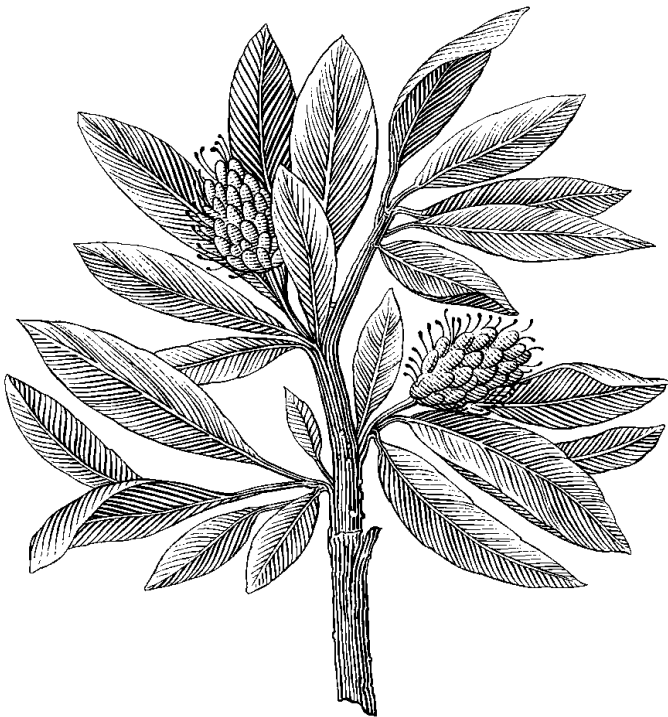




Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö

PARADOXEN I ATT VARA TRÄNINGSKLIENT

Brukares erfarenheter i samband med en personalutbildning i psykiatrisk rehabilitering



Författare: Camilla Bogarve
Handledare: Anita Bengtsson-Tops
Magisterutbildning i Socialt arbete
Institutionen för socialt arbete
HT 2010 / VT 2011
Examensarbete, 30 hp



Titel	Paradoxen i att vara träningsklient. Brukares erfarenheter i samband med en personalutbildning i psykiatrisk rehabilitering.
Författare	Camilla Bogarve, socionom med vidareutbildning i psykiatrisk rehabilitering via Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University
Utbildningsprogram	Magisterutbildning i Socialt arbete, Linnéuniversitet
Handledare	Anita Bengtsson-Tops
Opponent	Matts Mosesson
Examinator	Kerstin Gynnerstedt
Nyckelord	Brukarmedverkan, Personalutbildning, Psykiatrisk rehabilitering

SAMMANFATTNING

Syftet med denna studie är att förstå motiv till medverkan samt att tolka de erfarenheter som har gjorts av personer som har medverkat och hjälpt personal som träningsklienter i en rehabiliteringsutbildning. De medverkande var personer med allvarlig psykisk sjukdom och omfattande funktionsnedsättningar. Det var oklart varför dessa personer samtyckte till att medverka och också hur de upplevde medverkan. En tes var att de valde att medverka utifrån en förhoppning om att få tillgång till hjälp och stöd och en möjlighet att rehabilitera sig själva. Kontext för studien är Rehabiliteringsprojektet i Hallands län som pågick mellan åren 2005 – 2008 och de utbildningssatsningar som ingick i detta sammanhang. Urvalsunderlaget avgränsades till träningsklienter i två utbildningsgrupper som pågick under vardera tre terminer. Utifrån problemställningens och forskningsfrågornas natur valdes kvalitativ metod med en induktiv ansats. En metodtriangulering användes sedan i samband med datainsamling och analys. En enkätundersökning genomfördes och därefter tio löst strukturerade djupintervjuer. Innehållsanalys användes för att besvara forskningsfråga ett. Strukturanalys, hermeneutisk metod i den anda som beskrivits av Hans-George Gadamer (2007) användes för att besvara forskningsfrågorna två och tre. Dessa personer som var träningsklienter i rehabiliteringsutbildningen beskrev att det var mot bakgrund av otillfredsställda hjälp- och stödbehov som man samtyckte till att medverka. Resultatet i innehållsanalysen visar att deras motiv för medverkan var behov av att känna sig betydelsefulla, få stöd och att komma vidare. Resultatet i strukturanalysen visar att rollen som träningsklient var komplex och att dessa personer ställdes inför oväntade krav och erfor en belastning. Resultatet i strukturanalysen visar dock att det i komplexiteten fanns utrymme att växa och att medverkan ledde till en rehabilitering och gav stöd i den egna återhämtningen.

ABSTRACT

The aim of this study is to understand the motives of individuals who agreed to help staff participating in a psychiatric rehabilitation training, and to interpret and gain a deeper understanding of their experiences during this process. The participating was persons with severe mental illness and long term disabilities. We were unclear as to the reasons they had decided to participate and how they experienced their involvement. There was a theory that these people chose to participate based on the hope of gaining access to support and the possibility of beginning with their own rehabilitation. The context for this study was the Rehabilitation project that operated during the years 2005 – 2008 in the County of Halland in Sweden and the training interventions which it included. The sample consisted of two different training groups, with a duration of 18 months each. A qualitative method was chosen based on the nature of the problem statement and the research questions. Method triangulation was used in connection with the data collection and analysis. In order to answer research question one, a questionnaire study was completed and followed by ten semistructured deep interviews. This material was analyzed by utilizing content analysis. In order to answer questions two and three, data from the ten deep interviews was used and this material was analysed based on structural analysis, emphasizing a hermeneutic method as described by Hans-George Gadamer (2007). These individuals, all training clients in the psychiatric rehabilitation education, described a need for more professional support that preceded their participation. The results in the content analysis shows that their motive for participation included a need to feel important, a need to access support and to move forward. The results in the structural analysis showed that the role as training client was complex and they faced unexpected demands or expectations and experienced pressure. At the same time, the results showed that within this complexity there was room to grow and that their participation led to a rehabilitation of their own and support in their personal recovery.



INNEHÅLL

SAMMANFATTNING/ABSTRACT	2
INLEDNING	4
Synen på psykisk sjukdom och samhälleligt stöd	4
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
FORSKNINGSFRÅGOR	6
KONTEXT	
Övergripande	6
Psykiatrisk rehabilitering	6
Brukarmedverkan och inflytande	7
Rehabiliteringsprojektet i Halland	9
FÖRANKRING AV ÄMNET I SOCIALT ARBETE	10
TEORETISK RAM	11
METOD	
Design och ansats	15
Förförståelse	15
Undersökningsgrupp och urval	16
Metodval	18
Datainsamling	18
Analysmetod och analys	20
Etiska ställningstagande	22
RESULTAT	
Innehållsanalys	23
Sammanfattning	26
Strukturanalys	27
Den tolkade helheten	34
DISKUSSION	
Metoddiskussion	37
Resultatdiskussion	40
Avslutande kommentar	41
KÄLLOR OCH LITTERATUR	43
BILAGOR	
1) Begreppsdefinitioner	47
2) Enkät	49
3) Intervjuguide	50
4) Översikt innehållsanalys och strukturanalys	51

INLEDNING

I början av 90-talet startade en samverkansprocess inom socialtjänst och psykiatri med syfte att förbättra det samhällsbaserade stödet till personer med psykiska funktionsnedsättningar. År 1994 anställdes jag i ett socialpsykiatriskt samverkansteam i Malmö och erhöll samtidigt en plats i en utbildning för personal som kallades "Bostonutbildningen". Denna utbildning pågick under sammanlagt tre år och hölls av Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston Universitet. Arbetet i det socialpsykiatriska teamet och utbildningen i psykiatrisk rehabilitering var starten, som för mig kom att bli ett mångårigt engagemang för utveckling av stöd och rehabilitering till personer med psykisk ohälsa. Jag sedan dess arbetat med implementering av rehabiliteringsmetodik och utveckling av psykiatrisk vård- och stöd i olika sammanhang och i olika roller.

Brukarmedverkan är en grundläggande princip inom psykiatrisk rehabilitering och i samband med utbildning i psykiatrisk rehabilitering är brukarmedverkan vanligt förekommande. I samband med ett utvecklingsprojekt i Hallands län utbildades 50 personal i psykiatrisk rehabilitering. Brukare medverkade i denna utbildning som klienter, tillsammans med vilka kursdeltagarna gavs möjlighet att träna ett nytt förhållningssätt och nya rehabiliteringsverktyg. Dessa personer som medverkade i utbildningen kallades i detta sammanhang för träningsklienter. Brukarmedverkan i denna form var ett intressant fenomen att studera. Frågor som intresserade mig var, vilka var dessa personers motiv till att medverka? Hur upplevde de medverkan och vad fick de själva ut av det?

Syftet med denna studie är att förstå brukares motiv till att medverka som träningsklienter i en rehabiliteringsutbildning samt att tolka de erfarenheter de har gjort i samband med sin medverkan.

Den rehabiliteringsutbildning där dessa personer medverkade, var en del av ett utvecklingsprojekt i Halland. Jag var projektledare för detta projekt. Jag har dock inte själv utbildat eller handlett kursdeltagarna (personalen) och jag inte heller haft någon direktkontakt med de brukare som medverkade som träningsklienter i utbildningen tiden före denna studie. Men min förförståelse är stor och min avsikt har varit att tygla denna förförståelse och hålla mig öppen för resultaten i studien.

Synen på psykisk sjukdom och samhälleligt stöd

Våra föreställningar om psykisk sjukdom eller ohälsa har förändrats under de senaste decennierna. Våra attityder har blivit mer positiva och det stöd samhället erbjuder personer med psykiska funktionsnedsättningar har genomfarit omvälvande förändringar (Lindqvist, Markström, Rosenberg, 2010). När vi talar om psykisk sjukdom åsyftas diagnoser såsom depressionstillstånd, tvångssyndrom samt psykos- och ångestsjukdomar. Människor som drabbas av psykisk sjukdom/psykisk ohälsa är en bred och heterogen grupp. Gemensamt för många är att, med den psykiatriska sjukdomen följer en nedsättning av funktionsförmågan och svårigheter att fungera i det dagliga livet (Socialstyrelsen 2003:9). Vi har kunnat följa en förändring mot en minskad slutenvård, fler alternativa vård- och stödformer i öppenvård och att psykisk sjukdom i större omfattning uppfattas och förstås som en sjukdom som kan leda till funktionsnedsättningar och som i kontakt med omgivningen kan leda till funktionshinder

(Wood, 1980, Socialstyrelsen 2003a). En person har psykiska funktionsnedsättningar om han eller hon har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och om dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk sjukdom/ störning (SOU 2006:5). En person med funktionsnedsättningar kan ha svårigheter att klara sig i vardagen, i arbetslivet, i sociala relationer, i fritidsaktiviteter eller i utbildningssituationer. Exempel på psykiska funktionsnedsättningar är: koncentrationssvårigheter, initiativlöshet, känslighet för stress, svårigheter att reglera känslor, svårighet att reglera beteenden, brister i tidsuppfattning, nedsatt minnesfunktion, svårigheter att tolka andras signaler, svårigheter att läsa egna kroppssignaler, brister i att sortera stimuli eller prioritera intryck, sömnstörningar eller oregelbunden dygnsrytm, svårighet att strukturera och planera. Dessa funktionsnedsättningar är individuella och inte lika för två personer med samma diagnos.

Sedan 70-talet har det skett en stegvis avinstitutionalisering. I Sverige lades det första mentalsjukhuset ned 1987. David Rosenberg skriver i sin avhandling, att målgruppen har förändrats sedan de stora institutionerna lagts ner och att samhällsbaserade stödformer har byggts upp, men att den vård och stöd som erbjuds fortfarande bygger på äldre synsätt och traditioner (Rosenberg, 2009). Han menar vidare att verksamheter som dagverksamheter och gruppboende kan ses som transinstitutionella och liminala. Transinstitutionella, då nya institutioner ersätter gamla. Många personer med psykiska funktionsnedsättningar, i kontrast till intentionerna i Psykiatireformen (bilaga 1) och LSS lagen(1), vårdas under "nya" institutionsliknande former, ex. särskilda boende (Brunt, 2002) och privat ägda vårdhem (Bengtsson-Tops, 2006). Detta är vård och service som syftar till ett bibehållande av livsituationen så att den inte blir sämre. I Bengtsson-Tops studie av vård på privata vårdhem framkom att livet på ett vårdhem kan sammanfattas med ett ord, *väntan*. Liminala, då de existerar i ett gränsland där individen inte betraktas som sjuk, men inte heller som frisk och delaktig i samhällslivet. Avinstitutionaliseringen (bilaga 1) har lett till en förändrad "geografi" för personer med psykiska funktionsnedsättningar och det råder en brist på kunskap om hur den nya miljön samspelar med individens funktionsnedsättningar (Rosenberg, 2009).

Många personer med psykiska funktionsnedsättningar önskar och tror sig med rätt stöd kunna leva ett vanligt liv och man önskar samma saker som alla andra, en egen lägenhet, nära vänner, en kärleksrelation, ett arbete etc. (Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2002). Men att leva med psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar kan kännetecknas av ensamhet, marginalisering och utanförskap. Flera utredningar i Sverige har påtalat att detta är den målgrupp som har det sämst ställt ur alla socioekonomiska hänseenden. Vi har fortfarande samhällsproblem i termer av fördomar, stigmatisering, brister på resurser och brister i behovsanpassning av stödet i relation till personer med psykiska funktionshinder (Bengtsson-Tops, 2001). Som psykiskt sjuk är man inte sedd som en fullvärdig medborgare. Nedläggning av de stora mentalsjukhusen *öppnade institutionernas dörrar*, men fortfarande har människor med psykisk ohälsa svårigheter att finna sammanhang för delaktighet och gemenskap på lika villkor (Anthony, Cohen, Farkas, Gagne, 2002).

Parallellt med processen att utveckla öppna vårdformer har psykisk sjukdom börjat beskrivas inte enbart som en sjukdom som kan härledas till mentala processer och hjärnans

funktioner, utan som tillstånd som påverkas av individens livsomständigheter. Intresse riktas nu till hur samhällsfaktorersamspelar med individen som etiketterats som psykiskt funktionsnedsatt. En ny tolkningsmodell innebär att den sociala omgivningen är central och att återhämtning och social integration, med rätt stöd, är fullt möjlig.

PROBLEMSTÄLLNING

Det finns i Sverige ingen självklar rättighet att få tillgång till rehabilitering för den som har drabbats av psykiska funktionsnedsättningar. Många personer med psykiska funktionsnedsättningar lever med livslånga svårigheter och hinder med utanförskap som följd. Internationell forskning har visat att personer med psykiska funktionsnedsättningar, också då dessa nedsättningar är omfattande, kan lära sig nya färdigheter och med hjälp av nya färdigheter och stöd kan fungera i sociala roller i samhället. Psykiatrisk rehabilitering är den enda insats som riktar sig till personer med psykiska funktionsnedsättningar som syftar till ökad kompetens eller funktionsnivå. I Sverige är psykiatrisk rehabilitering ett område i behov av utveckling. Det är också angeläget att utbilda personal. I psykiatrisk rehabilitering är personen (brukaren) experten. Psykiatrisk rehabilitering utmanar på detta område de rådande traditionerna inom det psykiatriska stödsystemet. Att ge personal i utbildning en verklig erfarenhet av att möta den hjälpsökande som en expert, är ett av huvudsyftena med brukarmedverkan i utbildning i psykiatrisk rehabilitering. I de omvända rollerna, där brukaren ombeds bidra med sina erfarenheter och hjälpa personalen, lär personalen sig ett nytt sätt att förhålla sig till den hjälpsökande. Vinsterna av brukarmedverkan för personal i rehabiliteringsutbildning är uppenbar. Det var dock okänt hur de medverkande brukarna erfor denna form av medverkan.

SYFTE

Syftet med denna studie är att förstå motiv till medverkan samt att tolka de erfarenheter som har gjorts av personer som har hjälpt personal som träningsklienter i en rehabiliteringsutbildning.

FORSKNINGSFRÅGOR

Specifika frågeställningar som behandlas i denna studie är följande:

- 1) Vilka motiv hade dessa personer som var träningsklienter till att medverka i rehabiliteringsutbildningen?
- 2) Hur upplevde dessa personer som var träningsklienter medverkan i rehabiliteringsutbildningen?
- 3) Ledde medverkan till en rehabilitering för individen själv?

KONTEXT FÖR STUDIEN

Övergripande

Här är det studerade objektet brukarmedverkan. De medverkade personerna var psykiatripatienter med psykisk sjukdom åtföljande psykiska funktionsnedsättningar. Deras medverkan skedde i en personalutbildning i psykiatrisk rehabilitering. Dessa personer var samtidigt som de var träningsklienter också patienter i psykiatri och klienter i socialpsykiatri. Personalen som deltog i utbildningen var anställd inom socialpsykiatri (kommunal verksamhet) eller inom psykiatri (Landsting) i någon av de sex kommunerna i Hallands län. Utbildningen i psykiatrisk rehabilitering gavs som en av flera interventioner inom ramen för ett större utvecklingsprojekt, Rehabiliteringsprojektet i Halland. Detta var Hallands Miltonprojekt (bilaga 1) som pågick mellan åren 2005 och 2008.

Psykiatrisk rehabilitering

Psykiatrisk rehabilitering är en av de öppna vårdformer som utvecklats i avinstitutionaliseringens eftertid. Det övergripande syftet med psykiatrisk rehabilitering är att stödja individens personliga återhämtning. Återhämtning är en process som syftar till att återskapa en känsla av ett meningsfullt deltagande i samhället, en positiv identitet, som inte är sammankopplad med de psykiska svårigheter man upplever. Man återskapar sitt liv oavsett eller inom ramen för de begränsningar sjukdomen ger (Davidson et al., 2007).

Syfte för psykiatrisk rehabilitering

Rehabilitering för personer med omfattande psykiska funktionsnedsättningar syftar till att stödja dem så att de med ökad kompetens blir framgångsrika och tillfreds i miljöer som de själva valt för boende, studier, arbete och/eller fritid, med minsta möjliga professionella insatser (Anthony, Cohen och Farkas, 2002).

Psykosocial rehabilitering är en process som underlättar för individer, som till följd av psykisk funktionsnedsättning eller handikapp, har en oförmåga att fungera självständigt i samhället. Denna innefattar både en förbättring av individens kompetens och förändringar i omgivningen. Psykosocial rehabilitering avser att främja individens och samhällets optimala funktionsnivå samt att minimera oförmåga och handikapp, med betoning på individens egna val rörande ett tillfredsställande liv i samhället (WHO's globalt förankrade expertgrupp i ett konsensus uttalande 1996).

Rehabilitering är också en insats som ska ses som ett sätt att försöka "öppna samhällets dörrar" och stödja och lära människor med psykiska funktionsnedsättningar att leva sitt liv i full potential, i enlighet med egna önskemål och preferenser (Anthony, Cohen, Farkas, Gagne, 2002).

