållanden, boendeförhållanden och så vidare försvåra och ibland nästintill omöjliggöra dessa möjligheter. Kanske är detta helt enkelt en sund verklighetsförankring som också innebär att klienternas problem och omständigheter inte förminskas samt ett erkännande av att klienten kämpar med svåra psykiska problem (Topor 2004)? Det kan även ses som ett sätt för de professionella att orka genom att vara ärliga och tala om sin roll och de svårigheter det kan innebära (Crafoord 1991).

Genomgående för intervjuerna är att informanterna ständigt talar om att arbetet ska utgå från klienten och dennes mål och drömmar, vad är viktigt för klienten och vad vill denne ha hjälp med och förbättra i sitt liv? Detta beskrivs som en stor möjlighet och något nytt jämfört med den tidigare medicinska synen på psykiska sjukdomar där en återhämtning ansågs vara mer eller mindre omöjlig. Detta fokus på mål och drömmar stämmer väl överrens med KASAM's (känsla av sammanhang) tredje begrepp meningsfullhet. Att ha aspekter i sitt liv som är betydelsefulla och engagerande är en viktig komponent för att ha en hög KASAM (Antonovsky 2005). Övergripande går det att se att KASAM-begreppet är en stor del av vad återhämtningsprocessen handlar om. Informanterna beskriver hur de genom att ge tillbaka klienten makten över sitt eget liv, jobba för sina egna mål samt bygga upp relationer och

nätverk möjliggör och förstärker klientens egna chanser till att uppnå återhämtning (Schön 2009).

Som togs upp i resultatet funderar en av informanterna kring om det är så att alla människor som på något sätt upplever symptom som vi anser tyder på psykisk ohälsa kanske inte vill eller behöver återhämtas? De kanske inte anser sig själva vara sjuka eller så lider de inte av sjukdomen och dess konsekvenser. Frågan man kan ställa sig här är hur vår egen syn på psykisk ohälsa ser ut? Som tagits upp genomgående i denna uppsats samt av informanterna själva ses klienten som experten i sin egen återhämtning. Fokus är också på att skapa ett meningsfullt liv samt gå bort från den sjukdomspräglade identiteten som ofta kommer med en psykisk sjukdom (Andresen, Oades & Caputi 2003). Att som organisation och professionell pressa någon till att ”inse” att denne behöver hjälp och har möjligheten till att återhämtas från sin psykiska sjukdom kanske rent av skulle kunna göra klienten mer sjuk då fokus hamnar just på att han/hon är sjuk och behöver hjälp?

Samtidigt så säger forskningen samt informanterna att varje återhämtningsresa är unik, den är inte nödvändigtvis linjär samt fokus är att leva ett meningsfullt, bidragande liv med eller utan symptom (McCormick 2002). Borde det inte därför vara så att en person som kanske enligt oss är sjuk och borde få hjälp men som enligt sig själv anser sig må bra, lever ett gott liv och inte behöver hjälp faktiskt är så kallad återhämtad? Dock så anser jag att detta leder till en paradox kring vem som är sjuk. Jag kan inte skapa min egen värld där jag anser mig vara fullt frisk eller sjuk därför att vi alla lever i ett sammanhang och i en omvärld där vår hälsa och verklighetsbild relateras till de runtomkring oss. Samtidigt är vår hälsa just en subjektiv upplevelse eftersom min egen självupplevda hälsa är det som påverkar och definierar mig. Det är här man börjar inse lite av hur komplext, ibland svårt men även fullt av möjligheter detta perspektiv är, precis som informanterna beskriver det.

