

En intervjustudie inom ”KOM MED-projektet 2011-2012”  
om vad stödpersoner kunde bidra med för att möjliggöra  
delaktighet.

Marina Arell-Sundberg

Masterarbete  
Rehabilitering

2012

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Rehabilitering (HYH)
Identifikationsnummer:	8056
Författare:	Marina Arell-Sundberg
Arbetets namn:	En intervjustudie inom ”KOM MED-projektet 2011-2012” om vad stödpersoner kunde bidra med för att möjliggöra delaktighet.
Handledare (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult och Ira Jeglinsky-Kankainen
Uppdragsgivare:	Det Psykosociala Förbundet (KOM MED-projektet 2011-2012)
<p>Sammandrag:</p> <p>Idag ses en förskjutning av vård- och rehabiliteringsinsatser för personer med psykiatrisk ohälsa till både den privata sektorn samt till tredje sektorn. Den tredje sektorns organisationer får allt oftare axla denna målgrupps rehabiliteringsinsatser. Stöd av olika slag blir en typisk rehabiliteringsinsats. Föreningar försöker med hjälp av frivilliga klara av att svara på det stödbehov denna målgrupp har. Det Psykosociala Förbundet har startat ett projekt; KOM MED 2011-2012 inom vilket man strävar till att bygga upp en modell för volontärarbetet, speciellt då det gäller psykosociala stödinsatser för de psykosociala föreningarnas medlemmar. Syftet med detta masterarbete är att ge information till projektet angående medlemmarnas åsikter om vad en stödperson kunde bidra med för att möjliggöra delaktighet. Den teoretiska referensramen består av tre olika perspektiv på delaktighet samt den ergoterapeutiska praxismodellen PEOP (Person-Environment-Occupation-Performance) Arbetet är en kvalitativ intervjustudie, där 8 individuella intervjuer gjorts. Informanterna representerar 3 olika medlemsföreningar i Svenskfinland. Insamlat material har analyserats med induktiv innehållsanalys. Analysen resulterade i 10 subkategorier och tre huvudkategorier: ”Perspektiv på delaktighet”, ”Stödets olika ansikten” samt ”Stödpersonen - förväntningar och önskemål”, inom vilka resultatet presenteras. Resultatet visar att en stödperson kan bidra med stöd inom tre olika helheter: Med stödinsatser för att klargöra vad det betyder att vara delaktighet och därigenom bekräfta och möjliggöra delaktighet. Med olika typer av stödinsatser inom ramen för samarbetet i syfte att stöda, locka fram och möjliggöra aktivitet och härigenom delaktighet. Med konkreta, specifika stödinsatser för att möjliggöra aktivitet i vardagen, i föreningsverksamheten samt i den service som samhället erbjuder.</p>	
Nyckelord:	Aktivitet, delaktighet, ”KOM-MED 2011-2012”, stödperson, psykosocial verksamhet, PEOP, ICF
Sidantal:	84
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	18.12.2012

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Rehabilitation (Master)
Identification number:	8056
Author:	Marina Arell-Sundberg
Title:	A qualitative interview study in cooperation with the "KOM MED 2011 – 2012" project on what volunteers could contribute with, in order to enable participation.
Supervisor (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult and Ira Jeglinsky-Kankainen
Commissioned by:	KOM MED 2011-2012 project, Psykosociala Förbundet
<p><b>Abstract:</b></p> <p>There is a shift towards the private sector and the third sector within healthcare- and rehabilitation services for people with mental illness, today. The third sector organisations have to take over the direct rehabilitation for the group mentioned. The rehabilitation provided is various kinds of support. With the help from volunteers these organisations try to meet the needs of support that people with mental illness have. The Psychosocial Association has tried to meet this need by starting the project KOM – MED 2011 – 2012. The object for the project is to build a model for the voluntary work, especially when it comes to psychosocial support for the members. The aim of this study is to provide the project with information about what kind of support volunteers can contribute with, in order to enable participation. The theoretical frame of reference consists of three different aspects on participation and a model for practice within occupational therapy, PEOP (Person-Environment-Occupation-Performance). This master's thesis is a qualitative interview study where 8 members from 3 different Swedish speaking unions took part. These unions are all members of the Psychosocial Association. Gathered information has been analyzed with an inductive content analysis. The analysis gave 10 subcategories and 3 main categories: "Perspective on participation", "Different aspects on the content of the support given" and "The person giving support – expectations and wishes". The result shows that support can be given within 3 different areas: To support the understanding of the concept participation and thereby confirm and enable participation. By using different kinds of support within the relationship in order to lure activity and enable participation. By concrete, specific actions on support enable activity in daily living, in the union and in society.</p>	
Keywords:	Activity, Participation, "KOM MED 2011 – 2012", Personal support, psychosocial activity, PEOP, ICF
Number of pages:	84
Language:	Swedish
Date of acceptance:	18.12.2012