Brukarmedverkan och inflytande

Egenmakt och inflytande är en av flera grundläggande principer både inom psykiatrisk rehabilitering och i ett samhällsbaserat stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar. I denna studie är ämnet brukarmedverkan central, då syftet är att studera hur personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa har upplevt det att medverka i en personalutbildning.

Med brukarinflytande avses medborgares möjlighet att som användare av offentlig service påverka dess kvalitet och utformning. Inflytande kan vara lika med kunskap. För den funktionshindrade som levt med sitt handikapp är erfarenheten av hur det dagliga livet gestaltar sig en kunskap som ingen utomstående kan läsa sig till (Gynnerstedt, Blomberg, 2004). Brukarinflytande inbegriper en rad olika idéer från aktivt deltagande på mikronivå med individuellt beslutsfattande, makronivå med deltagande i planering av vård, utbildning och forskning (Tait, Lester, 2005). Inflytande på individnivå kan innebära att en person med funktionsnedsättningar i interaktion med sina stödpersoner, ges utrymme att påverka och styra den egna vården. Inflytande kan ske på lokal verksamhetsnivå och också på en mer övergripande organisationsnivå där den levda erfarenheten användas som stöd och kvalitetssäkring i utveckling och ledning. Sedan starten av det nya millenniet har brukarmedverkan och brukarinflytande varit aktuella frågor inom det psykiatriska vård- och stödsystemet. Brukarinflytande i planering och styrning av psykiatrisk vård har under de två senaste decennierna ökat i många länder, speciellt där man har utvecklat en samhällsbaserad psykiatrisk vård (Trivedi & Wykes, 2002, Chamberlain, 2005, Thornicroft, Tasella, 2005). År 2000 togs beslut i Sverige om en ny nationell handikappolitik med fokus på demokratiperspektivet. Allas rätt till medverkan i samhällslivet var målet (Gynnerstedt, Blomberg, 2004). Brukarinflytande har sedan blivit en ofta använd värderingsbaserad princip. Personal talar om inflytande, inflytande skrivs in i verksamhetsbeskrivningar och i styrdokument av olika slag. Det har också varit något som under senare år krävts av kommuner och landsting för att beviljas statliga utvecklingsmedel. Brukarrörelsen är dock ofta underfinansierad. En rad svenska reformer och utredningar⁽¹⁾ har belyst brister och vikten av utveckling för ett stärkt brukarinflytande (Ershammar, Hult-Wallgren, 2007). Frågor om makt och inflytande är komplexa, dels på grund av bristande personella resurser i handikapporganisationerna för denna form av samverkan, dels till följd av svårigheter att rekrytera medlemmar villiga att engagera sig i denna typ av frågor. Detta leder till minskat reellt inflytande och påverkan i praktiken (Gynnerstedt, Blomberg, 2004).

När det gäller utbildning har brukarmedverkan ofta handlat om medverkan inte om inflytande. Medverkan har inneburit passiva roller där brukare inte inbjudits i verklig delaktighet tex. i planering och kursupplägg eller i examination av studenter. Det vanligaste förekommande är att personer med egen erfarenhet medverkar som gästföreläsare och erbjuds att delge sina erfarenheter (Livingston & Cooper, 2004). Det finns minst två modeller för brukarmedverkan i utbildning. Den ena modellen bygger på en idé om att de studerande ska erbjudas samma kunskap, på ett mer standardiserat sätt, med ex. brukare som gästföreläsare. I den andra modellen erbjuds studenter möjlighet att träna i sina kommande yrkesroller, på ett mindre standardiserat sätt, genom att samtala med en person med patienterfarenhet, en "träningsklient" (Barnes, Carpenter, Baily, 2000, Livingston, Cooper, 2004).

1)Välfärd och valfrihet, SoU 1992:73, God psykiatrisk vård på lika villkor, Socialstyrelsen 1997:8, Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen, 1999, Från patient till medborgare, prop. 1999/2000:79, Brukarråd och brukarrevisor Socialstyrelsen 2001, Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004, Socialstyrelsen, Ambition och ansvar. SoU 2006:100.

Vid Socialhögskolan i Lund har man arbetat med brukarmedverkan på ett annat sätt. 2005 startade en kurs som syftade till att ge plats för brukarerfarenheter i socionomutbildningen. I denna kurs studerar socionomstuderande tillsammans med personer som är medlemmar i olika brukar- och intresseorganisationer. Målsättningen är att ge verkliga kunskaper om villkoren för social mobilisering och empowerment. I en utvärdering beskriver man positiva parallellprocesser där man brutit ner gränser mellan ett "dom och vi" (Börjeson mfl. 2009).

Rehabiliteringsprojektet i Halland

Övergripande om Hallandsprojektet

Rehabiliteringsprojektet i Halland pågick mellan åren 2005 – 2008 och det finansierades med statliga medel, s.k. Miltonmedel (bil 1). Initiativtagarna till projektet avsåg att förändra attityder och synsätt samt att förbättra vård och stöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar i Halland. Före projektet konstaterades att merparten av de insatser som erbjöds personer med psykiska funktionsnedsättningar syftade till ett upprätthållande eller bibehållande av en aktuell levnadssituation och att förväntningarna på personlig utveckling eller återhämtning var mycket lågt ställda.

Utbildning i psykiatrisk rehabilitering för personal

Som en av flera interventioner i utvecklingsarbetet i Halland hölls en längre, tre terminer lång, utbildning i psykiatrisk rehabilitering för två olika utbildningsgrupper. Totalt deltog 50 personal i denna utbildning. Första gruppen startade september 2005 och andra gruppen startade januari 2007. Utbildningen omfattade sex veckors klassrumsundervisning med eget arbete mellan utbildningstillfällena. I detta egna arbete hade kursdeltagarna i uppgift att träna ett nytt sätt att arbeta med psykiatrisk rehabilitering. Dessa övningar innehöll ett nytt förhållningssätt, en strukturerad process och nya rehabiliteringsverktyg. Dessa övningar skulle personalen/kursdeltagarna göra tillsammans med en eller två träningsklienter. Övningssamtalen spelades in på band och dokumenterades på särskilda arbetsblad. Dokumentationen skulle bland annat innehålla träningsklientens rehabiliteringsmål, personligt viktiga färdigheter, personligt viktiga stödresurser och anpassningar etc. Dokumentationen från det gemensamma arbetet "ägdes" av brukaren själv. En utbildare i psykiatrisk rehabilitering gav kursdeltagaren regelbunden handledning och feedback utifrån bandinspelningar och rehabiliteringsdokumentation.

Träningsklienter

Varje kursdeltagare i rehabiliteringsutbildningen hade en eller två träningsklienter. Det innebar att ca 90 personer medverkade som träningsklienter, 45 i varje utbildningsgrupp. Dessa personer bidrog med sin tid och sina erfarenheter utan ersättning. De flesta träningsklienterna kände kursdeltagaren sedan tidigare då de hade haft eller fortfarande hade en pågående behandlings- eller stödkontakt. Träningsklienterna medverkade olika lång tid i rehabiliteringsutbildningen men de flesta deltog under 1,5 år, med i genomsnitt, ett samtal varannan vecka. I samband med att utbildningen avslutades erhöll dessa personer som medverkat som träningsklienter ett intyg avseende sin medverkan.

FÖRANKRING AV ÄMNET I SOCIALT ARBETE

Det samhällsbaserade stödsystemet till personer med psykiska funktionsnedsättningar är komplext och inbegriper en mängd aktörer med olika kultur, uppdrag och avgränsningar i sina respektive ansvarsområden. I samband med avinstitutionaliseringen (bilaga1) förändrades ansvarsfördelningen (Markström, 2003). Psykiatrin var inte längre den enda aktören. Socialtjänsten blev en viktig aktör och samverkanspart till psykiatrin.

Frågan är om brukarmedverkan och psykiatrisk rehabilitering kan utgöra en del av ämnet socialt arbete. För att svara på detta behöver man först skapa en bild av vad socialt arbete är. Det är svårt att hitta en enhetlig definition för socialt arbete. En orsak till detta är att socialt arbete är en global verksamhet som i olika länder präglats av olikheter både historiskt och kulturellt. (Meeuwisse, Sunesson, Swärd, 2009). De definitioner som existerar är sinsemellan så olika att de knappast kan ligga till grund för en gemensam syn på vad socialt arbete är (Bergmark, 1998). I litteraturen ser man olika sätt att klassificera verksamheten. Socialt arbete utskiljs ifrån andra verksamhetsområden genom dess målgrupp/er, utifrån dess uppgifter och ibland utifrån metoder (Meeuwisse, Sunesson, Swärd, 2009). Payne (2002) föreslår en alternativ förståelse, där socialt arbete beskrivs som en social konstruktion, skapad av politiska, ekonomiska och sociala förhållanden, där olika grupperingar har en aktiv roll. Han beskriver det sociala arbetet som en process i fyra steg:

- 1) En företeelse eller ett fenomen (bilaga1) definierats som ett socialt problem.
- 2) Problemet bedöms möjligt att åtgärda med samhälleliga eller politiska åtgärder.
- 3) Detta problem bedöms kräva en bestämd typ av åtgärd/er.
- 4) En allmän acceptans skapas för att just dessa åtgärder (metoder, teorier, resurser) är de rätta i förhållande till detta sociala problem.

Paynes beskrivning av socialt arbete väcker frågan, vilket är det sociala problem, möjligt att åtgärda, för personer med psykiska funktionsnedsättningar? I samband med avinstitutionaliseringen (bil 1) hyllades värden så som social integration, lika rätt, medborgarskap etc. och det är långt kvar tills att dessa visioner har förverkligats. Fortfarande lever många människor med psykisk sjukdom, även om man lämnat sjukhusen, i isolering och utanförskap (Bengtsson-Tops, 2001, 2005). Vägarna in i stödsystemet styrs ofta av förutbestämda banor, där åtgärderna i sig själva skapar ett utanförskap. Vägarna ut till ett mer delaktigt liv är ofta oprecisa och återhämtningsbanorna vaga (Rosenberg, 2009). Utanförskap och isolering skulle enligt Paynes perspektiv kunna ses som ett socialt problem, möjligt att åtgärda och som kräver en viss typ av åtgärder. Vilka är då de möjliga åtgärderna och finns det en allmän acceptans för att psykiatrisk rehabilitering är rätt åtgärd i förhållande till detta problem? Psykiatrisk rehabilitering verkar på olika nivåer, samhälls-, verksamhets- och individnivå med syfte att motverka utanförskap och att verka för integration och delaktighet. Exempel på interventioner på systemnivå är kunskapsförmedling, påverkansarbete, konsultation vad gäller synsätt och prioriteringsfrågor riktat till politiker och beslutsfattare. Exempel på interventioner på verksamhetsnivå är att verka för förbättring av stödet och tillskapande av stödresurser anpassade för enskilda individers behov och önskemål. Exempel på interventioner på individnivå är färdighetsutveckling och resursutveckling. Detta är interventioner som syftar till att stödja individens integration och

delaktighet. Finns det enligt Paynes fjärde steg acceptans för att psykiatrisk rehabilitering är den åtgärd som är den rätta? Det är svårt att säga, om det vore så, borde vi kanske ha en lagstadgad rätt till psykiatrisk rehabilitering, det har vi inte. Kanske kan man istället säga att psykiatrisk rehabilitering är en insats för vilken det söks en allmän acceptans.

Den definition av socialt arbete som för närvarande är den mest spridda i världen antogs av International Federation of Social Workers (IFSW) år 2000 och av International Association of Schools of Social Work (IASSW) år 2001. Båda organisationerna är globala och har ett stort antal medlemmar världen över. Den har följande lydelse: Socialt arbete verkar för social förändring, problemlösning i mänskliga relationer, för empowerment och frigörelse med syfte att främja människors välfärd. Med utgångspunkt i teorier om mänskligt beteende och sociala system verkar socialt arbete i de områden där människor samspelar med sin omgivning. Principer för mänskliga rättigheter och social rättvisa är grundläggande för socialt arbete (Meeuwisse, Sunesson, Swärd 2009, s. 45).

Det finns likheter mellan denna definition av Socialt arbete och förhållningssättet inom den psykiatriska rehabiliteringen (se definition av psykiatrisk rehabilitering i kontext för studien). Socialt arbete definieras ibland genom dess utövare, socionomer, socialpedagoger m.fl. och ibland genom det område inom vilket det utövas. Psykiatrisk rehabilitering beskrivs som ett multidisciplinärt område, inom vilken det behövs kompetens från olika professioner. Detta är vanligtvis socionomer, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, psykiatriker och mentalskötare. Om socionomer utövar psykiatrisk rehabilitering skulle rehabiliteringen kanske kunna ses som socialt arbete. Om socialt arbete definieras utifrån det område där det utövas, skulle psykiatrisk rehabilitering efter avinstitutionaliseringen då avsikten har varit att integrera människor med psykisk sjukdom i samhället, kanske kunna ses som socialt arbete. Slutsatsen är att det finns kopplingar mellan socialt arbete och psykiatrisk rehabilitering. Dessa kopplingar sker via dess utövare, det område där det utövas och genom dess åtgärder som syftar till förändring på samhälls-, verksamhets- och individnivå.

Brukarinflytande som begrepp används troligen oftare inom psykiatri än inom socialt arbete. Begreppet förekommer inom socialt arbete tex. i beskrivningar av styrimpulser för ledning av det sociala arbetet (Börjeson, 2010). Men ett mer centralt och närliggande begrepp inom socialt arbete är empowerment (Askheim, Starrin, 2007). Dessa båda begrepp rör sig inom samma sfär, där syftet eller processen som beskrivs avser att stärka den enskildes personliga utvecklingsprocess genom att återta kontroll och makt över det egna livet och den egna vården/stödet. Dessa två begrepp omnämns och lanseras ofta ihop som radikala grepp med syfte att stärka klienternas position i välfärdssystemet. Brukarmedverkan och empowerment har mycket gemensamt, då de i sin idealform syftar till att ge klienter mer makt. En skillnad är dock att brukarmedverkan definieras i relation till samhällets välfärdstjänster medan empowerment ställs i relation till samhället mer i allmänhet (Rönning, 2007). Kärnan i båda begreppen är maktöverföring. De handlar om att överföra makt från beslutsfattare, experter och hjälpinstanser till medborgare och/eller brukare av tjänster.

TEORETISK RAM

Våra data är bara intressanta då de tolkas med hjälp av något teoretiskt perspektiv (Trots, 2005). Humanistiska, existentialistiska, empowerment och rollteoretiska perspektiv har fungerat som konceptuell ram och gett stöd i tolkning och förståelse av resultaten i denna studie.

Humanism och existentialism är väletablerade filosofiska system som utgår från tankegångar som grundar sig på bland andra Buber, Kiregaard och Sartrés arbeten (Payne, 2005). Här finns en tro på den medvetna människans förmåga att tänka, fatta beslut och använda sin egen fria vilja. I ett socialt arbete som utgår ifrån ett humanistiskt perspektiv är syftet i huvudsak att stödja individen att utveckla sin potential som människa i motsats till att uppnå sociala förändringar. Det finns också ett samband med demokrati i termer av tilltro till individens rättighet och förmåga att styra sin egen framtid. Människan betraktas dock både som subjekt och objekt, det vill säga att hon påverkar och påverkas av omgivningen. Humanistiska modeller för socialt arbete utgår ifrån uppfattningen att människors tolkningar om sig själva är både giltiga och viktiga (Payne, 2005). Carkuff & Berenson (1977) formulerar fyra uppfattningar som kännetecknar humanistiska teorier som också varit meningsfulla att ta hänsyn till i tolkningen av resultaten i denna studie:

1. Vi kan bara förstå oss själva i relation till andra personer
2. Vår huvudsakliga ångest och oro i livet handlar om att förlora andra och bli ensamma
3. Vi känner skuld om vi inte upplever att vi kan uppnå ett kreativt liv
4. Det är bara vi själva som ansvarar för att handla utifrån våra beslut

Maslow (1970) är en av de humanistiska teoribyggnare som i många år influerat psykiatrisk verksamhet och som bedömdes relevant att referera till här. Den humanistiska psykologin, den tredje skolbildningen inom psykologins utveckling, växte fram under 1950-talet och 1960-talet med Maslow som dess andlige fader. Den humanistiska psykologin bygger på övertygelsen om människans kreativa potential och att varje individ är unik, med sina egna unika problem och möjligheter. Vidare att människan ständigt blir något, att hon inte är en statisk varelse utan insatt i en process, ett slags livets flöde (Tamm, 2002). Det som klassificerar människan är att hon ständigt önskar sig något och strävar efter att tillfredsställa sina mål. Han menade att människor har ett universellt behov av att sträva efter självförverkligande och inre fulländning. Han utvecklade i sin motivationspsykologi en behovspyramid/trappa där han rangordnade mänskliga behov och önskemål hierarkiskt och menade att de lägre behoven måste tillfredsställas innan de högre kan aktualiseras (Tamm, 2002). Maslow menade att det ligger i människans natur att tillfredsställa dessa sina behov och antog att de grundläggande behoven är medfödda och "instinktsliknande", att människan har en medfödd natur och att denna är biologisk. Om människan samtliga behov är otillfredsställda kommer organismens primära behov att vara fysiologiska, behovet av mat kommer att påverka hela individen, hennes perception och kognitiva processer. Hon kommer då att uppfatta verkligheten omkring sig som ätbar eller icke ätbar. När individen har fått tillräckligt med mat och har sina fysiologiska behov tillfredsställda dyker nya behov upp och när dessa tillfredsställts dyker åter nya behov upp (Bärmark, 1985). Maare Tamm skriver i sin tolkning av humanistisk psykologi att en långtidssjuk människa sakta förlorar sin

självbild utan att en ny värderad existens och självuppskattning ersätter den som gått har förlorad (Tamm, 2002). Det förefaller som att individen förlorar andra bilder av den egna identiteten. Man lever istället sig in i den sjukes roll, väljer att styra och förmedla information om sig själv utifrån sjukrollen och man anpassar sig till omgivningens (personal, familj, vänner, allmänhet) förväntningar på beteenden och ageranden i denna roll.

Existentialistisk filosofi handlar om hur människan upplever meningen med det faktum att hon har en existens och att hon lever. Satrés idéer, med fokus på *varat*, är centrala i existentialismen. Detta handlar om vår uppfattning om och vår upplevelse av att vara människa. Varat eller att vara i sig själv handlar om ren existens där vi är medvetna och därigenom har möjlighet att planera och fatta beslut om vår framtid. Existentialismen betonar att vi agerar i framtiden utifrån en tolkning av vår historia. Vidare att vi är fria att agera. Denna frihet kan ge kraft åt det egna handlandet. Vi kan också drabbas av ångest utifrån att vi blir ställda inför alternativ eller inför ansvaret som följer med friheten.

