



Doktorsavhandling
Sundsvall 2007

**Att normaliseras - vårdares syn på psykiatriska
patienter**

**Mot en djupare förståelse av vårdares attityd till sina
patienter**

Lars Lilja

Handledare: Ove Hellzén

Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet,
SE-851 70 Sundsvall, Sweden

ISSN 1652-893X
Mittuniversitetet Doktorsavhandling 35
ISBN 978-91-85317-69-1

En avhandling inskickad som en del i doktorsexamen vid
fakulteten för humanvetenskap, Mittuniversitetet.

Att normaliseras - vårdares syn på psykiatriska patienter

**Mot en djupare förståelse av vårdares attityd till sina
patienter**

Lars Lilja

© Lars Lilja, 2007

Institutionen för Hälsövetenskap,
Mittuniversitetet, SE-851 70 Sundsvall, Sweden
Telefon: +46 (0)60-148543

Tryckt av Kopieringen Mittuniversitetet, Sundsvall, Sweden, 2007

Till alla patienter och vårdare som
möjliggjort detta arbete.

SAMMANFATTNING

Lilja L. (2007) *Att normaliseras - vårdares syn på psykiatriska patienter. Mot en djupare förståelse av vårdares attityd till sina patienter*. Sundsvall, Sweden: Mid Sweden University, Department of Health Sciences. ISBN 978-91-85317-69-1.

I samband med industrialismens framväxt inrättades institutioner i större skala. Den ökade mängden omhändertagna på institution vid 1800-talets slut kan förklaras med fler medicinskt diagnostiserade, en ökad utstötning, lägre tolerans för avvikande beteende, läkarintresse för ett nytt revir, låg utskrivningsfrekvens och hospitaliseringseffekter. Antalet vårdplatser inom den psykiatriska vården minskade under 1900-talets sista hälft. År 1992 tillsatte regeringen den så kallade psykiatriutredningen som slog fast att personer med kronisk psykiatrisk sjukdom utgjorde en grupp i samhället som karaktäriserades av allvarligt handikappade personer som berövats sina medborgerliga rättigheter och som hade få resurser till sitt förfogande. Psykiatireformens intentioner genomsyras av bland annat begreppen normalisering och autonomi. De psykiskt funktionshindrades levnadsvillkor skall normaliseras för att öka deras möjligheter att leva som andra, vilket betyder att de ska delta i besluten om sin egen vård och behandling.

Avhandlingen har sin grund i ett hermeneutiskt perspektiv, det vill säga att människor aldrig kan förstå något helt fördomsfritt eller förutsättningslöst. Förförståelse kan förstås som en form av föräning/förkänsla och första idé om det sökta fenomenet, vilket leder förståelsen i en viss riktning. Perspektivets innebörd är att ingen förståelse kan växa fram förutsättningslöst, dvs. växa fram utan någon på förhand given inställning från forskarens sida. Studiens övergripande syfte är att belysa vårdares attityd till personer med psykiska symtom. Avhandlingen består av fyra delarbeten med såväl kvantitativ som kvalitativ design. Data har insamlats med hjälp av frågeformulär, skattningsskalor samt narrativa intervjuer.

Resultatet i delstudie I visar att fyra typologier som upptäckts i en tidigare kvalitativ intervjustudie existerade (god, ond, tokig och osynlig). Delstudie II visar att vårdarnas syn på inneliggande

deprimerade patienter i hög grad bestäms av diagnosen. Syftet med delstudie III var att klargöra om patientens och vårdarens bild av patientens historia, nutid och framtid överensstämde med varandra. Resultatet visar på en tydlig skillnad mellan parterna. I delstudie IV var syftet att belysa före detta patienters upplevelser av att vara inlagda på en psykiatrisk avdelning. Studien visar att de tidigare patienternas upplevelser mestadels var negativa och att de kan tolkas som om det under sin sjukhusvistelse varit utsatta för ett subtilt förtryck.

För att förstå vårdarnas syn på den drabbade personen kommer resultatet i studien att tolkas utifrån en teoretisk referensram inspirerad av den franske filosofen Michael Foucaults och den ryske filosofen Mikhail Bakhtins texter. Tolkningen visar att vårdarna har en tendens att undvika "annanhet" (*otherness*) och därigenom se patienten enbart som en karaktär, en typologi. Härigenom kommer patienten att placeras i ett "ingenmansland", i en kontext där han/hon inte tillhör vårdargemenskapen samtidigt som kontakten med den gamla privata gemenskapen upphör. Genom att se patienten som ett enskilt fall undviker vårdarna att se det lidande som finns i "rummet" och därigenom blir det "rum" som skapas till en "isvärld" som inte är livsbejakande och därför ohälsosam för patienten. Att förändra vårdarnas attityder är en långvarig samhällelig process som kräver inte bara resurser i form av utbildning och handledning utan kanske främst utrymme för kontinuerlig diskussion och debatt. Grunden för förändringen finns redan idag i psykiatireformens ideala normaliseringsbegrepp. Kravet är dock att politiker och tjänstemän inom vård och omsorg börjar leva upp till lagens intentioner. Detta kräver dock att synen på en person med psykisk sjukdom psykiskt handikapp måste ändras på samma sätt som till exempel synen på homosexuella ändrats från att de varit marginaliserade och levt i ett utanförskap, till att bli sedda som fullvärdiga samhällsmedborgare. För att bryta det strukturella maktmönstret behövs en total samhällelig attitydförändring. Endast en politisk förändring är inte tillräcklig.

Sökord: Attityd, Bakhtin, Chronotope, Fenomenologisk hermeneutik, Foucault, Innehållsanalys, Kommunikation, Levd erfarenhet, Normalisering, Omvårdnad, Psykiatri, Statistik

TACK

Denna studie genomfördes vid Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet Sundsvall. Jag vill tacka alla som på olika sätt har hjälpt mig att genomföra detta arbete, men först och främst alla patienter och vårdare som genom sin goda vilja gjort studierna möjliga.

Ett speciellt tack till:

Ove Hellzén Docent, huvudhandledare, som genom sin kloka sakkunskap i såväl ämne som metod, lotsat mig genom alla blidskär i detta arbete. Dessutom för alla trevliga stunder när arbetet vilat en stund.

Kenneth Asplund Professor, för sina goda råd och kunnande i ämnet.

Anita Pejler prefekt Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitet, för stödet att slutföra studierna.

Alla kollegor på Institutionen för Hälsovetenskap, tacka för allt stöd såväl praktiskt som på annat sätt underlättat arbetet. Ett speciellt tack till Marika Ördell, som medförfattare i en av studierna samt Susanne Strand för sin smittsamma otröttlighet och IT – support.

Mina medförfattare Maria Hellzén och IngBritt Lind för ovärderlig hjälp med datainsamling och kunnande.

Min familj, främst min älskade fru Ewa, som trots allt gnäll och andra umbäranden stått ut under studiernas gång.

Mina kära barn, barnbarn och deras familjer, Ulrika, Josefin och Joel som stött, funnit till hands och på ett praktiskt sätt fått mig att inse värdena i livet.

Sist men inte minst Agaton, för alla gemensamma naturupplevelser under våra promenader.

Sundsvall, Nov 2007.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	IV
TACK	VI
ORIGINALARTIKLAR.....	VIII
INTRODUKTION.....	1
BAKGRUND	4
<i>Historisk översikt</i>	<i>4</i>
<i>Normalisering</i>	<i>7</i>
<i>Syn på psykisk sjukdom/störning</i>	<i>9</i>
<i>Existentiellt-fenomenologiskt perspektiv.....</i>	<i>10</i>
<i>Socialkonstruktivistiskt perspektiv.....</i>	<i>11</i>
<i>Attityder</i>	<i>12</i>
<i>Makt</i>	<i>13</i>
<i>Motiv för studien.....</i>	<i>15</i>
STUDIENS SYFTE	16
METODOLOGISK REFERENS RAM	17
MATERIAL OCH METOD.....	19
KONTEXT	21
DATAINSAMLINGSMETODER	25
METODER FÖR ANALYS AV DATA	30
<i>Statistisk analys</i>	<i>30</i>
<i>Kvalitativ analys</i>	<i>31</i>
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	33
RESULTAT	36
DELSTUDIE I.....	36
DELSTUDIE II	37
DELSTUDIE III	39
DELSTUDIE IV	40
DISKUSSION	43
REFLEKTION ÖVER STUDIENS FYND	54
METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN.....	58
ENGELSK SAMMANFATTNING	61
REFERENSER.....	64
AVHANDLINGAR FRÅN INSTITUTIONEN FÖR HÄLSOVETENSKAP VID MITTUNIVERSITETET	74

ORIGINALARTIKLAR

Doktorsavhandlingen baseras på följande delarbeten vilka kommer att refereras till i texten utifrån deras romerska nummer:

I Lilja L, Ördell M, Dahl A, Hellzén O. (2004) Judging the Other: Psychiatric nurses' attitudes towards identified inpatients as measured by semantic differential technique. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **11**, 546-553.

II Lilja L, Hellzén M, Lind I, Hellzén O. (2006) The meaning of depression: nurses' statements about their perceptions of the depressed in-patient. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **13**, 269-278.

III Lilja L, Hellzén O. (2007) Disconfirmed in one's otherness: a comparison between the nurse's view of the patient's past, present and future and the patient's own view of the past, present and future. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, **2**, 129-141.

IV Lilja L, Hellzén O. To experience a violated identity: Former patients' perceptions of psychiatric care – an interview study, manuscript. *International Journal of Mental Health Nursing*, ResSubmitted 2007-09-27.

Delarbetena har blivit tryckta efter respektive tidskrifts tillstånd.

INTRODUKTION

Denna doktorsavhandling har sin grund i ett hermeneutiskt perspektiv, det vill säga att människor aldrig kan förstå något helt fördomsfritt eller förutsättningslöst. Förförståelse kan förstås som en form av föraning eller förkänsla och första idé om det sökta fenomenet, vilket leder förståelsen i en viss riktning. Grundantagandet är att det alltid finns en förförståelse, en förståelse som inte skall ses som ett hinder utan som en förutsättning för att något skall vara mottagligt för ny förståelse. Inom den hermeneutiska traditionen kan inget förstås som helt förutsättningslöst utan istället anses all förståelse få sin riktning utifrån forskarens historia och horisont på grund av att objektet för undersökningen alltid är mer eller mindre förstådd innan studien påbörjas. Perspektivets innebörd är att ingen förståelse kan växa fram förutsättningslöst, dvs. växa fram utan någon på förhand given inställning från forskarens sida.

Det är möjligt att i denna avhandling förstå psykisk sjukdom utifrån fyra olika vetenskapliga perspektiv. För det första är det möjligt att anlägga ett medicinskt perspektiv på psykisk sjukdom, och för det andra ett psykologiskt perspektiv. För det tredje kan psykisk sjukdom ses utifrån ett sociologiskt perspektiv och för det fjärde så är ett filosofiskt perspektiv möjligt. Alla perspektiv fokuserar på en för perspektivet unik infallsvinkel på problemet. Samtliga perspektiv kan rättfärdigas utifrån att det egna perspektivets fokus på problemet riktar ljuset på en speciell aspekt av psykisk sjukdom. Det medicinska perspektivet kan rättfärdigas utifrån att det förklarar psykisk sjukdom utifrån intrapersonellt perspektiv medan det psykologiska perspektivet förklarar psykisk sjukdom utifrån såväl ett intrapersonellt som interpersonellt fokus. Det sociologiska perspektivet ser problemet utifrån ett grupperspektiv och slutligen ger det filosofiska perspektivet insikten, förutom att det alltid är en del av all vetenskaplig aktivitet, att filosofin i sig själv visat intresse för människors existentiella och ontologiska grund. I denna avhandling kommer framförallt ljuset att riktas mot de två senare perspektiven.

Det psykiatriska fältet har genom åren använt ett flertal olika begrepp för att benämna de personer som psykiatrisk verksamhet betjänar. Vårdare har genom åren använt benämningar som: "patient", "klient", "boende" och nu senast inom kommunal psykiatri begreppet "brukare". I denna avhandling kommer, oavsett om det är populärt eller ej, begreppet

"patient" att användas. Skälet är att patient etymologiskt härstammar från latinets *patiens* som betyder att lida (Eriksson, 1993). Lidandet hos personen som är föremål för psykiatrisk vård och omsorg är en viktig aspekt att beakta för dem som ger omsorg för att vårda dessa människor. Pellegrino (1979, s.124) sammanfattar detta:

Those who are ill suffer insult to their whole being. They experience a series of intimate insults to the aspects of their existence most integral to being human. Because of the event of illness, these patients lose their freedom to act; they lack the knowledge upon which to make rational choices or to regain their freedom to act; they must place themselves in the power of another human, as petitioners, to regain their humanity; their integrity is shattered, or at least threatened.

Personen är, i sin egenskap av patient, utelämnad till professionella vårdare som förväntas ge optimal vård. Vad som kännetecknar professionalism har under åren diskuterats livligt i litteraturen (t.ex. Larson 1977; Agich, 1980; Pellegrino & Thomasma, 1981). Några karaktäristika som de flesta kan instämma i har i debatten emellertid utkristalliserats som tillhörande ett professionellt ideal. Idealens inbördes ordning och vikt kan diskuteras och i denna avhandling finns ingen ambition att göra detta. Här är förhoppningen istället att skissera en grov bild av vad man kan och bör förvänta sig av professionella inom vård och omsorg.

Rimligtvis borde allmänheten kunna begära och ställa krav på vården att de olika typer av beslut som tas på olika nivåer inom hälso- och sjukvården skall vara grundade på vetenskapliga bevis (Jennings 2000). Strävan efter och sökande och användande av vetenskaplig kunskap och bevis (evidens) för rutiner och åtgärder har funnits inom det medicinska området såväl internationellt som nationellt. Att tillämpa evidensbaserad omvårdnad i det dagliga arbetet innebär att den enskilda vårdaren i sin praktiskt/kliniska omvårdnad integrerar bästa tillgängliga vetenskapliga bevis innan hon, tillsammans med patienten, fattar beslut om omvårdnadsinsatser (Willman 1998). Därför skall evidensbaserad omvårdnad ses som en väg till ökad kvalitet och förbättrad omvårdnad (Shirey 2006).

De professionella idealen är att vårdens utövare inte utövar vården för egen vinst, social status, makt utan gör det istället för att tillhandahålla patienten service – en service som i sig själv utgör ett humanistiskt värde. En central aspekt i professionalism utgörs av utbildning, en utbildning som ständigt måste förnyas. Parallellt med utbildningen måste ett etiskt

förhållningssätt tillföras som professionellt ideal för att undvika att vården exploaterar eller missbrukar patienten eller dennes situation.

Avhandlingens disposition

För att underlätta läsningen är det viktigt att sätta in läsaren i författarens tanke bakom avhandlingens strukturella uppbyggnad. Avhandlingen är uppbyggd kring sex huvudrubriker: introduktion, bakgrund, metodologisk referensram, material och metod, resultat och diskussion. Avhandlingen börjar med en kort *introduktion* som avser att sätta in läsaren i avhandlingens perspektiv. Därefter följer avhandlingens andra huvuddel, en *bakgrund* som avser att ge läsaren en förståelse för studiens historiska och begreppsliga bakgrund. Efter en förklaring av begreppet normalisering är det logiskt att den gängse synen på hur psykisk sjukdom/störning beskrivs. En rimlig fortsättning därefter är att presentera de två perspektiv av psykisk sjukdom/störning som avhandlingen fokuserar på. Efter detta följer en kort presentation av synen på attityder, makt, motivet för studien och slutligen avhandlingens syfte.

Den tredje sektionen som följer är *metodologisk referensram* som har för avsikt att på ett djupare sätt än i bakgrunden sätta in läsaren i avhandlingens metodologi och dess grundantaganden. Den fjärde sektionen, *material och metod*, beskriver studiens uppläggning, kontext, försökspersoner, datainsamlingsmetoder, analysmetoder och etiska frågeställningar. I den femte sektionen, *resultat*, redovisas en summering av de fyra, i avhandlingen ingående, delstudiernas fynd. I avsnittet *diskussion* sker en reflektion över fynden utifrån en vald teoretisk referensram, detta för att ge läsaren en djupare förståelse av hur syntesen av fynden tolkats. I avsnitt diskuteras och reflekteras över den valda metoden samt kring diskussionen som här också placeras i ett framtidsperspektiv.

BAKGRUND

Som en utgångspunkt för denna studie ges en kort genomgång av utvecklingen inom den svenska psykiatriska vården. Avsikten med den historiska översikten är att placera avhandlingen i det sammanhang, kontext, inom vilket studierna har genomförts.

Historisk översikt

I samband med industrialismens framväxt inrättades institutioner i större skala. Ansvaret för behövande personer flyttades från lokalplanet till staten, det vill säga från att ha varit en familje- och släktangelägenhet övergick ansvaret till staten (Forsberg, 1994). Den ökade mängden omhändertagna på institution vid 1800-talets slut kan förklaras med fler medicinskt diagnostiserade, en ökad utstötning, lägre tolerans för avvikande beteende, läkarintresse för ett nytt revir, låg utskrivningsfrekvens och hospitaliseringseffekter (Meeuwisse, 1997). Målet med institutionsvistelsen varierade. Avsikten kunde antingen vara att skydda individen eller samhället men även att ge bot och bättring (Stenström-Jönsson, 1995). Optimismen var stor och man ansåg att med hjälp av rätta insatser skulle de avvikande personerna kunna omformas till goda samhällsmedborgare igen (Åman, 1976).

Beroende på hur samhället såg på personen och problemet kunde lösningen vara bot, uppfostran, insikt eller eget arbete. En annan väg att lösa problemet kunde vara förvaring, träning eller medicinsk behandling (Åman, 1976). Åtgärderna växlade mellan fostran, pedagogik och medicin, ett synsätt som levde kvar ända in på 1950-talet (Forsberg, 1994). Under 1950-talet stod folkhemmet i full blom, men inom mentalvården var avståndet fortfarande stort mellan folkhemmets ideal och verkligheten (Steinholz Ekecrantz, 1995) och för första gången sedan institutionernas uppbyggnadsfas blev deras existens ifrågasatt under detta decennium (Åman, 1976). Inspirationen till institutionskritiken kom från flera håll med amerikanen Goffman (1961) i spetsen. Svenska kritiker och påtryckare var de så kallade R-förbunden, Föreningen för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna (FUB) och exempelvis Ivar-Lo Johansson som i tidningen Vi med början år 1949 skrev en serie kritiska artiklar om de svenska ålderdomshemmen. Avvecklingen av institutionerna omfattade

alltså inte bara mentalvården utan också barnavård, ungdomsvård, äldreomsorg och omsorg om utvecklingsstörda.

Antalet vårdplatser inom mentalvården minskade i större delen av västvärlden (Meeuwisse, 1997). För Sveriges del från 3,5 vårdplatser per tusen invånare år 1960, till drygt 1 vårdplats per tusen invånare år 1985 (Socialstyrelsen, 1998). Ibland förklaras avinstitutionaliseringens orsaker med sambandet med de läkemedel som introducerades på 1950-talet, vilket är en förklaringsmodell som starkt ifrågasatts av flera forskare (Framme, 1997; Meeuwisse, 1997; med flera). Andra förklaringsmodeller är mer sammansatta och består av en kunskaps- och metodutveckling som innebar en annan syn på människorna och deras problem, ett utbyggt socialförsäkringssystem, höga vårdkostnader, och efterkrigstidens utvecklingstendenser som innebar en allmän skepticism mot totala lösningar.

En bitvis förskjutning från välfärdsstatliga ideal som centralisering, allmännyttan och jämlikhet har skett till tankar om lokalplanssatsningar och individens frihet (Stenström-Jönsson, 1995). Sandvin och Söder (1996) har visat att individualismen är ett viktigt och betydelsefullt inslag och att den ideologiska grunden i hela Skandinavien har rört sig från jämlikhet och solidaritet till valfrihet och frihet. Hanssen och medarbetare, (1996) förklarar den idémässiga omsvängningen med att de nordiska länderna befinner sig i en övergångsfas liksom de flesta andra europeiska välfärdsstater. Orsakerna är politiska med kritik både från höger och vänster. Vänsterkritiken uppstod i slutet av 1960-talet och rörde frågan huruvida välfärdsstaten verkligen existerade för alla medborgare. Kritiken följdes upp av högern i slutet av 1970-talet och inriktades på kostnaderna för välfärdsstaten.