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kuntoutus (YAMK)
Tunnistenumero:	8056
Tekijä:	Marina Arell-Sundberg
Työn nimi:	Haastattelututkimus ”KOM MED 2011 - 2012” projektin puitteissa siitä, millä tavalla tukihenkilö voisi mahdollistaa osallistumista
Työn ohjaaja (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult ja Ira Jeglinsky-Kankainen
Toimeksiantaja:	KOM MED 2011 -2012 projekti, Psykosociala Förbundet
Tiivistelmä:	
<p>Tänä päivänä psyykkisesti sairaiden hoito- sekä kuntoutuspalveluissa nähdään siirtymää. Palveluja tuottavat sekä yksityinen että kolmas sektori. Kolmannen sektorin organisaatiot saavat useammin kantaa vastuun tämän ryhmän kuntoutuksesta. Erilaiset tukimuodot ovat tyypillinen kuntoutuspalvelu. Seurat yrittävät selvittää tästä vapaaehtoisten avulla. Ruotsinkielinen Psykosociala Förbundet on yrittänyt vastata tähän projektilla nimeltään KOM MED 2011–2012. Sen puitteissa yritetään rakentaa toimivaa mallia vapaaehtoistyötä varten, erityisesti psykososiaalista toimintaa varten. Tämän työn tarkoitus on tuottaa projektille tietoa siitä, miten tukihenkilö voisi avustaa jotta seuran jäsenen osallistumista voitaisiin mahdollistaa. Teoreettinen viitekehys koostuu kolmesta eri perspektiivistä suhteessa osallistumiseen sekä PEOP:hen (Person-Environment-Occupation-Perforance) joka on toimintaterapeuttinen malli kliiniseen työhön. Työ on laadullinen haastattelututkimus jonka puitteissa on tehty 8 henkilökohtaisia haastatteluita. Haastateltavat edustavat 3 eri suomenruotsalaista jäsenyhdistystä. Kerättyä aineistoa on analysoitu induktiivisesti. Analyysin tulos oli 10 alakategoriaa sekä 3 pääkategoriaa: ”Näkökulmia osallistumiseen”, ”Tuen eri kasvot” sekä ”Tukihenkilö – odotukset ja toiveet”, jonka puitteissa tulos esitetään. Tulos esittää kolmea eri aluetta joiden puitteissa tukihenkilö voi jäsentä avustaa: Tukitoimilla tiedostetaan mitä osallistuminen tarkoittaa sekä sen kautta vahvistetaan sekä mahdollistetaan osallistumista. Tukitoimilla yhteistyön sisällä, tavoitteena toiminnan tukeminen, löytäminen ja mahdollistaminen ja sitä kautta osallistumisen saavuttamista. Konkreettisten ja eritysten toimintojen tukeminen jotta jokapäiväiset toiminnot, yhdistystoiminnan sekä yhteiskunnan tarjoamaan toiminnan osallistumisen mahdollisuus onnistuisi.</p>	
Avainsanat:	Toiminta, osallistuminen, KOM MED 2011- 2012, tukihenkilö, psykososiaalinen toiminta, PEOP, ICF
Sivumäärä:	84
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	18.12.2012