Rollteori har en lång historia inom socialt arbete eftersom det handlar om samspel människor emellan och hur förväntningar och tolkningar av våra roller föranleder olika agerande och reaktioner (Payne, 2002). Rollteorin rymmer två former av teorier, en strukturfunktionalistisk och en dramaturgisk rollteori. Den strukturfunktionalistiska rollteorin innebär att människor innehar positioner i olika sociala strukturer. Roller utgör uppsättningar av förväntningar eller beteende som är kopplade till dessa positioner i dessa sociala strukturer (Payne, 2002). Goffman (2007, 2008) dramaturgiska rollteori beskriver roller som utförandet av förväntningar som hör samman med en viss social status. Han menar att vi påverkar andra människors bild av oss själva genom att styra den information vi förmedlar till dem. Vidare att vi söker efter att göra ett lämpligt intryck på andra. I ett antal böcker utvecklar Goffman (2007) dessa idéer till en omfattande analys av hur socialt förväntade roller kan förklara olika typer av beteenden (Payne, 2002). Goffman menar vidare att människor ibland tvingas in i ett socialt system som betecknar eller stämplar dem som avvikande och att de när de har fått denna etikett sannolikt kommer att försöka leva upp till de förväntningar som etiketten rymmer. De uppmuntras att bete sig på ett avvikande sätt (Payne, 2002).

Empowerment inbegriper styrka, makt och kraft och vädjar till våra innersta önskningar. Vi vill känna oss starka och kraftfulla, vi vill ha något att säga till om, vi vill ha makt och kontroll över våra liv (Askheim, Starrin, 2007). Empowerment handlar om *att ha makt till något*, inte om att ha makt *över något eller någon* (Andersen, 2000, Askheim, Starrin, 2007). Begreppet empowerment har blivit populärt och återfinns ofta i vetenskapliga artiklar. Det förekom redan i artiklar skrivna på 1920-talet men har kommit att användas mer frekvent från 1970-talet och framåt. Det finns en stark koppling mellan begreppet empowerment och de sociala rättighetsrörelser som växte fram i USA under 1960-talet och 1970-talet under paroller som *"Power to the people"*. En viktig pionjär var Barbara Solomon (1976) och hennes engagemang för förtryckta grupper i fattiga bostadsområden. Bengt Starrin menar att empowerment främjas i situationer som präglas av gemenskap, tillit, trygga goda relationer och att trygg gemenskap alstrar emotionell energi (Askheim, Starrin, 2007).

Många personer som har drabbats av psykisk sjukdom beskriver att de har erhållit sin psykiatriska diagnos med brist på hopp inför framtiden och en dyster prognos kring det förväntade sjukdomsförloppet (Deegan, 2001). Brist på hopp har en kraftig inverkan på människor. Det påverkar vår vilja och motivation till att kämpa för en förändring. Sökande efter eller återskapandet av hopp, mening och identitet har identifierats som två komponenter som ingår i den process som kommit att kallas återhämtning (från psykisk ohälsa). För drygt 20 år sedan startade en rörelse bland brukare i USA. Initiativtagarna var personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom, som med egna berättelser och publikationer vittnade om att det är möjligt att bli bättre, att återhämta sig och leva ett bra liv. Denna rörelse är idag världsomfattande och beskrivs bl.a. av Larry Davidsson (2008) i termer av en social rättighetsrörelse och den har kommit att kallas *The Recovery Movement* (*Återhämtningsrörelsen*). Denna rörelse fann empiriskt stöd med sex longitudinella studier (Bleuler, 1972, Huber, 1975, Ciompi 1980, Tsuang, 1979, Harding, 1987) för drygt 15 år sedan. Slutsatserna var revolutionerande och man kom att tala om paradigmskifte. Man fann bevis för att 53 – 68% återhämtar sig helt eller delvis (Harding, Zubin, Strauss, 1992). Detta var signifikanta resultat då tidigare antaganden utgick från att psykisk sjukdom vanligen har en dyster prognos och att tillstånden är livslånga. Idag finns ytterligare ett antal både kvantitativa och kvalitativa studier som bidragit till en ökad förståelse av fenomenet återhämtning (Davidson, Topor, Borg, 2006, Schön, 2009). Kunskapen, intresset och medvetenheten om återhämtning växer explosionsartat. Återhämtning beskrivs som en självvald process. Rehabilitering är det professionella kan erbjuda för att stödja individer i deras återhämtning (Gagne, 2006). Anthony (2002) definierar återhämtning på följande sätt: Återhämtning är en djup personlig och unik förändringsprocess av attityder, värderingar, känslor, mål och/eller roller. Det är ett sätt att leva ett tillfredsställande, hoppfullt och konstruktivt liv även inom ramen för de begränsningar som sjukdomen ger. Återhämtning innebär att man skapar nya målsättningar och ny mening i sitt liv och om att växa förbi den katastrof den psykiska sjukdomen åsamkat.

Barnes, Carpenter & Baily (2000) diskuterar i sin studie vikten av brukarmedverkan i personalutbildning utifrån brister vad gäller självbestämmande och empowerment inom den psykiatriska vården. De föreslår en modell för brukarmedverkan i personalutbildning som bygger på partnerskap snarare än medverkan. I en modell som bygger på partnerskap har brukaren en jämlik social ställning i förhållande till andra lärare och de bjuds in i planering, beslutsfattande etc. Med denna modell har dessa forskare förhoppningar om att kunna åstadkomma en förändring i studenters och blivande personals bemötande och syn på psykisk sjukdom. Livingston & Coopers, 2004 lyfte i sin studie fram vinster av brukarmedverkan i personalutbildning. Patienter beskriver att medverkan i personalutbildning var en positiv erfarenhet. De såg på sig själva som experter utifrån egna problematiken och de upplevde att de samtidigt hade lärt sig mer om sig själva, hade blivit "empowerd" och fått ett ökat självförtroende som en följd av medverkan (Butterworth & Livingstone, 1999, Stacey & Spencer, 1999, Livingston & Cooper, 2004).

Tabell 1

Livingston och Cooper fann att följande vinster för brukare, följde med medverkan i personalutbildning

<ul style="list-style-type: none">• Ger personen ges en chans att lära mer om sig själv• Ger en känsla av personlig tillfredsställelse• "Empowers" individen• Ger ökat självförtroende• Skapar nya inkomstmöjligheter• Bekräftar individens expertis	<ul style="list-style-type: none">• Skapar en positiv användning av den psykiatriska sjukdomen• Ökar personens kunskap om psykiatri- och socialtjänst• Skapar nya möjligheter att hjälpa framtida patienter
---	---

(Livingston, Cooper, 2004)

METOD

Design och ansats

Att skapa en forskningsdesign handlar om att skapa projekt utav forskningsfrågor och den grundläggande principen är att forskningsstrategi och metod måste vara anpassade till de frågor som ska besvaras (Robson, 2002). Här avsågs att studera ett fenomen av okänd natur i syfte att skapa en fördjupad bild av gjorda erfarenheter och en kvalitativ forskningsdesign med en induktiv ansats användes. En induktiv ansats innebär en förutsättningslös analys eller ett filosofiskt förfaringsätt där man härleder slutsatser utifrån empiriska erfarenheter, i motsats till deduktiv ansats som innebär att man utgår ifrån en i förväg utarbetad teori. Kvalitativa metoder rymmer goda möjligheter till vidsynthet och ger oss möjlighet att nå kunskap om andra dimensioner och sammanhang i människors värld än vad de kvantitativa förmår (Eliasson, 1994). I datainsamling och analysarbete användes en metodtriangulering. 33 personer deltog i en enkätundersökning och 10 personer intervjuades. Analysarbetes gjordes med hjälp av innehållsanalys och strukturanalys.

Förförståelse

Förförståelsen i denna studie bestod av kunskap, erfarenhet och förutfattade meningar när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar, möjlighet till återhämtning samt värdet av brukarmedverkan och psykiatrisk rehabilitering. Jag var själv under 1990-talet kursdeltagare i en liknande rehabiliteringsutbildning som den som var kontext i denna studie och jag fick då hjälp av två personer som medverkande som träningsklienter.

Gadamer menar att det råder en vetenskaplig övertro på objektivitet och att människor, så också forskare, har svårt att frigöra sig från sin historia och sina erfarenheter och göra fördomsfria tolkningar. Historiens makt över människans ändliga medvetande består av förnekandet av den egna historiciteten (Gadamer, 1997). Han föreslog ett medvetandegörande och ett användande av förförståelsen. Kravet på att medvetenhet om verkningshistorien är angeläget och nödvändigt för det vetenskapliga medvetandet (Gadamer, 1997). I en kvalitativ studie där det söks efter mening och innebörder är det viktigt att forskaren försöker tygla sin förförståelse annars kommer resultatet endast återspegla forskarens tidigare erfarenheter och omedvetna trosföreställningar (Dahlberg, Drew och Nyström, 2001). Kvalitativ metod bygger på och kännetecknas av närhet till

forskningsobjektet. Forskaren försöker sätta sig in i den undersöktes situation och på så sätt se det studerade fenomenet inifrån (Holme, Krohn Solvang, 1991). Gadamer menade att textförståelsen aldrig tar slut utan att den pågår i en oändlig process, betingad av främlingskap och förtrogenhet, ett pendlande mellan distans och närmande. Denna process kallade han verkningshistoria (Gadamer, 1997).

Jag har arbetat med förförståelsen i den anda som beskrivits av Gadamer. Jag har släppt fram känslor, förutfattade meningar snabba tolkningar och reaktioner. Jag har dokumenterat dessa med avsikt att tygla min förförståelse och hålla mig öppen, lyssnade och nyfiken. Förförståelsen har dokumenterats i direkt i anslutning till intervjuerna, både de fördomar och förutfattade meningar som fanns före och de som kom upp i samband med intervjun. Dessa noteringar kom att innehålla känslor och reaktioner. Här följer ett exempel, *"Jag blev förvånad när (namn på informant) berättade att medverkan hade haft stor betydelse för henne. Utåt sett ter sig hennes livssituation oförändrad och jag kände inte till att hon hade åstadkommit någon förändring"*. I samband med analysarbetet och de många antal genomläsningarna av hela datamaterialet, skrevs ett stort antal noteringar i marginalen kring det samma, egna tankar, känslor och reaktioner. Dessa noteringar kom mer att ge uttryck för förutfattade meningar och de snabba tolkningar. Exempel: *"Denna person har inte blivit lyssnad på"*. Eller: *"Övningssituationen är problematisk, takten i rehabiliteringsprocessen matchar inte denna persons egna takt och behov"*. Jag har låtit mig att känna, reagera och provoceras och dokumentationen av detta har lästs, diskuterats och konfornterats av handledaren. På så sätt har förförståelsen, verkningshistorien lyfts på spelplanen.

Undersökningsgrupp och urval

Vid studiens start diskuterades frågor kring avgränsning, urval och representativitet och det beslutades att inte göra något urval. Om syftet är att uttala sig om en population, måste man välja enheter som sammantagna är representativa för populationen. Om populationen är liten bör man inte göra något urval (Holme, Krohn Solvang, 1991). Inklusionskriterium var, erfarenhet av att ha medverkat som träningsklient till en kursdeltagare i en rehabiliteringsutbildning. Underlaget var 45 träningsklienter i en rehabiliteringsutbildning i Halland som pågick mellan åren 2005 – 2006. Alla 45 som var träningsklienter skulle ha möjlighet att delta genom en enkät. Det fanns ingen begränsning i antal personer som skulle kunna delta i enkätundersökningen. Vidare skulle alla ha samma chans att komma med för att delta i en djupintervju. Det beslutades att tio personer skulle komma att intervjuas och att göra ett slumpmässigt urval genom lottdragning om fler än 10 personer skulle komma att anmäla intresse till att låta sig intervjuas.

I samband med en informationsträff i mars 2007 gavs av författaren muntlig information om studien till träningsklienterna och kursdeltagarna i rehabiliteringsutbildningen. Några träningsklienter som inte deltog vid denna träff informerades vid ett senare tillfälle av personalen/kursdeltagarna. Träningsklienterna gavs möjlighet att anmäla sitt intresse att delta i studien i samband med informationsträffen. En person gjorde så och anmälde sig direkt till både enkätundersökningen och till att bli intervjuad. 32 personer anmälde sig tiden efter till att delta i enkätundersökningen. 33 av 45 innebar ett bortfall på 12 personer. Senare anmälde ytterligare sex personer sig till att delta i en intervju och efter två påminnelser anmälde sig ytterligare två personer. Det innebar då att sammantaget nio av de

33 som samtyckt till att svara på enkäten hade anmält intresse också för intervju. När första kontakt togs med dessa nio personer för att boka tid för intervju föll två av de nio bort. Den ena personen meddelade utan att beskriva orsak att han inte längre var villig att delta och den andra personen mådde sämre och hon kände att hon inte orkade medverka. Då återstod sju personer som var villiga att delta i intervju. Sju intervjuer var färre än de planerade 10. Ett beslut fattades då om att vidga underlaget till att omfatta också den andra utbildningsgruppen, som nyligen hade startat då. Denna utbildningsomgång pågick mellan åren 2007 - 2008. I gruppen medverkade 48 personer som träningsklienter. Dessa 48 träningsklienter erhöll information om studien via kursdeltagarna i rehabiliteringsutbildningen och tillfrågades då endast om att delta i intervju. Urvalet kom att göras slumpmässigt utifrån principen "först till kvarn". När tre personer från denna grupp anmält sitt intresse att medverka i studien meddelades kursdeltagarna att inte ytterligare personer skulle komma att intervjuas. Sju av de tio personer som intervjuades deltog i utbildningsgrupp 1 och dessa personer medverkade också i enkätundersökningen. Tre av de tio som intervjuades deltog i utbildningsgrupp 2 och dessa tre personer deltog inte i enkätundersökningen.

Tabell 2

Datauppgifter avseende de 33 personer som deltog i enkätundersökningen

Kön	Antal kvinnor	14
	Antal män	19
Genomsnittlig ålder		35 år
Den yngst		23 år
Den äldsta		55 år
Föräldraskap		6 personer hade barn
Arbete	Öppna arbetsmarknaden	-
	Lönebidragsanställning (bil1)	4 personer
Boendestöd (bil 1)		10 personer
Särskilt boende (bil 1)		3 personer

Tabell 3

Datauppgifter avseende de 10 personer som deltog i en intervju

Kön	Antal kvinnor	6
	Antal män	4
Genomsnittlig ålder		43 år
Den yngsta		25 år
Den äldsta		55 år
Föräldraskap		2 personer hade barn
Arbete	Öppna arbetsmarknaden	-
	Lönebidragsanställning (bil1)	1 personer
Strukturerad sysselsättning		5 personer
Särskilt boende (bil 1)		1 personer

Gemensamt var att alla hade någon psykiatrisk problematik och medföljande psykiska funktionsnedsättningar och svårigheter att fungera i vanliga livsroller samt att man hade en eller flera vård- eller stödkontakter med psykiatri och/eller socialpsykiatri i sin hemkommun. Informanterna valde själva om man ville uppge vilken diagnos man behandlades för.

Tabell 4

För de 25 personer som valde att delge sin diagnos gällde följande:

Psykiatrisk diagnos	Allvarlig depression	6 personer
	Schizofreni	5 "
	Annan psykossjukdom	6 "
	Bipolär sjukdom	3 "
	Tvångssyndrom	2 "
	Social fobi	4 "
	Beroendeproblematik	4 "

Flertalet beskrev att man upplevde ett behov av förändring. Här följer några exempel på dessa beskrivningar:

"Jag var väldigt missnöjd. Jag var inne i en återvändsgränd och höll på att skära mig mycket då. Jag behövde lite nytänkande och komma ur det dåliga".

"Jag var rätt så nedstämd. Jag låg bara hemma på soffan hela tiden".

"Jag kände att jag var mellan allting. För frisk för en del ställen. För dålig för att gå ut och så där. Jag tänkte att det ju är massor av saker som jag fortfarande inte har avklarat ... på något vis".

"Innan vi började så mådde jag inte så bra egentligen. Jag har suttit mycket ensam. Det var helt meningslöst".

"Jag tvivlade ju på allting just då. Då var jag verkligen nere alltså".

Några personer beskrev negativa erfarenheter av vård och stöd. Dessa erfarenheter var kopplade till att man inte känt att den vård eller stöd man erhållit tidigare varit anpassad till de egna behoven eller att man inte fått tillräckligt mycket stöd eller att man mött brister i bemötande.

"Jag kände aldrig att någon av mina stödpersoner var intresserad av mig. Ingen bemödade sig om att lära känna mig".

"Jag har ju varit med i många år. Ingen har frågat mig vad jag vill. Man blev inslussad där andra ansåg att man var lämplig".

"Jag har känt mig misstrodd, som psykfall och missbrukare har man en stämpel på sig".

”Det har varit ett jävla stridande, de lyssnade inte på mig. Vi har haft sånt här nätverksmöte också och både syrran och jag har grinat”.

”Man blev automatiskt behandlad som att man inte vet ett dugg och att de vet bäst”.

Metodval

Utifrån forskningsfrågornas natur valdes kvalitativ metod med en induktiv ansats. En metodtriangulering användes sedan i samband med datainsamling och analys. Datainsamlingen gjordes med en enkätundersökning och med löst strukturerade, tematiska djupintervjuer. Analysarbetet gjordes med hjälp av innehållsanalys och med strukturanalys. För att besvara forskningsfråga 1 gällande motiv för medverkan, användes enkäter med öppet formulerade frågor som metod för datainsamling. Informanterna svarade skriftligen på dessa öppet frågor (bilaga 2). Då detta samlade datamaterial senare inte bedömdes vara tillräckligt rikt för att besvara forskningsfråga 1, valdes att fördjupa datamaterialet ytterligare genom att också genomföra intervjuer. Detta var löst strukturerade kvalitativa intervjuer. Datamaterialet, enkätsvar och transkribering av intervjuer, analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. I syfte att besvara forskningsfrågorna 2 och 3, gällande hur dessa personer som varit träningsklienter erfarit medverkan och huruvida medverkan ledde till en rehabilitering, användes löst strukturerade öppna kvalitativa intervjuer som metod för datainsamling. Kvale (1997) delar in kvalitativa intervjustudier i sju stadier, dessa kan inte alltid ses som separerade från varandra eller på varandra efterföljande. Närvarande i den kvalitativa metoden och forskningsprocessen är: tematisering, design, intervjuande, överföring till bearbetningsbar form, bearbetning och analys samt resultat. Då datamaterialet, transkriberats analyserades det sedan med hjälp av hermeneutisk metod (Kvale, 1997).