År 1992 tillsatte regeringen den så kallade psykiatriutredningen som slog fast att personer med kronisk psykiatrisk sjukdom utgjorde en grupp i samhället som karaktäriserades av allvarligt handikappade personer som berövats sina medborgerliga rättigheter och som hade få resurser till sitt förfogande. Den stora satsningen på sektorisering och utbyggnad av psykiatrisk öppenvård under sjuttioalet förutspådde en patientvänligare och effektivare vård. Helhetssyn var en av ledstjärnorna i omorganisationen. Man hoppades inom psykiatrin att sektoriseringen och ett utökat samarbete med kommunerna skulle lösa många problem för dem som skrevs ut från mentalsjukhusen. Åttiotalets inventeringar av

vårdplatser visar på ett stort antal inner liggande patienter med mycket långa vårdtider. Bedömningen var att många av dessa kunde skrivas ut om de kunde erbjudas adekvat stöd och hjälp. Historiskt har mycket tid och energi lagts ned på samverkansprojekt för att reglera samarbete och vårdplanering mellan landsting och kommun för patienter med långa vårdtider. När psykiatrireformen trädde i kraft den första januari år 1995 hade man haft en lång psykologisk förberedelse.

I psykiatriutredningen uttrycktes farhågor om att kommunens stöd och service till de psykiskt långtidssjuka skulle prioriteras lågt, och att samordningen mellan psykiatrins och socialtjänstens insatser skulle hindras på grund av oklarheter och oenigheter mellan huvudmännen. Man såg också svårigheter att bedöma vilka patienter som skulle överföras till kommunalt betalningsansvar. En förmodad bristande kompetens inom kommunerna för det nya uppdraget väckte också oro. För att avvärja de största farhågorna beslutade riksdagen om vissa ändringar i socialtjänstlagen som gjorde ansvarsfördelningen tydligare. Syftet med psykiatrireformen var att skapa förutsättningar för de psykiskt funktionshindrade att leva som andra. Detta skulle, enligt utredningen, öka deras möjlighet till gemenskap och delaktighet i samhällslivet.

Psykiatrireformens intentioner genomsyras av bland annat begreppen normalisering och autonomi. De psykiskt funktionshindrades levnadsvillkor skall normaliseras för att öka deras möjligheter att leva som andra, vilket betyder att de ska delta i besluten om sin egen vård och behandling. Begreppet normalisering (Bank-Mikkelsen, 1980) användes till en början när utvecklingsstörda människors levnadsvillkor diskuterades. Senare formulerade Bengt Nirje (2003) en normaliseringsprincip som blev vägledande för dessa människors vård och omsorg. Begreppet har definierats på många olika sätt men kan ses som ett medel och en process. Det statistiskt normala baseras på faktiska förhållanden, även om få människors levnadsvillkor motsvarar just det värde som anges som normalt. Det kulturellt normala är det de flesta säger att de borde göra, om de följer rådande centrala värderingar. Kulturella normer är abstrakta så till vida att de pekar på det ideala, och det är osäkert i vilken utsträckning människors faktiska handlingar överensstämmer med de kulturellt önskvärda. Vad som är normalt eller inte är en konstruerad dikotomisering. Var den åtskiljande gränsen sätts är godtyckligt och bestäms av rådande ideologier och kulturella värderingar.

Att införlivas i normaliserade villkor rör både psykiatrins patienter och andra marginaliserade grupper i samhället. Den psykiskt funktionshindrade har ofta vistats långa tider på institution, inom en auktoritär och hierarkisk organisation en miljö präglad av regler och förordningar. Samspelet mellan patienter och personal har en specifik karaktär, funktionell i detta sammanhang, vilket betyder att både personalen och patienterna är bärare av den kultur som kan sägas sitta i institutionens väggar.

Det som kännetecknar psykisk sjukdom är reducerad eller förlorad autonomi enligt Tranöy (1993). Ett paternalismiskt förhållningssätt till patienten är inte ovanligt inom psykiatrisk vård. Det eftersträvarsvärda är en svag paternalism. Det centrala i omvårdnaden är att bidra till återställd autonomi för patienten vilket i många fall är svårt med tanke på tvånget inom vården. I vardagslivet utgår vi från att människor runt omkring oss är autonoma. Detta förhållningssätt gör oss inte automatiskt autonoma. För psykiskt långtidsvårdade patienter är det en resocialisation till normala levnadsvillkor. Hur tydligt lagar än skrivs om vad som gäller, och hur väl avtal upprättas om förhållningssätt, så är gränsen mellan autonomt och icke-autonomt beteende svår att dra i det praktiska vardagsumgänget. Svag paternalism utmärker förhållningssättet i människovårdandet. Om detta är en trygghet eller risk för den enskilda människan som utsatt för den kan diskuteras.

Normalisering

Uttrycket "normalisering" står för att bringa något/någon i överensstämmelse med en viss norm, med det normala. Etymologiskt härstammar begreppet från ordet normal som betyder regelrätt; som överensstämmer med naturens ordning; som inte skiljer sig från vad som är vanligt (från vad som rimligen kan begäras eller väntas), som inte har sjukliga dispositioner, som är vid sina sinnens fulla bruk, (fullt) frisk i andligt avseende (Svenska Akademiens Ordbok, online).

Socialstyrelsen (2003) menar att psykiatireformens intention är att de psykiskt funktionshindrades levnadsvillkor ska normaliseras för att öka deras möjligheter att leva som andra i enlighet med den styrande trenden i västvärlden. Begreppet normalisering myntades 1959 av dansken Bank-Mikkelsen (1980) i diskussionen om levnadsvillkoren för personer med utvecklingsstörning. Senare utvecklade Nirje (2003) begreppet till att beskriva en process, inte ett mål. Enligt (Stenström-Jönsson, s.13, 1995) definieras begreppet:

"...människan skall ges förutsättningar att så långt det är möjligt leva ett självständigt liv på så lika villkor som möjligt jämfört med andra".

Normer som brukar tillskrivas normalisering är att alla har rätt till ett självständigt liv, att bo under hemlika former och att ha en meningsfull sysselsättning och meningsfull fritid. Man kan också uttrycka det så att alla har rätt att leva ett liv som liknar det liv personer i samma ålder utan funktionshinder förväntas leva. Förutom egen bostad och en social roll, som formas av att delta i arbetsliknande verksamhet, ingår i normaliseringen att personen får hjälp med, eller styrs till, en viss strukturering av vardagslivet, så kallad imiterad normalitet (Hansson & Svensson, 1998).

Begreppet är dock inte helt okontroversiellt Topor (1998), som förhåller sig kritisk till begreppet normalisering, hävdar att normalisering endast handlar om en yttre anpassning, det vill säga att patienten skall bli "lik" - lik oss, i en hemlik miljö med arbetsliknande sysselsättningar och vänskapsliknande relationer. Stenström-Jönsson (1995) däremot är mer positiv och menar att omsorgen om personer som uppfattas som avvikande, inriktas på att ge stöd för egna val i smått som stort. Detta stöd kan även vara att utveckla sidor som uppfattas som positiva av omgivningen, att likna andra avseende exempelvis uppträdande, klädsel, bostad, relationer med familj och andra man kommer i kontakt med.

Hansson och Svensson (1998) menar att det är alltför vanligt med ett alltför okritiskt anslutande till normaliseringssträvandena. De hävdar att det finns tre olika betydelser i ordet "normalitet": naturlig, vanlig eller normföljande och skiljer mellan åtgärdernas teknik och politik som ligger till grund för att påverka tillståndet. Om personer vilka uppfattas som avvikande ska integreras finns enligt Hansson & Svensson (1998) två tillvägagångssätt där tyngdpunkten antingen läggs åt ena eller andra hållet. Antingen ska avvikaren anpassas till det normala samhället, eller så anpassas samhället så att toleransnivån höjs. Idag är det den svaga gruppen som åläggs kravet att anpassa sig. Gemene man – de välanpassade – förväntas alltså inte göra någonting alls (Bergh 1998). Normalisering kan ske på olika sätt – antingen genom att den funktionshindrade personen uppträder mer normenligt eller genom att levnadsvillkoren "vanliggörs". Den senare inriktningen har varit den dominerande i Skandinavien medan den förra dominerat i de anglosaxiska länderna.

Syn på psykisk sjukdom/störning

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994, s. xxiii) menar att ingen definition klart slår fast gränserna för begreppet psykisk sjukdom/störning. Liksom många andra begrepp inom medicin och vetenskap saknas en konsekvent operationell definition som täcker alla situationer. I DSM-IV är varje psykisk sjukdom/störning beskriven som ett kliniskt signifikant beteende, psykologiskt syndrom eller mönster som uppträder hos en person, något som kan associeras till en närvaro av nöd eller oförmåga, eller ökad risk för lidande, död, smärta, handikapp eller förlust av frihet. Syndromet eller mönstret får inte enbart vara ett förväntat kulturellt svar på en specifik händelse, exempelvis en nära persons död. Vad som än är den ursprungliga orsaken till lidandet så måste den vid bedömning anses som en manifestering av ett beteende, en psykologisk eller biologisk dysfunktion hos personen. Härigenom slår DSM-IV fast att varken avvikande beteende av exempelvis politisk, religiös eller sexuell natur eller konflikter som primärt står mellan samhället och individen är psykisk sjukdom såvida inte avvikelsen eller konflikten är ett symptom på en dysfunktion hos personen.

I litteraturen finns från 1960- och 1970-talen beskrivet att formulerandet av definitioner (manualer) för psykisk sjukdom/störning enbart var metaforiska begrepp vars primära syfte var att reglera de socialt avvikande (Szasz, 1961, 1970; Sarbin & Mancuso, 1970; Scheff, 1984). För exempelvis Szasz (1961) var psykisk sjukdom en metafor som härbärgerade socialt värdeladdade omdömen om den avvikande individens beteenden. För filosofer som gett sig in i debatten har frågan framställts som en utmaning för moralteorin. Exempelvis Frankena (1973) menar att värderingar (gott och ont) grovt kan indelas i två kategorier: moraliska och icke-moraliska värden. Moraliska värden är de som indikerar rätt eller felaktigt mänskligt uppförande, exempelvis dygdighet eller synd, gott eller ont, obscenitet eller fromhet. Icke-moraliska värden är värden som indikerar kännetecknen på mänskligt lidande eller njutning som till exempel god mat, dålig musik, smärta och välbehag. När det gäller somatisk sjukdom är det svårt att peka på någon diagnos eller diagnostisk information som uppvisar moraliska värderingar utan diagnoserna är istället icke-moraliska till sin karaktär. Detta gäller inte vid psykisk sjukdom/störning där moraliska värderingar är vanligt förekommande.

Oavsett om det finns många anledningar att betona värdet av en allmänt vedertagen definition av psykisk sjukdom/störning så har de flesta sådana lite att göra med faktiskt nosologiskt beslutsfattande. Vad som däremot har att göra med nosologiskt beslutsfattande är åsikter om psykiska sjukdomars/störningars natur, inte deras definitioner utan en mer ingående uppsättning attribut: Hur de passar in i upplevelsen/erfarenheten av att vara människa, vad som orsakar dem, hur vi kan beskriva dem, och vad de innebär för den drabbade och dennes omgivning.

Existentiellt-fenomenologiskt perspektiv

Perspektivet utvecklades i framförallt Tyskland och Frankrike under 1900-talet. I Tyskland var bland de mest inflytelserika filosoferna personer som Edmund Husserl (1964), Karl Jaspers (1969; 1970; 1971), Martin Heidegger (1993) och Hans-Georg Gadamer (1994), och i Frankrike personer som Paul Ricoeur (1992), Jean-Paul Sartre (1994), och Maurice Merleau-Ponty (1995). Grunddragen i deras texter kom att utgöra basen för många efterföljande existentialistiskt-fenomenologiskt inspirerade psykiatriker och psykologer som till exempel May (1958) och Binswanger (1963).

En av hörnstenarna är det existentialistiskt-fenomenologiska perspektivets fokus på ontologisk "*situatedness*", dvs. hur jag placerar mig själv i förhållande till relationen med subjektet och objektet, eller självet och världen. Perspektivet är situerat inom subjektet och det subjektiva: Empati, tolkning och förståelse är till exempel den existentialistiskt-fenomenologiskt inspirerade vårdarens redskap. Detta innebär att fokus för den existentialistiskt-fenomenologiskt orienterade personen handlar om förståelse eller tolkning av situationen, dvs. perspektivet uppehåller sig inom det upplevande subjektet och hans/hennes relation med den "Andre".

Ett annat centralt utmärkande drag hos den existentialistiskt-fenomenologiskt orienterade vårdaren är tilliten till upplevelsen som ett bevis "*evidence*" för förståelsen. Dessa upplevelser är dock begränsade till de upplevelser som berör samtliga modaliteter av individens mentala liv, t.ex. upplevelser av den sociala världen, minnen, sensationer och aktiva tankar. Baserat på Husserl (1964) brukar dessa "*experience-as-evidence*" benämnas med termen intuition något som särskiljs från den vardagliga termen intuition som mer handlar om en vag känsla utan bevis (Wiggins & Schwartz, 1997).

En tredje mer metodologisk egenskap, handlar om att den existencialistiskt-fenomenologiskt orienterade vårdarens kunskapsbas framträder ur hans/hennes omedelbara upplevelse av den specifika patienten till skillnad från den naturvetenskapligt orienterade vårdarens kunskapsbas som härrör från samstämmigt observerade generaliseringar av grupper av patienter. Äkta kunskap är för den existencialistiskt-fenomenologiskt orienterade vårdaren beroende av kunskap om subjektet, inte av objekten i världen. Man kan säga att den existencialistiskt-fenomenologiskt orienterade vårdaren är subjektcentrerad hellre än objektcentrerad och perspektivet befinner sig på motsatt sida till naturvetenskapen vars epistemologiska "tro" är placerad i den yttre verkligheten av den objektiva världen.

Den fjärde distinktionen är relaterad till filosofisk antropologi, dvs. teorier om människan ur filosofisk synpunkt som en tänkande, besjälad varelse snarare än naturvetenskapens syn om människan som en psykobiologisk varelse. Hos den existencialistiskt-fenomenologiskt orienterade personen är psykologisk materialistisk förståelse marginaliserad om inte helt och hållet förnekad till förmån för en tradition karaktäriserad av idealism (Petitot och medarbetare, 1999; Spitzer, 1999).

Utifrån dessa exempel på existencialistiskt-fenomenologiska ståndpunkter blir det tydligt att en existencialistiskt-fenomenologiskt orienterad person förhåller sig kritiskt till den traditionella definitionen på psykisk sjukdom som företrädesvis är baserad på naturalism och realism och som denne ser som reduktionistisk och ibland även avhumaniserande (Churchill, 1998; Sass, 1992).

Socialkonstruktionistiskt perspektiv

Socialkonstruktionistiska tankegångar har på senare år haft en framskjuten plats inom socialpsykologin. Socialkonstruktionism har sitt ursprung i sociologin där den har använts mycket inom den systemiska traditionen. En diskurs, dvs. ett samlingsnamn för de infallsvinklar, sätt att resonera, frågeställningar som tillämpas inom ett visst område, tillhandahåller beteckningar för fenomen samt regler för hur de ska användas. Diskursen gör det möjligt att förstå fenomenet på ett specifikt sätt och därmed inte på andra sätt (Gergen 1990). Det individen uppfattar som kunskap och sanning är representationer som har sitt ursprung i socialt samspel människor emellan. Fokus har lagts på språket vid diskursivt orienterade analyser, dvs. språket tillhandahåller kulturellt betingade bestämningar som vi använder

när vi ska förstå oss själva och andra. Samtidigt är mänskliga relationer förutsättningen för att språket ska existera. Detta ger oss möjlighet att ifrågasätta vissa självklarheter som genomsyrar vardagstänkandet. Det innebär inte att vi enbart är offer för yttre påverkan. Det är individens föreställningar, om vem han eller hon är, som är i fokus. Dessa föreställningar bearbetas ständigt hos individen i hennes sociala sammanhang; de omvandlas, förhandlas, förstärks och undermineras (Magnusson, 2002).

Gergen (1990) är kritisk till klassifikationer av psykiska sjukdomar/störningar, vilket har sin grund i hans generella kritik av professionell psykiatri. Han menar att psykisk sjukdom/störning är sociala konstruktioner, inte fenomen som är härledda från klinikers intentioner utan istället från en social organisation som förstärker och patologiserar genom begrepp som påverkar kulturen negativt genom en slags uppfostran som förminskar människors kreativitet och sociala ömsesidiga beroende. Psykisk sjukdom/störning blir utifrån detta synsätt inget annat än begrepp som är skapade genom sociala processer. Begreppen är till sin natur nominalistiska, dvs. allmänbegrepp som inte betecknar något förutom de individuella tingen (Gergen och medarbetare, 1996).

Attityder

Att vårda personer med psykisk sjukdom/störning innebär att vårda personer som drabbats av en åkomma som till sin natur är både förvirrande och skrämmande för såväl den drabbade som dennes närstående (t.ex. Green, 1964; Schreber, 1988) på grund av att personen ibland upplever sig inte agera i överensstämmelse med sitt verkliga själv (Hellzén och medarbetare, 1998). Vårdarens inställning, attityd, till patienten kan förstås genom att vårdaren använder den traditionella bilden av psykisk sjukdom som referensram i relationen till patienten, en referensram som har sitt ursprung hos bland andra Kraepelin (1990) och Bleuler (1976) och som utgör grunden till diagnossystem som exempelvis DSM-IV (APA, 1994).

Enligt socialpsykologin kan tre komponenter ses i attityden: en kognitiv, en affektiv och en handlingskomponent, där den kognitiva komponenten står för de kunskaper som individen faktiskt har i en viss fråga, den affektiva de känslor han/hon hyser mot någon/något och handlingskomponenten hur personen faktiskt agerar (t.ex. Tornstam, 1984). I ett vård sammanhang kan de förstås som vårdarens syn på patienten (kognitiv komponent), de positiva och negativa känslor som vårdaren hyser mot patienten (affektiv

komponent) samt dennes sätt att vara och agera gentemot patienten (handlingskomponenten) varav den senare kan ses som en konsekvens av de två föregående. Överfört till ett psykiatriskt vårdssammanhang kan detta ta sig följande uttryck: Vårdaren upplever ofta attityden som motsägelsefull, dvs. han/hon ser på patienten som vilken annan människa som helst, om än bara som en person som råkat ut för en psykisk sjukdom (kognitiv komponent). Trots detta upplever vårdaren sig osäker och främmande inför patienten när denne exempelvis talar om sina upplevelser (affektiv komponent) och därför undviker vårdaren att ha en nära kontakt med patienten utan nöjer sig med en rutinmässig kontakt (handlingskomponenten).

Enligt Tornstam (1979) har attityden sin grund i existerande värden, där värdena är den underliggande orsaken medan attityden är resultatet av dessa värden (Rokeach 1973). Inom psykiatrisk verksamhet utgör klassificeringssystemet med dess diagnoser värdefundamentet som verksamheten vilar på (Pickering, 2005). Detta möjliggör en separering av patienterna från övriga samhället och en identifiering av dem som psykiskt sjuka varigenom vårdarna kan etikettera sig som tillhörande den "friska/normala" gruppen. Skillnaden mellan vårdare och patient, där den senare tillhör den underordnade gruppen, tydliggörs genom formuleringar av motsatser som exempelvis normal/onormal och överordnad/underordnad. Personen som lider av psykisk sjukdom beskrivs genom klichéer som exempelvis "manikern" eller "schizen" inte som en unik person (jämför Fanon, 1967).

Makt

Begreppet makt har beskrivits på olika sätt inom litteraturen. Exempelvis har Frankfurtskolan (kritisk teori) beskrivit makt som att offret för maktutövningens intresse kan vara helt motstridigt mot vad han ser det som något som gäller oavsett om offret är individ eller en social grupp (t.ex. Ardano & Horkheimer, 1972; Ardano 1973). Inspirerad av Frankfurt skolan menar Steven Lukes (1974) att makt är ett begrepp som är helt och hållet värdeberoende men essentiellt omtvistat, dvs. ett begrepp som inrymmer en oändlig argumentation om hur väl dess brukare använder sig av den. Han slår fast att makt är det samma som "makt över", vilket innebär att makt utövas av person A över person B där A påverkar B på ett sätt som strider mot person B:s intresse. "Makt över" kan både ses som öppen (*overt*) och maskerad (*covert*). Enligt Luke (1974) är maktutövning på ett öppet sätt beroende av ett tydligt svar, dvs. på en identifierad

intressekonflikt mellan personerna A och B, där person A:s framgång består i att få person B att göra något han/hon inte skulle göra annars. Maskerad makt, utifrån detta perspektiv, handlar om en makt som utövas inte bara i beslutsfattandet utan också genom person A:s underlåtenhet i "icke-beslutet" eller "icke-händelsen" som hindrar person B:s intressen att verkställas.