En annan fundering detta ger mig är hur stor betydelse den professionelles egen inställning och engagemang har? Kan en negativ, slapp inställning till möjligheten för återhämtning eller kanske en påbörjande utbränning förminska klientens förutsättningar? Topor (2004) beskriver hur positiva förväntningar är oerhört viktiga, både på klienten men också på att återhämtningen är möjlig i stort. Att även som klient få ett engagemang och en insats från den professionelle som kanske inte var helt väntat har även visat sig vara väldigt viktigt (Topor 2004). Den kompetenta professionelle beskrivs även som någon som är självmedveten samt skyddar sin klients rättigheter (O'Hagan 2004). Detta får mig att tänka att som professionell har man ett enormt stort ansvar att vara engagerad och verkligen tro på sin klients förmågor och styrkor samt möjlighet till att återhämtas. Det är även nästan minst lika viktigt att detta kan kommuniceras på rätt sätt så att klienten känner ett stöd och ett hopp från den professionelles sida (O'Hagan 2004). Att som professionell kanske vara omedveten om sin egen negativa eller oengagerade inställning tror jag kan leda till en försämrad kontakt med klienten och dess återhämtningsresa. Därför tror jag även det är viktigt med mycket handledning och egen professionell utveckling, något som informanterna också är tydliga med att de har och satsar på. Detta är viktigt inte minst med tanke på risken för utbränning där emotionell utmattning, depersonalisation och nedsatt prestationsförmåga kan bli följderna av ett från början stort engagemang men dålig support från chefer och kollegor (Asplund 1987).



### 8.3 Vilka möjligheter och begränsningar ser personalen med deras egen del i återhämtningsprocessen?

Samtliga informanter är mycket positiva till återhämtningsprocessen i stort samt deras egen del i den. Återhämtningsperspektivet beskrivs som nämnts tidigare som något nytt, fräscht och fullt av möjligheter.

Två av informanterna påpekar att hoppet är en grundläggande del i deras arbete för att möjliggöra återhämtning. Tillsammans med KASAM's beståndsdelar passar detta väl överrens med de fyra nyckelfaktorer som forskningen har identifierat som centrala för att uppnå återhämtning: hitta hopp, re-etablera en identitet, hitta mening i livet samt ta ansvar för den egna återhämtningen. Hoppet beskrivs även här som en av de viktigaste komponenterna då den psykiska sjukdomen i sig ofta har bidragit till mycket stigma och hopplöshet, därför blir hoppet då en slags katalysator för återhämtningsprocessen och kan komma både inifrån klienten själv men även från någon annan (Andresen, Oades & Caputi 2003). Detta tycker jag blir väl belyst genom citatet från informant nummer två där hon beskriver hur viktigt hoppet är och att hon som professionell ibland kan bära hoppet för klienten.

Vad gäller svårigheter med återhämtningsprocessen beskriver flera av informanterna att ett problem är ofta tidsbrist och att detta gör det svårt att bygga en relation och ett förtroende mellan klient och professionell. Då tidsbrist ofta är ett problem i de flesta jobb blir det kanske dock mer påtagligt i återhämtningsarbetet då relationen är en så viktig del av processen (Schön 2009, Topor 2004). Frågan man då kan ställa sig är såklart hur möjligheterna hade sett ut med mer tid att disponera? Något som är genomgående i intervjuerna är att återhämtningsperspektivet är något nytt och positivt med mängder av möjligheter. Tänk då vad som kunde uppnås med mer tid.

Ett annat problem som tas upp av informanterna är samarbetet med andra organisationer och sjukvården då dessa tenderar att inte ha tagit till sig återhämtningsperspektivet i samma grad. Organisationen där mina informanter jobbar är en av de som leder utvecklingen vad gäller ett återhämtningsfokus inom psykiatri. Här ser jag tydligt att återhämtningsperspektivet är relativt nytt och fortfarande håller på och tar sig in i psykiatri (Schön 2009, Robson 2002, O'Hagan 2004). Detta är trots att som tidigare beskrivits ska alla delar av psykiatri i Australien ska ha ett återhämtningsperspektiv (Commonwealth of Australia 2009). Sammanfattningsvis kan man säga att informanterna ger en bild av stora positiva möjligheter och mycket hopp vad gäller återhämtningsperspektivet. Trots detta finns såklart fortfarande utmaningar där den största verkar vara just samarbetet med andra delar av psykiatri samt sjukvården. Dock så har Australien ett tydligt fokus och mål vilket gör att fler och fler antar återhämtningsperspektivet.