Datainsamling

I ett första led informerades chefen för psykiatrin om studien. Därefter informerades sex lokala styrgrupper, en i varje kommun bestående av chefer från psykiatri och socialtjänst och i några grupper representanter från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan samt brukar- och närståendeorganisationer. Nästa steg var att informera dem som var kursdeltagare/personal och träningsklienter i rehabiliteringsutbildningen. Informationen till träningsklienterna gavs både muntligen och skriftligen och innehöll studiens syfte, etik, frivillighet, tillvägagångssätt etc. Datainsamling gjordes med hjälp av två olika metoder enkäter och djupintervjuer.

Datainsamlingen startade med en enkätundersökning med öppet ställda frågor (bilaga 2) där informanterna ombads att svara skriftligen. 33 personer medverkade i denna enkätundersökning. Enkäterna lämnades till kursdeltagarna i rehabiliteringsutbildningen, som sedan gav dem till sin träningsklient. Några träningsklienter valde att fylla i dem på egen hand, några med stöd av kursdeltagaren och ytterligare någon genom att svara muntligen med stöd av kursdeltagaren som nedtecknade svaren. När de var ifyllda återsändes de till författaren för studien.

Djupintervjuerna gjordes med hjälp av löst strukturerade, tematiska intervjuer. En intervjuguide tillskapades (bilaga 3) med frågeområden och idéer till öppna frågor i syfte att fungera som stöd under intervjuerna. Frågeområdena och frågorna formulerades så att de

skulle resultera i data som skulle kunna ge svar på alla tre forskningsfrågorna. 10 personer intervjuades. Några personer ringde själv för att meddela sitt intresse och för att avtala en tid för intervju. Andra bad, via sin rehabiliterare, att bli uppringda. Informanterna valde plats för intervjuerna. Detta innebar att merparten av intervjuerna utfördes i informanternas hemmiljö. Två intervjuer utfördes i samtalsrum i socialtjänstens lokaler. Samtliga intervjuer inleddes med en kort repetition av studiens syfte och tillvägagångssätt samt frivilligheten i att delta och om möjligheten att när som helst avbryta. Därefter inleddes ett kontaktskapande i syfte att skapa ett tryggt klimat där informanten skulle känna sig respektfullt och vänligt bemött. I detta kontaktskapande ställdes ibland frågor som inte var relevanta för intervjun utan snarare hade ett syfte att visa intresse för och bekräfta personen. Intervjuerna bygger på informanternas värde som resurs i studien. Det har inneburit att fokus inte enbart har varit de teman och frågor som planerats i förväg, utan även det som har varit intressant för den intervjuade. Det är intervjuarens ansvar att bygga upp en atmosfär där den som blir intervjuad kan känna sig trygg att tala fritt om sina känslor och upplevelser (Kvale, 2001). Styrkan i den kvalitativa intervjun ligger i att undersökningssituationen liknar en vardaglig situation och ett vanligt samtal (Holme, Krohn Solvang, 1986). Intervjuerna visade sig fortsätta i en anda av "samtal" snarare än av intervju. Frågorna i intervjuguiden kom i den ordning som föll sig logiskt. Intervjuerna färgades av och matchades i förhållande till den som intervjuades. En intervju varade nästan två timmar då denna person, till följd av tankestörningar, hade svårigheter att formulera sina svar men önskade fortsätta för att få tala klart. En annan intervju blev uppdelad i två möten med anledning av att denna person blev utmattad under intervjun. Ytterligare en intervju genomfördes med speciell noggrannhet i ett icke formellt språk, då denna informant använde många "slangord" och svordomar. Tillsammans med en kvinna som talade tyst och långsamt hölls hela intervjun i en lågmäld ton. Följdfrågor ställdes, så som: *berätta mer, hur tänkte du då, hur kände du då, vad betyder det här för dig och varför är det betydelsefullt för dig osv.* Informanten uppmuntrades på så sätt att fördjupa innehållet i det utsagda. Intervjuerna omfattade 1 – 1½ timme, med undantag för den som tog 2 timmar. De spelades in på band. Korta minnesanteckningar innehållande en sammanfattning, tankar, känslor och reflektioner samt preliminär analys och tolkning skrevs efteråt i direkt anslutning till intervjuerna. Avsikten var att genomföra transkriberingen före nästa intervju. Så gjordes i några fall, men de flesta skrevs ut senare.

Analysmetod och analys

Kvalitativ analys syftar till att identifiera ännu okända eller otillfredsställande kända företeelser, egenskaper och innebörder. Den kvalitativa analysen är därmed att betrakta som en företeelse, egenskaps- eller innebördsanalys. Förhållandet mellan de analyserade elementen bildar tillsammans en helhet som är mer än summan av delarna (Starrin, Svensson, 1994).

Motiv till deltagande

Här användes kvalitativ innehållsanalys. Enkät- och intervjumaterial betraktas som analysenhet. Syftet med kvalitativ innehållsanalys är att omvandla stora mängder skrivet material så att dess innebörd kortfattat och strukturerat, kan förmedlas till andra personer. Fokus för kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer genom att söka efter skillnader och likheter i textinnehåll. Skillnader och likheter uttrycks i kategorier och teman på olika

nivåer. Vid skapandet av kategorier och teman har kontext betydelse (Lundman, Hällgren, 2008). Här söktes den latenta nivån i den underliggande meningen. Enkätvar- och transkriberade intervjuer genomlästes i sin helhet flera gånger i syfte att skapa en känsla för helheten. Tid förflöt mellan genomläsningarna varvid de kom att genomläsas ett flertal gånger med "nya" ögon. En övergripande reflektion gjordes kring textens innehåll. Två domäner identifierades, *egna behov som motiv* och *andras behov som motiv*. Meningsenheter markerades och sökning gjordes efter skillnader och likheter i texten. Meningsenheterna kom sedan att kondenseras och abstraheras och grupperas. Texten kom att bilda koder, kategorier och teman. Dessa övergripande teman, *Vara betydelsefull*, *Få stöd* och *Komma vidare* bedömdes fånga innebörden i dessa personers motiv till medverkan.

Tabell 5

Exempel ur innehållsanalysens olika faser

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Tema
Jag ville hjälpa till. Jag var glad att kunna hjälpa (kursdeltagare). Alla blev glada. Inte bara (kursdeltagare), utan morsan och de andra blev också glada.	Jag ville hjälpa till och göra andra glada.	Hjälpa till	Betyda något för någon annan	Vara betydelsefull
Jag tänkte att det ju är massor av saker som jag fortfarande inte har avklarat ... på något vis. Jag hoppades att detta skulle bli en del i min rehabilitering. Det var ett sätt att lära hur jag skulle handskas med detta och få hjälp.	Jag hoppades på att få hjälp att och att detta skulle bli en del i min rehabilitering.	Hoppas på att få hjälp	Ta tillvara möjligheten	Få stöd
Jag kom från universitetet .. jag mådde inte hundra just då. Men mina förväntningar var väl att jag börja med studier eller på något sätt utvecklas som människa.	Börja studera och utvecklas som människa	Att utvecklas	Vilja att utvecklas som människa	Komma vidare

Erfarenheter av medverkan

Här har datamaterialet analyserats med hjälp av strukturanalys utifrån en hermeneutisk ansats. Syftet med en hermeneutisk ansats är viljan att förstå människan. Människan ses som en intentionell varelse, möjlig att tolka och förstå. Avsikten är att använda kunskapen till att övervinna främlingskap samt att förbättra möjligheterna att förhålla sig till människor i olika sammanhang. Utgångspunkten är att varje mänsklig handling är möjlig att förstå. Hans-Georg Gadamer har genom den existentiella filosofin inverkat på hermeneutiken som vetenskapligt perspektiv. Hermeneutiken har ingen fastställd forskningsmetod. Analys och datamaterial kan leda till olika arbetsätt. Det har gjorts försök att introducera regler i syfte att säkerställa objektiviteten i tolkningarna. Det finns inga regler, om de funnits skulle jag tillråda att inte följa dem (Gadamer, 1990). Bland hermeneutikerna finns olika inställningar i denna fråga och olika inriktningar. Gadamer tillhör dem som tar avstånd från en enda säker metod. Han har istället intresserat sig för den mänskliga förståelsen och lyft fram begrepp så som förförståelse och verkningshistoria. Med verkningshistoria menar han att textförståelsen aldrig tar slut utan ingår i en oändlig process, betingad av främlingskap och förtrogenhet, av tidsavstånd och fördomar. Han noterar i sina iakttagelser att språket i form och innehåll inte kan skiljas åt och att all mänsklig livsgemenskap är former av

språkgemenskap. Språket är hermeneutikens redskap. Via språket både det uttalade och det skrivna kan vår förståelse kring olika företeelser öka. Gadamer säger vidare att, en text är inget givet föremål, utan en fas i det skeende som syftar till samförstånd. Den hermeneutiska analysmetoden innebär en växelverkan mellan observationer och idéer, mellan helhet och delar i den hermeneutiska cirkeln. Den hermeneutiska cirkeln fungerar som det grundläggande validitetskriteriet. Gadamer menar att alla delar måste vara i harmoni med helheten (Gadamer, 1990). Egenskaperna hos elementen undersöks med noggrannhet. Egenskaper, innebörder, motiv, avsikter, förnimmelser, affektiva betydelse kommer att sökas i relation till det som avses studeras. Detta underkastas en kritisk prövning, granskas utifrån dess rimlighet och utifrån alternativa tolkningar. Dessa element och dess egenskaper kommer att kategoriseras. Avsikten är att söka det som är generellt i förhållande till undersökningsgruppen.

Datamaterialet, transkriberingen av de tio intervjuerna, har också genomlästs ett flertal gånger i syfte att söka företeelser så som de erfars. Materialet har analyserats i en process från helhet till delar i syfte att hela tiden pröva tolkningarnas hållbarhet och bärkraft. En första löst formulerad, preliminär tolkning kom att prövas gentemot data. Förutfattade meningar och motsägelser i tolkningen lyftes fram. Paul Ricoeur ansåg att Gadamers öppna förhållningssätt var otillräckligt för en djupare förståelse och han menade att vi bör försöka förklara våra data och leta dolda innebörder (Ricoeur, 1976, Nyström, 2008). I Ricoeurs anda har sökts förklaring till data och dolda innebörder i texten. Det har också varit ett sökande efter tolkningar som bjuder mening. Dessa tolkningar, har bearbetats i den hermeneutiska cirkeln i ett kommande och gående i relation till data. I den hermeneutiska cirkeln söks dolda innebörder, innebörden under ytan lyfts fram tills föremålen för studien har blivit tillfredsställande kända och utfallet har kan tolkas som informanternas levda sanning.

Etiskt ställningstagande

Människor har en lång tradition av att tänka kring rätt och fel. Ordet etik används ofta synonymt med förhållningssätt och betyder sedvana, bruk, sätt att bete sig, karaktär. I detta sammanhang handlar det om att reflektera över vilka värderingar och normer och regler som ska styra forskningsarbetet. De etiska ställningstagandena i denna studie har utgått från de principer som presenterats av Kvale (1997) och Eliasson(1995). Kvale menar att etiska överväganden måste göras under hela forskningsprocessen. Ros-Marie Eliasson (1995) har i sina beskrivningar om forskningsetik betonat vikten av ett socialt ansvar och respekt för individen. Hon menar att vi måste se människan både som objekt och subjekt i den mening att vi människor är aktiva i vår egen tillblivelse, samtidigt beroende av andra och våra livsbetingelser. Vidare att vi bör ha respekt för individen, den enskilda unika människan, hennes självbestämmande och integritet. Samtidigt bör vi också ha respekt för det kollektiva ansvar vi människor har för varandra. För att ytterligare förtydliga innebörden i detta lyfter hon fram den danske filosofen Uffe Juul Jensens princip för moral som en självklar utgångspunkt, vårt ansvar för de svaga i samhället (Eliasson, 1995).

En faktor som övervägdes noggrant var maktfrågan. I en intervjusituation har den som utför intervjun en maktposition i förhållande till informanten. För att utjämna detta förhållande hölls uppmärksamheten riktad till informantens önskemål och vilja. Ett sådant exempel var att plats för intervjuerna valdes av informanten. Samtliga informanter gav ett informerat

samtycke till att delta. I samband med information om studien lades speciell tonvikt vid att deltagandet var frivilligt. Detta ansågs som speciellt viktigt då personer med psykisk sjukdom ibland har en känslighet i möte med okända personer och ibland behöver längre tid för att fatta beslut. Informanterna informerades därför muntligt och skriftligt först i grupp och sedan individuellt. Den muntliga informationen i grupp gavs av författaren. Den skriftliga informationen var en sammanställning av det som sagts muntligen. Den individuella informationen gavs av en kursdeltagare och sedan av författaren inför intervjun. Informationen omfattade: studiens syfte, dess tillvägagångssätt, att deltagandet var frivilligt, att man själv kunde välja hur mycket och om man ville svara på de frågor som skulle ställas samt att det skulle vara möjligt att avbryta eller avsluta när som helst utan att ange något skäl till detta. Deltagarna garanterades anonymitet och konfidentialitet. Detta innebar att materialet avidentifierades i samband med transkriberingen och att endast författaren och handledaren har haft tillgång till det transkriberade materialet. Vidare har citat hanterats på ett sådant sätt att de inte ska kunna härledas till, eller identifiera, någon person. I samband med den muntliga gruppinformation diskuterades också vilka risker och eventuella möjligheter som skulle kunna följa med deltagandet i studien. Någon person tog då upp att han upplevde det belastande att delge sin historia för en person han inte kände, en annan att uppdraget som träningsklient innebar många samtal och att han inte ville delta i ytterligare fler samtal/intervjuer. Den risk författaren själv hade uppmärksammat kopplad till deltagandet, var risken för intrång i den personliga integriteten och risken för känslor av obehag i förhållande till de frågor som skulle ställas. Något positivt som diskuterades var möjligheten att bidra till ökad kunskap och förståelse som kan komma andra till gagn. Personerna i urvalsgruppen ombads att väga risker och möjligheter mot varandra och ta med detta i sitt beslut om att eventuell medverkan.

RESULTAT

Innehållsanalys

I det följande kommer den innebörd och mening presenteras som låg i dessa personers motiv till att medverka som träningsklienter i en rehabiliteringsutbildning för personal. Här betraktas skriftliga enkätsvar från 33 personer samt kvalitativa intervjuer (se bilaga 3) med tio personer som analysenhet.

Ur analysen växte tre teman och sju kategorier fram. Dessa tre teman var *Känna sig betydelsefull*, *Få stöd* och *Komma vidare*. I resultatet presenteras dessa teman var för sig med tillhörande kategorier.

Tabell 6

En schematisk översikt över teman med tillhörande kategorier

Teman	Kategorier
Känna sig betydelsefull	Bli respekterad
	Betyda något för någon annan
Få stöd	Bryta isolering
	Ta tillvara möjligheten
Komma vidare	Längtan efter förändring
	Vilja att utvecklas som människa

Känna sig betydelsefull - Bli respekterad

I kategorin bli respekterad beskriver dessa personer hur brist på respekt från omgivningen påverkat deras självbild. Här låg innebörden i ett behov av att känna sig betydelsefull och värdefull genom att möta respekt från andra personer. Att bli respekterad innebar här att bli sedd, accepterad och att bli lyssnad på. Dessa personer talade om värdet, behovet av att bli tagen på allvar och att få styra själv. Här uttalades förhoppningar om att bli bekräftad och att få gehör för egna önskemål. Dessa personer hade uppfattat budskap om att rehabiliteringsmodellen som personalen skulle träna på, innebar att individen skulle styra få sin rehabilitering själv och att den skulle utgå ifrån individens egna livsmål. Denna kategori, att bli respekterad innehöll också en annan aspekt, en förhoppning om att medverkan skulle leda till ett finande av en plats, t.ex. en arbetsplats, där man skulle komma bli respekterad. Här uttalades förhoppningar om att "hitta sin plats", bli välkomnad, bli omtyckt och att kunna bidra.

"Jag förväntade mig att få hjälp, en hjälp som utgick från vad jag ville".

"Jag ville hitta en plats där jag kan arbeta, bli accepterad o få vara den person jag är".

Känna sig betydelsefull - Betyda något för någon annan

Kategorin betyda något för någon annan beskriver att dessa personer mycket sällan gets tillfälle att bidra eller att hjälpa någon annan. De kände förvåning och glädje över att bli tillfrågade om att hjälpa till och medverka i utbildningen. De kände sig utvalda. Detta var en överraskande erfarenhet som avvek från det vardagliga. Här låg ett värde i att kunna hjälpa någon annan, med något som var viktigt och värdefullt för denna andra, i detta fall kursdeltagaren. Här beskrivs också ett accepterade om medverkan utan några egna förhoppningar om eget mervärde, utan utifrån viljan att återbördna något till den person, i detta fall kursdeltagaren, som man fått hjälp och stöd av tidigare. Denna vilja tycks grunda sig i en positiv känsla kopplad till den personen som efterfrågar hjälp och medverkan. Här låg motivet till medverkan i en vilja att vara betydelsefull för någon annan genom att återbördna. Återbördandet görs av egen fri vilja och bygger på positiva känslor snarare än på känslomässig skuld. Att bidra och att hjälpa någon annan beskrivs här som något självklart och att det infinner sig en spontan vilja, nästan som en reflex att svara ja när någon ber om hjälp. Ytterligare en aspekt på att betyda något för någon annan handlade här om att medverka utifrån en förhoppning att senare kunna vara till hjälp och stödja andra med liknande behov som de egna.

"Jag har aldrig blivit, äh, äh, erbjuden att vara i någon grupp. Nej nu var det ju inte heller någon grupp på så sätt men, men att det var enbart människor som hade mått psykiskt dåligt. Att man tog tillvara på de erfarenheterna som ... nej det har aldrig hänt förut".

"Jag ville hjälpa till. Jag var glad att kunna hjälpa (kursdeltagaren). Alla blev glada, inte bara (kursdeltagaren), utan morsan och de andra blev också glada".

"Jag hade inga speciella förväntningar. Men hon var någon som stannade kvar, som var klar i huvudet. Det är klart att jag ställde upp. Kan man ge något tillbaka så vill man göra det".

”Det var spännande. Det kändes som att börja en utbildning. Ja, det var först och främst det enda sättet för mig att få ordentlig inblick och kunna berätta för andra människor hur jag upplevde det. Det finns ju folk som kommer och frågar mig”.