# INNEHÅLL / CONTENTS

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>11</b>
2.1	Psykisk hälsa/ohälsa .....	11
2.2	Rehabilitering inom mentalvården.....	12
2.3	Stödperson och stödpersonsverksamhet.....	13
2.4	Tidigare forskning.....	14
2.4.1	<i>Inklusions- och exklusionskriterier</i> .....	15
2.4.2	<i>Datasökning</i> .....	16
2.4.3	<i>Kvalitetsgranskning och resultatredovisning</i> .....	17
2.4.4	<i>Sammanfattning av artiklarnas resultat</i> .....	17
<b>3</b>	<b>SYFTE och FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>TEORETISK REFERENSRAM</b> .....	<b>21</b>
4.1	Delaktighet ur tre olika perspektiv .....	22
4.1.1	<i>Delaktighet i ICF</i> .....	23
4.1.2	<i>Olika former av delaktighet enligt Molin</i> .....	25
4.1.3	<i>Delaktighet inom ergoterapi</i> .....	27
4.1.4	<i>Sammanfattning</i> .....	27
4.2	Person- Environment- Occupation- Performance: An Occupational-Based Framework for practice (PEOP) .....	28
4.2.1	<i>Personfaktorer</i> .....	29
4.2.2	<i>Omgivningen</i> .....	30
4.2.3	<i>Aktivitet och utförande (performance)</i> .....	32
4.2.4	<i>Sammanfattning</i> .....	33
<b>5</b>	<b>METOD</b> .....	<b>34</b>
5.1	Sampel .....	35
5.2	Datainsamling.....	36
5.3	Induktiv innehållsanalys .....	38
5.4	Etiska överväganden.....	40
<b>6</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>44</b>
6.1	Perspektiv på delaktighet .....	44
6.1.1	<i>Förståelsen för begreppet delaktighet</i> .....	45
6.1.2	<i>Föreningens verksamhet som möjliggörare av delaktighet</i> .....	47
6.1.3	<i>Orsaker till delaktighetsinskränkningar</i> .....	47
6.2	Stödets olika ansikten .....	49

6.2.1	<i>Stöd för roll och identitet</i> .....	49
6.2.2	<i>Stöd till aktivitet</i> .....	50
6.2.3	<i>Stöd till att välja själv</i> .....	52
6.3	Stödpersonen - förväntningar och önskemål .....	52
6.3.1	<i>Stödpersonens karakteristika</i> .....	53
6.3.2	<i>Stödpersonens förmåga till samtal och ett aktivt lyssnande</i> .....	54
6.3.3	<i>Stödpersonen som möjliggörare</i> .....	55
6.3.4	<i>Stödpersonen och utbildning</i> .....	56
6.4	Sammanfattning av resultatet.....	57
<b>7</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>60</b>
7.1	Metoddiskussion.....	60
7.2	Diskussion av resultatet i förhållande till tidigare forskning.....	64
7.3	Diskussion av resultatet i förhållande till teoretisk referensram .....	67
7.3.1	<i>Diskussion i förhållande till delaktighet</i> .....	67
7.3.2	<i>Diskussion i förhållande till PEOP</i> .....	70
7.4	SLUTSATSER .....	72
<b>8</b>	<b>Kritisk granskning</b> .....	<b>73</b>
8.1	Granskning av studiens validitet.....	74
8.2	Granskning av studiens reliabilitet.....	75
8.3	Granskning av studiens överförbarhet och generaliserbarhet .....	77
8.4	Övriga kritiska aspekter .....	78
<b>9</b>	<b>AVSLUTNING</b> .....	<b>79</b>
	<b>Källor</b> .....	<b>81</b>