Michel Foucault (1980) ser däremot makt som strukturell och intimt sammanlänkad med kunskap men utan att vara riktad mot ett visst subjekt. I motsats till Frankfurtskolan ser han inte makt som något som utövaren besitter, utan han hävdar däremot att det intressanta är hur makten utövas, av en individ eller grupp (1977). Makt skall ses som en strategi och dess offer är en del i ett nätverk av maktrelationer där en särskild social matris dominerar. Maktstrukturen är, genom sin komplexa strategi, spridd inom hela det sociala systemet via ett hårfint nät. Foucault (1977) menar att makt aldrig kan manifesteras globalt utan den kan bara ses på ett lokalt plan som mikromakt (*micro-power*) och han betonar att makten inte är något som är lokaliserat till eller symboliserat av de högsta utan genomsyrar den sociala ordningen på ett sätt som innebär att även om den radikalt förändras så innebär inte förändringen i sig en självklar förändring av maktnätverket. Till skillnad från Lukes (1974) vill Foucault (1977) förstå hur det är möjligt för person A att påverka person B när det är godtyckligt *vem* person A egentligen är, dvs. subjektet i sig själv är en effekt av den historiska makt- och kunskapsöverföringen.

Även om relationen vårdare patient alltid är asymmetrisk (Friedman, 1983) så är den i litteraturen ansedd som viktig (Morrison & Burnard, 1991; Tschudin, 1995) och den verbala interaktionen mellan vårdare och patient beskrivs, tillsammans med de olika former av stöd som vårdaren erbjuder patienten, som den psykiatriska omvårdnadens hörnstenar (Dexter & Wash, 1997). Relationen mellan parterna handlar till stor del om att när en individ blir föremål för institutionsvård rivs han ur sin helhet varigenom personens identitet och integritet påverkas (Aagaard Friis, 1990). Vårdarens uppgift är att respektera patientens integritet vilket ställer krav på dennes känslighet. Relationen handlar inte bara om att vårdaren inte får agera på ett tanklöst sätt utan också måste visa känslighet så att han/hon undviker att inta en objektiviserande inställning till patienten och därmed undgå att se det moraliska som avslöjas för honom/henne i vård situationen (Vetlesen, 1993). Enligt Martinsen (1996) måste vårdaren vara sensitiv för patientens

lidande och använda sin empati för att uppnå en personlig förståelse för patientens situation.

Motiv för studien

Studiens motiv utgår från synen att psykiatriska patienter skall ses och upplevas som subjekt med egna behov av trygghet och respekt. Forskning visar att vårdare och patienter interagerar och är i en växelverkande samvaro med varandra (Hansebo 2000; Hellzén 2000; med flera). Eftersom vårdare befinner sig i en sårbar position gentemot sina patienter då de, ibland dagligen i sitt arbete, konfronteras med svårt sjuka, handikappade och aggressiva personer är det rimligt att anta att dessa dagliga möten påverkar dem och deras syn på patienterna. Rimligtvis är det också troligt att patienterna är beroende av sina vårdare och att vårdarnas attityder till psykiatriska patienter därför påverkar ineliggande patienters dagliga liv på vårdavdelningen.

Nya insikter som till exempel att alla negativa beteenden som patienten uppvisar inte alltid har sin grund i patienten själv samt insikten om vikten av vårdare-patient relationen och att vårdaren själv kan orsaka aggressivitet hos patienten genom sina vårdhandlingar (jmf Graneheim och medarbetare, 2001) har blivit en del av vårdarens referensram så tycks vårdarna i hög grad vara fastlåst i traditionen (Hellzen och medarbetare, 2003; med flera). Även om talet om vårdaren som patientens advokat och det ömsesidiga mötet här och nu lyfts fram som basen i omvårdnaden så tycks det som om det bara gäller när lugn råder på avdelningen/boendet. I den stund något oväntat och nytt inträffar tycks vårdarna i hög grad söka sig till olika typer av kustodiella lösningar (Enarsson och medarbetare, 2007).

När denna studie initierades fanns studier som antydde att vårdarnas attityd till patienten var central för den omvårdnad som gavs (Asplund & Norberg, 1991; Hellzén och medarbetare 2003; Hellzén & Asplund 2006; med flera). Däremot fanns få studier som försökte förstå *hur* attityden påverkade omvårdnaden. Tidigare studier (Hansson & Svensson, 1998; med flera) har visat att fenomenet normalisering är ett centralt begrepp inom psykiatrisk vård. Av den anledningen var det grundläggande forskningsantagandet att studera om vårdarna såg på patienterna utifrån grova förenklade stereotyper med ambitionen att avtäcka och belysa vårdarnas attityder genom deras och patienternas levda erfarenhet.

STUDIENS SYFTE

Studiens övergripande syfte är att belysa vårdares attityd till personer med psykiska symtom. Avhandlingen består av fyra delarbeten med följande specifika syften:

Delstudie **I** att undersöka om identifierade fyra typologier funna i en kvalitativ intervjustudie existerar i en större kvantitativ studie. Om så är fallet, är det möjligt att beskriva en struktur för vårdarnas attityder i relation till respektive typologi.

Delstudie **II** att med den kliniska bilden som utgångspunkt studera vårdarnas syn på ineliggande deprimerade patienter.

Delstudie **III** att klargöra patientens "inre" bild av sin historia, sitt nu och sin framtid samt vårdarens bild av samma patients historia, sitt nu och framtid.

Delstudie **IV** att belysa tidigare psykiatriska patienters upplevelser av att vara inlagda på psykiatrisk avdelning.

METODOLOGISK REFERENS RAM

Attityd är ett komplext och multidimensionellt fenomen som innehåller en mängd olika perspektiv. Ett sätt att få en inblick i fenomenet är att få tillträde till den individuella vårdarens livsvärld. Genom livsvärlden är det möjligt att tillägna sig en förståelse av fenomenet. Även om förståelsen av den mest vardagliga aktiviteten kan öka förståelsen av fenomenet är det viktigt att alltid bära med sig vetskapen om den mänskliga livsvärldens flexibilitet (Gadamer, 1994). Därför är det viktigt att skaffa sig inte bara så många utsagor som möjligt om fenomenet, utan först och främst är det en absolut nödvändighet för att erhålla ett djup i fenomenets innebörd. Avgörande för respondentens villighet och mod att berätta historier om sin attityd till och upplevelser av patienten är respondentens förtroende för intervjuaren.

Genom att skaffa sig kunskap om vårdarnas attityder till sina patienter i relation till patienternas upplevelser av att vara "utsatta" för dessa attityder och överensstämmelsen mellan de två presenterade bilderna kräver metoder som kan hantera med ett komplext och tvetydigt fenomen utan att förlora dess avgörande innebörd eller sluta upp i reduktionism. Reflektiv livsvärldsforskning (van Manen 1990; Dahlberg och medarbetare, 2001; Lindseth & Norberg 2004) är en sådan forskningsansats. Den reflektiva livsvärldsforskningen beskriver världen som den upplevs, och försöker inte förklara den genom olika teorier vars ambition är att finna förklaringar till den. Enligt Gadamer (1994) är innebörden i vardagens upplevelser ofta förkroppsligad något som ställer krav på att livsvärldsforskningen uppvisar en öppenhet och trohet till det fenomen som undersöks. Av den anledningen måste forskaren vända sig mot den upplevda världen med syftet att förstå fenomenet utifrån dess egna förutsättningar, istället för att ta dess innebörd för given (Husserl 1970a). En sådan attityd är inte enkel att uppnå då vår naturliga attityd innebär en tendens till att se på olika händelser eller objekt som om de redan har en mening (Husserl 1970b; Merleau-Ponty 1995). Oavsett om vi bara ser en del av fenomenet tror vi att vi omedelbart sett hela och har därmed hela bilden klar för oss. Därför kräver en reflektiv livsvärldsansats att forskaren lägger band på sin förförståelse på grund av att den, enligt Gadamer (1994), är strukturen som ger upplevelsen dess innebörd. Denna vetenskapliga aspekt av forskningen innebär att forskarens egen livsvärld blir till reflektionens fokus istället för

att utgöra en ouppmärksam del i forskningsprocessen. Som en konsekvens härav måste forskarens antaganden, teorier och andra former av tidigare kunskap om fenomenet hållas under kontroll.

Hermeneutiken handlar om en tolkningsprocess vars huvudtema är att innebörden av delen bara kan förstås utifrån den helhet den tillhör. Omvänt kan bara helheten förstås utifrån dess delar. Ricoeur (1991 p.53) definierar hermeneutik som '*the theory of operations of understanding in their relation to the interpretations of the text*', vilket innebär att huvudidén kommer att vara verkliggörande av diskursen som en text. Det är inte en uppgift för hermeneutiken att klargöra eller förstå berättarens avsikt (*the utter's meaning*), istället är dess uppgift att frigöra textens innebörd (*the utterance meaning*), vilket är föreställa sig, på ett dynamiskt sätt, tankens riktning som den öppnas upp av texten (Ricoeur 1976).

Vattimo (1997) menar att i hermeneutiken måste vi våga utmana våra egna grundsatser, och acceptera att det inte finns en enda fast grund - men att detta inte betyder vare sig godtycke eller individens oinskränkta möjlighet att tolka sin omvärld efter eget gottfinnande. Att omforma nya begrepp men förkasta idén om en given och stabil grund, utgör några av ingredienserna i det Vattimo (1997) benämner "*det svaga tänkandet*" och nödvändigheten att upprätta en ny bakgrund. Han omformulerar hermeneutikens betydelse, varvid han starkt betonar hermeneutikens nihilistiska innebörd. Nihilism är ett begrepp som kan låta negativt för många, men det är just nihilismen som öppnar upp för hermeneutikens möjligheter. Utgångspunkten är Nietzsches "*omvärdering av de högsta värdena*", dvs. hans antagande att det inte finns några fakta, bara tolkningar, vilket ironiskt också innebär en tolkning. I likhet med Heidegger (1993) menar Vattimo (1997) att det är nödvändigt att utgå från att det inte går att tala om universella sanningar, inte heller någon yttersta världsförklaring, en stabil grund som allt tänkande kan falla tillbaka på, dvs. ett antimetafysiskt tänkande.

MATERIAL OCH METOD

Det teoretiska perspektivet i denna doktorsavhandling, inom vetenskapsområdet hälsovetenskap, är omvårdnad med en samtidig fenomenologisk referensram. Fenomenologin bildar forskningsstrukturen, för studien i sin helhet och har genomförts med livsvärlden som ansats. Även om avhandlingens två första delarbeten genomfördes med en kvantitativ design så har dess fynd diskuterats utifrån en fenomenologisk referensram. Av den anledningen skall de kvantitativa studierna ses som en bred kartläggning av vårdarnas attityder till psykiatriska patienter i allmänhet med avsikten att leda forskarna på "rätt spår" mot en fördjupad förståelse och kunskap om vårdarnas attityd.

Som en övergripande design har föreliggande avhandling en hermeneutisk ansats vilket innebär att svaren på varje enskilt delarbets forskningsfråga kontinuerligt leder till nya forskningsfrågor som tidigare delstudier utgör grunden för, eller en förändrad förståelse inför kommande analys. Sammanfattningen av fynden i ett delarbete utgör inte bara en summering av ett delarbete utan skall ses som en fortgående rörelse i den hermeneutiska cirkeln. Den hermeneutiska cirkeln med dess pendling mellan helhet och delar, förståelse och ny förståelse, samt förklaring och förståelse kan tjäna som en sammanfattande struktur på avhandlingsarbetets design.

Studien består av vårdare som arbetar vid fyra psykiatriska kliniker på fyra olika sjukhus och sex kommunala psykiatriska gruppboenden i två kommuner i norra Sverige, tre inneliggande patienter från en vårdavdelning vid ett sjukhus samt tio, vid undersökningstillfället, utskrivna patienter, samtliga inom samma område. En översikt av de i studien ingående delarbetena kan ses i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av delstudierna i avhandlingen.

Delarbete	Kontext	Deltagare	Metod	Analysmetod
I Vårdares attityder till psykiatriska patienter	6 gruppboenden 6 avdelningar	160 vårdare	Frågeformulär med semantisk differentialteknik	Entropi- baserad Associations mätning
II Vårdares attityder till deprimerade patienter	10 avdelningar	155 vårdare	Frågeformulär baserad på en förutsättningslös brainstorming utifrån MADRS skalans 10 subskalor	Faktoranalys
III Vårdare och patienters bild av patientens historia, nu och framtid	1 avdelning	3 vårdare 3 patienter	Djupintervjuer med så kallad narrative picturing	Fenomenologisk hermeneutik
IV Patientens syn på och erfarenhet av psykiatrisk vård		10 tidigare patienter	Djupintervjuer	Innehållsanalys

Författaren (Lars Lilja) genomförde datainsamlingen tillsammans med en medarbetare (Marika Ördell) i delarbete **I**. I delarbete **II** insamlades all data av medarbetare (Maria Hellzén, IngBritt Lind). Intervjuer med vårdare, patienter och tidigare patienter i delarbetena **III** och **IV** genomfördes av författaren (Lars Lilja). Analysen av samtliga studier har genomförts i kronologisk ordning.

Kontext

Det första delarbetet (**Paper I**) bestod av sex kommunala psykiatriska gruppboenden i två kommuner som huvudsakligen härbärgerade personer som drabbats av långvarig psykisk sjukdom, och sex akutpsykiatriska vårdavdelningar för personer med olika diagnoser av akut psykiatrisk sjukdom inom en sjukvårdsförvaltning. De psykiatriska gruppboendena inkvarterade i snitt tolv brukare (patienter), med i medeltal 1.05 vårdare per patient (nattpersonal exkluderad). Två vårdare var huvudansvariga för varje brukares dagliga omvårdnad. Centrala delar i gruppboendets filosofi var att hjälpa och stödja de boende i deras dagliga liv med ett normaliseringsperspektiv som utgångspunkt för omsorgen. En psykiater genomförde sina "ronder" cirka en gång i månaden men ingen psykolog eller kurator var rutinmässigt kopplad till gruppboendet. Sjukhusavdelningarna rymde, i snitt, tio patienter och var bemannade med i medeltal 1.20 vårdare per patient (nattpersonal exkluderad). Två vårdare var huvudansvariga för varje brukares dagliga omvårdnad. Centrala delar i vårdavdelningarnas filosofi var att stödja och handleda patienterna i deras dagliga liv i kombination med olika typer av medicinsk behandling, vanligtvis farmakologisk behandling. En psykiater genomförde ronder två gånger i veckan och en kurator och en psykolog arbetade halvtid mot respektive avdelning.

Den andra delstudien (**Paper II**) bestod av (n=10) slumpmässigt utvalda psykiatriska avdelningar vid tre olika sjukhus i norra Sverige. Avdelningarna rymde i snitt femton patienter med olika psykiatriska diagnoser i akut skede. Bemanningen på respektive avdelning var, i medeltal, 1.20 vårdare per patient (nattpersonal exkluderad). Salarna/rummen var möblerade på ett traditionellt sätt och ingen patient ägde möblerna. Två vårdare var ansvariga för varje enskild patients dagliga vård. Centrala delar i vårdavdelningarnas filosofi var att stödja och handleda patienterna i deras dagliga liv i kombination med olika typer av medicinsk behandling, vanligtvis farmakologisk behandling. En psykiater genomförde ronder två gånger i veckan och en kurator och en psykolog arbetade halvtid mot respektive avdelning.

I den tredje delstudien (**Paper III**) valdes en vårdavdelning ut från en rehabiliteringsenhet för psykiatriska patienter på ett sjukhus i norra Sverige. Avdelningen rymde tio platser för unga personer, under 40 år, som led av olika typer av psykotiska sjukdomstillstånd vid en psykiatrisk klinik. Avdelningen var bemannad med 1.40 vårdare per patient (nattpersonal exkluderad). Rummen/salarna var möblerade så hemligt som möjligt och några av patienterna ägde några eller samtliga möbler i sitt rum. Två vårdare var ansvariga för varje enskild patients dagliga vård. En central princip i avdelningens filosofi var att hjälpa och stödja patienten i dennes dagliga liv, med psykoanalytisk teori som utgångspunkt för vården. Avdelningspersonalen hade under ett flertal år erhållit internutbildning och handledning som baserats på principer som utvecklats av bland annat Sandin (1986) och Belin (1987). En psykiater genomförde ronder två gånger i veckan och en kurator och en psykolog arbetade halvtid mot respektive avdelning.

Vårdare

Informanterna i de tre första delarbetena (**I-III**) i avhandlingen bestod av såväl psykiatrisjuksköterskor, sjuksköterskor utan vidare utbildning och behandlingsassistenter (mentalskötare) alla med god kännedom om patienterna. I studien har ingen hänsyn tagits till deltagarnas olika utbildningsbakgrund och de kommer därför fortsättningsvis att benämnas för "vårdare". I den första (**I**) och andra (**II**) delstudien deltog samtliga ordinarie vårdare. I den tredje (**III**) studien arbetade ingen av informanterna nattsift. I delarbete ett (**I**) deltog 160 vårdare, i delstudie två (**II**) deltog 155 vårdare och i delarbete tre (**III**) tre vårdare. Bortfallet i det första (**I**) delarbetet var 9,8 procent. I de andra två delstudierna (**II, III**) rapporterades inget bortfall. Karaktäristika hos vårdarna kan ses i tabell 2.

Tabell 2. Vårdarkaraktäristika

Delarbete	Variabel	Total	Slutenvård	Gruppboende
I	Kön (M/K)	42/118	29/69	13/49
	Ålder:			
	<20	6	2	4
	30–39	36	14	22
	40–49	53	20	33
	50–59	57	23	34
	>60	8	3	5
II	Kön (M/K)	62/93		
	Ålder:			
	<20		0	
	21-30		22	
	31-40		40	
	41-50		56	
	51-60		35	
	>61		2	
III	Kön (M/K)	1/2		
	Ålder:			
	35-50		3	

Patienter

I delarbete tre (III) inviterades tre patienter att delta i studien. Delarbete fyra (IV) bestod av tio tidigare patienter med tidigare erfarenhet från slutenvård, senaste slutenvårdstillfälle dock inte äldre än fem år vid intervjutillfället. Patienternas karaktäristika redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Patient karaktäristika i de olika delstudierna

Delarbete	Variabel		Diagnos (DSM-IV Nr.)*
III	Kön (M/K)	1/2	Psykos (295.90)
	Ålder:	23-28	BPD (301.83)**
	Tid på avdelningen (år)	1.5-2.0	
IV	Kön (M/K)	3/7	BPD
	Ålder:	32-64	Mood disorder
	Tid på avdelningen (år)	≥ 2-20	Psykos Aspergers sjukdom med eller utan tvångsmässighet Schizofreni, paranoid typ med drogmissbruk Ät- och personlighets- Störning Ångest och depression

*Diagnoser i studie IV i enlighet med informanternas utsagor

**BPD = Borderline personality disorder

Datainsamlingsmetoder

Ansatsen som användes för att avtäckta vårdarnas attityder till sina patienter. De två första delarbetena var kvantitativa (I och II). En kvalitativ ansats användes i de två efterföljande delarbetena (III och IV) för att uppnå en fördjupad kunskap och förståelse av vårdarnas upplevelser av den psykiatriska vården och patientens situation på avdelningen. Valet av metod och deltagarantal gjordes med avsikt att erhålla en fördjupad förståelse av givna vård på en akut psykiatrisk rehabiliteringsavdelning, med avsikt att undersöka hur attityderna påverkade vårdarnas syn på såväl patienterna som den givna vården samt patienternas uppfattning och upplevelser av vården och vårdarna. Genom att avsiktligt använda såväl en kvantitativ som kvalitativ ansats i avhandlingen erhöles möjligheten att få en ökad generaliserbar kunskap (I, II) och djupare förståelse av vad som kan påverka vården och synen på patienten (III, IV).