Få stöd - Bryta isolering

Kategorin bryta isolering beskriver en längtan efter kontakt med andra människor och en förhoppning om att få stöd och hjälp att bryta en ensam och passiv tillvaro. Dessa personer har sett fram emot att samtalen med kursdeltagaren. De beskriver att de före medverkan föreställde sig samtalen och mötena som ett steg i rätt riktning, i riktning mot att bryta en ensam och isolerad livssituation. Man har också förhoppning om en egen rehabilitering med resultat i form av ökad delaktighet och social kontakt med andra. Några beskriver en längtan efter en kärleksrelation, någon en längtan efter vänskap.

”Jag har suttit för mycket ensam. Jag kände ... jag måste ut. Det var också därför jag ville träffa (kursdeltagaren). Jag ville ut och träffa folk”.

Få stöd - Ta tillvara möjligheten

Ta tillvara möjligheten inbegriper ett uppmärksammande av en möjlighet att få tillgång till mer hjälp eller den sortens hjälp som man upplever behov av. Här beskrivs denna förhoppning som motiv för medverkan. Man hoppas på att komma tillrätta med problem eller att uppnå en förändring med hjälp av mer stöd eller ett annorlunda stöd. Innebörden i tillvaratagandet ligger i en förhoppning om att få sina hjälpbehov tillgodosedda. Kategorin tillvaratagande beskriver hur tidigare, negativa erfarenheter av vård- och stöd är invävt i motivet till deltagande och hur det stärkte beslutet om att delta. Informationen inför utbildningen väckte någons förvåning och intresse därför att detta skilde sig från tidigare erfarenhet av kontakt med vård och stöd. Här tar informanten ingen direkt notis om att erbjudandet innebär en medverkan i en utbildningssituation och att det handlar om en träningssituation där det huvudsakliga syftet är att ge kursdeltagaren tillfälle att träna. Dessa personer accepterar att medverka utifrån ett eget, verkligt behov och utifrån en förhoppning om att uppnå en verklig förändring.

”Jag förstod inte varför har inte folk resonerat på så vis innan. Varför har dom inte sagt att det är vad jag vill, vad jag kan för det är ju självklart, liksom. Varför i helsike har inte folk fattat det förut”?

”Jag vill göra en förändring i mitt boende och jag tror att rehabiliteraren kan hjälpa mig på vägen. Jag vill också hitta nya vägar ut i samhället”.

”Jag vill förändra mitt boende, det är dyrt och jag vill bo enklare och billigare”.

”Jag nappde på att det var en bra hjälp även för träningsklienterna. Jag kände att jag var mellan allting. För frisk för att vara på massor av ställen, för dålig då för att gå ut och så här. Jag tänkte att det är ju massor av saker som jag fortfarande inte har avklarat .. på något vis. Det var en chans att ta det”.

Komma vidare - Längtan efter förändring

I kategorin längtan efter förändring låg motivet till medverkan i strävandet att uppnå en förändring, en annorlunda eller bättre livssituation. Man uttryckte längtan efter ett

annorlunda liv, annat än det egna. Här beskrivs otillfredsställelse med en passiv tillvaro och längtan efter ett vanligt, ett "normalt" liv som motiv för medverkan. Här beskrivs positiva förväntningar, positivt laddade känslor och förhoppningar kopplade till den egna situationen och till nya möjligheter. Här låg också en vilja och en beredskap att arbeta aktivt eller hårt med något man vill uppnå. Denna kategori innehåller hoppfullhet, energi och tilltro. För någon var förhoppningarna kopplade till relationer och social kontakt, för andra var förhoppningarna kopplade till bostadssituationen eller till önskan om meningsfull sysselsättning. Någon hoppades att stödet skulle kunna hjälpa dem att komma igång att motionera, delta i en datakurs, gå med i en förening.

"Jag vill att det ska vara som när jag jobbade. Jag ville ha hjälp till arbete. Mitt liv fungerade när jag jobbade. Jobb var rena terapin för mig".

"Jag vill leva ett normalt liv, bli medicinfri och jag vill att det ska gå bra för barnen".

"Jag vill återknyta kontakten med mina barn och på sikt ha en egen lägenhet".

"Jag vill känna glädje i livet och så småningom ta körkort igen".

Komma vidare - Vilja att utvecklas som människa

Kategorin att utvecklas som människa rymmer motiv kopplade till förhoppningar om att växa och utvecklas som människa. Här beskrivs hur bilden av att komma vidare är kopplad till ett individuellt växande. Denna kategori beskriver en förhoppning om att uppnå en ökad självkänedom. Det handlar om ett sökande efter mer kunskap, att lära mer om sig själv, att förstå egna känslor och beteenden. För någon handlade det också om att lära känna sina begränsningar, sina funktionsnedsättningar bättre. I denna kategori beskrivs också en förhoppning om att finna en ny mening och att uppnå ett mer aktivt jag. Några beskriver att innebörden i att utvecklas var kopplad till viljan att bli självständig, känna frihet och känna trygghet i sig själv.

"Jag hoppades på insikter om hur jag fungerar, hur jag känner och tänker i olika situationer".

"Jag vill bli tillfreds med mig själv".

"Jag hoppas på att öka min självkänedom och fungera bättre i möten med andra".

"Jag hoppas på att kunna klara mig själv och sköta min egen lägenhet".

"Jag vill ha ett arbete, inte nödvändigtvis ett fast jobb men jag vill känna mig säker i att vara arbetstagare".

Sammanfattning

Mot bakgrund av en problematisk livssituation valde dessa personer att medverka som träningsklienter i rehabiliteringsutbildningen. Ensamhet, isolering, brist på stimulans och mening, känslor av att vara hindrad och av att ha en låst i sin livssituation, var några av de

problem man beskrev. Dessa personers motiv för medverkan var kopplad till behov av att känna sig betydelsefull, få stöd och att komma vidare.

När man blev tillfrågad om sin villighet att hjälpa sin professionella hjälpare kände man sig utvald. Man skulle få en möjlighet att hjälpa en person som man tidigare hade tagit emot hjälp av. Möjligheten att hjälpa någon annan tillhörde inte det vardagliga för dessa personer. De kände en glädje och förvåning, en spontan vilja att hjälpa till infann sig. Resultatet i innehållsanalysen visar att de personer som är träningsklient till kursdeltagare i rehabiliteringsutbildningen, hade otillfredsställda stöd- och hjälpbehov och att deras förhoppningar om att tillfredsställa dessa sina behov låg till grund för deras deltagande. Man hoppades att med hjälp av stödet kunna uppnå en förändring för egen del. Träningsklienten deltog i syfte att hjälpa kursdeltagaren men också i syfte att hjälpa sig själv. Man ville bli mer aktiv, uppnå ett aktivt jag, man önskade kontakt med andra människor. Man ville klara av att göra saker som andra människor. Man ville hitta vägar att leva ett bra, alternativt bättre, liv trots den psykiatriska problematiken. Man ville skapa nya eller återta gamla betydelsefulla kontakter och aktiviteter. Man ville utvecklas som människa. Detta kan sammanfattas i att dessa personer hade en önskan om att få ut mer av livet, uppleva gemenskap och leva ett liv som andra.

”Jag vill vara med, ha kontakt och göra saker så som alla andra”.

”Jag vill leva ett liv som andra”.

Strukturanalys

Här kommer erfarenheter av att ha varit träningsklient i en rehabiliteringsutbildning att presenteras så som de har erfärits av personer som har deltagit i denna studie. Datamaterialet som har analyserats här består av 10 kvalitativa intervjuer (se under forskningsfråga 2 och 3 bilaga 3). I resultatet presenteras strukturanalys och den tolkade helheten. Ur analysen växte två teman och sex subteman fram. Dessa två teman var *Komplex roll* och *Egen rehabilitering*. Här presenteras dessa teman var för sig med tillhörande subteman. Redogörelsen av strukturanalysen innehåller meningsenheter och belyser med hjälp av dessa, de innebörder som den transkriberade texten rymmer. Citaten återges i de flesta fall ordagrant, men de har i vissa fall korrigerats av respekt för informanten (talspråk i skrift kan misstolkas) och i syfte att underlätta läsning.

Tabell 7

En schematisk översikt över teman med tillhörande subteman

Teman	Subtema
Komplex roll	Stort ansvarstagande
	Rollosäkerhet
	Belastande uppgift
Egen rehabilitering	Relation som bygger på partnerskap
	Ny struktur och mening
	Stärkt identitet och självbild

Dessa personer upplevde att rollen som träningsklient var spännande, utmanande och ansvarsfull. Mot bakgrund av deras bakomliggande förväntningar och motiv för medverkan erfor de en mening och en egen vinst av deltagandet. Man kände sig värdefull, man upplevde att man fick stöd och man kände att man kom vidare.

I berättelserna framträder en jämbördig relation till kursdeltagaren. Man har bemötts med respekt och kursdeltagaren har visat intresse för träningsklientens kompetens, erfarenheter och åsikter. Rehabiliteringsövningarna man har gjort tillsammans med kursdeltagaren har utgått ifrån träningsklientens egna drömmar, intressen och önskemål. Dessa personer upplever att man i rollen som träningsklient har utvecklats som människa och detta kopplar man till det stöd man erhållit av kursdeltagaren. Den personliga utvecklingen beskrivs i termer av att man har gjort en resa eller att man har påbörjat en resa. Flera personer har nått de mål man satte i samband med rehabiliteringsövningarna. Exempel på detta är att flera har att börja arbetsträna och att någon har börjat arbeta. Andra exempel på utveckling var att man: känner sig gladare, upplever en ökad trygghet, trivs bättre i sin bostad, upplever ett ökat självförtroende, en stärkt självkänsla, har accepterat de funktionsnedsättningar som följer den psykiatriska sjukdomen, återfått hopp och livslust, känner att man är "på rätt väg", har ett reducerat självskadebeteende, inte behövt inläggning i psykiatrisk slutenvård, känner sig mer lik än olik alla andra, kan planera sin tid samt har fått en bättre fysisk kondition. Erfarenheten av att ha deltagit i rehabiliteringsutbildningen som träningsklient tycks ha bidragit till att ett stärkt självförtroende och till ett återskapande av en ny värderad självbild.

En komplex roll - Stort ansvarstagande

Dessa personer erfor ett stort ansvarstagande. Detta ansvarstagande beskrevs innehålla både positiva och negativa aspekter. De positiva aspekterna var kopplade till det förtroende som hade givits dem av andra personer. De aspekter som upplevdes som negativa eller belastande var kopplade till rädsla för att inte klara av att leva upp till de ställda förväntningarna och till osäkerhet kring innebörden och gränserna för det egna ansvaret. Känslor som rädsla, ovisshet och osäkerhet erfors belastande. Man tog på sig ansvar för sådant som man senare uppmärksammade inte tillhörde det egna ansvaret. Ett exempel som belyser detta är att dessa personer i rollen som träningsklient upplevde stress inför de datum då kursdeltagarna skulle lämna in sina hemuppgifter. Man kände då ett ansvar för att kursdeltagaren skulle klara av att möta de satta tidsramarna. De träningsklienter som av olika skäl fick förhinder och därför behövde lämna återbud till enstaka eller flera samtal, erfor hur känslan av ansvar blev en källa till stress. Vid tillfällena då kursdeltagaren ställde in planerade samtal kunde detta också leda till känslor av stress och oro.

"Det tog en stund att komma underfund med att det egentligen inte var på mig det hängde. Det var väldigt skönt. Det var ju inte min examen eller min utbildning egentligen. Så det var ju ganska skönt".

"Jag, usch, var ju fullständigt förtvivlad varje gång, när (kursdeltagaren) inte hade möjlighet att komma. Vi fick ju ställa in och så här, liksom. Jag tänkte, hur ska det då gå med utbildningen? Men det kom jag ju underfund med sedan, so what, det är ju egentligen inte mitt ansvar".

Komplex roll - Rollosäkerhet

Här beskrivs hur dessa personer i rollen som träningsklient pendlar mellan olika sätt att tolka eller uppfatta det egna uppdraget och rollen som träningsklient. Man pendlar mellan att se situationen som en övning och som en reell rehabiliteringsinsats. Rollen som träningsklient är ny och också den tidigare stödpersonen/personalen i rollen som kursdeltagare var ny och obekant. Berättelserna rymmer här en medvetenhet om att man medverkar i en övningsituation men att man väger över mot eller beslutar erfara och använda medverkan som reell hjälpinsats. Dessa personer valde därför att arbeta med något som kändes personligt viktigt och angeläget för dem. Detta handlade om sådant man önskade förändra i sin livssituation, problem man önskade ta tag i eller ett mål man önskade uppnå. De arbetade ambitiöst, engagerat och hårt i övningarna för ett verkligt tillvaratagande av det stöd som gavs dem i situationen.

”Jag har nog tagit det lite för allvarligt ibland. Jag tog det som ett stöd att komma tillrätta med mina problem. Jag har varit helt inställd på att det skulle vara på riktigt, inte som inläring. Jag har nog tagit det på fullaste allvar och verkligen tänkt på förändring och träning”.

Ytterligare en aspekt i subtemat rollosäkerhet var kopplad till tolkningen av rollen, uppgiften och ansvaret som följde med den. Här erfors också osäkerhet och ett pendlande mellan olika bilder. Dessa olika bilder av den egna rollen innebar olika nivåer av social status i relation till kursdeltagaren. Kursdeltagaren var för de flesta en person man kände sedan tidigare och man hade då varit klient eller patient i relation till denna person. Att vara träningsklient innebar ett rollsökande och ett sökande efter nya sätt att förhålla sig till personalen i rollen som kursdeltagare. Detta pendlandet kan sammanfattas i tre olika bilder. I en tolkning låg tyngdpunkten på uppgiften att bistå och vägleda kursdeltagaren. Då fokuserade man på uppgiften att dela med sig, ge feedback och ge råd till kursdeltagaren utifrån den egna erfarenheten. Man delade med sig av erfarenheten av att leva med psykiska funktionsnedsättningar, erfarenheten av att vara klient och upplevelsen av att arbeta med rehabiliteringsmetodik. Här ligger värdet i att som träningsklient ge kursdeltagaren möjlighet att träna på rehabiliteringstekniken för att bidra och stödja denna person i att bli en skicklig rehabiliterare. Här rymmer berättelserna att man har erfart rollen som träningsklient likt den roll som en mentor eller en rådgivare. En annan tolkning låg i förhoppningen, ambitionen och möjligheten att lära sig nya saker eller i att inta rollen som student. Här ligger ett värde i att sammanhanget rymmer en utbildningssituation och man önskar lärande och utveckling. Tolkningen av rollen som träningsklient liknar den roll man har som student. Här jämför den egna rollen och uppgiften som träningsklient med kursdeltagarens. Man ser sig själv som studiekamrat till kursdeltagaren.

”Jag har ju sett detta som en utbildning för mig”.

Ytterligare en tolkning och ett annat sätt att definiera rollen som träningsklient låg i möjligheten att få tillgång till professionellt stöd. Här låg tyngdpunkten på möjligheten att få hjälp. Här jämför rollen som träningsklient med att vara klient, patient eller hjälpsökande. Värdet låg här i tillgången till stöd, förhoppningar om att lösa problem och att utvecklas som människa.

Detta subtema beskriver hur de olika tolkningarna av rollen som träningsklient har inneburit att dessa personer pendlat mellan olika bilder av uppgiften, av rollen och medverkan. Tolkningar av rollen som träningsklient inryms inte i en tydligt beskriven roll utan kan lättast samlas i tre olika roller *mentor, student och klient* med två olika nivåer övning och på allvar. De har erfarit flera roller i en. Man har ibland upplevt att dessa roller, nivåer, varit dubbla och svåra att få ihop.

Komplex roll - Belastande uppgift

Träningsklienterna hade en begränsad bild av uppgiften och vilka förväntningar eller krav som skulle följa med medverkan. Man beskriver att man samtyckte till och började medverka utan att ha skaffat sig eller ha getts tillräcklig information. Detta subtema beskriver hur träningsklienterna erfar att medverkan är belastande och att de egna behoven, då dessa inte är överensstämmande med utbildningssituationen, blev underordnade kursdeltagarens.

"Jag var lite osäker på hela den här utbildningen. Jag trodde bara det skulle hålla på två tre gånger, inte alls flera månader".

"Det här arbetet som vi har lagt ner, det var tyngande med alla uppgifter".

"Det kom jag underfund med senare, att skulle ta så pass mycket tid som det gjorde. Nej det var jag inte riktigt förberedd på. Jag hade inte tänkt tanken".

I detta subtema framkom också att medverkan var kopplad till en oro och rädsla för att inte orka med eller att inte klara av att fullfölja uppgiften som träningsklient. Denna press var kopplad både till en rädsla att misslyckas för egen del, men framförallt till rädslan för att inte lyckas hjälpa kursdeltagaren så som man föresatt sig att göra. Någon beskrev sin fasa för att bära ansvaret att ha orsakat att personalen/kursdeltagaren misslyckats med sin utbildning. Rädslan var kopplad till en oro för att frågorna eller övningarna skulle vara för svåra eller att man inte skulle orka medverka under hela utbildningen. Här beskrivs hur man erfor att språket i rehabiliteringsmaterialet var svårt att förstå och hur detta förstärkte oron och ledde till avbrott i deras lyssnande och möjligheten att följa med i processen. När man inte hängde med erfors en stress. Någon beskriver att man tittar tillbaka på erfarenheten av medverkan med lättnad. Denna känsla av lättnad var kopplad till att ha klarat av att genomföra uppdraget och till att det var slutfört.

"Det har varit kämpigt och krävande också. Jag har inte haft ro. Jag har känt lite ångest för att inte orka så mycket som (kursdeltagaren) behövde för sina uppgifter".

"Det har varit många ord, jag har inte förstått ... språket är ju väldigt .. jag skriver ändå mycket själv. Men jag blir väldigt förundrad, ibland har jag hängt upp mig och under en stund har jag inte varit med".

"Hon skulle ju lämna in alla de där pappren och det var saker som jag skulle undersöka mellan tillfällena. Man kunde ju inte hitta på. Det var ju ändå ett åtagande. Det har ju varit lite så där och är skönt nu när det är över".

Detta subtema inrymmer berättelserna att träningsklienterna vid enstaka fall erfar att de egna behoven, då dessa inte är överensstämmande med utbildningssituationen, blev underordnade kursdeltagarens. Här upplevde man sig drabbad av att huvudsyftet med medverkan var kopplad till kursdeltagarens behov av att träna på rehabiliteringstekniken. Dessa personer har då fogat eller anpassat sig efter riktlinjer från utbildaren, i relation till rehabiliteringstekniken, i relation till övningarna och/eller i relation till kursdeltagaren. De har också upplevt en press att "ställa upp". Exempel som belyser detta är vid tillfälle då träningsklientens behovsområde bedömdes för komplicerat i övningssituationen och då ombads och samtyckte till att arbeta med en annan målsättning som bedömdes vara enklare för kursdeltagaren. Det var också vanligt att kursdeltagarna önskade ha tätare eller fler samtal tiden före datum för inlämning av hemuppgifter. Trots att detta erfors belastande ställde de upp på det. Träningsklienterna erfor också en avsaknad av matchning eller anpassning efter dem själva. Man erfor att man följde utbildningens takt istället för den egna. För någon som inte var redo att påbörja en rehabilitering erfors medverkan som en "rivstart". För någon som redan hade en målsättning, men ändå medverkade i de övningar som handlade om att sätta ett annat mål, erfors medverkan som en "inbromsning" i den egna processen. Sammantaget beskrivs här hur träningsklienterna i vissa situationer i övningssituationen har anpassat sig och underordnat de egna behoven.