## Figurer

Figur 1. Tolkning av interaktion mellan komponenterna i ICF. (Socialstyrelsen 2003:22).....	24
Figur 2. Delaktighetsbegreppets komponenter (Molin 2004b:66, Molin 2004a:50).....	25
Figur 3. Begreppsfigur över olika former av delaktighet (Molin 2004a:58, Molin 2004b:74).....	26
Figur 4. Beskrivning av PEOP modellen (Christiansen & Baum 2005:1,246). ....	29
Figur 5. Det insamlade materialets bearbetning från analys till syntes (Hirsijärvi & Hurme 2001:144).....	38
Figur 6. Tre kategorier med tio olika subkategorier .....	40
Figur 7. Olika aspekter på delaktighetsbegreppet samt på hur medlemmar vill vara delaktiga .....	57
Figur 8. Sammanhang i vilka medlemmar behöver stöd .....	58
Figur 9. Olika sätt att möjliggöra delaktighet.....	59

## Tabeller

Tabell 1. Resultat av artikelsökning 16.09.2011 på databasen EBSCO, Academic Search Elite. Avgränsning: fulltext och publiceringsdatum januari 2008 – augusti 2011. ....	16
Tabell 2. Resultat av artikelsökning 19.09.2011 på databasen The Cochrane Library. Avgränsning: fulltext och publiceringsdatum januari 2008 – augusti 2011.....	17
Tabell 3. Översikt av ICF (Socialstyrelsen 2003:15, Björck-Åkesson & Granlund 2004:39).....	23

## FÖRORD

Denna studie är ett resultat av de insatser som flera tillmötesgående och hjälpsamma människor bidragit med. Jag är ytterst tacksam för den insats som medlemmarna från psykosociala föreningar runt om i Svenskfinland bidragit med vid de individuella intervjuerna. Medlemmarna deltog med en öppenhet och ett engagemang som överraskade. De är värda mer än det ödmjuka tack jag här kan ge - men dock: Mitt ödmjukaste tack! Ett tack riktas i detta sammanhang till det Psykosociala Förbundet och projektet KOM MED 2011 -2012, för möjligheten till samarbete.

Jag vill också rikta ett tack till min studiegrupp inom ramen för Arcadas högre yrkesutbildning i rehabilitering. De har vandrat bredvid genom denna process och fungerat som ett motiverande stöd då tron på den egna förmågan emellanåt har sviktat. De har frågat och ifrågasatt samt stöttat då behov härtill behövts. Tack Bodil, Elina, Emma, Kirsi, Kasper, Kristina och Petra!

Mina handledare, Ira Jeglinsky-Kankainen och Bettina Stenbock-Hult, har stöttat mig genom olika delar av denna process och med deras kloka vägledning har jag systematiskt kunnat jobba vidare. Det skall de ha ett stort tack för! Jag är speciellt tacksam för det enorma stöd Bettina Stenbock-Hult visat mig i även svåra stunder under processens gång och för hennes förbehållslösa inställning till att handleda och dela med sig av sin kunskap. Tack!

Utan stödet på hemmaplan skulle detta arbete inte vara ett faktum: Tack Harri - Vad vore jag utan dig?

I Ekenäs den 12.11.2012

Marina Arell-Sundberg



# 1 INLEDNING

Dagstidningarna har under en längre tid beskrivit nedskärningar av sjukhusplatser inom psykiatrisk vård, omstrukturering av öppenvården och en förskjutning av vård- och rehabiliteringsinsatser till både den privata sektorn samt till tredje sektorn. Allt oftare är det den tredje sektorns organisationer som axlar denna målgrupps rehabiliteringsinsatser. Detta gäller i stor utsträckning även den utåtriktade psykosociala verksamheten. (SHM 2002)

Dessa organisationer är beroende av finansiering utifrån för att klara av sin verksamhet och upprätthålla den servicenivå de i dag står för. Den största finansiären är i allmänhet PAF (Peningautomatföreningen) samt större stiftelser vilka specifikt understöder social och hälsovård. Utdelningen sker i samarbete med Social- och hälsovårdsministeriet så, att Peningautomatföreningens styrelse gör ett förslag och detta omfattas eller förkastas av Social- och hälsovårdsministeriet. (Karlsson & Wahlbeck 2010:27) I dag tävlar många av tredje sektorns föreningar om medel för verksamhet, vilken specifikt handlar om rehabiliteringsinsatser kopplade till utmaningen: Hur svara på kraven i den nationella strategin för mental- och missbrukarvården, då det gäller rehabilitering i form av att stöda personer med någon typ av psykisk ohälsa?