### 8.4 Hur ser personalen på professionella gränser?

Informanterna talar alla om den viktiga terapeutiska relationen men samtidigt är samtliga även tydliga med att denna relation inte kan få för stor betydelse av hänsyn både för klienten och den professionelle. Den "team approach" samtliga informanter beskriver sägs enligt de själva skydda klienten från att knyta an för starkt till bara några få ur personalen samt även skydda personalen själva och hjälpa de orka med jobbet. Utifrån Asplunds teori om utbränning kan detta ses som en strategi som ska förhindra utbränning då en team approach ger ett skydds nät för de professionella genom att avlasta en kanske lång och påfrestande relation till klienten

med brist på feedback blandas upp och delas av de andra kollegorna (Asplund 1987). Flera av informanterna beskriver detta som en nödvändighet för att orka med jobbet och beskriver även hur utbränning är en stor risk inom yrket. Informant nummer ett beskriver dock som tidigare nämnts att återhämtningsperspektivet är det minst utbrännande arbetssättet ifall det görs på rätt sätt eftersom det endast handlar om att stötta klienten. Detta anser jag vara intressant då man då även kan fundera kring vad det är som orsakar utbrändhet? De som på något sätt jobbar med människor och utför omvårdnad, behandling och undervisning samt ger ut mycket av sina känslor utan att få något tillbaka eller fyllas på är de som anses befinna sig i riskzonen. Det största hotet om utbränning anses vara brist på feedback i sitt arbete (Asplund 1987). Utifrån detta kan man lätt se att de professionella som jobbar med återhämtning befinner sig i riskzonen för utbränning då klienten i många fall kan befinna sig i olika stadier där bristen på feedback gentemot den professionelle är stor. Dock så kan man också se det som så att eftersom återhämtningsprocessen hela tiden har utgått från klienten och dennes centrala roll i den egna återhämtningen, även helt i början av processen så innebär detta att klienten hela tiden har en viss motivation och drivkraft (Topor 2004). Detta hjälper i så fall även den professionelle att orka och undvika utbränning eftersom det är som både informanterna samt den tidigare forskningen säger att den professionelle inte driver återhämtningsprocessen, han/hon fasciliserar och stöttar den endast.

Den strategi som informanterna använder sig av för att undvika utbränning och som de själva säger, orka med jobbet, väcker dock frågan hos mig om det kan vara så att återhämtningsperspektivet faktiskt inte går att genomföra i praktiken fullt ut eller om det är så att det forskningen pekar starkt på vad gäller vikten av den terapeutiska relationen inte spelar en lika viktig roll i det praktiska arbetet?

Jag ser det som att det kan finnas två sidor av detta. Måste de professionella skapa vissa strategier och arbetssätt såsom till exempel team approach för att klara av det krävande arbete det innebär att jobba så tätt inpå sina klienter trots att de vet att detta kanske inte vore det bästa sätt ur klientens återhämtningsprocess? Innebär detta då att ett renodlat arbetssätt fokuserat på återhämtning med en långvarig, intensiv relation mellan klient och professionell är mer eller mindre omöjligt ur de professionellas synvinkel? Flera av informanterna talar om att de är medvetna om att forskning och teori påpekar det viktiga i en nära, långvarig relation mellan klienten och den professionelle i återhämtningsprocessen (Topor 2004). De menar dock att deras arbetssätt är det bästa som går att åstadkomma som också fungerar långsiktigt i praktiken.

Å andra sidan tycks det även finnas en viss skillnad i det teorin och den tidigare återhämtningsforskningen säger om relationen mellan klienten och den professionelle samt det som faktiskt praktiseras. Denna skillnad verkar dock inte ses som något negativt enligt informanterna. Inledningsvis i detta uppsatsarbete fokuserade jag mycket på den terapeutiska relationen och den närhet mellan klient och professionell som återhämtningsforskningen påpekar starkt (Schön 2009, Topor 2004 & O'Hagan 2004). I praktiken har informanterna dock erkänt att ja, den terapeutiska relationen är viktig men inte alls i samma utsträckning som forskningen talar om. Informant nummer ett talar till och med om hur den terapeutiska relationen inte alls är nödvändig för att klienten ska uppnå återhämtning. Kan det vara så att forskningen överdriver den professionelles roll i återhämtningsprocessen och att de som faktiskt jobbar med metoden ser helt andra resultat och effekter?