"Jo, det har väl fungerat rätt bra, det har det väl gjort, man har ju försökt anstränga sig och jobba efter de här riktlinjerna som hon har haft."

"Det var lite jobbigt ett tag. Jag var ju inte riktigt med på där och blev lite irriterad på frågorna emellanåt".

"Det blir ju lite speciellt i och med att det kanske inte just är inriktad på mig egentligen eller mina behov. Vi får ju ta alla bitarna då liksom, när man är träningsklient, inte bara de delar som stämmer med mina behov. Det är liksom styrda frågor från handledarna".

Egen rehabilitering - En relation som bygger på partnerskap

Träningsklienterna erfor en nära kontakt och en trygghet i relationen till kursdeltagaren. Man beskriver att kontakten förändrades, fördjupades i samband med rehabiliteringsutbildningen. Här rymmer berättelserna upplevelsen av ett personligt bemötande baserat på respekt, engagemang och omtanke. Man har känt sig sedd och accepterad som den person man är. Någon upplever att bemötandet skiljer sig från tidigare erfarenheter man haft av professionella kontakter och att det fanns en jämlikhet i mötet. Man erfor ett ömsesidigt utbyte där båda parter hade ett liknande och ömsesidigt behov, en egen vinst av kontakten med den andre. Det ömsesidiga beskrevs som att båda parter behövde hjälp av den andra och att båda lärde sig nya saker i kontakten med den andra. Värdet i relationen inryms i en känsla av gemenskap och närhet. Träningsklienterna känner att kursdeltagaren lärde känna dem bättre och också att man själv lärt känna kursdeltagaren bättre eller på ett nytt sätt.

"Så har det varit förut, man har blivit inslussad där folk tyckte att man var lämplig. Men nu var det någon som lyssnade. Vi är liksom ändå på samma plan".

”Det gjorde mycket bra för vår relation. Vi är mer sammansvetsade nu när vi gjort det här. Hon känner mig mycket mer nu”.

”Jag har alltid haft väldigt svårt för människor som försöker ... som har hållit sig här uppe (höjer armen upp i luften). I all den här förbaskade terapi och allt man har varit med om innan så har det alltid framhållits att man är patient, att man vet inte vad som är bäst för en själv, i stort sett. Så är ju inte detta här. Det fungerar ju inte så”.

”Hon är stöd och vi resonerar jämlikt med varandra”.

Här ligger innebörden i att dessa personer har känt sig sedda, värderade och bekräftade. Man beskriver ett stort värde av att ha haft roligt ihop. Man har vågat tala öppet. Flera beskrev att tryggheten i relationen lett till att man för första gången vågat tala om och granska de egna svårigheterna och funktionsnedsättningarna som följt med den psykiska sjukdomen. Detta tema inrymmer en känsla av ett stabilt och tryggt partnerskap.

”Vi har kunnat skratta åt samma saker. Han har ju varit lätt att ha att göra med. Inte lätt så, men lättsam. Det är ju väldigt positivt. Det känns som om vi har talat samma språk”.

”Jag känner att jag har stöd och att jag kan säga vad jag vill”.

Träningsklienternas berättelser rymmer också att de har känt sig speciella och utvalda. De har erfarit att någon annan, i detta fall kursdeltagaren, känt att det varit värt att satsa på dem. Här beskrivs att man känt sig bemött som den person man är i motsats till som en patient eller klient. Man beskriver att kursdeltagaren har gått lite över de gränser som man annars erfarit att professionella brukar hålla. Denna gemenskap rymmer en kontakt med kursdeltagaren som har uppfattats som personlig och ibland också privat. Exempel som beskrivs här att kursdeltagarna ibland träffat träningsklienterna på sin privata tid, man har gjort saker tillsammans och man har pratat om privata saker, inte bara de saker som var kopplade till de gemensamma uppgifterna. Här beskrivs också hur kursdeltagarnas hoppfullhet och personliga bemötande förmedlat en känsla av att vara värd att satsa på och stärkt den egna känslan av tilltro och hoppfullhet. Subtemat empowerment beskriver hur träningsklienterna har känt frihet att styra och fatta egna beslut. Detta beskrivs ha ökat över tid i ett samspel där träningsklienten tagit för sig och där kursdeltagaren har tillåtit det.

”Jag känner mig privilegierad. Jag tror faktiskt inte att hon har exakt samma kontakt med andra, riktigt. Jag tror inte det, för jag har fått väldigt mycket tid”.

”Jag är glad att hon tog mig. Glad att jag hjälpte just henne och att hon hjälpte mig. Allteftersom jag har pratat ut med henne om allt detta, så har jag känt mig bättre och starkare”.

”Innan har man varit sköterska och patient. Det har inte varit så nu. Det har ju ändrat sig på det sättet nu. Ok, vi håller det ändå inte privat. Men det är ju ändå blivit lite privat. Man får ju skilja lite på det Jag är ju ändå en del av hennes arbete”.

Egen rehabilitering - Ny struktur och mening

Detta subtema beskriver hur rehabiliteringsövningarna inneburit en egen rehabilitering och stöd i den egna återhämtningsprocessen. Här rymmer berättelserna värdet av strukturen i rehabiliteringsmetodiken och övningarna och att dessa har bidragit med en egen struktur, känsla av riktning för träningsklienten. Här ligger innebörden i ett värde att skapa ordning och en känsla av kontroll över den egna livssituationen. Denna känslan var kopplad både till inre och yttre faktorer. Exempel på inre faktorer som gav en känsla av att vara i utveckling och förändring var att ha gjort nya insikter och att ha kontroll över sina känslor. Exempel på yttre faktorer som bidrog med en känsla av att vara i personlig utveckling var att ha skapat en ordning i tillvaron, formulerat en målsättning för framtiden och att ha gjort en planering.

"Det hjälpte mig på ett helt annat sätt, att se saker och bli helad på något vis och kunna hjälpa mig själv".

"Jag har fått byggstenar att stå på. Man lär sig verkligen, när du plockar isär varje sak från grunden och tar reda på vad som är problemet och tar varje bit för sig och bearbetar det och sedan plockar du ihop det och sätter ihop det igen.....jag kan inte förklara det på annat sätt, men det är". Jag har fått en helt annan hjälp, här inom mig. Jag är en helt annan".

"Det här arbetet som vi har lagt ner // Det var också bra att få strukturera upp vad som var bra och vad som var mindre bra i mitt liv".

"Jag tror inte jag hade orkat komma ut på jobb igen eller så va. Hade vi inte haft den här planen, så tror jag inte jag hade kunnat göra det. Nu är det konkret och om svårigheterna och det tror jag inte att jag hade gjort annars".

"Spännande, jag har fått struktur på saker där jag tidigare har fastnat".

Egen rehabilitering - Stärkt identitet och självbild

Detta subtema beskriver personlig utveckling och växande. Här rymmer berättelserna att träningsklienterna erfar att medverkan i rehabiliteringsutbildningen har hjälpt dem att utvecklas och att växa som människa och att medverkan ledde till en rehabilitering för dem själva. Många beskrev att detta var mot bakgrund av ett passivt liv och en avsaknad av upplevelsen att vara i rörelse eller utveckling. Här ligger innebörden i värdet av att vara i förändring, att vara i rörelse mot ett mål, i motsats till att känna sig låst och isolerad i en problematisk livssituation. Här uttrycks känslor av lugn, trygghet, en förvissning om att saker kommer att bli bättre. Ett exempel som återspeglar detta är någon som beskriver känslan av att ha blivit äldre, av att ha mognat och av att ha intagit sin biologiska ålder. Här rymmer berättelserna att man erfarit att medverkan stärkt den egna identiteten, bidragit till ett finande av det egna jaget, ett värderat mer aktivt jag. Man har förändrat sitt sätt att tänka, sina känslor och sin självbild. Man har upptäckt saker om sig själv samt fått en ökad hoppfullhet och tilltro till framtiden. Man har lärt sig saker om sig själv och funktionsnedsättningarna som följt med den psykiatriska sjukdomen. Här beskrivs en nyvunnen stolthet och hur detta lett till mer kontakt med andra människor och att man deltagit i nya sociala situationer. Här återges en nyvunnen livslust.

"Jag var ju folkskygg innan. Det tog tid. Men när jag började arbeta försvann det mer och mer".

"Jag har blivit mer principfast, mer ansvarsfull. Tidigare har jag inte skött mina räkningar. Nu vill jag inte dra på mig mer skulder. Det känns rätt skönt, jag känner mig lugn".

"Något hände under tiden, så att jag fick bort rädslan. Jag har blivit av med gamla fobier och jag har blivit starkare. Jag har växt enormt inombords".

"Jag har lärt mig otroligt mycket om mig själv. Jag har upplevt det som .. ja ... jag vet inte hur jag ska förklara det ... liksom som att jag har kommit underfund med massor av saker om mig själv. Vad jag har förstått, är att jag egentligen inte är så olik andra människor som jag tidigare har trott i hela mitt liv".

"Jag har ju helt plötsligt fått tankar om att jag vill studera. Det har väckts mer drömmar. Det har varit avlägset innan och det känns som om jag har kommit närmare".

"Jag känner att jag har fått lära känna mig själv och att hantera olika känslor och tankar så att jag inte går på högvarv. Att tycka om mig själv".

"Jag har inte samma rädslor och ångest som jag hade förr. Det har haft stor betydelse för att jag inte ska skära mig. Jag har bara skurit mig en gång sedan vi började. Jag har inte heller behövt åka till slutenvården i Varberg".

Jag har faktiskt gått ner 11 kg. Jag äter annorlunda. Jag motionerar ett par timmar varje dag. Jag kopplar av. Det är en massa saker. Jag har ju förändrat hela min tillvaro. Nu kan jag gå ute och se var jag går i naturen. Förut har jag varit så upptagen av mitt gående så att jag inte har sett runt mig själv".

Den tolkade helheten

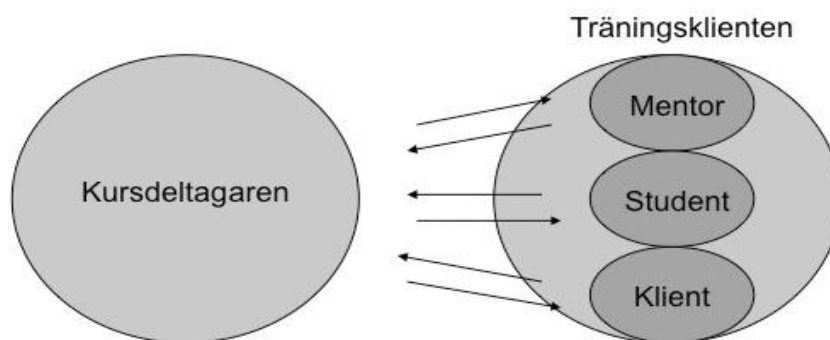
Inför denna studie formulerades några teser. Dessa teser var: *att medverkan i rehabiliteringsutbildningen hade gett träningsklienterna något eget i utbyte och att de valde att medverka utifrån en förhoppning om att få tillgång till stöd i sin egen rehabilitering.* Resultatet i strukturanalysen visar och bekräftar detta. Träningsklienterna upplevde ett eget mervärde och genomförde förändringar i sin livssituation som de själva värdesatte och kopplade till medverkan. Men resultatet visar också att det med rollen som träningsklient följde andra erfarenheter. De ställdes inför oväntade krav, erfor belastning och kände osäkerhet i en roll som visade sig vara komplex.

"Jag gjorde det mycket för (kursdeltagare) skull och det ångrar jag inte nu".

De var bristfälligt informerade och förberedda. Med rollen som träningsklient följde en ny situation. Berättelserna rymmer ett sökande i den nya rollen. De hade tidigare varit mottagare av hjälp, i rollen som träningsklient blev de nu också givare av hjälp. Samtidigt i samma roll och relation var de både mottagare och givare. De pendlade också och sökte klarhet i situationen, utifrån frågan om detta var en övning eller om det var en verklig hjälp.

Det var också oklart för dem vad som förväntades och vilket ansvar som var kopplat till den nya rollen. Samspelet med en tidigare vård- stödkontakt hade förändrats och spelplanen hade förändrats. Det rådde en ny uppsättning förväntningar, nya sociala positioner och sociala strukturer. Här saknades förebilder, vägledning och stöd för att skapa denna klarhet. Oklarheten försatte individen i ett sökande efter klarhet och ett pendlande mellan olika tolkningar. *Är jag klient? Är jag mentor eller rådgivare till kursdeltagaren utifrån min erfarenhet och utifrån uppgiften att ge kursdeltagaren en möjlighet att bli en bättre yrkesutövare? Är jag kurskamrat till kursdeltagaren?* Dessa personer kom att arbeta med att klargöra vad, hur, när och vem som skulle göra vad. Bilderna av klientrollen, kurskamrat/studentrollen och rådgivare/mentorsrollen var tre olika sätt att förhålla sig till den nya rollen som träningsklient. Man pendlade mellan dessa tre bilder, det var tre olika roller i en roll. Med dessa tre olika roller följde också olika nivåer av social status i relation till kursdeltagaren. En person i klientrollen har en underordnad eller jämlik social status, en person i studentrollen har en jämställd social status och en person i mentorsrollen har en överordnad social status. Träningsklienten pendlade därför också mellan olika nivåer av social status.

Figur 1



Relationen med kursdeltagaren var för träningsklienterna en positiv erfarenhet. Man erfor ett starkt engagemang och intresse från kursdeltagaren. Relationen beskrivs som unik då den skilde sig från träningsklientens tidigare erfarenheter av professionella kontakter. Man använder ord som *jämlikhet* och *partnerskap*. Här hade båda parter ett värdefullt utbyte av kontakten med den andre. Kursdeltagaren var i en lärandesituation och gav ibland ett osäkert intryck. I kursdeltagarens osäkerhet och i det ömsesidiga utbytet föddes gemenskap och glädje. Man skrattade ihop. Det hände att träningsklienten kunde hjälpa kursdeltagaren med rehabiliteringsövningarna då kursdeltagaren hade "tappat bort sig". Detta var värdefulla stunder för träningsklienten. Man kände sig betydelsefull. Relationen blev djupare i samband med rehabiliteringsutbildningen. Träningsklienterna upplevde att kursdeltagarna kom att lära känna dem bättre. De kände sig personligt bemötta och upplevde att kursdeltagaren var öppen och delade med sig av sig själva. Träningsklienterna använder ord som *personlig* och *ibland privat* i beskrivningar av relationen. Relationen gav motivation, hopp och energi i rehabiliteringsprocessen. Träningsklienten kände ett

människovärde, man kände sig speciell och värd att satsa på *"Jag är värd att satsa på. Jag är värdefull. Jag kan förändra min situation"*. Relationen beskrivs som en starkt bidragande faktor till det resultat träningsklienterna upplevde att de uppnådde med sin medverkan i rehabiliteringsutbildningen.

Resultatet i strukturanalysen visar vidare att träningssituationen skapade andra förutsättningar än de som vanligen är de rådande i en rehabiliteringssituation. Dessa förändringar var både främjande och begränsande för personens utbyte och resultat. Träningssituationen kan ha befrämjat alliansen och därmed resultatet. Här blev också träningsklienterna delaktiga i ett sammanhang, i det sammanhang som rehabiliteringsutbildningen och rehabiliteringsprojektet utgjorde, där rollen de hade var en värderad och viktig roll och uppgift. Ytterligare en befrämjande aspekt kan ha varit att träningsklienterna i träningssituationen fick mycket stöd, tid och uppmärksamhet, kanske mer än vad som skulle vara rådande i *"rehabilitering som vanligt"*. Med träningssituationen följde också negativa aspekter. Träningssituationen ledde till avsteg från en grundläggande princip i psykiatrisk rehabilitering, principen att rehabiliteringen ska anpassas ifrån individens behov och önskemål. Berättelserna rymmer att rehabiliteringen i viss utsträckning utgick ifrån dem själva men att de vid vissa tillfällen tvingades att anpassa sig i förhållande till kursdeltagarens behov och ramarna för utbildningen. Rehabiliteringen följde då inte individens egen takt eller utgick då inte ifrån personens egna behov och önskemål. Här drabbades träningsklienterna av träningssituationen. I träningssituationen tog också träningsklienten ett större ansvar än vad en person vanligtvis gör i en *"rehabilitering som vanligt"*. Detta ansvar upplevdes belastande. Träningsklienten arbetade hårt och bidrog med sin tid och kände rädsla för att misslyckas. De tog uppdraget på stort allvar och kände sig bundna att slutföra åtagandet. Resultatet visar att träningsklienten snarare kände sig bunden att fullfölja än fri att när som avsluta sin medverkan. Träningsklienterna var bristfälligt informerade om sin rätt att när som helst avbryta sin medverkan. Detta innebar att träningsklienten hamnade i en situation man blev utlämnad till och bunden till kursdeltagarens behov av hjälp.

Berättelser rymmer beskrivningar av förändringar de uppnått som de upplever vara ett resultat till följd av medverkan. Dessa personer erfor att de frigjorde sig från sina tidigare låsta livssituationer. Berättelserna rymmer att de kände att kursdeltagarna puffade på eller utmanade dem. Detta kände man sig pressad av, men tillskriver samtidigt dessa utmaningar en del av de egna framstegen. Dessa personer beskriver att man erfarit ett verkligt stöd. Detta stöd inrymde både emotionella, intellektuella och praktiska komponenter. Man erfor ett känslomässigt stöd men berättelserna rymmer också beskrivningar av praktisk hjälp så som hjälp med att möblera om sin lägenhet. Rehabiliteringsmetodiken bidrog med struktur. Någon beskrev upplevelsen av att ha brutit ner vardagen i små beståndsdelar, granskat och sedan byggt ihop dem igen till en fungerande struktur. Innebörden låg här i känslan av en nyvunnen kontroll och en upplevelse av att bli hel. Någon annan beskriver värdet av struktur i termer av att ha formulerat en personlig målsättning och att sedan av stegvis arbeta i riktning mot detta mål. Här fanns en känsla av att det egna målet kändes hanterbart och möjligt att uppnå. Ett återkommande ämne i berättelserna var betydelsen av att man tillsammans hade arbetat med psykiska funktionsnedsättningar och svårigheter i vardagen. Här beskrivs hur man för första gången

vågat tala om sina svårigheter och att man tillsammans arbetat med att finna strategier för att minska eller övervinna dessa hinder eller svårigheter. Det handlade också för någon om att ha kommit till att acceptera de egna funktionsnedsättningarna och att fortsätta sin personliga utveckling inom ramen för dessa.