I Social- och hälsovårdsministeriets publikation Social- och hälsovårdspolitikens strategier 2015, markerar man speciellt fyra huvudområden inom vilka insatserna och resurserna inom rehabiliteringen torde centreras: förebyggande av hälsa och funktionsförmåga, öka attraktionen för arbetslivet, minska fattigdom och utanförskap samt att garantera service och rimlig utkomst (SHM 2006:8). Speciellt de strategier som omfattas av förebyggande av hälsa och funktionsförmåga samt att minska utanförskap för att minimera risken att hamna utanför samhällets sociala struktur, ger riktlinjer för hur rehabiliteringsinsatser för personer med psykisk ohälsa, torde organiseras (SHM 2006:15).

Den nationella strategin för mental och missbrukarvården 2009 – 2015 (Partanen et al. 2010) fokuserar på ett förbyggande och främjande grepp då vård- och rehabiliteringsinsatser planeras för målgruppen. Fokus ligger på en bra fungerande grundstruktur då det gäller service i kommunen med komplement i form av välstrukturerade projekt för grupper i fara att hamna i fattigdom eller utanför samhället. I strategins diskussionsdel läggs vikt på ett gott samarbete mellan de olika sektorerna i samhället, både i form av öppenhet och i dialog men speciellt i form av finansiering för välriktade

projekt, vilkas uppgift är att svara på de fyra huvudområden som nämns i Social- och hälsovårdens strategier 2015. (Partanen et al. 2010: 78-79)

Ett sätt att förhindra att personer med psykisk ohälsa hamnar utanför samhällets service och strukturer, är att garantera och skapa möjlighet för dem att delta och vara delaktiga. Detta har Det psykosociala förbundet tagit fasta på i ett av PAF finansierat projekt med namnet ”KOM MED – projektet 2011-2012”. Projektets målsättning är att arbeta fram en fungerande verksamhetsmodell för frivilligarbetet, inom målgruppen på svenska, i Finland. Frivilliga som kan arbeta som stödpersoner för personer med psykisk ohälsa, skall få information, skolning och handledning. Detta för att kunna erbjuda en större möjlighet för målgruppen att vara delaktig i det psykosociala, frivilliga arbetet som bedrivs av medlemsföreningarna. Inom projektet jobbar projektansvariga Leena Pakkanen och volontärsamordnare Johanna Cresswell-Smith. Inom projektet har man valt att definiera frivilligverksamhet enligt följande: ”Frivilligt engagemang i en ideell verksamhet utan att få betalt”. (Psykosociala förbundet 2010) Förbundet samarbetar inom ramen för detta projekt med handikappförbundets stödpersonsverksamhet. Stödpersonverksamheten arbetar för ett tillgängligt samhälle samt en möjlighet till att, med en stödpersons hjälp, minska ensamhet, isolering och utanförskap. Med denna insats vill man på handikappförbundet främja delaktighet i samhället och härigenom öka livskvaliteten. (Handikappförbundet 2009)

Detta masterarbete är en del av projektet ”KOM MED 2011-2012” och dess syfte är att ge projektet information angående medlemmars åsikter vad stödpersoner kunde bidra med för att möjliggöra delaktighet. Informationen samlades in genom individuella intervjuer med medlemmar från 3 olika psykosociala föreningar.

Resultatet visar på att stödåtgärder inom ramen för tre helheter kan möjliggöra delaktighet: Stödpersoner kan bidra med att klargöra vad det betyder att vara delaktig och därigenom bekräfta den stödbehövandes delaktighet, de kan bidra med att bjuda på sig själv och använda sig själva i samarbetet för att stöda och möjliggöra delaktighet samt de kan bidra med konkret stöd så att den stödbehövande kan vara aktiv i vardagen och att ta del av det som samhället erbjuder. Resultatet är specifikt kopplat till projektet och dess målsättning att bygga upp en modell för frivilligarbetet, men kan också användas inom andra sammanhang där frivilligverksamhet för personer med psykisk ohälsa är fokus. Resultatet ger också personal, frivilliga eller andra som jobbar eller är engagerade i olika sammanhang där psykisk ohälsa är ett centralt tema, information om vad ett riktat stöd kunde om-

fatta. Resultatet ger professionell information om stödets art, speciellt om det förekommer förväntningar på dem som servicegivare eller på innehållet i denna service.