Tidigare studier har visat att graden av återhämtning är högre i mer traditionella kulturer där professionell hjälp inte finns att tillgå (Andresen, Oades & Caputi 2003). Detta kan visa på att precis som en av informanterna talar om, att de professionella inte alls är någon

förutsättning för återhämtning och att människor blir återhämtade hela tiden utan professionell hjälp. Det verkar vara så att detta faktiskt är en del av perspektivet i stort och en del i att gå bort från den gamla synen på att det var de professionella som hade makten att hjälpa och därmed skapades även ett maktförhållande. Däremot så har de professionella inom återhämtningsperspektivet möjligheten att leda rätt, samarbeta med klienten samt stödja hela processen. Något som såklart är väldigt viktigt för de som inte klarar hela denna process på egen hand.

Vad gäller närhet och personligt engagemang för klienten verkar detta vara något som samtliga informanter slits mellan. Tidigare forskning samt berättelser från återhämtade klienter visar tydligt på att en nära relation till behandlaren/den professionelle har en stor betydelse. Eftersom den professionelle ofta är den som sett klienten när denne mådde som sämst och delat mycket har det ofta en stor betydelse att den professionelle även får se när klienten mår bättre och bekräftar detta. I och med att återhämtningsprocessen fokuserar så mycket på ett samarbete mellan professionell och klient innebär detta också att den professionelle ofrånkomligt menar forskningen även intresserar sig för klientens intressen, styrkor, upplevelser osv (Topor 2004). Informanterna bekräftar detta genom sina uttalanden om att självklart skapar man en slags relation och klienterna är människor även de. Jag får dock en känsla av att informanterna ständigt jobbar med denna frågeställning i sitt arbete. Hur nära relation ska man ha till sina klienter för att de ska hjälpas av den och inte istället skadas? Oförklarligt skapar du en viss relation med dina klienter men de är samtliga väldigt tydliga med att denna relation inte får bli för djup eller engagerande, både för klientens och deras egen skull. Detta går till viss del emot mycket av det forskningen på detta område talar om. Jag upplever det som att både forskningen samt mina informanter är eniga om att vikten av relationer, engagemang samt att se klienten bortom den psykiska sjukdomen är oerhört viktigt för återhämtningsprocessen. Däremot tror jag att informanternas gränser för vad som är passande och hjälpsamt i deras dagliga arbete går något tidigare än vad den forskning säger som jag främst refererar till i denna studie.

## 9 Avslutande diskussion

Syftet med denna studie var att se närmare på hur personal inom psykiatri i Australien jobbar för att möjliggöra en återhämtning hos klienten samt vilka krav detta ställer på personalen själv. Genom ett professionellt perspektiv ville jag få fram en definition av återhämtning, möjligheterna och begränsningarna med återhämtningsprocessen samt belysa problematiken kring professionella gränser. Genom de resultat studien har gett i intervjuer, tidigare forskning samt teori anser jag att mina frågeställningar har besvarats.

Vad gäller informanternas egen syn på återhämtning skulle jag vilja försöka att definiera begreppet återhämtning. Informanternas egna svar samt teori och tidigare forskning anser jag leder till en definiering av återhämtning som skulle kunna lyda följande: *en självstyrd, ständigt pågående, individuell process för samtliga människor där ett meningsfullt, tillfredsställande liv är i fokus och hoppet är avgörande.*

Vad gäller möjligheter och begränsningar med återhämtningsprocessen för både professionella samt klienter har jag sett att grundinställningen bland informanterna är oerhört positiv. Jag skulle vilja säga att den genomgående känslan i hela denna studie har varit mycket positiv både från informanternas håll samt teori och tidigare forskning, något som jag upplever är en utmärkande och central känsla i hela perspektivet. Samtidigt finns det något

som jag skulle vilja kalla realism i informanternas resonemang där försvårande omständigheter och begränsningar erkänns och tydliggörs. Trots detta upplever jag inte att det är något som informanterna fastnar i och låter sig begränsas av utan jag får känslan av att detta är en sund realism som istället visar de professionella vad i processen som kan behöva mer fokus och utveckling. Dock så är denna sunda realism något nytt jag upptäcker bland mina informanter och något jag saknar i den tidigare forskningen. Denna insikt om vissa svårigheter och begränsningar i återhämtningsperspektivet för både klienter och professionella tror jag därför är viktigt inför framtida forskning samt professionell utveckling av perspektivet.