Resultatet i strukturanalysen visar att det i komplexiteten i rollen som träningsklient fanns utrymme att växa. Här beskrivs att dessa personer i rollen som träningsklient hade ett eget utbyte av sin medverkan. Berättelserna rymmer ett nyvunnet egenvärde, hopp och tillförsikt inför framtiden. Man har utvecklats som människa, lärt sig nya saker om sig själv och funktionsnedsättningarna. Här beskrivs också hur man erfarit att medverkan ledde till en rehabilitering och gav stöd i den egna återhämtningen. Resultatet visar att dessa personer nådde känslan av struktur och mening samt en stärkt identitet och självbild.

DISKUSSION

En studies tillförlitlighet är relaterad till hur hög validitet den har. Med validitet menas giltighet, det vill säga att det som studien syftar till att studera verkligen har studerats. Men en studies kvalitet omfattar betydligt mer än validitet (Larsson, 1994). Här förs en diskussion kring vald metod, dess relevans för studien och för- och nackdelar vad gäller genomförandet. Därefter fortsätter en diskussion kring de resultat som framkom i relation till tidigare empiri med beröring till ämnet.

Metoddiskussion

Syftet med denna studie är att förstå vilka syfte dessa personer hade till att medverka och förstå och tolka de erfarenheter som de har gjort genom att vara träningsklienter till personal i en rehabiliteringsutbildning. Här förelåg ett intresse att förstå och tolka dessa personers motiv, och erfarenheter och en kvalitativ metod med en induktiv ansats valdes. När man väljer metod och ansats inrymmer dessa också perspektiv som påverkar den typ av resultat som presenteras (Larsson, 1994). Här förelåg ett intresse att skapa en närhet och nå en djupare förståelse eller kunskap kopplad till det studerade objektet. Kvalitativ metod handlar om att karaktärisera eller gestalta något. Både kvantitativa och kvalitativa metoder är oundgängliga redskap i forskning som på allvar är nyfiken den mångdimensionella sociala och mänskliga verklighet den uttalar sig om. Men kvalitativa metoder rymmer förutsättningar för större närhet och öppenhet i förhållande till den verklighet vi studerar (Eliasson, 1994). Valet av metod och ansats uppfattas, nu i skuggan av erfarenheten av det genomförda uppsatsarbetet, så som rimligt och korrekt.

Det råder delade meningar om det finns särskilda kriterier för kvalitativ forskning eller om kvalitetskriterierna är de samma oavsett ansats. Vanliga kvalitetskriterier som lyfts fram gäller kvalitativ forskning är: framställningen som helhet, validitetskriterier och kvalitet i resultaten (Larsson, 1994). Med reliabilitet menas tillförlitlighet, det vill säga att samma resultat kan förväntas erhållas om studien upprepas. Det är svårt att uttala sig kring reliabiliteten. Det kan inte utslutas att ett annat resultat skulle uppnås om studien skulle upprepas.

Datainsamlingen kan vara en begränsning i metod, i denna studie användes enkäter och intervjuer. Bortfall kan här endast beräknas utifrån utbildningsgrupp 1 eftersom träningsklienterna i utbildningsgrupp 2 inte tillfrågades om att delta i enkätundersökningen och då "intagning" avbröts när tre personer samtyckt till att delta i intervjuer. Utifrån utbildningsgrupp såg det ut som följer: Här var bortfallet 12 av 45. För god reliabilitet bör en enkätundersökning ha en svarsfrekvens mellan 70 - 80% (Robson, 2002). I denna studie var svarsfrekvensen, 73%, då 33 av 45 personer svarade på enkäterna. När det gäller intervjuerna var bortfallet högre, då 7 (från utbildningsgrupp 1) av 45 deltog i intervjuer.

Enkäterna fylldes i en del fall i med stöd av personal. Detta kan självklart ha påverkat datamaterialet. En möjlig konsekvens kan tex vara utelämnande av kritiska synpunkter i syfte att undvika avbrott i kontakten med en person vilken man står i beroendeställning till. Med erfarenheten som följer genomförandet av denna studie skulle fokusgrupper ha valts som metod för datainsamling som ersättning för enkätundersökningen. Detta baseras på en föreställning om att det skulle ha kunnat resulterat i ett rikare och mer levande datamaterial.

Intervjuerna var löst strukturerade med öppna tematiska frågor. Intervjuer är ett flexibelt adaptivt sätt att ta reda på saker. Intervjuer som sker i form av ett möte ger den som intervjuar möjlighet att modifiera sina frågor och därmed stöd i arbetet att ta fram ett rikt datamaterial. Intervjuernas flexibilitet och anpassning till informanten var en styrka i genomförandet av denna studie och de resulterade i ett omfattande och rikt datamaterial. Här söktes inte standardisering utan variationer och därför kan intervjuer som metod för datainsamling bedömas som lämpligt. Möjligen kan författarens brist på erfarenhet av intervjusituationer ha påverkat datamaterialet. Löst strukturerade djupintervjuer ställer krav på att den som intervjuar inte går in i ett empatiskt "för tidigt" förstående utan i stället, med varsamhet och omtanke om den som blir intervjuad, har en viss ihärdighet i att uppnå och fördjupa beskrivningar av det som undersöks. I samband med transkriberingen som gjordes stod det klart att datamaterialet innehöll en mängd material som inte var relevant för denna studie och att det fanns frågor som borde ha ställts i syfte att fördjupa förståelsen av innebörder och underliggande meningar.

En svaghet kopplad till arbetet med att besvara forskningsfråga 1, var att intervjuerna genomfördes efter att träningsklienterna hade påbörjat sin medverkan. Hur lång tid som hade förflutit mellan starten för medverkan och intervjun varierade, men tid hade förflutit och det kan ha påverkat informantens förmåga att minnas och återge sina tankar, känslor och upplevelser. I syfte att stärka reliabiliteten i studien, förbereddes intervjuerna noggrant. De följde en intervjuguide och inleddes med information kring studiens syfte, tillvägagångssätt, konfidentialitet samt informantens rätt att när som helst avbryta. De hade ingen bestämd sluttid. Minnesanteckningar och noteringar kring förutfattade meningar och reaktioner gjordes i direkt anslutning till intervjun. Intervjun transkriberades därefter i sin helhet.

Här användes två metoder för datainsamling, enkäter och intervjuer. Att använda flera metoder för datainsamling eller för analys kallas för triangulering. Triangulering är en sjöfartsterm som innebär att det är möjligt att ta reda på sin position genom att relatera till

flera punkter på havet. I överförd betydelse innebär detta då att man i en empirisk studie har flera källor som belägg för det uppnådda resultatet (Larsson, 1994). Triangulering kan bidra till att öka en studies validitet. När det gäller data bör denna då analyseras och presenteras var för sig. Det gjordes dock inte i denna studie. Resultatet från enkäterna analyserades i ett första skede och bedömdes då inte ge ett tillräckligt rikt datamaterial i syfte att kunna beskriva dessa personers motiv till medverkan. Därför ställdes också frågor kring motiv för medverkan i intervjuerna. I den slutgiltiga analysen kring motiv för medverkan lades sedan enkätmaterial och intervjumaterial ihop och det presenteras i resultatet här i samlad form. Data, analys och presentation borde här ha gjorts åtskilt. Detta var en av nackdelarna i genomförandet.

När det gäller träningsklienternas motiv till medverkan, var avsikten att förstå de innebörder som texten rymde. Här användes innehållsanalys som analysmetod. När det gällde träningsklienternas erfarenhet av medverkan, var avsikten att nå en djupare förståelse, därför användes strukturanalys och hermeneutik som analysmetod. Förförståelsen i denna studie var stor och av den anledningen utgick analysen från den tolkning av hermeneutiken som har beskrivits av Gadamer (1997). I den kvalitativa traditionen, är närhet till det studerade objektet att se som en fördel. Närhet till objektet ökar validiteten i en kvalitativ studie (Robson, 2002). Ett exempel eller en liknelse som kan åskådliggöra detta är att modern till ett spädbarn är bättre rustad, än en främling, att tolka dess joller (Robson, 2002). Gadamer menade att människor inte kan frigöra sig från sin förförståelse eller det som han benämnde, sin verkningshistoria och att det i alla situationer finns någon förförståelse i relation till ämnet. Som socionom med vidareutbildning i psykiatrisk rehabilitering och som privatperson finns en historia som verkar inom mig och det är omöjligt att stiga ur denna. Ett medvetandegörande av den egna verkningshistorian kan dock vara en styrka i ett forskningsarbete. Därför och i syfte att bibehålla en öppenhet för informantens livsvärld, har förförståelsen med noggrannhet medvetandegjorts under hela processen, från intervju till analys.

I analysarbetet användes den hermeneutiska cirkeln som har beskrivits av Gadamer (1997). I denna växer tolkningen fram i en cirkulär rörelse mellan helhet och delar. Nya helheter bildas utifrån de delar som tolkningen består av. Sedan bildas nya delar som bildar nya helheter. Förståelse av en text sker genom denna process. De enskilda delarnas mening kan förändra den ursprungliga meningen hos helheten som sen återigen kan förändra delarna som förändrar nästa helhet. Detta kan då även leda till ny förståelse som i sin tur blir förförståelse i kommande tolkningsansatser. Man kan tala om en hermeneutisk spiral som kanske mer rättvisande eftersom en cirkel är sluten men en spiral fortsätter och fortsätter. Det samlade datamaterialet har lästs i sin helhet många gånger i syfte att stämma av delar och helhet i denna cirkulära rörelse som utgörs av den hermeneutiska cirkeln. Analysarbetet har inneburit ett kommande och gående i relation till datamaterialet. Ett sätt att öka tillförlitligheten i tolkningsarbetet har varit att låta handledaren i studien läsa all insamlad data och bidra med en oberoende analys i samband med uppkomsten av teman, kategorier och subteman. I denna bemärkelse hävdar jag att tolkningen är objektiv samt att metodval och tillvägagångssätt har bidragit till en tillförlitlighet.

Resultatdiskussion

Den människa som saknar horisont ser inte tillräckligt långt och överskattar därför det för henne näraliggande. Arbetet med den hermeneutiska situationen betyder att man tillägnar sig den rätta horisonten för de frågor vi blir ställda inför när vi möter traditionen. Horisonten är något vi vandrar in i och som vandrar vidare med oss. För den rörlige förskjuts horisonterna. Den samtida horisonten är under kontinuerlig påverkan (Gadamer, 1997). Hur ser då traditionen och horisonterna ut vad gäller det fenomen som har studerats? Var resultaten i denna studie förvånande? Fanns modet att se annan-heten? Resultatet i denna studie diskuteras utifrån följande teman, bakomliggande motiv till medverkan, rollskiften, återhämtning och personlig utveckling.

Resultatet i innehållsanalysen, motiv till medverkan, är kanske inte överraskande men intressant med tanke på att alla träningsklienter både före och parallellt med medverkan hade pågående vård- och stödkontakter. En slutsats att dra härur är att den vård- och stöd som erbjudits dem inte har gett dem stöd i att förändra sin situation eller att utvecklas som människa. Detta kan härledas till olika orsaker, samhällets resursfördelning, stigmatisering, synsätt, kunskapsbrist etc. Det som står klart är att denna grupp individer som valde att medverka som träningsklienter kände behov av förändring och av att utvecklas som människa.

Sju av de faktorer som Livingston och Cooper (se under teoretisk ram) lyfte fram i sin studie som vinster av brukarmedverkan har återfunnits också i denna studie. Inte någon av tidigare nämnda studierna diskuterar negativa aspekter som en följd av brukarmedverkan i personalutbildning. I denna studie återfanns tre positiva och fyra negativa aspekter inte tidigare diskuterade. De negativa aspekterna, representerar annan-heten som återfanns i resultaten i denna studie.

Tabell 8

Positiva och negativa aspekter som framkom i resultatet i denna studie. Fetmarkerade aspekter är sådana som inte diskuterats i de tidigare studierna om brukarmedverkan i personalutbildning.

Positiva aspekter	Negativa aspekter
Ger personen en chans att lära mer om sig själv Ger en känsla av personlig tillfredsställelse "Empowers" personen Ger ökat självförtroende Skapar en positiv användning av den psykiatriska sjukdomen Bekräftar individens expertis Skapar möjlighet att hjälpa framtida patienter Bidrar till personlig utveckling Bidrar till rollövergång från patient till finnande av en ny identitet Stödjer individens återhämtning	Skapar rollosäkerhet Försätter personen i rollkonflikt/er Ger rädsla för att misslyckas i uppdraget Innebar stress och belastning

Det finns aktuell forskning som visar resultatet att människor som av omgivningen inte förväntas att förändra sig, inte heller gör det (Millner, Rollnick, 1995). En slutsats är att dessa personer som deltog som träningsklienter i rehabiliteringsutbildningen inte tidigare hade

bemötts av omgivningen med förhoppning eller förväntan på förändring. Möjligen upplevdes de som svårt sjuka, svårt funktionsnedsatta eller omotiverade. De här personerna i träningsklientrollen var eller blev motiverade. De arbetade hårt för att uppnå en förändring i sin livssituation och för att ta vara på det stöd som erbjöds dem. De valde att se på stödet som ett verkligt stöd i motsats till som en övning. Enligt Maslow är motivation en universell egenskap hos människan och att varje människa strävar efter en del, än den andra. Att vara totalt tillfredsställd eller att uppleva harmoni är endast kortare självständigheter. Att bli sjuk skakar om en människas behovspyramid. Livet blir otryggt och oförutsägbart. De grundläggande, lägre behoven i Maslows behovspyramid gör sig gällande, så som behov av trygghet, kontakt med andra, omvårdnad (Tamm, 2002). Dessa personer som valde att bli träningsklienter i rehabiliteringsutbildningen beskrev att deras livssituation före medverkan, var problematisk och att de kände sig låsta utan förmåga att förändra sin situation. I träningsituationen kände man sig sedd och accepterad. Här bemöttes man som en person i motsats till som en patient. Man erfor en närhet som byggde på omtanke och vänskap. En slutsats är att relationen med personalen i utbildningen har bidragit till tillfredsställelse vad gäller de grundläggande behov som Maslow beskriver. Relationen beskrevs som trygg, personlig och "lite över gränserna". Borg och Kristiansen (2004), Denhov (2000), Topor (2001) samt Topor et al. (2006) har dragit slutsatser i sin forskning kring att gränsöverskridningar kan upplevas som betydelsefulla för alliansskapandet mellan behandlare och brukare. Relationen eller alliansen har visat sig utgöra en av de viktigaste faktorerna för ett lyckat behandlingsresultat (Wampold, 2001).

Inom den internationella brukarrörelsen lyfter man fram erfarenheter av att det som patient är lätt att identifiera sig med den psykiatriska diagnosen och också att man efter att ha blivit diagnostiserad med en psykiatrisk diagnos inte längre ses och bemöts som den individ man är och man anpassar sig till en patientroll eller identifierar sig med diagnosen (Deegan, 2002, Colman, 1999). En slutsats att dra här är att dessa personer i samband med medverkan i rehabiliteringsutbildningen "skakades" om i sin psykiatri-patientroll. De bemöttes som individer i motsats till som patienter och de kom att arbeta med tolkningar av rollen som träningsklient. De erfor att sammanhanget bjöd dem trygghet, jämlikhet, gemenskap och glädje. De beskrev relationen med kursdeltagaren som en starkt positiv upplevelse baserad på närhet, vänskap och ömsesidigt utbyte. Resultaten i studien visar att deras medverkan gett dem empowerment, energi och en känsla av riktning och ökad kontroll. Detta resultat bekräftas av den uppfattning Bengt Starrin har om "empowering" sammanhang och relationer. Detta var ett sammanhang som alstrade emotionell energi.

En slutsats kopplad till resultatet i denna studie är att medverkan gav stöd i sökandet efter och återskapande av en identitet och mening och därmed ett stöd i den personliga återhämtningsprocessen. Dessa personer gavs möjlighet att arbeta med frågor som, vem är jag nu idag efter att ha drabbats av en allvarlig psykisk sjukdom och vad vill jag göra nu? Samtidigt förmedlades också en hoppfullhet kring möjligheten att ha ett meningsfullt och rikt liv också inom ramen för de eventuella begränsningar som följt med sjukdomen och funktionsnedsättningarna. En slutsats är att medverkan ledde till en egen rehabilitering för träningsklienterna och att det gav dessa personer stöd i deras återhämtning.

Avslutande kommentar

En tes som formulerades inför denna studie var, att medverkan i övningsituationen hade gett träningsklienterna något eget i utbyte. Intresset låg här i att ta reda på om detta stämde och vad dessa personer i så fall fick i utbyte. En intressant reflektion är, kunde dessa personer någonsin se medverkan och arbetet tillsammans med personalen i utbildning som en övning. Dessa personer hade otillfredsställda stödbehov. I skenet av Maslows teorier kan man resonera kring denna fråga. De hade behov som de såg till att tillfredsställa. Häri låg paradoxen i att vara träningsklient, var detta en övning eller inte, var dessa personer givare eller mottagare av hjälp och stöd?

Resultatet i denna studie påtalar värdet av riktlinjer för träningsklienters medverkan i utbildning till personal. Dessa riktlinjer bör innehålla vägledning kring information och erbjudande av stöd. Denna information bör ges både muntligen och skriftligen och den bör innehålla klagöranden kring uppdraget, rollen, ansvar, förväntningar, tidsåtgång samt rätten att när som helst avbryta medverkan. Vidare kan det vara viktigt att återkomma till träningsklienterna när de har påbörjat uppdraget för ge möjligheter, gärna i grupp, att diskutera hur man upplever medverkan.

Vilka nya horisonter kan då skönjas? I personalutbildningar inom psykiatri får brukare ofta en passiv roll. Är detta på väg att förändras? Brukarmedverkan i form av reell medverkan och partnerskap rekommenderas och blir kanske ett vanligare fenomen. Med brukarmedverkan i personalutbildning öppnas nya möjligheter. Personal och blivande personal erbjuds tillägna sig en bredare och djupare kunskap. De medverkande brukarna erbjuds en chans att kliva ur patientrollen och få stöd i sin personliga utveckling. Denna och andra former av brukarmedverkan kan bidra i ett större sammanhang till ett samhälle som inte längre stigmatiserar personer med psykisk sjukdom och där psykiatrisk vård utgår ifrån och tar tillvara patientens inneboende potential. Medverkan, t ex i en personalutbildning, kan hjälpa individer att kliva ur patientrollen, men kan det också innebära det motsatta? Kan resultatet bli ett kvarhållande i patientrollen? När får en person i återhämtning lämna sjukdomen bakom sig och gå vidare i nya roller, utan att omgivningen "kallar tillbaka", påminner och efterfrågar den psykiatriska erfarenheten? Var går denna gräns mellan stöd att lämna patientrollen och ett kvarhållande i den samma? Detta är ännu okänd kunskap som kan belysas med fortsatt forskning.