## **2 BAKGRUND**

Detta masterarbete handlar om psykosociala föreningsmedlemmars åsikter. De flesta av dessa medlemmar lider eller har lidit av någon form av psykisk ohälsa. Men vad innebär då detta med psykisk ohälsa? Begreppet i sig är mångfasetterat och används ofta parallellt med mental ohälsa. Eftersom en viss osäkerhet råder angående användningen av endera mental- eller psykisk ohälsa, har begreppet psykisk hälsa/ohälsa öppnats och beskrivs i stycke 2.1.

I samband med psykisk ohälsa talar man också om mentalvårdens rehabilitering och om psykiatrisk rehabilitering. Här råder en förvirring och en parallellanvändning, både då det gäller innehåll och omfattning. Dessa uttryck öppnas och fastställs för detta arbete i stycke 2.2. I stycke 2.3 beskrivs frivilligarbete inom organisationer som en del av rehabiliteringen samt stödpersonen och vad det innebär att vara en stödperson.

Bakgrundsdelen i detta masterarbete avslutas med en presentation av tidigare forskning inom området stöd, stödåtgärder och stödprogram i syfte att främja delaktighet. Detta i stycke 2.4.

### **2.1 Psykisk hälsa/ohälsa**

Begreppen mental hälsa/ohälsa och psykisk hälsa/ohälsa används parallellt i litteraturen för att beskriva hälsan ur ett psykiskt/mentalt perspektiv. Svenska Akademiens ordbok (SAOB 2008) ger också en förklaring på orden som inte specifikt skiljer dem från varandra: Mental står för själslivet, det själsliga, det psykiska. Psykisk, å sin sida, står för människans själ, själsliv och andlighet i motsatts till det fysiska livet. Detsamma gäller också Institutet för hälsa och välfärd (THL 2007) som använder dessa begrepp parallellt och väljer att i sin sökfunktion på webben använda mental hälsa och i beskrivningen av densamma använda psykisk hälsa. Med dessa två källor som grund används därför enbart psykisk hälsa/ohälsa som begrepp i detta arbete.

För att få en full förståelse för innebörden i begreppet psykisk ohälsa borde man i första hand få förståelse för vad hälsa innebär. Enligt Institutionen för Hälsa och Välfärd (THL 2007), existerar ingen hälsa utan psykisk hälsa och kopplar alltså ihop psyket som en viktig komponent i den totala hälsan. Världshälsoorganisationen (WHO 2007) beskriver hälsa genom att säga att det inte enbart är frånvaro av sjukdom och definierar det hela som ett tillstånd av välbefinnande. I detta välbefinnande skall varje individ kunna se sin egen potential, hantera normal stress i vardagliga livssituationer, klara av att arbeta eller vara produktiv och ha förmåga till att vara delaktig i samhället. Då denna hälsa kopplas till ihop med begreppet psykisk handlar det om att ha kontroll över sitt eget liv och kunna bemästra det hela, självkänsla och vitalitet samt en psykisk motståndskraft (resiliens) (THL 2007). Psykisk ohälsa beskriver då motpolen till dessa. Tyvärr uppfattas och förstås innebörden i den psykiska hälsan, av gemene man, ofta utifrån sin motpol - psykisk ohälsa. Det är lättare att förstå sammanhanget genom att se på de problem som beskriver innebörden beskriven ovan och olika uttryck för psykisk problematik, exempelvis depression, paranoia eller schizofreni. (Cattan & Tilford 2006:9)

Vappu Taipale skriver i förordet till publikationen *Psykisk hälsa i Finland*, följande om psykisk hälsa:

Den psykiska hälsan har såväl samhälleliga som individuella dimensioner, liksom också biologiska, sociala och psykologiska aspekter. Det finns ingen anledning till determinism: dåliga gener, olyckor, sjukdomar eller förluster är ingenting som självfallet äventyrar en människas psykiska hälsa. Det mänskliga psykets mångfasetterade komplexitet gör det svårt att ge några entydiga kriterier på god psykisk hälsa. Nya gruppbaseade behandlingsformer är först i sin linda. Om god psykisk hälsa är svår att definiera så är psykiska störningar och problem desto klarare avgränsade och lättare att urskilja. (Pirkola & Sohlman red. 2005)

I de nationella strategierna för mental- och missbrukarvården 2015 poängteras ett salutogenetiskt förhållningssätt då hälsa granskas. Detta innebär att perspektivet och utgångspunkten i vård och rehabilitering är människors hälsoresurser och inte den sjukdom eller den diagnos som kanske är aktuell. (Partanen et al. 2010:24) Det salutogenetiska hälsoperspektivet har sitt ursprung i Antonowskys tankar om känslan av sammanhang (KASAM). Ju bättre upplevelse av att klara av, hantera och förstå sin situation ger personen en större känsla av sammanhang och härigenom en större upplevelse av välbefinnande, hälsa. (Christiansen & Baum 2005:147)

## **2.2 Rehabilitering inom mentalvården**

Begreppet rehabilitering inom mentalvården i sig är ett ytterst brett, oklart och mångfasetterat uttryck. Det återspeglar den mångfald av vård och vårdformer, rehabilitering och rehabiliteringsfor-

mer samt närmelsesätt som mentalvården i dag består av. Rehabilitering inom mentalvården ses som ett bredare begrepp än psykiatrisk rehabilitering, som enbart omfattar de svåra psykiatriska sjukdomarna. (Riikonen & Järvikoski 2001: 162) Lähteenlahti (2001) anser att den psykiatriska rehabiliteringen fokuserar på två huvudgrupper inom psykiatrin: de kognitiva psykoserna alltså olika typer av schizofreni och på affektiva störningar så som långvarig djup, på psykosstadiet varande, depression. Huvudfokus i denna typ av rehabilitering ligger enligt Lähteenlahti (2001) på vård och rehabiliteringsinsatser i ett tidigt skede, för att personen skall kunna leva med sin sjukdom i vardagen.

Det som i litteraturen beskrivs som mentalvårdens rehabilitering innefattar alla de områden som de mentala aspekterna representerar och har sin fokus på verksamhet vilken skall främja välbefinnandet, förbättra aktivitetsförmågan och öka delaktigheten i samhället (Riikonen & Järvikoski 2001:163). Riikonen och Järvikoski (2001) anser att gränsdragningen mellan hälsofrämjande, vård och rehabilitering är ytterst svår inom mentalvården. Enligt dem kan man tala om rehabilitering inom mentalvården, då individens aktivitetsförmåga är påverkad på grund av en sjukdom, och att det med olika metoder går att påverka situationen för att uppnå hälsa och en bättre aktivitetsförmåga. Grundläggande för rehabilitering, oberoende om den omfattas av det som beskrivs som psykiatrisk rehabilitering eller rehabilitering inom mentalvården är syftet att främja funktionsförmågan, välbefinnandet och möjligheterna för aktivitet och delaktighet. Enligt Jari Koskisuu (2004: 10-13) blir grundfrågan inom mentalvårdens rehabilitering då: Hur kan vi garantera sådana rehabiliteringsformer som är av etisk hög kvalité, som strävar till en, för individen, bättre funktionsförmåga och som samtidigt tillfredsställer samhällets krav på ett bra resultat?