Frågeformulär

Två olika typer av frågeformulär användes i delstudierna ett (I) och två (II). Vårdarnas attityder till "sina" patienter utvärderades med hjälp av semantisk differentialskala (I) som utvecklats av Asplund och Norberg (1994). Semantisk differential teknik (SeD) är en metod för att kvantifiera den innebörd som är förknippad till ett identifierat fenomen, begrepp eller person genom en serie bipolära adjektivpar. Den använda skalan bestod av 57 bipolära adjektivpar med vars hjälp man skattade ett okänt antal dimensioner av vårdarnas attityder till en identifierad patient. Adjektiven var identifierade och utvalda utifrån samtal och intervjuer med erfarna vårdare inom demensvård (Asplund & Norberg, 1994). Motivet till att använda en skala framtagen för demensvård var att omvårdnadens fokus inom äldreomsorg och psykiatri är detsamma, nämligen patientens livskvalitet. Respondenten indikerar grad av överensstämmelse på en 7-gradig linjärskala där en markering i mitten indikerar en neutral uppfattning om den ställda frågan eller påståendet. Poängen för varje fråga beräknas och höga poäng visar på negativa attityder eller känslor för varje studerad fråga. Instrumentets homogenitetsgrad beräknades med hjälp av Cronbach alfa. I denna studie beräknades Cronbach alfa till 0,96.

I delarbete II användes en annan kvantitativ ansats. Denna gång användes en egenkonstruerad Likert-skala som baserades på slumpmässigt

utvalda vårdarens uppfattning och erfarenhet av deprimerade patienters kliniska bild. Instrumentet utvecklades i två steg: först fick en grupp av 30 slumpvis utvalda vårdare, som deltog i studiens båda steg, göra en förutsättningslös brainstorming om hur varje delskala (sänkt grundstämning, nedstämdhet, ångestkänslor, minskad nattsömn, minskad aptit, koncentrationssvårigheter, initiativlöshet, minskat känslomässigt engagemang, depressivt tankeinnehåll samt livsleda och självmordstankar) i Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale's (MADRS) (Montgomery & Åsberg, 1979) tog sig uttryck i patientens dagliga liv på vårdavdelningen. Syftet med detta steg var att erhålla så många utsagor om respektive delskalans uttryck som möjligt. Allt som allt resulterade detta steg i att totalt 574 påståenden erhöles. Samtliga vårdarna i detta steg av undersökningen överensstämde med de i studien satta inklusionskriterierna och representerade de tre sjukhusen som ingick i studien. Det faktum att samtliga tre sjukhus representerades i detta steg utgjorde beslutsbasen för att detta stegs respondenter kunde inkluderas i studiens andra steg.

I studiens andra steg, skapades ett självadministrerat frågeformulär i vilket respondenterna (n=155) markerade sin personliga överensstämmelse till vart och ett av de 574 påståendena som erhöles under studiens första steg. Varje påstående mättes med hjälp av en 5-gradig Likert-skala där ytterpolerna avgränsades av påståendena, "instämmer inte alls" och "instämmer helt", som gavs 1 respektive 5 poäng. Innan instrumentet sändes ut till vårdarna som inkluderades i studien testades de på en grupp erfarna vårdare (n=20) som inte ingick i studien. Resultatet av denna lilla förstudie visade att frågeformuläret var användbart och att det tog omkring 20 minuter att fylla i.

Semantisk differential teknik

Semantisk differential teknik har utvecklats av Osgood och medarbetare (1957). Tekniken bygger på idén om konnotativ mening, det vill säga en mätning av konnotativt färgade associationer som är unika för de kvaliteter som representerar en specifik term som kan ses som en aspekt av semantisk mening. Genom skapandet av bipolära par av adjektiv för mätning av associationsgraden hos det efterfrågade fenomenet, begreppet eller personen kan graden av överensstämmelse mätas hos respondenterna. Till skillnad från den vanligare Lickert-skalan skall varje par av adjektiv ses som en separat skala där ordparen utgör ramen för olika aspekter av det sökta fenomenet, begreppet eller personen i den semantiska rymden (Weinreich, 1972). Enligt Osgood och medarbetare (1957) består den

semantiska rymden av tre identifierade dimensioner: en utvärderande dimension, en kraft eller styrkedimension, och en aktivitetsdimension som alla är typiska för semantisk mening. Den utvärderande dimensionen representerar en "bra-dålig" eller "positiv-negativ" dimension, kraft eller styrkedimensionen representeras av jämförelsen av "styrka/strävhet" och "svaghet/bräcklighet" medan dimensionen aktivitet indikerar energin som är belägen i fenomenet, begreppet och personen. Detta innebär teoretiskt att det finns en given varians av dessa tre dimensioner. Praktiskt innebär detta att när man konstruerar ett frågeformulär som är baserat på semantisk differential teknik skall utvalda adjektivpar i olika grad fånga dessa tre semantiska dimensioner (Brown, 1972).

Forskningsintervjuer

I delstudie tre (III) och fyra (IV) insamlades data genom narrativa intervjuer (Mishler, 1986; Riessman, 1993; Kvale, 1996) med syftet att erhålla en beskrivning av den intervjuades livsvärld med avsikten att tolka vårdarnas attityd. Genom att man låter den intervjuade berätta om sin unika levda erfarenhet av sin livsvärld erhålls stimulerande, användbara och rika berättelser och beskrivningar av vårdares och patienters dagliga liv. Intervjuaren försöker uppnå förståelse utifrån den individuella vårdarens synvinkel (Mishler, 1986). I den narrativa intervjun används öppna frågor som designas på så sätt att de tillåter den intervjuade att rapportera så fritt som möjligt om sitt liv.

Genom konversation etableras en dialog mellan intervjuare och den intervjuade utifrån kunskap och en grundtanke om ett ömsesidigt intresse. Intervjupersonernas svar bestämmer intervjuens riktning och intervjuaren använder sig själv som redskap med avsikten att hjälpa den intervjuade att göra explicita utsagor med syfte och mål att fånga intervjupersonens idéer kring vårdarnas attityd så innehålls- och innebördsrikt som möjligt (Kvale, 1996). Genom användandet av så kallade "critical incident technique" hjälps intervjupersonen att fullfölja intervjuens konversationsansats (Polit & Hungler, 1999). Atmosfären i intervjusituationen är en viktig aspekt att ta hänsyn till för intervjuaren. Syftet är att skapa en livlig och fruktbar intervjusituation och därigenom skapa en situation där intervjupersonen kan känna sig trygg och så fritt som möjligt tala öppet om sina egna upplevelser och känslor (Mishler, 1986). Därför är ambitionen att vid varje enskilt intervjutillfälle söka en så lugn och ostörd miljö som möjligt.

Författaren transkriberade alla bandinspelade intervjuer. Den ordagranna transkriptionen validerades, det vill säga texten jämfördes med bandinspelningen och icke-verbal information, som förändringar i tonfall, suckar, skratt och tystnad, tillfogades de utskrivna intervjuerna.

Narrative picturing

Narrative picturing är en metod att medvetandegöra mänskliga upplevelser som de ses av den som upplevt händelsen. Intervjupersonen ses som den enda auktoritet som kan avgöra vad som är verkligt eller överkligt, bra eller dåligt, dvs. han/hon betraktas som den ultimata auktoriteten inom sitt eget universum. Genom att styra respondenten till att bildligt framställa ett fenomen och efteråt beskriva och berätta om det, omedelbart "som-om-det-finns där" framträder upplevelsen. En berättelse är i detta sammanhang en detaljerad beskrivning av en särskild levd erfarenhet, dvs. en episod i intervjupersonens liv. Berättelser kan stimulera till dialog och med avsikt att göra berättelsen mer "dynamisk" kan narrative picturing användas (Stuhlmiller, 1994).

Narrative picturing (Stuhlmiller, 1994; Stuhlmiller & Thorsen, 1997) omfattar olika metoder som utvecklats av terapeuter (t.ex. Gerbode, 1989) för behandling av patienter med olika former av traumatiska upplevelser. Metoden har visat sig vara effektiv genom att klienten projicerar upplevelser/episoder i bilden på ett sätt som de inte är medvetna om. Metoden sammanför personens upplevelse och förståelse av världen genom den mänskliga förmågan att skapa sig en föreställning eller att se med "sinnets öga", dvs. att återskapa prerefektiv eller prelingvistisk information (Samuels & Samuels, 1975). I proceduren ombeds intervjupersonen att sluta sina ögon och föreställa sig begreppet, bilden eller upplevelsen som efterfrågas. Senare, med ögonen öppna, dras intervjupersonen till scener utanför kroppen. Återigen med slutna ögon styrs personen till tankar, känslor, upplevelser och föreställningar som spontant avbildar deras upplevda eller fantiserade värld av förståelse. Genom att öppna upp det bildliga minnet tillåts fragmentariska, symboliska och känslomässiga upplevelser som delvis är levande eller dramatiska att bli återkallade. Genom att be intervjupersonen beskriva bilden kommer informationen att organiseras till personliga berättelser som kan användas som data vid en kvalitativ analys (Stuhlmiller, 1994).

Enligt Stuhlmiller och Thorsen (1997) består narrative picturing av följande sex steg:

Select - Välj "narrative picturing" som datainsamlingsmetod baserad på forskningsfrågan.

Direct - Rikta respondenten bort från dialogen mot en bildlig monolog genom att använda enkla och tydliga instruktioner. Avsikten är att tillåta betraktaren att fritt röra sig med sina egna tankar och känslor som guide.

Picturing - Avbryt, tolka eller granska inte respondenten medan han/hon formulerar bilden. (Avbildning kräver rymd och ostördhet).

Narrating - Berättandet inbegriper att forskaren ber respondenten att i detalj beskriva vad han/hon avbildat.

Explore - Utforska den avbildade informationen. När man är rimligt säker på att respondenten har avslutat berättelsen, fråga hur avbildningsupplevelsen var, vilket öppnar upp för en fortsatt utforskning av området.

Debriefing - Fråga respondenten om hans/hennes avbildningsupplevelse i samband med forskningssessionens avslutande uppsummering.

Vidare så blir den beskrivna bilden mer "verklig" när intervjupersonen blir påmind om lukter, färger och känslor som är kopplade till den specifika bilden. En berättelse förändras frekvent över tid medan en bild inte förändras i samma omfattning. Detta innebär att den berättade bilden utgör en mindre reflekterad och arrangerad berättelse än den berättade historien, dvs. bilden ligger närmare intervjupersonens levda erfarenhet och inre föreställning än berättelsen.

Metoder för analys av data

I denna avhandling har data analyserats såväl kvantitativt (statistiskt) som kvalitativt. De olika analysmetoderna redovisas nedan:

Statistisk analys

Associationer beräknades med hjälp av ett dataprogram mer känt som EMA (entropy-based measures of association) som utvecklats av Boris Lorenc vid Institutionen för statistik vid Stockholms Universitet (Lorenc, 2003) och faktor analys beräknades genom användandet av ett standarddataprogram (SPSS for Windows version 11.5).

Entropi-baserad associationsmätning

För att klargöra relationen mellan variablerna i frågeformuläret genomfördes i delstudie I entropi-baserad associationsmätning (Frank 1999; 2002) som kombinerades med strukturell plottning. För att kunna genomföra en sådan entropi-baserad associationsmätning behöver instrumentets variabler endast vara på den mest basala skalnivån, nominalskala, detta på grund av att associationerna baseras på sannolikheter. Entropierna studerar sannolikheter för en diskret variabels utfall på samma sätt som standardavvikelsen gör på en kontinuerlig variabel.

Faktor analys

För att klargöra relationerna mellan variablerna i ett frågeformulär användes i delarbete II faktoranalys som statistisk analysmetod. Faktoranalys identifierar underliggande variabler, eller faktorer, som förklarar mönstret av korrelation mellan ett antal observerade variabler. Faktoranalys är ofta använd för att reducera data mängder och identifiera ett mindre antal faktorer som kan förklara största delen av variansen som är observerad i mycket större antal manifesta variabler. Faktoranalys kan också användas för att generera hypoteser gällande kausala mekanismer eller för att avsöka variablerna inför kommande analys. För att belysa relationen mellan variablerna i studie II användes faktoranalys roterad med Varimax metod och Kaiser's normalisering. För att möjliggöra analysen bör skalnivån vara minst intervall beroende på att faktoranalys är baserad på variance (Kerlinger 1986). Enligt Andreasson (1993), är

faktoranalys en väl accepterad statistisk metod för att bedöma attityder även om data inte vanligtvis är på parametrisk nivå. För att kompensera för den dåliga precisionen hos instrumentet (ordinal skala), skall Spearman's korrelations koefficient användes för att rangordna data (r_{rho}) samt beräknas innan faktoranalys utförs. Om korrelations matrisen inte visar på ett större antal korrelationer lägre än 0.30 ($p=0.05$), tyder detta på att faktor analys är en lämplig statistisk metod (Hair och medarbetar, 1995).

Kvalitativ analys

För den kvalitativa analysen användes i delstudie **III** fenomenologisk hermeneutik och i delstudie **IV** innehållsanalys.

Fenomenologisk hermeneutik

I delstudie **III** analyserades och tolkades texten med hjälp av en fenomenologisk hermeneutisk analysmetod som inspirerats av Ricoeur (1976) och som utvecklats för tillämpning inom omvårdnadsforskning i Sverige och Norge av Lindseth och Norberg (2004). Tolkningen bildar en dialektisk process mellan textens helhet och delar, mellan förståelse och förklarande och mellan vad texten semantiskt talar om och vad den hermeneutiskt pekar mot, det vill säga att se något nytt i det som är givet med syfte att avtäckta en möjlig aspekt eller aspekter av individens vara i världen. Tolkningsprocessen består av tre faser: naiv läsning, strukturanalys och sammanvävd förståelse. Naiv läsning fångar och knyter samman textens innebörd som helhet inom sitt sammanhang, kontext. Texten läses igenom ett antal gånger och den ytliga förståelsen som vuxit fram anger riktningen i analysens nästa steg, strukturanalysen. Syftet med strukturanalysen är att förklara textens olika delar och validera eller invalidera den förståelse som erhållits vid den naiva läsningen. Genom en variation av kritiska förklaringar av textens olika delar, utvecklas och fördjupas förståelsen. Undan för undan kommer en sammanvävd förståelse av vad texten pekar mot att erhållas, en sammanvävd förståelse som är baserad på forskarens förförståelse, naiva läsning, strukturanalys och relevant litteratur.

Innehållsanalys

Intervjudata från delstudie **IV** analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Såväl textens manifesta och latent budskap studerades genom olika analyssteg. I det första steget, lästes intervjumaterialet igenom samtidigt som de ljudband som de utskrivna intervjuerna härstammade från genomlyssnades med syftet att

validera utskrifterna och få ett första intryck av textmaterialet. I det andra steget, sorterades texten med hänseende till dess innehåll. I det tredje steget, genomfördes en öppen kodning utifrån dessa identifierade områden, det vill säga meningsenheter identifierades, kondenserades och etiketterade. En meningsenhet kan bestå av en mening, ett antal meningar eller stycke som står i relation till sitt innehåll. Koder med liknande innehåll sorterades till kategorier (Burnard, 1991; Graneheim & Lundman, 2004). En kategori svarar på frågan "Vad" och kan identifieras som det manifesta budskapets "röda tråd" som den framträder genom koderna (Krippendorff, 1980). Med syfte att belysa upplevelsen av studiens sökta fenomen reflekterade forskarna över varje funnen kategori med avsikt att finna dess latenta budskap. I analysens sista steg, formulerades teman för att belysa upplevelsen av det sökta fenomenet. Ett tema svarar på frågan "Hur" och skall ses som det underliggande (latenta) budskapets "röda tråd" som det framträder genom koderna och kategorierna på en tolkande nivå (Graneheim & Lundman, 2004).

I delstudie **III** baserades tolkningen av fynden på en tematisk analys medan fynden i delstudie **IV** tolkades utifrån en analys i två steg; först utifrån funna kategorier och i ett andra steg utifrån identifierade teman.

Etiska överväganden

Studierna (I, III, IV) har samtliga blivit prövade och godkända av Medicinska fakultetens etiska kommitté vid Umeå Universitet medan studie II har prövats och godkänts av den lokala etiska kommittén vid Mittuniversitet i Sundsvall. Samtliga delstudier inleddes med att såväl muntlig som skriftlig information gavs till samtliga deltagare som respektive delstudie avsåg att studera, det vill säga vårdare (I, II, III) och patienter (III, IV). Informationen avsåg frivilligheten att delta i studierna, att konfidentialitet garanterades och att deltagarna i största möjliga utsträckning skulle hållas anonyma, samt att respondenten kunde avbryta sitt deltagande i studien, utan att förklara sin avsikt eller sitt syfte, närhelst han/hon så önskade. I delstudie (III) och speciellt i delstudie (IV) har forskarens insamling av data vilat på öppenhet och sökande efter den andres annanhet (the other's otherness) vilket innebär att stor försiktighet har från forskarens sida lagts på en strävan att möta respondenten med respekt. En sådan inhämtning av data bevarar patientens värdighet på grund av att det är forskarens ansvar att sätta sig in i de tankar och känslor som finns bakom respondentens ord och handlingar.

Frågan om intervjun kan orsaka respondenten lidande har noggrant övervägts i denna studie. Det etiska problemet består i risken för att värdesammanbrott kan uppstå i presentationen, är risken, obehaget eller integritetsintrånget som undersökningen medför acceptabel i relation till studiens vetenskapliga vinst? Svaret på frågan är ja, även om minnen och tankar kan ha väckts och orsakat lidande hos den enskilde respondenten. Som ett exempel på ett sådant tillfälle sa en av respondenterna i en av studierna (III):

"Jag känner mej fångad... jag kan inte komma iväg. Det är som det var hemma hos mamma och pappa... dom (vårdarna) hindrar mej, frågar ut mej... frågar och frågar och vanligtvis så blir jag upprörd och förbannad... Jag blir förvirrad av deras idiotiska frågor. Vad spelar det för roll för dom? Jag är instängd... jag känner mej som om jag var fångad i en bur, inte en bur med järngaller utan i en mänsklig bur... med människor som står i vägen för mej..."

Genom samtliga intervjuer (III, IV) har ambitionen varit att lägga stor vikt vid sensitiviteten hos forskaren för att undvika att respondenten skall hamna i situationer där han/hon känner sig pressad att berätta mer än han/hon önskar göra. Det fanns under samtliga intervjuer (III, IV) en beredskap hos forskaren att avbryta intervjun om denne bedömde den pågående intervjun som oetisk att fortsätta eller om den intervjuade ville avbryta den pågående intervjun.

Etiska överväganden är något som forskaren kontinuerligt måste konfronteras med under hela forskningsprocessen. I de två kvantitativa studierna (I,II) förelåg alltid en risk att skattningarna väckte känslor och tankar till liv hos respondenterna eller i den första studien (I) att svaren ledde till skuld-känslor hos personen som dessa genomförde skattningen. Den ovan citerade utsagan från en av respondenterna i delarbete III kan framstå som ett exempel på en situation där intervjuaren måste visa försiktighet och vara sensitiv för den intervjuades välbefinnande på grund av att situationen snabbt kan utvidga sig och bli plågsam för patienten. I en sådan situation bör forskaren, även om den intervjuade personen har accepterat att bli intervjuad och givit sitt informerade samtycke överväga att ta en paus i intervjun och därigenom erbjuda intervjupersonen en möjlighet att återhämta sig från den uppkomna situationen.

Intervjuaren kan inte heller i förväg veta hur intervju-sessionen skall utvecklas. Även om samtliga intervjuade patienter uttrycker lidande i sina historier har samtliga någon gång under intervjun spontant uttryckt att de upplevt intervjun som positiv. Detta påminner om Kvaless (1996) utsaga att en växelverkan skall uppstå mellan vad respondenten ger uttryck för under intervjun och vad denne får ut av att samarbeta med forskaren under intervjusituationen.

Den narrativa intervjun är inte bara en användbar metod för att låta respondenten komma i kontakt med sin oreflekterade kunskap, det är också en intervjustrategi som riskerar att väcka nedtryckta minnen och känslor till liv och som kan upplevas som obehagliga eller till och med plågsamma. Enligt Pearls (1969), så kommer den intervjuade i ett terapeutiskt samtal att instinktivt hålla tillbaka eller blottlägga sådana minnen för terapeuten. Fagan och Shepherd (1970) hävdar att viktiga händelser i livet behöver artikuleras och blottläggas, och detta sätt att arbeta med sådana minnen är mycket viktigare för individen än han själv tror.