Källor och litteratur

- Andersen, L.M. mfl. (2000). *Empowerment på dansk*. Fredrikshavn: Dafolo forlag.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed). Boston university, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Allied Health Professions.
- Askheim, O. P., Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.
- Barnes, D., Carpenter, J., Baily, D. (2000). Partnerships with service users in interprofessional education for community mental health: a case study *Journal of Interprofessional Care*, vol 14, no 2, 2000.
- Bengtsson-Tops, A. (2001). *Severely mentally ill individuals living in the community. Needs for care, quality of life and social network*. Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Lund University.
- Bengtsson-Tops, A. *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård och stödinsatser*. Brunt D., Hansson L. (red.) (2005) Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson-Tops, A (2006). *Studie om vård av personer med psykiska funktionshinder på privata vårdhem* (stencil).
- Bergmark (1998). *Nyckelbegrepp i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Bleuler, (1972). A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenic and impressions regard to the nature of schizophrenia. In the Transmission of Schizophrenia (eds.) D. Rosenthal & S.S. Kety. Oxford: Pergamon press.
- Borell, P. (1997). *Implementering av social träning (ESL) vid Södertälje psykiatriska klinik* (stencil).
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13, (5), 493-505.
- Brunt D., Hansson L. (red.) (2005). *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Brunt, D. (2002). *Supported housing in the community for persons with severe mental illness. Psychosocial environment, needs, quality of life and social network*. Lund University.
- Butterworth, M. & Livingston, G. (1999) Medical student education: the role of caregivers and families. *Psychiatric Bulletin*, 23, 549–551.
- Bärmark, J. (1985). *Självförverkligandes psykologi. Ett centralt tema i Maslows tänkande*. Stockholm: Natur och kultur.
- Börjeson, B. V., Denvall, C., Heule, A. Kristiansen (2009). Rapport , *Vi och dom. Om att ifrågasätta en gränssättning. Arbetsrapportserie nr 64*. Ersta Sköndal högskola.
- Börjeson, B (2010). *Förstå socialt arbete* (2 upplagan). Solna: Liber.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations* (Vol 1, 2). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Chamberlain J. (2005). User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 14, 10-14.
- Ciampi. L. (1980). Cat amnestic long-term study of the course of life and among schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606-618.
- Coleman, R. (1999). *Återhämtning ett okänt begrepp*. Stockholm: RSMH förlag.
- Cook, J., A., Leff, S., Blyler C. et al. (in press). *Results of a Multi-Site Randomized Implementation Effectiveness Trial of Supported Employment Interventions for Individuals with Severe Mental Illness*. Archives of General Psychiatry.
- Dahlberg, K., Drew, N., Nyström, M. (Red.) (2001). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J. (2008). *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford University Press, USA .
- Deegan, P. *The lived experience of rehabilitation*. Psychosocial Rehabilitation Journal Vol 11, No 4, s 11–19. Boston University.

- Deegan, P. *Recovery as a journey of the heart*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 1996, 19(3). Boston University.
- Dellario, D. J., Goldfield, E., Farkas, M. D., Cohen, M. R. (1984). *Functional Assessment in rehabilitation*. Baltimore Paul Brookes.
- Denhov, A. (2000). *Personals bidrag till återhämtning – Ett brukarperspektiv* (rapport nr. 11/2000). Stockholm: Västra Stockholm, FoU-enheten/psykiatri.
- Drake, R.E., Becker, D.R., & (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford University.
- Eliasson, R. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Starrin, B., Svensson, P.G. (red) 1994. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Ershammar, D., Hult-Wallgren, D. (2007). *Hitta rätt. Inflytandeguiden*. Nationell psykiatrisamordning, Sverige.
- Falloon, I.R.H. & Fadden, G. (1993). *Integrated mental health care. A comprehensive community-based approach*. Cambridge University Press.
- Gadamer, H-G. (1997). *Sanning och metod i urval*. Göteborg: Daidalos.
- Gynnerstedt, K., Blomberg, B. (2004). *Medborgarskap i brytningstid. Funktionshinder, makt och nätverk*. Malmö: Bokbox.
- Goffman, E. (2007). *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Nordstedts akademiska förlag.
- Goffman, E. (2008). *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Nordstedts akademiska förlag.
- Granskär, M., Höglund-Nielsen, B. (red) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T.; Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study: II. Long-term outcomes of subject who retrospectively met DSM III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
- Harding, C. M.; Zubin, J., Strauss, J.S, Kroniskhet i schizofreni. En återblick. *British Journal of Psychiatry* (1992). Översättning: *Artiklar om Återhämtning av Courtenay Harding*. Ronneby: Ett Helt Liv.
- Holme, Krohn, Solvang (1986, 1991). *Forskningsmetodik - Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Huber, G., Gross, G. Schuttler, R. (1979). *Schizophrenie. Langzeit unter suchungen and den 1945 bis 1959 in Bonn Hospitalisierten schizophrenen kranken. Monographien alls dem Gesamtgebiete der Psychiatrie Bd 21*. Berlin: Springer verlag.
- Larsson, S. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Starrin, B., Svensson, P.G. (red) 1994. Lund: Studentlitteratur.
- Liberman RP, Heinssen RK, Kopelowicz A (2000) *Psychosocial skills training for schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin 26:21-46, 2000.
- Levy, C.S (1981). Labeling: the social workers responsibility. *Social Casework* 62(6) 332-342.
- Lindqvist, R., Hetzler, A., Mallander, O., Tideman, M.(red.) (2004). *Rehabilitering och välfärdspolitik*. Lund: Studentlitteratur.
- Livingston, G., Cooper, C. (2004). *User and carer involvement in mental health training*. Advances in Psychiatric Treatment (2004), vol. 10, 85–92.
- Lundman, B., Granheim Hällgren, U. *Tillämpad forskning inom hälso- och sjukvård*. Granskär, Höglund-Nielsen red (2008). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, M (2007). *Vänskap och arbete*. Ersta Sköndahl Högskola, Stockholm.
- Kvale, S. (1997, 2001). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Markström, U. (2003). *Den svenska psykiatireformen*. Umeå: Boréa.
- Meeuwisse, A. (1997). *Vänskap och organisering*. En studie av Fontänhus-rörelsen. Lund: Arkiv.

- Meeuwisse, A., Sunesson, S., Swärd, H. (2009). *Socialt arbete en grundbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motiverande samtal*. Kriminallvårdens förlag.
- Nyström, M. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2008). Lund: Studentlitteratur.
- Payne, M. (2002, 2005). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory Discourse and Surlus of Meaning*. Fort Worth Texas Christian University Press.
- Robson, C. (2002). *Real world reasearch*. MA, Oxford: Blackwell Publishing.
- Rosenberg, D. (2009). *Psychiatric Disability in the community. Surveying the social landscape in the post-deinstitutional era*. Umeå Universiy.
- Roper, C. E. (2003) Whose therapy, whose learning? (Rapid responses). *BMJ*, <http://www.bmj.com/cgi/eletters/326/7392/740>
- Rönning, R. Empowerment i praktiken. Askheim, O.P., Starrin, B. (2007). Malmö: Gleerups.
- Schön, U. (2009). *Kvinnors och mäns återhämtning från psykisk ohälsa*. Doktorsavhandling i socialt arbete vid Stockholms universitet.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Metal Illness. A guied for Menal Health Professionals*. Cambridge Medicine.
- Socialstyrelsen och Länsstyrelserna. *Översyn av kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder, 2002 – 2004*, artitelnr. 2005,109-17.
- Socialstyrelsen (2003a). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).
- Socialstyrelsen. Rapport 2006:5. *Vad är psykiskt funktionshinder?* Nationell psykiatrisamordning.
- Socialstyrelsen. Rapport S 2003:9. *I begynnelsen var organisationen. Rehabilitering till arbete för personer med psykiska funktionshinder – hinder och möjligheter*. Nationell psykiatrisamordning.
- Socialstyrelsen (2009). *Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Lägesrapport 2008*. Artikelnr 2009,26-43.
- Solomon, B. B. (1976). *Black empowerment. Social work in opressed communities*. New York: Columbia University Press.
- Spencer, J., Blackmore, D., Heard, S., *et al* (2000) Patient orientated learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Medical Education*, **34**, 851–857.
- Spaniol, L., Gagne, C., Koehler, M. (red). *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Stacy, R. & Spencer, J. (1999) Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. *Medical Education*, **33**, 688–694.
- Starrin, B., Svensson, P. G. (1994) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Stroul, B (1989). Community support systems for persons with long-term mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol 12, 9–26.
- Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet (2002). Publicering av en Amerikansk brukarundersökning.
- Tait, L., Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005,11, 169-175.
- Tamm, M. (2002). *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Tellford, R., Faulkner, A. (2005). Learning about service user involvement in mental health research. *Journal of Mental Health*.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in metal health service planing and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 1, 2005.

- Thornicroft, G., Rose, D., Huxley, P, Dale, G. &, Wykes, T., (2002). What are the research priorities of mental health service users? *Journal of Mental Health*, **11**, 1–5.
- Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och kultur.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Topor, Borg (2008). *Relationer som hjälper*. Lund: Studentlitteratur.
- Townend, M., Braithwaite, T. (2002). Mental health research – the value of user involvement. *Journal of Mental Health* (2002) **11**, 2, 117–119.
- Trivedi P., Wykes T. (2002). From passive subjects to equal partners qualitative review of user involvement in research. *British Journal of Psychiatry* **181**, 468-472.
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Tsuang, M., Wollson, R. F., Fleming JA. Longterm outcome of major psychoses. I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Arch Gen Psychiatry* **36**, 1295-1301, 1979.
- Wampold, B. E.(2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Kap. 9. Implication of Rejecting the Medical Model.
- Watzlawick, P., Weakland, Ch.E., Fish, M.D. (1987). *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. NY, London: Norton.
- Wood, P.H. (1980). *Appreciating the consequences of disease. The classification of impairment, disability and handicaps*. The WHO Chronicle, **34**, 376-380.
- Wood, J. & Wilson-Barnett, J. (1999) The influence of user involvement on the learning of mental health nursing students. *NT Research*, **4**, 257–270.

BILAGA 1, Begreppsdefinitioner

Avinstitutionaliseringen	Benämningen på en epok i psykiatrins historia som startade på 1950-talet i USA och på 1970-talet i Sverige för att ta fart under 1980-talet. De stora institutionerna stängde och människor flyttade ut i samhället. Detta var en världsomfattande rörelse som fått kritik bl.a. för att stödet till de personer som flyttade ut, var bristfälligt. Benämningen har också kritiserats då många personer vårdas i institutionsliknade former i samhället, endast till synes integrerade.
Boendestöd	Personer med psykiska funktionsnedsättningar kan enligt socialtjänstlagen erhålla boendestöd i form av omvårdnad och aktiva insatser i boendet. Boendestöd är i en del kommuner kostnadsfritt, i andra kommuner är det belagt med en avgift. Syftet med boendestöd är att hjälpa den enskilde att klara av att bo i ett eget boende samt till delaktighet i samhället.
Case management	Case management är en insats som syftar till problemlösning och vägledning till rätt hjälpinstans. Ett svenskt exempel på samhällelig resurs som erbjuder case management är personligt ombud.
Fenomen	Fenomen kan beskrivas som 'typ av skeende'. Några exempel på fenomen är åska, solförmörkelse och norrsken. Fenomen kan också vara en term inom metakognition där man talar om individens förhållningssätt till sin egen utveckling; både intellektuellt, känslomässigt och individens agerande i förhållande till det studerade fenomenet.
Lönebidrag	Arbetsgivare som anställer en person med nedsatt arbetsförmåga, som anvisas av Arbetsförmedlingen, kan kompenseras ekonomiskt genom lönebidrag. Syftet med lönebidraget är att underlätta för personer med funktionsnedsättningar att få eller behålla en anställning.
Miltonutredningen	Under hösten 2003 tillsattes utredningen Nationell psykiatrisamordning som leddes av Anders Milton. Slutbetänkandet <i>Ambition och ansvar</i> (SOU 2006:100) överlämnades 2006. Den Nationella psykiatrisamordningens uppdrag var att under tre år arbeta i nära dialog med regeringen och fortlöpande ge förslag till förbättringar och utveckling av den psykiatriska vården i Sverige. Inom ramen för Miltonutredningen satsades utvecklingsmedel inom alla län i Sverige. Detta var medel där socialtjänst och psykiatri gemensamt sökte projektmedel. Detta var projekt som kom att kallas för <i>Miltonprojekt</i> .
Psykiatrireformen	Psykiatrireformen var en reform för psykiatrin i Sverige som beslutades 1994 och genomfördes 1995. Den föregicks av psykiatriutredningen (SOU 1992:73) som visade att personer med psykisk ohälsa hade mycket dålig samverkan med övriga samhället i jämförelse med andra svaga grupper. Psykiatrireformen föregicks också av ädelreformen (vård av äldre, 1992) och ibland ses kombinationstermen psykädelreformen. Tanken var att psykiskt sjuka personer i högre grad skulle integreras

med resten av samhället. Reformen har i efterhand fått mycket kritik, bland annat att psykiskt funktionshindrade personer som bor i lägenhet ofta blir isolerade. Många är fortfarande kvar på institutioner för sluten psykiatrisk vård av andra skäl än att de behöver vård.

Samarbetsallians

Detta begrepp introducerades av Greenson 1967. Det används idag av många "skolor", bl.a. inom den kognitiva terapin. I en samarbetsallians är den hjälpsökande och hjälparen samarbetspartners. Hjälparen botar inte sin klient. Man arbetar utifrån en överenskommelse om målet.

Särskilt boende

Särskilt boende är det gemensamma namnet för flera boendeformer i Sverige, som anpassats för exempelvis personer med funktionsnedsättningar med stort behov av omsorg. Dessa boendeformer ser olika ut i olika kommuner. Plats i särskilt boende kan erhållas efter ansökan till kommunen. Ansökan görs enligt Socialtjänstlagen och avslag kan överklagas till länsrätten. För att en person ska beviljas särskilt boende krävs att en skälig levnadsnivå inte kan uppnås i hemmet genom insatser av hemtjänsten. Den enskilde hyr lägenheten inom boendet och använder egna möbler. Personal finns tillgänglig dygnet runt.

BILAGA 2 Enkät

FRÅGOR KRING DIN MEDVERKAN I REHABILITERINGSUTBILDNING

Du svarar anonymt och helt frivilligt på dessa frågor. Dina svar kommer att användas i en studie som syftar till ökad kunskap om brukarmedverkan i en personalutbildning, rollen som träningsklient och om psykiatrisk rehabilitering. Inget av det du skriver kommer att användas så att det kan kopplas till dig personligen.

ID (initialer och födelseår): OBS! *Du kan medverka utan att uppge dina initialer.*

Kursdeltagare:

Beskriv hur din livssituation var tiden före din medverkan i rehabiliteringsutbildningen:

Upplevde du då (tiden före din medverkan) några behov av förändring? Om ja, berätta gärna mer.

Kände du kursdeltagaren sedan tidigare? Om ja, berätta gärna vilken relation ni haft tidigare.

Beskriv på vilka grunder du valde att delta som träningsklient i rehabiliteringsutbildningen.

Vilka tankar och känslor hade du inför starten av rehabiliteringen?

Vilka var dina förhoppningar inför rehabiliteringen?

Sänd till Camilla Bogarve, Norregatan 4, 233 34 Svedala

BILAGA 3 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Forskningsfråga 1

Motiv	Hur tänkte du när du blev tillfrågad om att hjälpa till? Vad tänkte då när du bestämde dig för att säga ja? Berätta på vilka grunder du valde att delta?
Förväntningar	Vilka förväntningar hade du då du hade bestämt dig, men innan du började? Hur var ditt liv då? Upplevde du behov av förändring eller utveckling?

Forskningsfrågor 2 och 3

Rehabiliteringsmetodiken	Beskriv rehabiliteringsmetodiken du har arbetat med. Beskriv din upplevelse av rehabiliteringsmetodiken Vilket mål har du arbetat med? Hur kom du fram till ditt mål? Beskriv hur du har upplevt samtalen. Beskriv hur du har upplevt dokumentationen/arbetsbladen. Vad behöver du arbeta med för färdigheter för att nå/behålla ditt mål? Hur kom du fram till dessa färdigheter? Vilka stödresurser behöver du för att nå/behålla ditt mål? Hur kom du fram till dessa stödresurser? Vill du berätta om något, du minns extra tydligt från rehabiliteringen? Finns det inte något du tycker kunde ha varit annorlunda, bättre på något sätt?
Rollen som träningsklient	Beskriv din roll som "träningsklient". Beskriv din upplevelse av rollen som träningsklient/hjälpare? Beskriv din upplevelse av att hjälpa (namn) i hennes/hans utbildning?
Relationen	Beskriv hur du har upplevt relationen med (namn, rehabiliteraren)? Upplever du att er relation har förändrats (om ni kände varandra tidigare) i någon mening? Hur har du upplevt ert samarbete?
Måluppfyllelse	Hur har det gått, har du närmat dig ditt mål eller har du nått det? Har medverkan gett dig stöd i din återhämtning? Har du lämnat gamla roller, intagit några nya roller i ditt liv? Hur har rehabiliteringen hjälpt dig att närma dig/nå ditt mål? Vad har varit till hjälp? På vilket sätt skiljer detta sig från annan hjälp/stöd du har fått tidigare? Hur har (namn) hjälpt dig att närma dig/nå ditt mål? Vad har han/hon gjort som varit till hjälp?

TEMAN OCH KATEGORIER UR INNEHÅLLSANALYSEN SAMT TEMAN OCH SUBTEMAN UR STRUKTURANALYSEN

Innehållsanalys

<i>Teman</i>	<i>Kategorier</i>
Känna sig betydelsefull:	Bli respekterad Betyda något för någon annan
Få stöd:	Bryta isolering Ta tillvara möjligheten
Komma vidare:	Längtan efter förändring Vilja att utvecklas som människa

Strukturanalys

<i>Teman</i>	<i>Subteman</i>
Komplex roll:	Stort ansvarstagande Rollosäkerhet Belastande uppgift
Egen rehabilitering:	Relation som bygger på partnerskap Ny struktur och mening Stärkt identitet och självbild