De professionella gränserna och särskilt begreppen närhet och personligt engagemang, var något jag i inledningen till denna studie fokuserade mycket på och trodde skulle vara fokus i studien. Detta på grund av att den tidigare forskningen jag gått igenom inför studien lade mycket och ibland främsta fokus på den viktiga professionella rollen i återhämtningsprocessen. Resultatet från min studie har dock gett mig en något annan bild. Mina informanter har tonat ner sin egen del i återhämtningsprocessen och istället framhävt klienten själv. De har gång på gång påpekat att de endast är där för att stödja och hjälpa till att möjliggöra klientens återhämtningsprocess, inte leda den, driva den eller vara en central roll i den. Flera av dem uttrycker att relationen till den professionelle är viktig och ibland kan vara avgörande för återhämtningsprocessen men samtliga informanter har gett en relativt okomplicerad bild vad gäller professionella gränser. De är mycket medvetna om de och ser det som en självklarhet att ha tydliga professionella gränser i samförstånd med klienten. De menar alla att ett övertramp av dessa gränser skadar klienten mer än vad det hjälper. Detta är intressant då jag i och med detta fick ett ändrat fokus i studien. Det som jag genom den tidigare forskningen trott var bland det viktigaste, att ha en stark, djupgående relation mellan klient och professionell, visade sig endast vara sekundärt och inte alls fokus för informanterna. Istället försöker de nästintill gå bort från detta för att skydda och stärka klienterna. Detta upplever jag som något de gör även för att förbereda klienterna för att leva ett liv på egen hand, utan kontakt med professionella. Genom att stärka klienten i sig själv och fokusera på att bygga upp ett eget nätverk utan professionella möjliggör man ett eget, självständigt liv.

För att sammanfatta resultatet kring mitt syfte kan man säga att personalen genom att bidra med stöttning, vägledning, motivering, kunskap och framförallt hopp jobbar för att klienten själv ska leda och driva sin egen återhämtningsprocess. Detta ställer krav på en flexibilitet, ett engagemang, inkännande samt ett erkännande av att det är klienten som är experten i sin egen återhämtningsprocess, inte de som professionella. Genom en salutogen syn på hälsa jobbar personalen för att hjälpa klienten röra sig närmare ett friskare, meningsfullt och eget liv.

Denna studie har gett en kunskap i hur det praktiska återhämtningsarbetet ser ut bortanför den teoretiska forskningen. Samtidigt har den gett en inblick i hur detta perspektiv används genomgripande inom psykiatri i ett land som Australien där forskningen samt applicerandet på området har kommit mycket längre än i Sverige. Jag tror att fortsatt forskning kring hur återhämtningsperspektivet skulle kunna implementeras i den svenska psykiatri skulle vara värdefull och viktig. Jag har inte heller tagit del av klienternas egen syn på återhämtningsprocessen, något jag tror är oerhört viktigt i framtida forskning för att kunna ge en heltäckande, korrekt bild av perspektivet. Min syn på återhämtningsperspektivet är efter denna studie mycket positiv och full av möjligheter. Jag hoppas därför att denna studie kan vara med och bidra till att även Sverige tar till sig detta perspektiv både i praktik samt vidare forskning.