Det är därför viktigt att intervjuaren är sensitiv till ett nära samspel med den intervjuade, ett samspel som grundläggs i intervju-sessionen och som inte missbrukar det förtroende som den enskilde respondenten har investerat i intervjuaren. Intervjuarens förmåga till här-och-nu relationer är därför en fundamental förutsättning för intervjusituationen och utvecklas kontinuerligt genom en omfattande integration av lärande och erfarenhet. Detta ställer krav på forskarens etiska känslighet och hans eller hennes ansvar att agera korrekt utifrån denna känslighet. Som en ytterligare säkerhetsåtgärd kontaktades intervjupersonerna, såväl vårdare som patienter, efter datainsamlingsperioden med avsikt att få ett intryck av deras välbefinnande.

Sammanfattningsvis var det stora etiska problemet i denna studie den känsla av sorg, skam och skuld som växte fram under intervjuerna. Än en gång, genom att vara sensitiv till den individuella respondentens reaktioner försökte intervjuaren att skydda varje enskild deltagares integritet. Denna typ av projekt kan ses som en typ av djupinlärning som leder till inte enbart en transformation och integration av medvetenhet, förståelse och eftertänksamhet utan också till möjligheten till existentiell kris i form av känslor av skam, skuld, hopplöshet och maktlöshet.

RESULTAT

Delstudie I

Syftet med delstudie I var att med hjälp av semantisk differential teknik undersöka om de fyra typologier som identifierats i en kvalitativ intervjustudie existerar i en större kvantitativ studie. Om så är fallet, är det möjligt att beskriva en struktur för vårdarnas attityder i relation till respektive typologi.

Statistisk analys, entropi-baserade associationsmätning, avslöjade att de fyra typologierna som upptäckts i en tidigare kvalitativ intervjustudie existerade i denna kvantitativa studie. Vad det gäller två av typologierna (god och ond) kan vi med säkerhet säga att de existerar på grund av deras starka associationsstyrka. De övriga två typologierna (tokig och osynlig) uppvisade en lägre associationsstyrka varför säkra utsagor om dessa inte kan göras.

När varje typologi undersöktes närmare visade det sig att det var möjligt att identifiera grupperingar av adjektiv som uppvisade ett mönster av vårdarnas attityd till sina patienter.

Typologin "god" karaktäriserades av två adjektiv (oproblematisk och tillitsfull) som stöds av fem andra adjektiv (varm, mild, mjuk, snäll och god). Typologin "tokig" karaktäriserades av adjektivet (förvirrad) omsluten av tre adjektiv (dum, inkompetent och okunnig) som associerar till adjektivet "förvirrad". Typologin "osynlig" uppvisade en starkare grad av association än den föregående typologin. Den karaktäriserades av ett adjektiv (isolerad) som omges av fyra adjektiv (passiv, apatisk, tyst och avvisande). Typologin "ond" slutligen uppvisade en starkare grad av association än typologierna "tokig" och "osynlig" men en lägre grad än typologin "god". Denna typologi karaktäriserades av ett adjektiv (aggressiv) som omslötts av fem adjektiv (opålitlig, hård, grym, opålitlig och problematisk).

Delstudie II

Syftet med delarbete II var att med den kliniska bilden som utgångspunkt studera vårdarnas syn på inneliggande deprimerade patienter. För att uppnå studiens syfte fick vårdarna anta en bestämd uppfattning om sin syn på patienter med depression genom att använda ett välkänt och ofta använd klinisk skala (MADRS). Studien startar med ett kvalitativt angreppssätt med syftet att förstå den kliniska bilden av varje delskala på MADRS. Därefter ändrar studien fokus till en kvantitativ ansats för att undersöka om fynden från studiens kvantitativa del kan valideras i en större population. För att uppnå en djupare förståelse av den kvantitativa delen flyttades fokus från vårdarens upplevelser till patientens upplevelser genom att identifierade faktorer struktur analyserades vilket möjliggjorde en reflektion och diskussion utifrån ett kvalitativt perspektiv baserat på en teoretisk referensram som utgick från fenomenologisk psykologi.

För att kunna identifiera en faktorstruktur, dvs. en latent struktur för inneliggande deprimerade patienter måste olika statistiska beräkningar genomföras. Analysen resulterade i att fem faktorer kunde identifieras, vilka tolkades att handla om vårdarens upplevelse av patientens ångestnivå (faktor 1), sinnesstämning (faktor 2), hämningsgrad (faktor 3), interaktion med andra (faktor 4) och grad av anspänning (faktor 5). På basis av denna tolkning kunde en faktorstruktur definieras och förstås. De identifierade faktorerna tolkades, omvandlades och etiketterades till teman. För att uppnå en kvalitativ sammansmältning av vårdarnas "bild" eller innebörd av den deprimerade patienten som en person studerades varje enskild faktor med dess ingående variabler. Beräkning av sambandet mellan de ingående variablerna genomfördes och resultatet tolkades utifrån ett fenomenologiskt perspektiv. Resultatet visade att den deprimerade patienten upplevde känslor av *förintelse, alienering, trötthet, tomhet och ansatthet*.

Det fenomenologiska perspektivet riktar ljuset på patientens användande av negativa copingstrategier. Samtliga identifierade teman indikerar att användandet av dessa strategier medför en ökad risk för patienten att distansera sig från omvärlden, dvs. riskerar att ha en negativ inverkan på patientens hälsa. Studien visar att det är möjligt att utifrån

vårdarnas medicinska syn på den deprimerade anta en fenomenologisk ansats vilket bättre svarar an mot en multifaktoriell orsaksförklaring till depression än ett traditionellt medicinskt perspektiv.

Delstudie III

Syftet med delstudie **III** var att klargöra och belysa patientens "inre" bild av sin historia, sitt nu och sin framtid samt vårdarens bild av samma patients historia, nu och framtid. När vårdare och patienter intervjuades framkom en tydlig skillnad mellan parternas syn på patientens historia, nutid och framtid.

Enligt patienternas berättelser framgår att innebörden av att vara patient på en rehabiliteringsavdelning för yngre personer som drabbats av psykossjukdom kan förstås som att vara en ensam person med tidigare upplevelser av stora yttre krav och med en stark längtan efter relation. Tiden på vårdavdelningen karakteriseras av en överordnad känsla av ofrihet. I sin relation till sina kontaktmän (vårdare) uttrycker patienten känslor och upplevelser av maktlöshet och att inte anses som pålitlig. De upplever också att vårdarna ser som sin huvuduppgift att uppfostra patienterna. Enligt patienterna är målsättningen att få komma ut från sjukhuset och få leva sitt eget liv vilket innebär för patienten att ha ett eget hem och fatta egna beslut.

Innebörden av att vara vårdare för dessa patienter kan förstås som att ge omvårdnad till en person som kännetecknas av en historia av ensamhet, dvs. en person som har blivit övergiven och vars liv utmärks av rädsla och svek från tidig barndom till vuxenliv och genom den tid som de är tillsammans deltar vårdaren aktivt i patientens återhämtningsprocess. Ett tydligt mål för patienten, enligt vårdaren, är att bli en hel person genom att utveckla sina färdigheter och öka sin teoretiska kunskap. Detta mål kan emellertid inte uppnås utan att han/hon frigör sig från sina föräldrar och sin familj genom att skapa och etablera nya relationer.

Inkongruensen mellan de båda gruppernas bilder av patientens historia, nu och framtid antyder att det finns en risk att vårdarens bild döljer patientens unikheter vilket kan blockera vårdarens förmåga att se någon mening i patientens agerande på vårdavdelningen.

Delstudie IV

Syftet med delarbete IV var att belysa före detta patienters upplevelser av att vara inlagda på psykiatrisk avdelning. Studien visar att de tidigare patienternas beskrivningar av sina upplevelser kan sammanfattas och belysas i fem teman:

(1). *Att bli sedd som en sjukdom*

Upplevelsen av att bli sedd som en sjukdom kan förstås som en konsekvens av att den psykiatriska vården utgår från ett medicinskt paradigm. Denna upplevelse kan beskrivas utifrån två perspektiv: den fysiska miljön och den farmakologiska behandlingen.

Att tvingas tillbringa sin tid på en sjukhusavdelning innebär att man lever i en miljö som kännetecknas av, inte bara en kylig yttre verklighet, utan också en stängd och tom miljö. Samtliga informanter var överens om att ny och mer hemlik inredning inte löste det övergripande problemet - ensamheten. Mest efterfrågat i vår studie var ett eget revir som man vid behov kunde dra sig undan till samt ett möte med en medmänniska, en person som man kunde lita på och samtala med istället för som nu enbart erbjudas farmaka per os. I och för sig har informanterna inte något emot läkemedel men det borde ges utifrån patientens egna behov och önskningsar och i rimliga doser. Ibland är det bättre att vänta med medicinsk behandling och när den skrivs ut alltid sträva efter optimal minsta dos som alltid skall kombineras med samtal. Det senare på grund av att samtalet är ett sätt att öva upp, öka och förbättra minnet enligt våra informanter.

(2). *Att sträva efter kontroll i ett främmande görande och ont sammanhang*

Att sträva efter kontroll i ett främmande görande och ont sammanhang beskrevs utifrån tre olika perspektiv: coping strategier, anpassning och solidaritet.

Att leva tillsammans med svårt sjuka personer upplevdes inte vara lätt. En informant uttryckte det som "att vara i helvetet". Detta hanterade patienten vanligtvis genom att vara besvärlig för personalen, vilket var ett sätt att kämpa för sin identitet. Ett annat sätt att hantera tiden på avdelningen var att bruka olika copingstrategier varav den mest vanliga var att sova bort tiden. Andra sätt som identifierades i intervjuerna var att måla, dikta eller spela olika instrument. Ibland tog patienten hjälp av en

vårdare för att komma bort från den melankoli som tiden på avdelningen innebar. Den hjälp som vårdaren gav bestod i att de spelade olika spel tillsammans, schack, kortspel etc.

Det vanligaste sättet att hantera sin tid på avdelningen var dock enligt våra informanter anpassning som innebar att man i stort sätt gav upp. Denna överlevnadsstrategi var enligt våra informanter det vanligaste men också det farligaste sättet då man genom anpassningen riskerade att bli totalt uppslukad och förlora den egna identiteten genom att helt gå upp i patientrollen.

Enligt vår studie fanns en osynlig hierarki bland patienterna. Vissa hade mer makt än andra och det var inte ovanligt att dessa, de mäktiga, inte bara hade makt över sina medpatienter utan också makt över personalen. Vanligtvis handlade detta om aggressiva patienter som använde sin aggressivitet till att få igenom sina önskningar. Det är också tydligt att patienterna ofta är helt utlämnade till sig själva och varandra på grund av att personalens frånvaro och ointresse. Frånvaron skapar dock en solidaritet mellan patienterna där dessa hjälper och stöttar varandra genom samtal och debriefing igenom svåra stunder.

(3). Att duka under för en repressiv vård

Upplevelsen av att duka under för en repressiv vård kan förstås som en konsekvens av den traditionella psykiatriska vården som i huvudsak baseras på ett medicinskt paradig. Upplevelsen kan förstås utifrån två perspektiv: väntan och distans.

Tiden på avdelningen beskrevs som händelselös, som förvaring. Som inneliggande patient isoleras man från det övriga samhället, andra personer och blir lämnad ensam bland olika personer med olika diagnoser och i olika stadier av sjukdom. En del av informanterna såg detta som en medveten psykiatrisk strategi, ett sätt att passivisera "friskare" patienter genom att låsa in dem på en vårdavdelning till en tillvaro utan mål, till enbart väntan.

Under intervjuerna blev distansen tydlig mellan vårdare och patienter. Vårdavdelningens kultur kräver att patienterna lär sig de outtalade regler och osynliga gränser som finns på avdelningen. Enligt våra informanter upplevs reglerna som meningslösa och deras enda uppgift var att bevara distansen mellan vårdare och patienter. Att vara patient innebär att

transformeras från en unik person till en del av ett kollektiv där identiteten är nära förknippad med personens beteende. Vården är kollektiv och fokuserar oftast på att förändra patientens uppförande vilket i sig leder till en kollektiv vård. En integrerad del i denna vård är enligt våra informanter personalens bruk av eller hot om tvång.

(4). *Att möta en allvetande härskare*

Att vara inskriven på en psykiatrisk vårdavdelning innebär att man som patient befinner sig i en verklighet där man måste lita på en läkare som beskrivs som en allvetande härskare.

Enligt informanterna leder läkarens allmäktighet till en situation som innebär att han inte lyssnar på vad patienten har sagt. Istället för att läkaren lyssnar på och samtalar med patienten som vill få råd om hur hon skall hantera sitt liv får hon recept på läkemedel.

Patienterna berättar om sin längtan efter att få prata med doktorn men möts av en verklighet där de inte tillåts göra detta. Ett skäl till att få samtala är att läkaren besitter makten att ge patienten en diagnos och utifrån denna skissa en behandlingsstrategi för henne. I studien framkommer dock att diagnosen ofta enbart är en tillfällig lösning då problemet är att etiketten alltid finns där, aldrig upphör. Som patient betonas det att man vill mötas med respekt från läkarens sida men så är inte fallet. Istället upplever informanterna att man blir överkörd av läkaren, vilket leder till känslor av att man saknar värde.

(5). *Att uppleva vården som ett ljus i mörkret*

Vården är emellertid inte alltid negativ. Ibland kan den ses som ett ljus i mörkret. Att vara patient ger personen en möjlighet till vila och skyddar henne från sig själv. På vårdavdelningen får patienten känna trygghet och får tid till återhämtning.

En viktig del i patientens välmående är den ömsesidighet som växer fram mellan enskilda vårdare och patienter, det vill säga den form av vänskap och närhet som växer fram ur relationen mellan vårdare och patient i det dagliga livet på avdelningen. Informanterna betonar att när skillnaden minimeras eller försvinner mellan dem kan de skratta tillsammans vilket hjälper patienten att se den ljusa sidan av livet.

DISKUSSION

I denna avhandling framstår vårdarnas attityder till sina patienter i ljuset av varje delstudie. I delstudierna **I-III** framkommer attityderna explicit medan de i delstudie **IV** framträder implicit via patienternas utsagor om hur det är att bli vårdad på psykiatrisk vårdavdelning. I delstudie **I**, genomfördes en undersökning av vårdarnas attityd till samtliga ineliggande patienter i såväl en akut psykiatrisk som i en kommunal kontext. I studien framkom att patienterna kunde indelas i fyra grova typologier, god, tokig, osynlig och ond. Delstudie **II**, som tog sin utgångspunkt i en specifik diagnos, depression, visade att vårdarna färgades av diagnosen då de i huvudsak bedömde patienten utifrån dennes kliniska bild. I delstudie **III**, var avsikten att studera överensstämmelsen mellan patienten och vårdarens syn på patientens liv. Studien visar med tydlighet att vårdaren till stora delar är fastlåst vid schablonbilder av patienten. Delstudie **IV**, visar att patienterna utsätts för ett subtilt förtryck av vårdarna samt vårdarnas tendens till ett konformt förhållningssätt.

Under projektets gång blev fenomenet normalisering synliggjort och tydligt. Med andra ord, innebörden i fenomenet normalisering har gradvis vuxit fram genom studiens hermeneutiska design. Varje delstudie har givit upphov till nya frågeställningar där varje studie utgör ett tillskott till eller leder till en förändring av förståelsen till nästkommande delstudie. Som ett resultat av denna process öppnas det upp för nya insikter som belyser innebörden av vårdarnas attityder. I delarbetena **III** och **IV** framkom successivt vikten av fenomenet normaliserings betydelse för att förstå vårdarnas attityder i ett psykiatriskt kontext.

Normalisering som begrepp finns beskrivet i exempelvis psykiatriutredningen (Psykiatriutredningen 1992). Denna studie visar att begreppet har två sidor: en sida som lagstiftaren lyfter fram och beskriver och en annan sida som brukas i praxis. Ideal och realitet är inte alltid kongruenta med varandra, vilket har beskrivits i många olika sammanhang exempelvis av Löchen (1976). När det gäller fenomenet normalisering utgör detta inget undantag. I normaliseringens ideal ligger personens rätt till ett självständigt liv, att bo under hemlika former och att ha en meningsfull sysselsättning och meningsfull fritid (Socialstyrelsen, 2003) liksom hjälp med, eller styras till, en viss strukturering av vardagslivet (Hansson & Svensson, 1998). Fenomenet handlar alltså till stora delar om integration.

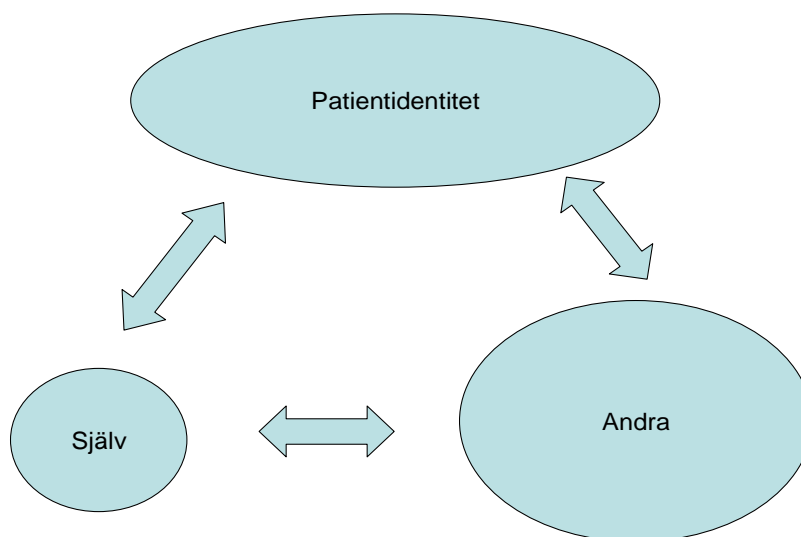
Integrationen kan ses på två sätt, antingen genom fokus på anpassning av individen till det "normala" samhället, eller anpassning av samhället till individen dvs. en höjning av samhällets toleransnivå. Realiteten är dock att det är den svaga gruppen som åläggs kravet att anpassa sig (Hansson & Svensson, 1998).

Foucault (2004) ser på fenomenet normalisering som en delkomponent i den strukturella makt som samhället skapat för att bevara homeostasen i samhället. Under historien, beskriver Foucault (2006), har avvikaren, "*the abnormal*", hanterats på olika vis och sammanställer olika strategier att betrakta avvikaren på under tre rubriker: "*the human monster*" (1500-1600-talen, gäller ett fåtal, bestraffas, tortyr), "*the abnormal individual*" (1700-talet, antalet individer ökar som låses in, arbete, uppfostring) och "*the masturbator*" (1800-talet, antalet individer ökar ytterligare och de medikaliseras). Foucault visar att i takt med det medicinska intåget inom psykiatrin ökade antalet identifierade avvikare. Samma tendens kan ses i klassificeringen, exempelvis DSM-systemet, av psykiska sjukdomar/störningar. Tendensen är en ständig ökning av antalet diagnoser (APA, 1994). Inom den moderna psykiatrin, som växte fram under 1800-talets andra hälft, kom fenomenet normalisering intimt att sammankopplas med patienten. Foucault (2004) använder och ser begreppet "*the power of normalization*" som en central komponent när det gäller den institutionella psykiatriska vården, ett begrepp som har resulterat i den psykiatriska institutionens tolkningsföreträde över patienten.

Normaliseringsmakten handlar enligt Foucault (1977) om en subtil form av makt som blidligt talat invaderar oss genom språkets distinktioner och binära motsatser som exempelvis rationell/irrationell, normal/onormal, och tillräknelig/vansinnig samt genom individens medvetenhet om sig själv som subjekt. Denna form av strukturell makt kan inom psykiatrisk kontext tolkas som en sorts övergrepp och förtryck som riktas mot patienterna, ett förtryck som förstör patientens dagliga liv.

Schematiskt kan framväxten av bilden av patienten förstås utifrån att en obalans råder mellan patientens syn på sig själv (*self*) och andra (*other*). Den andres syn på patienten dominerar genom att den är en produkt av strukturell makt som genomsyrar hela kulturen och som därigenom påverkar patientens identitet i högre grad än den egna bilden Foucault (1977; 2006). Detta medför att patienten kommer att se på sig själv som i

huvudsak patient och avvikare. Figur 1 nedan beskriver obalansen mellan själv och andra i patientens identitet.