## Referenser

- Andresen R, Oades L & Caputi P (2003): The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*
- Antonovsky, A (2005): *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur
- Asplund, J (1987) *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Korpen
- Bryman A. (2011): *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Commonwealth of Australia (2003): *National Mental Health Plan 2003-2008*. Tillgänglig på Internet:  
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EE630ADE7F40F80FCA2572220002D081/\\$File/plan03.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EE630ADE7F40F80FCA2572220002D081/$File/plan03.pdf) (hämtad 8/9-12)
- Commonwealth of Australia (2009): *Fourth National Mental Health Plan 2009-2014*. Tillgänglig på Internet:  
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/360EB322114EC906CA2576700014A817/\\$File/plan09v2.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/360EB322114EC906CA2576700014A817/$File/plan09v2.pdf) (hämtad 8/9-12)
- Crafoord, C (1991): *Utvecklande förtrolighet- Tankar om kontaktmannaskap*. Lund: Natur och Kultur
- Knutsson, G & Pettersson, S (1992): *Psykiskt störda- välfärd och valfrihet: en översikt av Psykiatrireformen*. Stockholm: Publica
- Kvale S. & Brinkman S. (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale S. (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lennér-Axelsson, B. & Thylefors, I (1993), *Arbetsgruppens psykologi – Om den psykosociala arbetsmiljön – gruppdynamik, relationer, arbetsroller, ledarskap, konflikter, förändring och personliga olikheter*. Stockholm: Natur & Kultur
- Markström, U (2003): *Den svenska psykiatrireformen: bland brukare, eldsjälarna och byråkrater*. Umeå: Borea
- McCormick, B (2002) What do consumers want from a support service and support worker? I: S.Pepper (red), *Psychosocial Rehabilitation- working with people with a psychiatric disability. Towards Recovery*. (s.68-72). Victoria: New Paradigm Press
- NSW Department of Health (2008): *NSW community mental health strategy 2007-2012. From prevention and early intervention to recovery*. Tillgänglig på internet:  
[http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2008/mh\\_strategy.html](http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2008/mh_strategy.html) (hämtad 8/9-12)
- O'Hagan, M (2004): Recovery in New Zealand: Lessons for Australia? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*
- Pepper,S (red), *Psychosocial Rehabilitation- working with people with a psychiatric disability. Towards Recovery* .Victoria: New Paradigm Press

- Ramon S, Healy B & Renouf N (2007): Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*
- Robson, B (2002) From asylum to de-institutionalisation. I: S.Pepper (red), *Psychosocial Rehabilitation- working with people with a psychiatric disability. Towards Recovery* (s.36-39). Victoria: New Paradigm Press
- Schön, Ulla-Karin (2009): *Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa*. Stockholms Universitet
- Socialstyrelsen (1999): *Välfärd och valfrihet?- Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*.
- Thurén, T. (2007): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber.
- Thomassen, M. (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning
- Topor, A (2001): *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och Kultur
- Topor, A (2004): *Vad hjälper?- Återhämtningsvägar från psykiska sjukdomar*. Stockholm: Natur och Kultur
- Topor, A (2008): *Relationer som hjälper: om återhämtningsprocesser vid svåra psykiska problem*. Lund: Studentlitteratur
- Vetenskapsrådet (2002): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig på Internet: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (hämtad 8/9-12)
- Vetenskapsrådet (2011): *God Forskningsed*. Tillgänglig på Internet: <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forsknin+gssed+2011.1.pdf> (hämtad 8/9-12)

## Intervjuguide

- Namn
  - Ålder
  - Utbildning
  - Tidigare arbetserfarenheter inom psykiatri
  - Nuvarande titel/arbetsuppgifter
  - Tid på arbetsplatsen
1. What are your thoughts on recovery, what does it mean to you?
  2. What do you see as your part/job in the recovery process?
  3. How do you work with consumers to help their recovery journey?
  4. What difficulties/ possibilities do you see in the recovery process and your own part in it?
  5. Do you sometimes find it hard to work with certain consumers recovery journey and how do you then deal with that?
  6. Research shows that recovery is enhanced by support, engagement and closeness from professionals, what is your view on that and how do you combine this with professional boundaries?
  7. Do you feel that you have the energy to be fully involved and supportive in every consumers recovery journey?
  8. Research shows that everyone has the ability to recover from serious mental illness, what is your view on that?
  9. In your own experience, what works when helping a consumers recovery journey?
  10. Is there anything you would like to add?

## Samtyckesformulär



GÖTEBORGS UNIVERSITET

The purpose of this study is to research from a recovery perspective how professionals in Australia work to achieve recovery in their client's lives.

I hereby consent to participate in this study. My participation is completely voluntary and I can choose to end my participation at any given time. My personal information will be kept safe and I will be completely anonymous in the study. The results from my participation will only be used in this particular study.

---

Date and place

---

Signature

---

Full name (please use block letters)