Figur 1. Schematisk bild av patientens identitet

Identitetskänslan är viktig för styrkan och värmen i våra relationer till andra människor, grannar, medlemmar i samma grupp, medborgare eller trosfränder. Gruppidentitet stärker våra gemensamma band, får oss att göra uppoffringar för varandra och lyfta blicken från våra egocentrerade liv. Gemensam identitet i ett samhälle kan förbättra livskvaliteten för alla berörda och känslan av tillhörighet ses som en tillgång (Putnam, 2000). Lika viktigt som det är att förstå detta faktum är det att inse att känslan av tillhörighet utestänger vissa människor samtidigt som det omfamnar andra. Det välintegrerade samhället där medborgarna frivilligt och solidariskt gör fina saker för varandra kan också vara det samhälle där människor gör det motsatta. Utestängandets olycka kan lätt gå hand i hand med tillhörighetens fördelar (Sen, 2006).

Ibland kan en klassificering som är svår att rättfärdiga få fäste genom sociala arrangemang. En social handling kan "skapa en skillnad där det förut inte fanns någon" och "social magi kan förvandla människor genom

att upplysa dem om att de är annorlunda". Med andra ord skapar den sociala världen olikheter helt enkelt genom att beteckna dem (Bourdieu, 1993).

Resonemanget i samband med valet av relevanta identiteter kan därför inte bara gälla ren intellektuell relevans utan måste också omfatta kontingent sociala signifikans. Det är alltså inte bara förnuftet som deltar i valet av identitet utan också resonemanget kan behöva ta hänsyn till den sociala kontexten och den kontingenta relevansen av att höra hemma i en eller annan kategori.

Att be människor begränsa sina tankar till en enda identitet kan framstå som besynnerligt. Trots detta ses människan främst som medlemmar i specifika grupper eller gemenskaper, i stället för som personer med olika identiteter. Medlemskap i grupper kan självklart vara betydelsefullt, men den förminskning av människan som man gör sig skyldig till om man enbart tar hänsyn till ett enda medlemskap per person utplånar i ett slag den vidsträckta betydelsen av våra mångsidiga tillhörigheter. Det är inte mycket till socialt kontext med tanke på att alla människor har många olika tillhörigheter, vilkas betydelse varierar beroende på kontext. Trots storheten i den vision som ligger i den berömvärda målsättningen att situera en person i samhället, har den faktiska tillämpningen av denna vision ofta tagit form av en nedvärdering av personens många sociala relationer vilket allvarligt underskattar det mångfacetterade i hennes sociala situation. Den underliggande visionen reducerar mänskligheten (Sen, 2006). Det är rimligt att anta att trots myndigheternas ambition om att en dialog (*dialogism*) skall växa fram mellan personer som upplever perioder av "vansinne", förvirring och samhället som de lever i. Så tycks Foucaults (1995) beskrivning om det psykiatriska språket som ett språk präglad av *monologism* fortfarande giltig.

Med avsikt att försöka förstå innebörden av fenomenet normalisering som en central beståndsdel i vårdarens attityd till patienten måste man se psykiatrisk verksamhet som ett socialt landskap som är påverkat av såväl rummet med dess kultur (*space*) som tiden (*time*). Dagens psykiatriska verksamhet har sina rötter i den viktoriaiska epoken (Foucault, 1995). Även om de stora mentalsjukhusen har rivits och ersatts med en akut psykiatrisk verksamhet lokaliserad till de somatiska sjukhusen, en långtidsvård som befinner sig ute i samhället i form av gruppboenden och sist men inte minst en stor öppen vård för de allra flesta som drabbats av psykisk sjukdom så tycks inte dess innehåll och attityder nämnvärt

förändrats. Fortfarande styrs den institutionella vården av dagliga rutiner och synen på patienten/den drabbade är svart/vit, dvs. att personen inte är i stånd att, på ett tillförlitligt sätt, artikulera sina egna upplevelser och situation (Good, 2001).

Den tyske psykiatern Karl Jaspers (1883-1969) ses som en av de största förnyarna av psykiatrin och vars insats framförallt anses bestå i att han befäste praktikernas betydelse inom psykiatrin då han betonade deras förmåga att antingen genom extern observation förklara eller genom en empatisk process förstå den drabbades lidande (Jaspers, 1963). Jaspers insats innebar att det gamla auktoritära betraktelsesättet ersattes av ett betraktelsesätt baserat på vetenskap. Synsättet kan ses som en fortsättning av en monologisk syn på patienten där dennes agerande och sätt att uttrycka sig tolkades och förklarades utifrån vetenskapliga teorier, ett synsätt som än i dag är förhärskande och ligger till grund för vårdarrollen inom psykiatrin (jmf. Spitzer, 1988). Även om teorier och modeller skapats för att omforma det monologiska synsättet till en mer dialogisk syn på patienten, till exempel Peplau (1991), Paterson and Zerad (1976) och Eriksson (1987) så tycks det dominerande förhållningssättet fortfarande vara det monologiska synsättet. Ett perspektiv vars avsikt kan tolkas vara att normalisera den drabbade. För att förstå vårdarnas syn på den drabbade personen kommer resultatet i studien att tolkas utifrån en teoretisk referensram inspirerad av den franske filosofen Michael Foucaults och den ryske filosofen Mikhail Bakhtins texter.

Michel Foucault (1926-1984) var en fransk filosof och historiker. Efter andra världskriget skrev han in sig på École Normale Supérieure som var den tidens traditionella dörr till en akademisk karriär inom humaniora i Frankrike. Under perioden på École Normale Supérieure drabbades Foucault av akut depression och försökte ta sitt liv. Han sökte psykiatrisk vård och blev genom detta, eller trots detta intresserad av psykologi och tog examen i såväl psykologi som filosofi. Foucault var dock inte intresserad av undervisning utan lämnade Frankrike år 1954 och började arbeta vid Uppsala universitet där han stannade fram till år 1958 då han tillträdde en kortare tjänst vid universiteten i Warszawa och Hamburg. Han återvände till Frankrike år 1960 och tog sin doktorsgrad år 1961 (*Madness and Civilization*) vid universitetet i Clermont-Ferrand där han också fick en tjänst inom filosofi. Tiden därefter fortsatte Foucault sitt skrivande och år 1963 utgavs boken *Birth of the Clinic*. År 1965 flyttade han till universitetet i Tunis och året därpå, 1966, utgavs *The Order of Things*.

Under denna period var han starkt involverad i den strukturalistiska rörelsen och ingick i gruppen kring Jacques Lacan, Claude Lèvi-Strauss och Roland Barthes. Han tröttnade snart på att etiketteras som strukturalist och i slutet av 1968 återvände Foucault till Frankrike där han publicerade år 1969 boken *The Archaeology of Knowledge* som kan ses som ett metodologiskt svar till hans kritiker.

I efterdyningarna av studentrevolten 1968 skapades ett nytt universitet i Vincennes. Foucault blev dess första professor i filosofi i december 1968. Tiden vid Vincennes blev kort då han utnämndes till professor vid Collège de France år 1970. År 1975 utgavs boken *Dicipline and Punish* som handlade om de olika mikro-maktstrukturerna som utvecklats inom samhället sedan 1700-talet. Under slutet av 1970-talet påbörjade han sitt sexvolyms projekt *The History of Sexuality* som han aldrig hann avsluta. Projektets första volym utgavs år 1976 och dess andra och tredje volymer tog ytterligare åtta år att färdigställa. Under denna period tillbringade Foucault alltmer tid i USA där han innehade en gästprofessur vid University of California från år 1975 fram till sin död år 1984.

Mikhail Bakhtin (1895-1975) var en rysk filosof och litteraturvetare. År 1918 flyttade han från St. Petersburg till Nevel där var han verksam som lärare under två år. Under denna period formerades den första "Bakhtin gruppen", en grupp som bestod av intellektuella med varierande bakgrund och politiska intressen. I gruppen ingick Medvedev som gav ut *The Formal Method in Literary Scholarship* och Voloshinov som gav ut *Marxism and the Philosophy of Language*, två titlar som Bakhtin vid slutet av sitt liv hävdade att han publicerade själv i sina vänners namn. Bakhtin flyttade år 1924 tillbaka till St. Petersburg (Leningrad) där han arbetade på det Historiska Institutet. Hans första egna arbete, *Problems of Dostoevsky's Art*, gavs ut år 1929 i vilket han introducerade begreppet dialogism. Från år 1940 levde han i Moskva där skrev en doktorsavhandling om den franske renässansförfattaren Francois Rabelais, en avhandling som han fick försvara år 1949. Under åren därefter fram till sin död år 1975 skrev han ett flertal böcker som kom att spridas till väst först på 1980-talet.

Bakhtins arbeten har fokus på och styrka i att de avtäcker innebörden i människors relation till annanheten (*otherness*). Hans arbeten utmanar konventionerna och i den sociala organisation som Bakhtin beskriver har organisationens basala beståndsdelar en mer växelverkande status än en hieraktisk rangordning. Bakhtins arbeten, och gruppen kring honom,

representerar en antistalinistisk marxism som utvecklades inom det stalinistiska Sovjetunionen. Bakhtin och personerna kring honom har efterlämnat betydelsefulla bidrag till olika akademiska ämnen som exempelvis filosofi, psykologi och litteraturvetenskap. Hans utan tvekan störta bidrag är hans "*theory of dialogism*" som fokuserar på idén att kulturen eller existensen, i sig själv, inbegriper individens specifika agerande vid en viss tid och rum i relation till vad som varit och vad som sker i framtiden vilket betyder att språket utgör en väsentlig del av kulturen och kan därför tolkas genom dialogen en dialog som också manifesterar den andres existens.

En tolkning av fynden i delarbetena **I-IV**, i ljuset av en vald teoretisk referensram som inspirerats av Foucault och Bakhtin, visar att innebörden av fenomenet normalisering såsom det framträder i en psykiatrisk kontext leder till ett "vägskäl" mellan ideal och realitet där idealet skiljer sig fundamentalt från realiteten. Även om de psykiatriska vårdarna i dag alltmer övergår från ett monologiskt arbetssätt till en dialogism, dvs. de ser sin roll som att företräda personen som drabbats av psykisk sjukdom här och nu och tillvarata dennes individuella rättigheter så är det tydligt att detta gäller så länge tillvaron är problemfri. Studier har visat att så snart något går fel i praktiken sker en omsvängning och en tillbakagång till monologism (Enarsson och medarbetare, 2007). I delstudierna **I** och **II** framkommer monologismen i en implicit form. Delstudie **I** visar att de undersökta vårdarna som grupp i mötet med personer som drabbats av psykisk sjukdom ser på dem utifrån olika former av typologier. Detta kan förstås som en medvetenhet om olikheten mellan "jag" och den "andre" (Bakhtin, 1981), ett resonemang som har likhet med Foucaults (1977) tankar om språkets distinktioner och binära motsatser. I delstudie **II** framstår tendensen att se patienten utifrån endast ett perspektiv, det medicinska, dvs. som om patienten endast har en identitet (diagnos) istället för multipla identiteter (Sen, 2006). I delstudie **III** framstår vårdarna som fastlåsta i en kollektiv kontext baserad på egna och andras erfarenheter samt en traditionell syn på psykisk sjukdom (jmf. Halbwachs 1992).

När vi människor möts med våra olika identiteter finns enligt Bakhtin (1984b) en given ansvarsordning för vår samvaro. Enligt Bakhtin (1981) kan vi indelas i olika "subgrupperingar" som utgår ifrån våra olikheter. Varje gruppering rymmer individer av en viss egenskap och identitet. Som benämning för dessa olikheter använder han begreppet "*chronotope*", ett begrepp som i sig rymmer såväl tid (*time*) som rum (*space*). Beroende på det

sociala sammanhanget har de olika "*chronotopes*" som ingår olika makt. Inom exempelvis vård så har den "*chronotope*" som vårdgivaren tillhör en överordnad ställning framför patientens "*chronotope*". Den tid (*time*) som ryms inom vårdgivarens "*chronotope*" är linjär, dvs. innehåller såväl historia, nutid och framtid och dess rum (*space*) utgår från ett medicinskt perspektiv baserat på klassificering (jmf. APA, 1994) och förklaring (Jaspers, 1963; Kraepelin, 1990; med flera).

Genom att använda begreppet *chronotope* och transformera det till ett psykiatriskt sammanhang framstår det med tydlighet att psykiatrisk verksamhet har sitt perspektiv riktat mot framtiden. Psykiatrisk vård tycks handla om att stödja bilden av en omänsklig historia som illustration för den upplysta samtiden (nuet) som i sig är en del i en progression mot en än ljusare framtid (Scull, 1989), vilket tydligt kan ses i vårdarberättelserna i delstudie III. I denna process kommer och går olika behandlingsstrategier på ett sätt som kan liknas med modets växlingar inom exempelvis kläindustrin. Behandlingsformer som lobotomi, ECT (*Electro Convulsive Therapy*), kognitiv terapi, och dialektisk beteendeterapi med flera stiger fram under en historiskt sett kort period för att sedan försvinna. I detta tidsflöde (*time*) finns rummet (*space*) tätt invävd, en kultur som i sig utvecklar olika subkulturer i relation till psykiatrins olika aktörer. En skillnad ligger dock i tidsbegreppet avseende patienten som aktör och övriga aktörer, till exempel vårdarna. Vårdarnas tidsflöde tycks vara linjärt medan patienternas kan förstås som cirkulärt. Detta framkommer i delstudierna III och IV genom att patientens berättelser i huvudsak har sitt fokus på där de är. Skillnaden ligger alltså i att patientens tidsflöde kan förstås som centrerat till nuet, dvs. det förflutna och framtiden tycks inte existera eller i alla fall ta en mycket liten plats i patientens tillvaro på avdelningen. I delstudie IV framkommer detta i data när respondenterna beskriver tiden på avdelningen som händelselös, som förvaring.

Tiden som vi möter den, dvs. som vi begripliggör den i våra dagliga aktiviteter, är central för oss människor. Tidens mening ligger i att vi fyller den med något. Då först blir tiden meningsfull (Kupke, 2005). Vårdaren som i sitt linjära tidsflöde kan genom att inbegripa framtiden i tidsflödet känna hopp, se fram emot något osv. Patienten däremot som i sitt cirkulära tidsflöde inte fyller tiden med något, allt kretsar kring samma sak, befinner sig i ett tidsflöde utan innehåll (IV). Att vara i ett sådant tidsflöde under en längre tid kan förstås som ensamhet, en ensamhet som kan förstås som ett svek som i grunden förändrar personens självbild (Moustakas, 1972). Enligt

Foucault (2006) är den innehållslösa tiden en viktig komponent i den psykiatriska makten då isolering från övriga samhället till någon form av institution är en viktig beståndsdel i patientens behandling, en behandling som ges utan att man kan ge någon teoretisk förklaring till isoleringens betydelse för patientens återhämtningsprocess. Det är därför rimligt att anta att i en psykiatrisk kultur är tiden ett kännetecken för viktighet både vad det gäller den som ger tid och den som får tid, med andra ord den som ger tid har makt och den som får tid får det utifrån hur intressant han/hon är för den med makt (jmf. Bakhtin, 1981).

Betydelsen att vara tillsammans i dialog beskrivs av May (1953) som menar att en persons självbild är beroende av vad andra säger och tänker om honom/henne. Genom ensamheten och isoleringen växer rädslan och skräcken för att personens subjektiva självbild inte stämmer med omgivningens (Fromm-Reichman, 1980). I delstudie IV är det möjligt att se detta när patienten pratar om sin ensamhet i form av att vara i ett helvete där han/hon inte hör hemma i någon grupp, inte hos vårdarna och inte hos medpatienterna, med följderna att utvägen är att sova bort tiden. Utifrån Bakhtin (1981) kan detta förstås som en konsekvens av att en person som är låst vid ett cirkulärt tidsflöde kommer att fokusera på rumsliga lösningar. Det är möjligt att tolka detta som om en psykiatrisk vård "*chronotope*" hotar patientens identitet, dvs. känslan av vem personen är. Såväl självbild som självkänsla hotas då man i denna "*chronotope*" bara bekräftar personen utifrån dennes roll som patient (Thesen, 2001). Foucault (1977, 1978) menar att det är just denna distans mellan parterna som förhindrar dialogen och tvingar patienten att identifiera sig med vårdarens bild av sig själv.

För en person som drabbats av psykisk sjukdom innebär inträdet i en psykiatrisk vård-*chronotope* en resa som utgår ifrån en många gånger turbulent och skräckfyllt dåtid till ett händelselöst nu. Det enklaste sättet för personen att hantera situationen är att ikläda sig en passiv accepterande hållning, något som framkommer i delstudierna III och IV och som Cooper (1967) beskriver som ett accepterande av att bli patologiserad och därmed också passiviserad och isolerad, en hållning som ryms inom begrepp som exempelvis "*compliance*" och "*concordance*" som utifrån en vård "*chronotope*" ses som något eftersträvansvärt.

För att uppnå denna hållning måste patienten på ett adekvat sätt uppfylla psykiatrins förväntningar av konformitet (III). För vissa patienter är emellertid inte anpassning det mest optimala sättet att försvara sin

identitet. I delstudie **IV** framkommer bland annat att ett sätt att göra detta på är att vara "besvärlig" vilket av vårdarna upplevs som negativt och som ryms inom typologin "ond" i delstudie **I** (jmf. Hellzen & Asplund, 2006). Denna strategi kan förstås som om patienten har makt över vårdaren. Eftersom patientens "*chronotope*" till största delen handlar om rummet (*space*) kan patientens tidsflöde (*time*) tolkas som mindre betydelsefullt då patienten befinner sig i ett cirkulärt tidsflöde (jmf. Bakhtin, 1981). Lasch (1979) menar att varje samhälle producerar sin kultur och sina normer och eftersom det i ett psykiatriskt sammanhang är vårdarna som skapar kulturen och sätter normerna kommer dessa att bli överordnade, dvs. de som har makt är de som företräder den tid och kultur som är dominant och som avspeglas i det gängse språket (jmf. Canetti, 2000). I denna *chronotope* där flera olika språk ryms kommer en monolog istället för dialog att växa fram (jmf. Bakhtin 1984a), vilket tydligt framkommer i intervjuerna med före detta patienter (**IV**). Monologen orsakas av att inom en specifik *chronotope* kommer ett enhetligt unikt språk att skapas som kväver alla andra språk.

Det tycks som om vårdarna genom sin delaktighet i en psykiatrisk *chronotope* anammar monologen och bortser därmed från dialogen. Genom detta val väljer man att göra den "andre" (*Other*), patienten, till den "samme" (*Same*) och genom detta ha en endimensionell syn på patienten (Puustinen, 2000) vilket innebär att vårdaren med hjälp av strukturell makt (normaliseringsmakten) tillskansar sig rätten att känna igen, att namnge och till och med konstituera patientens identitet (jmf. Alcott, 2000). Vårdaren har i mötet med patienten två utvägar att, antingen se honom/henne som en person, en dynamisk individ med multipla identiteter och därigenom möta patienten i dialog eller se på patienten enbart som en karaktär, som en statisk och endimensionell individ och därmed möta patienten i monolog (Bakhtin 1981). Diskrepansen mellan vårdaren och patienten i delstudie **III** kan tolkas som att vårdaren i huvudsak möter patienten som en karaktär varigenom han/hon inte tillåter olikhet vilket vårdaren hanterar genom att försöka forma patienten till den "samme" (*the Same*). Volosinov (1986) hävdar att i relationen med den andre är sättet som orden/språket används, hur vi intonerar och kläder orden, beroende av hållningen till och vårt sätt att svara an på den andre. Utifrån Foucault (1977; 2006) är det i detta vårt sätt att agera som normaliseringsmakten ligger.

Resultatet i delstudie **III** visar att innebörden i patienternas upplevelser på avdelningen kan tolkas som "att vara ofri". De upplever känslor av maktlöshet, otrygghet och de känner sig uppfostrade. Liknande upplevelser framkommer i delstudie **IV**. Där beskriver utskrivna före detta patienter att de ses som en sjukdom av vårdarna, att tillvaron på avdelningen upplevs som skrämmande och främlingskapande. Vården upplevs som förtryckande och doktorn upplevs som en allvetande herre. Detta kan också förstås utifrån Bakhtins (1981) begrepp "*chronotope*". Genom att vårdarna skapar ett sammanhang där man inte bara försöker göra den "andre" till den "samme", man går här ytterligare ett steg längre och skapar ett sammanhang där patienten både kan ses som en karaktär som skall göras till den "samme". Detta är fallet både i delstudie **III** och **IV** där det framkommer att vårdarna uppfostrar patienten. Härigenom strävar man efter att omforma den "andres" språk (jmf. Bakhtin, 1984a) och genom att transformera den "andres" språk till överdrifter och karikatyrer, exempelvis se honom/henne som en sjukdom, kan vårdarna "styra" patientens språk i en helt annan riktning än vad patienten avsåg från början (jmf. Bakhtin, 1986).

Vårdarnas tendens att undvika "annanheten" (*otherness*), och transformera den "andre" till den "samme" kan förstås utifrån Foucault (1978) som att ett psykiatriskt kontext är ett totalitärt system som inte har rum för annanhet och som därför strävar efter makt och konformitet. I ett sådant system upphör patienten att vara en person och övergår till att vara en karaktär, en typologi (jmf delstudie **I** och **II**). Härigenom kommer patienten att placeras i ett "ingenmansland", dvs., i en kontext där han/hon inte tillhör vårdargemenskapen samtidigt som kontakten med den gamla privata gemenskapen upphör (jmf. delstudie **III** och **IV**). Genom att inte se patienten som person i en social grupp utan identifiera honom/henne som ett enskilt fall (*case*) undviker vårdarna att se det lidande som finns i "rummet" (jmf. Rippere & Williams, 1985). Det "rum" som skapas blir till, vad Lassenius (2005) benämner, en "isvärld" som inte är livsbejakande och därför ohälsosam för dess aktörer (patienten). I den psykiatriska "*chronotope*" som identifierats med hjälp av den valda referensramen framgår att systemet är fastlåst i det rådande perspektivet och använder perspektivet som en del i behandlingsstrategin. Synsättet blir ett led i patientens väg mot återhämtning utan att patienten är delaktig och att systemet kan artikulera vad och hur behandlingsstrategin är verksam i patientens återhämtningsprocess. Inte heller kan psykiatrin ge teoretiska belägg som styrker att den valda strategin är verksam (jmf. Foucault, 2006).

Reflektion över studiens fynd

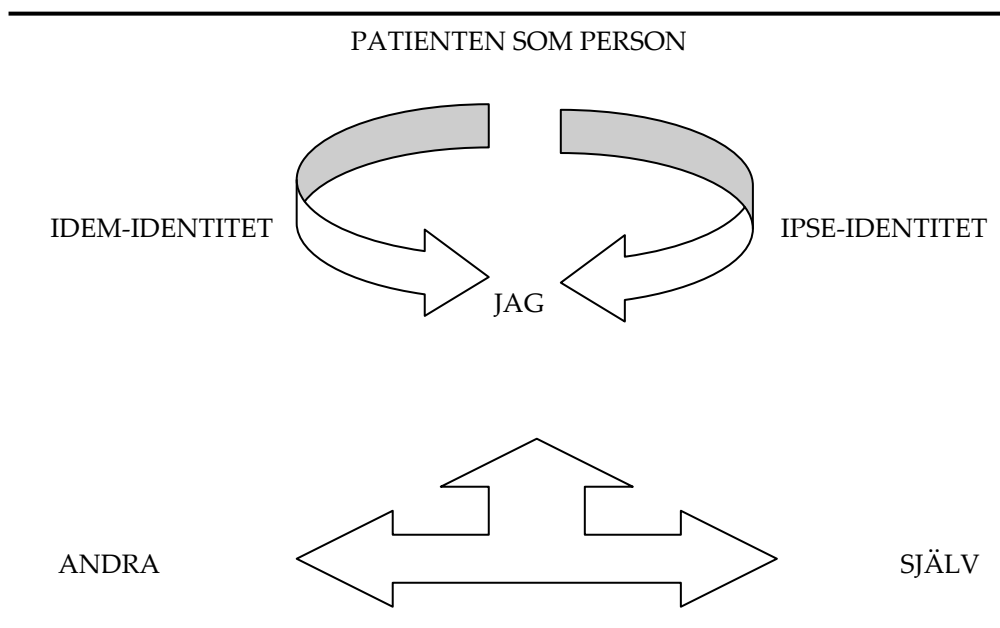
När man läser denna avhandling är det viktigt att komma ihåg att vårdarna i studien är lämnade till sig själva att reflektera över sina attityder till patienterna. Den psykiatriska verksamheten, såväl den sjukhusanknutna som den kommunala, försöker föra en moralisk diskussion men det är en diskussion som kan förstås utifrån Canetti (2000) som icke-fruktsam på grund av att om man verkligen vill skapa ett nytt synsätt, en ny *chronotope*, måste man se det som om tiden börjar med det nya synsättet. Det går inte att tro att en ny politik kan förändra den strukturella makten. Den är opåverkad oavsett vem som har den formella makten (jmf Foucault 1977). En ny psykiatrisk politik måste bevisa sig själv genom att börja med att bestämma och reglera ett nytt tids- och rumsystem (*time-space system*). Då först kan monologen brytas och dialogen börja (Bakhtin, 1981).

Paradoxen är att i psykiatrins rådande "*chronotope*" ligger också dess möjlighet. Det traditionella psykiatriska rummet kan förstås som att det medverkar till en växande inre ödslighet hos patienten men också som att det är en plats där den lidande personen kan samla kraft (Lassenius, 2005), vilket respondenterna visar på i delstudie IV under temat "vården som ett ljus i mörkret". Det förefaller möjligt för patienten att bruka den skräck och ensamhet som ett inträde i ett psykiatriskt sammanhang innebär och vända det till något positivt. Bakhtin (1984b) använder begreppet "*grotesque*" där han ser det okända, skrämmande och ödsliga som en positiv kraft vars förmåga är att befria det mänskliga medvetandet för nya möjligheter. En förutsättning är dock att dialogism (Bakhtin, 1981) är det rådande synsättet då varje person har ett personligt ansvar att vara delaktig i varje enskilt möte. I dialogen kan vårdaren lära sig att förstå patienten, inte genom att lämna sina egna ståndpunkter, utan genom att bredda sitt perspektiv så att de egna ståndpunkterna möter patientens och smälter samman och därmed vidgas (Gadamer, 1994). Att vara deltagare i en dialog innebär att individen är ansvarig för varje svar han/hon ger (Bakhtin, 1984a), dvs. dialogen innebär en frigörelseprocess som innebär ett moraliskt ställningstagande hos båda parterna (Emanuel & Emanuel, 1992), ett perspektiv som är synonymt med Jaspers (1969; 1970) begrepp "kärlekskamp" (*love struggle*).

Den franske filosofen Paul Ricoeur (1913-2005) gör en distinktion mellan identitet som kan förstås utifrån latinets *ipse* och *idem* (1992). *Idem*-identitet

motsvarar enformighet och svarar på frågan "Vad är jag?" medan *ipse*-identitet däremot motsvarar individualitet och svarar på frågan "Vem är jag?". Ricoeur menar att *ipse*, individualitet, förutsätter annanhet (*otherness*). Dualiteten mellan *idem* och *ipse* kallar Ricoeur (1992) narrativ identitet. Den narrativa identiteten handlar om att självet består av tre nivåer. Den första nivån handlar om en pre-reflektiv nivå av självmedvetandet (*ipse*), en nivå som innebär att implicit vara i kontakt med sig själv så att den som känner och vad som känns är upplevt av en och samme. Vi kan tala om ett förkroppsligat självmedvetande. Den andra nivån handlar om en reflektiv förståelse, dvs. jag är medveten om mig själv genom min explicita reflektionsakt. Den tredje nivån i självet är den narrativa identiteten som handlar om dialogen mellan att vara den andre (*being-the-same*) och vara sig själv (*being-oneself*). För psykiatriska patienter som av tradition betraktas utifrån deras *idem*-identitet innebär detta synsätt, om den anammas inom psykiatrisk verksamhet, en möjlighet till att patientens annanhet respekteras på ett tydligare sätt och att vårdens traditionella strävan efter att göra patienten till den "samme" minskas.

Schechtman (1996) menar att svängningen mellan "jag-själv" och den "andre", mellan personens egen individualitet och alienationen i det sociala regelverket är grunden för personens identitetsuppbyggnad, dvs. identiteten formas genom en dialektisk pendling mellan assimilation och differentiering. Utifrån en existentiellt-fenomenologisk utgångspunkt är just detta en central del i psykiatriska patienters problematik oavsett diagnos. Dessa personer har inte förmått att differentiera sig från den "andre". Detta kan ses på deras sätt att använda språket (jmf. Bakhtin, 1981). Exempelvis så kan en person som lider av schizofreni uppleva att han/hon är "*fångad i andras tankar*" eller en person som lider av depression uppleva att han/hon "*finns till för andra*". Det paradoxala i den traditionella psykiatrin är att vården tycks sträva efter att cementera denna grundproblematik, inte lösa den, och endast fokusera på och behandla dess uttryck i form av symtom istället för tillåta en naturlig pendling mellan *idem*-identitet och *ipse*-identitet. Det förefaller rimligt att anta att vårdaren själv måste fatta beslutet om, inte själv upptäcka, att patienten har en eller flera egenskaper som konstituerar honom/hennes till en unik person (jmf. Parfit, 1984). Figur 2 visar en schematisk bild av patienten sedd som person (figur inspirerad av Stanghellini, 2004).



Figur 2. Patienten förstådd som person i dialogisk patient chronotope (figur inspirerad av Stanghellini, 2004).

I den ideala normaliseringen borde patienten ges möjlighet att fullt ut och medvetet vara delaktig i varje yttrandes innebörd. Med detta menas att patienten (författaren till sin text) skall ses som en aktör som identifieras genom sina multipla identiteter (Bakhtin, 1984a), *ipse*-identitet (Ricoeur, 1992) och inte enbart genom binära motsatser (Foucault, 1977), *idem*-identitet (Ricoeur, 1992). Frågan som man ställer sig efter att läst denna studie blir självklar: Är slutsatsen av studien att psykiatrisk verksamhet är dålig? Svaret på frågan är självklart *nej* men varje disciplin bör utsättas för kritisk granskning. Psykiatrin kan fortfarande tolkas som starkt influerad av ett historiskt bagage (jmf. Foucault 1995). Av den anledningen är det viktigt att varje spår som dess yttranden ger (jmf. Ricoeur 1976) måste granskas för att identifiera eventuella svek sker mot de hjälpsökande. Sammanfattningsvis så blir slutsatsen av denna avhandling att som den psykiatriska verksamheten fungerar idag finns indikation på ett "flytande ansvar" där aktörerna har svårigheter med att lokalisera var verksamhetens ansvar ligger (Bauman, 1996). I denna avhandling har ljuset riktas mot den omvårdnad som bedrivs, en omvårdnad som emellertid skall ses som en av pusselbitarna i det psykiatriska pusslet.

Att ändra på vårdarnas attityder är en långvarig samhällelig process som kräver att inte bara resurser i form av utbildning och handledning utan kanske främst utrymme för kontinuerlig diskussion och debatt. Grunden för detta finns redan idag i psykiatrireformens ideala normaliseringsbegrepp. Kravet är dock att politiker och tjänstemän inom vård och omsorg börjar leva upp till lagens intentioner. Detta kräver dock att synen på personen med psykisk sjukdom/handikapp måste ändras på samma sätt som till exempel synen på homosexuella ändrats från att de varit marginaliserade och levt i ett utanförskap, till att bli sedda som fullvärdiga samhällsmedborgare. För att bryta det strukturella maktmönstret menar Foucault (1977) att det behövs en total samhällelig attitydförändring, endast en politisk förändring är inte tillräckliga.

Metodologiska överväganden

Avhandlingen baseras på både kvantitativa och kvalitativa studier. Urvalskriterier för deltagande i delstudie **I** och **II** gjordes i en psykiatrisk kontext där delstudie **I** inkluderar såväl långtidsvård som korttidsvård och delstudie **II** enbart riktar sig mot korttidsvård. De kvalitativa studierna vänder sig även de mot det psykiatriska fältet. Delstudie **III** riktar sig mot en rehabiliteringsavdelning medan delstudie **IV** har fokus på utskrivna patienter rekryterade via intresseorganisationen RSMH. Datainsamlingen i de två första studierna genomfördes med hjälp av skattningsskalor och i de två senare studierna användes narrativa intervjuer som datainsamlingsmetod.

Eftersom författaren och intervjuaren var en och samma person i intervjustudierna och respondenterna i vissa fall var män uppkommer frågan om en man ska intervjuas andra män eller om en före detta vårdare (författarens bakgrund) ska intervjuas andra vårdare. Enligt Tost (2005) finns en risk att intervjuaren kan undvika att ställa självklara frågor och att han kan ta vissa saker för givet om intervjuare och respondent är av samma kön. Denna insikt hanterades under intervjuerna genom att intervjuaren inför intervjuerna medvetandegjort denna fråga och under berättelsernas gång ställt följdfrågor med syfte att tydliggöra det som intervjuaren uppfattade som oklart eller svårtolkat.

Ett annat problem när det gäller forskningsmetodologi var att studien fokuserar på frågor som respondenterna kan uppfatta som provocerande. När det gäller de två första delstudierna (**I**, **II**) lades stort fokus på informationens betydelse, dvs. stor vikt lades på muntlig och skriftlig information före utskick och i samband med utskick av skattningsskalor. När det gäller studiens två avslutande delstudier (**III**, **IV**) användes en narrativ intervjuteknik i båda studierna. I delstudie **III** kombinerades denna med en så kallad "*narrativo picturing*" teknik. I båda fallen finns en risk att intervjustrategin kan väcka traumatiska minnen och känslor till liv vilket intervjuaren måste ha beredskap för. Det finns även en risk att respondenten inte är sanningsenlig i sina berättelser. Att använda en så kallad "*critical incident*" teknik (Polit & Hungler, 1999), berättelser om vårdssituationer med bra och dåliga lösningar, hjälper intervjuaren att få rika berättelser. Förförståelse är ett viktig "redskap" för intervjuaren under

intervjun för att, om respondentens berättelse framstår som "oklar och motsägelsefull", kunna fördjupa berättelsen genom följdfrågor. Dessutom kan förförståelsen påverka negativt då situationer kan skapa minskad känslighet då de kan anses vara vanliga eller självklara i vårdkulturen. I detta fall har forskaren mångårig erfarenhet av psykiatrisk vård vilket kan anses som en nackdel men också en fördel då detta betyder att patienter med grava symtom inte väcker negativa känslor.

I de två första delstudierna (**I, II**) har frågan om instrumentens validitet och reliabilitet varit centrala. I delstudie **I** användes ett instrument som utvecklats och använts av Asplund och Norberg (1993) i ett äldre vårdssammanhang. Statistisk beräkning (*power analys*) gjordes för att beräkna populationsstorlek och svarsfrekvens. I delstudie **II** utvecklades ett instrument delvis baserat på undersökningsgruppen. Instrumentet testades även genom en mindre förstudie.

Trovärdigheten i studiens två avslutande delstudier (**III, IV**) står i enlighet med kvalitativ tradition i relation till begrepp som "*credibility*" och "*transferability*" (Patton 1987; Polit & Hungler, 1999). *Credibility* relaterar till hur väl insamlad data och forskningsmetologi riktar sig mot forskningsfrågan (Patton 1987). I kvalitativ forskning är det vanligtvis intressant att välja ett antal deltagare med bakgrunds- och erfarenhetsvariation så att det eftersökta fenomenet blir avtäckt (Kvale, 1996). Ett viktigt problem i denna studie har varit att begränsa antalet deltagare till sådana sammanhang där det sökta fenomenet framträder som tydligast. Det är tänkbart att om vi haft möjlighet att göra urvalet från en större variation av kontexter att andra aspekter av fenomenet framträtt, vilket ytterligare studier kan ge svar på.

Den tolkning som framkommer ur delstudierna **I-IV** utgår från författarens placering i den hermeneutiska spiralen från *hans* perspektiv och kunskap. Tolkningen av delstudie **I** bygger på författarens initiala förförståelse medan delstudierna **II-IV** bygger på en kumulation av tidigare delstudiers resultat.

Förståelsen av fenomenet ökade under hela tolkningsprocessen genom en kontinuerlig läsning av andra studier (Strand, 2006; m.fl.) och deltagande i lokala och internationella forskningsseminarier. Av den anledningen kan inte tolkningen generaliseras utan skall ses som ett inlägg i en ständigt pågående diskussion relaterad till fenomenet normalisering (Ricoeur, 1976). Avhandlingen förmedlar förhoppningsvis insikter och

innebörder som är möjliga att förstå även i andra sammanhang än de kontexter där studien genomfördes och genom detta inspirera och utveckla den idag existerande psykiatriska omvårdnaden på ett nytt och djupare sätt.

ENGELSK SAMMANFATTNING

Lilja, L. (2007). *Being normalized – caregivers' view of psychiatric in-patients. Toward a deeper understanding of the attitudes of caregivers about their patients.* Sundsvall, Sweden: Mid Sweden University, Department of Health Sciences. ISBN 91-85317-69-1.

Supervisor: Ove Hellzèn, Associated professor

Institutions for psychiatric patients began to appear in increasing numbers in the mid- nineteenth century, at the time of the industrial revolution in Sweden. This can be explained in terms of more individuals being given a medical diagnosis and becoming marginalized, low discharge rates, and hospitalization effects. During the second half of the twentieth century, the number and size of psychiatric wards declined. In 1992 the Swedish government appointed a commission to study problems in the area of psychiatric care, and the results indicated that individual with chronic psychiatric illnesses comprised a group of severely disabled individuals in society, deprived of their civil rights and with very few resources at their disposal. A psychiatry reform was legislated. The intentions of the reform are clear from the terminology used: "normalization" and "autonomy" permeate the text. The key sentence "The living conditions of the mentally ill must be normalized so that their chances of living like others increase" implies that psychiatric patients were supposed to participate in decisions regarding their care and treatment.

This doctoral thesis has a hermeneutic point of departure: the assumption that a researcher can never perceive a question to be studied in a completely unbiased, objective fashion, but has some kind of tacit attitude or stance. Prior understanding is defined as a kind of sense, a preliminary idea regarding the phenomenon in question, which leads the researcher's perceptions in a certain direction. The overarching objective of this study was to elucidate the meaning of the nurses' attitudes in the context of patients in psychiatric wards. The dissertation includes four published papers, of both quantitative and qualitative design. Data was collected on the basis of questionnaires, rating scales and narrative interviews.

In the results section, the attitudes of the caregivers toward their patients are presented in the light of each of the papers. In papers **I-III** the

conclusions about attitudes were derived explicitly, while in paper **IV** they were more implicitly derived via the statements of the patients describing how it feels to be a patient in a psychiatric ward. Paper **I** describes a study of caregivers' attitudes toward all the patients admitted, both from the psychiatric emergency services or via the municipal authorities. On the basis of this study, the patients were divided into four rough typologies: good, insane, invisible and evil. Paper **II**, based on one specific diagnosis, depression, indicated that the caregivers' attitudes were colored by the diagnosis, and that they assessed their patients primarily on the basis of this clinical picture. The study described in paper **III** was carried out in order to study accord between the patients' and their caregivers' views of their lives. The results make it eminently clear that caregivers tend to be locked into stereotypical pictures of their patients. Paper **IV** describes patients as subject to subtle oppression from their caregivers. And the caregivers' tendency to a conform approach.

The phenomenon of "normalization" became visible and distinct during the course of the studies. In other words, the connotations of "normalization" gradually became clear thanks to the hermeneutic design of the study, by which each paper resulted in new questions and provided supplementary information for or led to changes in the prior understanding on which the next study was based. This made it possible to pave the way for new insights regarding the connotations of the phenomenon of "normalization."

In order to understand how caregivers perceived their patients, our findings were interpreted using a theoretical frame of reference developed with inspiration from the works of French philosopher Michael Foucault and Russian philosopher Mikhail Bakhtin. This interpretation indicates that caregivers have a tendency to avoid "difference" (*otherness*), thus seeing their patients merely as characters or "types". The result is that patients are regarded as being in a kind of no-man's-land, a context in which they neither belong to the hospital community nor to what was previously their private community. When caregivers see each patient as a separate case, they are spared from having to see the suffering that takes place in the space that is their workplace. That space thus becomes an "ice world," a space absent of optimism and a positive outlook, a space that is not a healthy space for patients to live in. Changing caretaker's attitudes would require a long process of a societal nature that demands resources not only in the form of further training and counseling, but also and perhaps

primarily the creation of space for ongoing discussion and debate. The prerequisites for change are already in place thanks to the use of the concept of normalization in an ideal way in the psychiatry reform. However, what is missing is for politicians and civil servants in the field of health and medical care to start living up to the intentions underpinning the legislation. In order for this to happen, the general perception of individuals with psychiatric illnesses/disabilities will have to change so that these people will no longer be marginalized and live as outsiders in society. They will have to be seen as fully-fledged members of society. In order to break into this structural pattern relating to power, attitudes throughout society will have to change. Amending the legislation is not sufficient.

Keywords: Attitude, Bakhtin, Chronotope, Communication, Content analysis, Foucault, Lived experience, Normalization, Nursing, Phenomenological hermeneutics, Psychiatry, Statistics

REFERENSER

- Aagaard Friis B (1990). *Patient – Sygeplejerske. Om den mellem menneskelige proces i sygepleien*, Munksgaard, Köpenhamn.
- Agich GJ (1980). Professionalism and ethics in health care, *Journal of Medicine and Philosophy*, 5(3), 186-199.
- Alcott L (2000). Who's afraid of identity politics? ss. 312-344. I: Moya P (ed.) *Reclaiming Identity*, University of California Press, Berkeley.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*, American Psychiatric Association, Washington DC.
- Andreasson S. (1993) *Factor Analysis, an Introduction (in Swedish)*. Department of Nursing Science, Health University of Linköping, Linköping.
- Ardano TW, Horkheimer M (1972). *Dialectic of Enlightenment* (tyskt original 1944), Continuum, New York
- Ardano TW (1973). *Negative Dialectics* (tyskt original 1966), Continuum, New York.
- Asplund K, Norberg A (1993). Caregivers' reactions to the physical appearance of a person in the final stage of dementia as measured by semantic differentials. *International Journal of Aging and Human Development* 37, 205–215.
- Bakhtin M (1981). *The Dialogic Imagination* (ryske original 1975), University of Texas Press, Austin.
- Bakhtin M (1984a). *Problems of Dostoevsky's Poetics* (ryske original 1963), University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Bakhtin M (1984b). *Rabelais and His World* (ryske original 1965), Indiana University Press, Bloomington.
- Bakhtin M (1986). *Speech Genres and Other Late Essays* (ryske original 1979), University of Texas Press, Austin.
- Bank-Mikkelsen V E (1980). (danske original 1959), Denmark.; I: Flynn RJ, Nitsch KE (eds.) *Normalization, Social Integration, and Community Services*, (Baltimore)
- Bauman Z (1996). *Postmodern etik* (engelske original 1993), Bokförlaget Daidalos, Göteborg.

- Belin S (1987). *Schizofrenibehandling. Psykiatri på liv och död*, Natur & Kultur, Stockholm.
- Bergh A (1998). "En text om arbete för psykiskt funktionshindrade", ss 69-90. I: Topor A, Schön UB, Bergh A, Tidemalm D, Svensson J, *Perspektiv på psykiatrireformen*. Stockholm: FoU-enheten VSSO.
- Binswanger L (1963). *Being-in-the-World. Selected Papers of Ludwig Binswanger*, Basic Books, New York.
- Bleuler E (1976). *Textbook of Psychiatry* (schweiziskt original 1916), Arno Press, New York.
- Bourdieu P (1993). *Sociology in Question*, Sage Publications, London..
- Brown RW (1972). Is a boulder sweet or sour?, ss. 85- 88. I: Sneider JG, Osgood CE (eds.) *Semantic Differential. A Sourcebook*, Aldine, Chicago USA
- Burnard P (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research, *Nurse Education Today*, **11**, 461-466.
- Canetti E (2000). *Crowds and Power* (tyskt original 1960), Phoenix Press, London.
- Churchill SD (1998). The intentionality of psychodiagnostic seeing: a phenomenological investigation of clinical impression formation, ss. 175-207. I: Valle T (ed.) *Existential and Transpersonal Dimensions*, Perseus Publishing, Camebridge.
- Cooper D (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock Publications Ltd.
- Dahlberg K, Drew N, Nyström M (2001). *Reflective lifeworld research*, Studentlitteratur, Lund.
- Dexter G, Wash M (1997). *Psychiatric Nursing Skills: A Patient-Centred Approach*, 2nd edition. Stanley Thornes, Cheltenham.
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1992). Four models of the physician-patient relationship, *Journal of the American Medical Association*, **267**, 2221-2226.
- Enarsson P, Sandman PO, Hellzén O (2007). 'To Preserve Order': Being cared for and giving care in a perspective of staffs' common agreements on how to meet the patient. Observations and interviews with patients and staff in group dwellings for psychiatric long-term care, *Qualitative Health Research*, **17**(6), 718-729.

- Eriksson K (1987). *Vårdandets idé*, Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Eriksson K (1993). *Möte med Lidanden*, Pro Caritate Report No 4, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- Fagan J, Shepherd IL (1970) *Gestalt Therapy Now: Theory/Techniques/Applications*, Science and Behaviour Books, New York.
- Fanon F (1967). *Black Skin, White Mask*, Pluto Press, London.
- Forsberg E (1994). *Den stora utflyttningen – studier av psykiatrins omvandling*. (Rapport 1994:3), Göteborgs universitet. Institutionen för socialt arbete.
- Foucault M (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison* (franskt original 1975), Penguin Books Limited, Harmondsworth.
- Foucault M (1978). *The History of Sexuality*. Volume 1. Harmondsworth: Penguin Books.
- Foucault M (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*, Pantheon, New York.
- Foucault M (1995). *Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason* (franskt original 1961), Routledge, London.
- Foucault M (2004). *Abnormal, Lectures at the College de France 1974- 1975*. New York: Picador.
- Foucault M (2006). *Psychiatric Power, Lectures at the College de France 1973-1974*. Palgrave Macmillan, New York.
- Frank O (1999). *Entropy – a Neglected Quality in Elementary Statistics*, Department of Statistics, Stockholm University, Stockholm, Sweden.
- Frank O (2002). *Statistical Information Measures for Assessing Functional Dependencies and Conditional, Pairwise and Mutual Independence*, Department of Statistics, Stockholm University, Stockholm, Sweden.
- Frankena WK (1973). *Ethics*, 2nd edition, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Friedman M (1983). *The Confirmation of Otherness in Family, Community and Society*, The Pilgrim Press, New York.
- Fromm-Reichman F (1980). Loneliness, ss. 338-361. I: Hartog J, Audy JR, Cohen YA (eds.) *The Anatomy of Loneliness*, International Universities Press, New York.
- Gadamer HG (1994). *Truth and Method* (tyskt original 1960), 2nd edition, Continuum Publishing Company, New York.

- Gerbode F (1989). *Beyond Psychology: An Introduction to Metapsychology*. Merlo Park: IRM.
- Gergen KJ (1990). Therapeutic professions and the diffusion of deficit, *Journal of Mind & Behavior*, **11**(3-4), 353-367.
- Gergen KJ, Hoffman L, Anderson H (1996). Is diagnosis a disaster? A constructionist trialouge, ss. 102-118. I: Kaslow FW (ed.) *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*, John Wiley, New York.
- Goffman E (1961). *Asylums – Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday & Company, New York.
- Good P (2001). *Language for those who have nothing*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Graneheim U, Norberg A, Jansson L (2001). Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and "behavioural disturbances", and on her care providers, *Journal of Advanced Nursing*, **36**, 256-65.
- Graneheim U H, Lundman B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, **24**, 105-112.
- Green H (1964). *I Never Promised You a Rose Garden*, Holt, New York, USA.
- Hair J.F., Anderson R.E., Tatham R.L. & Black W.C. (1995) *Multivariate Data Analysis with Readings*, 4th edn. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Halbwachs M (1992). *On Collective Memory*, University of Chicago Press, Chicago.
- Hanssen JI, Sandvin, Tveit J, Söder M (1996). "The nordic welfare states in transition", ss. 24-44. I: Jan Tössebro, Anders Gustavsson, & Guri Dyrendahl (Eds.), *Intellectual disabilities in the Nordic Welfare States. Policies and everyday life*. Kristiansand, Höyskoleförlaget AS.
- Hansson JH, Svensson T (1998). Normalitetsproduktion – teknik eller politik?, ss. 31-45. I: Sjöström S (red) *Nya kulturer i psykiatrin*, Lund, Studentlitteratur.
- Heidegger M (1993). *Varat och tiden* (tyskt original 1927), Daidalos, Göteborg

- Hellzén O, Asplund K, Gilje F, Sandman PO, Norberg A (1998). From optimism to pessimism. A case study of a psychiatric patient. *Journal of Clinical Nursing*, **7**, 360-370.
- Hellzén O, Kristiansen L, Norbergh KG (2003). Nurses' attitudes towards elderly residents with long-term schizophrenia in municipal settings. *Journal of Advanced Nursing*, **43**, 616-622.
- Hellzén O, Asplund K (2006). Nurses' narrations about their experiences when caring for people with long-term mental illness in municipal group dwellings. *International Journal of Mental Health Nursing*, **15**, 60-69.
- Husserl E (1964). *Cartesian Meditations* (tyskt original 1929), Humanities Press, New York.
- Husserl E (1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology. An Introduction to Phenomenological Philosophy* (tyskt original 1936), North Western University Press, Evanston.
- Husserl E (1970b). *Logical Investigations* (tyskt original 1901), Routledge & Keegan Paul, London.
- Jaspers K (1963). *General Psychopathology* (tyskt original 1913), 7th edition, University of Chicago Press, Chicago.
- Jaspers K (1969). *Philosophy* (tyskt original 1932), Volume 1, University of Chicago Press, Chicago.
- Jaspers K (1970). *Philosophy* (tyskt original 1932), Volume 2, University of Chicago Press, Chicago.
- Jaspers K (1971). *Philosophy* (tyskt original 1932), Volume 3, University of Chicago Press, Chicago.
- Jennings BM (2000). Evidence-based practice: the road best travelled? *Research in Nursing Health*, **23**, 343-345.
- Kerlinger F. (1986) *Foundations of Behavioural Research*, 3rd edn. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Kraepelin E (1990). *Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians* (tyskt original 1899), Amerind Publishing, New Delhi.
- Krippendorff K (1980). *Content analysis. An introduction to its methodology*, The Sage Commtext Series, London: Sage Publications Ltd.
- Kupke C (2005). Lived time and to live time, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, **12**(3),199-203.

- Kvale S (1996). *Interviews: an Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Larson MS (1977). *The Rise of Professionalism; A Sociological Analysis*, University of California, Berkeley.
- Lasch C (1979). *The Culture of Narcissism. American Life in a Age of Diminishing Expectations*, W.W. Norton, New York.
- Lassenius E (2005). *Rummet i vårdandets värld*, Akademisk avhandling, Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten, Åbo Akademi, Vasa.
- Lindseth A, Norberg A (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **18**(2), 145-53.
- Lorenc B (2003). *EMA, a Program for Calculation of Entropy-based Measures of Association*, Department of Statistics, Stockholm University, Stockholm, Sweden.
- Lukes S (1974). *Power: A Radical View*, MacMillan, London.
- Löchen Y (1976). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning* (norskt original 1965), Esselte studium, Stockholm.
- Magnusson E (2002). *Psykologi och kön. Från könsskillnader till genusperspektiv*, Natur & Kultur, Stockholm.
- Martinsen K (1996). *Fenomenologi og omsorg*, Tano, Oslo.
- May R (1953). *Man's Search for Himself*, Norton, New York.
- May R, Angel E, Ellenberger HF (1958). *Existence. A New Dimension in Psychiatry and Psychology*, Basic Books, New York.
- Meeuwisse A (1997). *Vänskap och organisering. En studie av Fountain House-rörelsen*. Arkiv förlag, Lund.
- Merleau-Ponty M (1995). *Phenomenology of Perception* (franskt original 1962), Routledge, London.
- Mishler E (1986). *Research Interviewing - Context and Narrative*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Montgomery SA, Åsberg M (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* **134**, 382-389.
- Moustakas CE (1972). *Loneliness and Love*, Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs.
- Nirje B (2003). *Normaliseringsprincipen*, Studentlitteratur, Lund.

- Osgood CE, Suci GJ, Tannenbaum PH (1957). *The Measurement of Meaning*. University of Illinois Press, Urbana.
- Parfit D (1984). *Reasons and Persons*, Oxford University Press, Oxford.
- Paterson JG, Zerad LT (1976). *Humanistic Nursing*, Wiley, New York.
- Patton MQ (1987). *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2nd edition, Sage, Newbury Park.
- Pearls F (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab: Real People Press.
- Pellegrino ED (1979). *Humanism and the Physician*, University of Tennessee Press, Knoxville.
- Pellegrino ED, Thomasma DC (1981). *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, New York.
- Peplau H (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: a Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*, Springer Publishing, New York.
- Petitot JF, Varela J, Pachoud B, JM Roy (1999). *Naturalizing Phenomenology: Issues in Contemporary Phenomenology and Cognitive Science*, Stanford University Press, Stanford.
- Pickering N (2005). *The Metaphor of Mental Illness*, Oxford University Press, New York.
- Polit DF, Hungler BP (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*, 6th edition. Lippincott, Philadelphia.
- Putman RD (2000). *Bowling Alone; The Collapse and Rivival of the American Community*. New York, Simon & Schuster.
- Puustinen R (2000). Voices to be heard—the many positions of a physician in Anton Chekhov's short story. A case history, *Medical Humanities*, 26(1), 37-42.
- Reissman CK (1993). *Narrative Analysis*, Qualitative Research Methods Series, Volume 30. Sage Publications Inc., London.
- Ricoeur P (1976). *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning*. Forth Worth: Christian University Press.
- Ricoeur P (1991). *From Text to Action. Essays in Hermeneutics*. Northwestern University Press, Evanston.
- Ricoeur P (1992). *Oneself as Another* (franskt original 1990), Chicago University Press, Chicago.

- Rippere V, Williams R (1985). *Wounded Healers: Mental Health Workers' Experience of Depression*, John Wiley & Sons, London.
- Rokeach MR (1973). *The Nature of Human Values*, The Free Press, New York.
- Samuels M, Samuels N (1975). *Seeing With the Minds Eye*. New York: Random House.
- Sandin B (1986). *Den zebrarandiga pudelkärnan*, Rabén & Sjögren, Stockholm.
- Sandvin J T, Söder M (1996). "Welfare state reconstruction", ss. 107-118. I: Tössebro J, Gustavsson A, Dyrendahl G (Eds.), *Intellectual disabilities in the Nordic Welfare States. Policies and everyday life*. Kristiansand: Höyskoleförlaget AS.
- Sarbin TR, Mancuso JC (1970). Failure of a moral enterprise: attitudes of the public towards mental illness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **35**(2), 159-173.
- Sartre JP (1994). *Being and Nothingness* (franskt original 1956), Gramercy Books, New York.
- Sass H (1992). Phenomenological aspects of 'Zerfahrenheit' and incoherence, ss. 147-159. I: Spitzer M, Uehlein F, Schwartz MA, Mundt C (eds.) *Phenomenology, Language and Schizophrenia*, Springer, New York.
- Schechtman M (1996). *The Constitution of Selves*, Cornell University Press, Ithaca.
- Scheff TJ (1984). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, 3rd edition, Aldine de Gruyter, Hawthorne.
- Schreber DP (1988). *Memoirs of My Nervous Illness* (tyskt original 1903), Harvard University Press, Cambridge.
- Scull A (1989). *Social Order/Mental Disorder*, Routledge, London.
- Sen A (2006). *Identitet och våld. Illusionen om ödet* (x original x)., Bokförlaget Daidalos, Göteborg.
- Shirey MR (2006). Evidence-based practice: How nurse leaders can facilitate innovation, *Nursing Administration Quarterly*, **30**, 252-265.
- SOU (1992). *Välfärd och valfrihet – service och stöd och vård för psykiskt störda ...*.
- Socialstyrelsen (1998). *Reformens första tusen dagar. Årsrapport för psykiatrireformen 1998*. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:4).

- Socialstyrelsen (2003). Sju år efter reformen
- Spitzer M (1988). Psychiatry, philosophy and the problem of description, ss. x-x. I: Spitzer M, Uchlein F, Oepen G (eds.) *Psychopathology and Philosophy*, Springer-Verlag, Berlin.
- Spitzer M (1999). *The Mind Within the Net*, The MIT Press, Cambridge.
- Steinholz Ekecrantz L (1995). *Patienternas psykiatri. En studie av institutionella erfarenheter*. (Linköping studies in art and science 135) Stockholm: Carlssons.
- Stranghellini G (2004). *Disembodied spirits and deanimated bodies, the psychopathology of common sense*. Oxford University Press, New York.
- Stenström-Jönsson UB (1995). *Mot självständigare liv? Om nedläggningen av Furuhagens vårdhem för utvecklingsstörda*. (Rapport i socialt arbete nr 70) Stockholms universitet, Socialhögskolan.
- Strand S (2006). *Violence Risk Assessment in Male and Female Mentally Disordered Offenders – Differences and Similarities*, Doctoral Thesis No. 9, Department of Health Sciences, Mid Sweden University, Sundsvall.
- Stuhlmiller C (1994). *A technique for qualitative interviewing*, Tromsø: Department of nursing science, MH University.
- Stuhlmiller C, Thorsen R (1997). Narrative picturing: A new strategy for qualitative data collection. *Qualitative Health Research*, 1(1), 140-149.
- Svenska Akademin, Svenska Akademiens ordbok, online: < <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> >2007-03-16.
- Szasz TS (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Hoeber-Harper, New York.
- Szasz TS (1970). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Syracuse University Press, Syracuse.
- Thesen J (2001). Being a psychiatric patient in the community--reclassified as the stigmatized "other". *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(4), 248-55.
- Topor A (1998). "Psykiatrireformen – ett lyckligt sammanträffande?", ss. 1-26. I: Topor A, Schön UK, Bergh A, Tidemalm D, Svensson J, *Perspektiv på Psykiatrireformen*, FoU-enheten VSSO, Stockholm.
- Tornstam L (1984). *Sociala attityder mot äldre*, Arbetsrapport nr. 19, Institutionen för Sociologi, Uppsala Universitet, Uppsala.

- Tornstam L (1979). Attityder, värden and samhälle, ss. 15-43. I: Ström C, Zotterman Y (eds.) *Attityder och åldrande – har vi en föråldrad syn på äldre?*, Liber Förlag, Stockholm.
- Tost J (2005). *Kvalitativa intervjuer*, Studentlitteratur, Lund
- Tranöy KE (1993). *Medicinsk etik i vår tid*, Studentlitteratur, Lund.
- Tschudin V (1995). *Counselling Skills for Nurses*. 4th edition, London: Bailliere.
- van Manen M (1990). *Researching Lived Experience – Human Sciences for an Action: Sensitive Pedagogy*, The State University of New York, New York.
- Vattimo G (1997). *Utöver tolkningen: hermeneutikens betydelse för filosofin* (italienskt original 1994), Daidalos, Göteborg
- Vetlesen AJ (1993). *Perception, Empathy, and Judgement: An Inquiry into the Preconditions of Moral Performance*, Pennsylvania State University Press, University Park.
- Volosinov VN (1986). *Marxism and the Philosophy of Language* (ryskt original 1930), Harvard University Press, Cambridge.
- Weinreich U (1972). Travel through semantic space, ss. 116-129. I: *Semantic Differential Technique. A sourcebook*, Snider JG, Osgood CE (eds.), Aldine, Chicago, USA.
- Wiggins OP, Schwartz MA (1997). Edmund Husserl's influence on Karl Jaspers phenomenology, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 4(1), 15-36.
- Willman A (1998). Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet, *Vård i Focus*, 3, 4-8.
- Åman A (1976). *Om den offentliga vården. Byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturhistorisk undersökning*. Liber Förlag, Sveriges Arkitekturmuseum.

**Avhandlingar från Institutionen för hälsovetenskap vid
Mittuniversitetet**

Norbergh KG (2005) *Care of People with Dementia – Patients' Characteristics, Organisational Climate and Staff Attitudes*, Doctoral Thesis No. 3, Department of Health Sciences, Mid Sweden University, Sundsvall.

Strand S (2006) *Violence Risk Assessment in Male and Female Mentally Disordered Offenders – Differences and Similarities*, Doctoral Thesis No. 9, Department of Health Sciences, Mid Sweden University, Sundsvall.

Goine H (2006) *Sickness Absence – Aspects of Measurement, Impact of the Labour Market and Effects of Intervention*, Doctoral Thesis No. 10, Department of Health Sciences, Mid Sweden University, Sundsvall.