## **2.3 Stödperson och stödpersonsverksamhet**

Flera av de personer som lider av psykisk ohälsa har svårigheter att, utan ändamålsenligt stöd, använda sig av den service som samhället erbjuder (Muir et al 2008:271). Många isolerar sig i sina hem, men kan ändå uppleva att deras liv innehåller aktiviteter som är meningsfulla. Trots denna subjektiva upplevelse av meningsfullhet, kvarstår faktum att de har svårt att klara av ADL-aktiviteter, fritidsaktiviteter, sociala situationer och arbetsaktiviteter på ett tillfredsställande sätt (Leufstadius & Eklund 2008: 27-30). Emedan dessa aktiviteter är avgörande för en persons upplevelse av hälsa och av delaktighet, kommer avsaknaden av vardagens aktiviteter att inverka på för-

mågan att både utföra och genomföra. Detta ökar behovet av rehabiliteringsinsatser bland annat i form av olika stödåtgärder. Dessa personer behöver både socialt och personligt stöd samt habilitering och rehabilitering för att öka sin funktionsförmåga i förhållande till de ovan nämnda aktiviteterna. (Baker et al. 2009: 30-38)

Det är i första hand kommunernas uppgift att tillgodose personer med psykisk ohälsa habilitering och rehabilitering. Som en viktig del av denna ingår stödåtgärder för att upprätthålla en god funktionsförmåga på olika plan. (Pirkola & Sohlman 2005:1, 9-18) Tyvärr lyckas kommunerna inte alltid till fullo med detta, varför tredje sektorns organisationer får ta över en del av den service målgruppen behöver. Denna typ av organisationsverksamhet fungerar på ideell bas och dess målsättning är inte att göra ekonomisk vinst. För sin verksamhet involverar organisationerna frivilliga vilka utan ersättning deltar på olika nivåer inom ramen för verksamheten. En verksamhet är den som kallas stödpersonsverksamhet och som bygger på frivilliga insatser i form av stöd för medlemmarna inom olika områden. (Kittilä 2008: 709-712) Stödperson är en person som frivilligt ställer upp i syfte att finnas till och bidra med insatser som ett komplement till den vård eller de rehabiliteringsinsatser som en person med psykisk ohälsa får. Stödpersonen är en del av den stödpersonsverksamhet som byggts upp inom organisationen. Inom ramen för denna stödpersonsverksamhet skall tillräcklig handledning, utbildning och referensstöd ges för att stödpersonen skall kunna utföra denna typ av frivilligt arbete. Stödpersonsverksamhetens verksamhetsmodell ger riktlinjer för hur det frivilliga stödet skall se ut, vad det skall innehålla och hur det kommer att genomföras. Grundläggande är att stödet skall svara mot det behov den stödbehövande har i stunden. (Sosiaaliportti 2011)

## **2.4 Tidigare forskning**

En forskningsöversikt gjordes för att klargöra vad som tidigare skrivits och vilka forskningsresultat som redovisats i förhållande till delaktighet, stöd, stödprogram samt stödåtgärder för personer med psykisk ohälsa. Översikten genomfördes enligt den processtruktur som Forsberg & Wengström (2008) beskriver i sin bok: Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.

För att få fram bra sökord inför forskningsöversikten utarbetades frågeställningar. Frågeställningarna har sin teoretiska bas i de referensramar som detta arbete baserar sig på: PEOP- modellen och

ICF:s definition av delaktighet. Dessutom har de forskningar som presenteras i inledningen och bakgrunden gett riktlinjer för de gränser, inom vilka svar torde sökas. Utifrån detta formulerades följande frågor:

- 1) Vilka typer av stödprogram, stödåtgärder har visat sig användbara då delaktighet skall möjliggöras (helheterna kopplade till delaktighet i ICF) för personer med olika typer av mentala funktionshinder?
- 2) Vilka är dessa personers erfarenheter av kamratstöd, stödprogram eller andra åtgärder för att möjliggöra delaktighet?

### **2.4.1 Inklusions- och exklusionskriterier**

I genomgången inkluderades undersökningar och litteraturstudier vilka är gjorda efter 2008, i länder med en västerländsk livsideologi och en human syn på människan. Artiklarna är skrivna på svenska (eller annat nordiskt språk), finska och engelska och beskriver olika typer av stödåtgärder och stödprogram i vardagen för vuxna personer med olika typer av psykiska funktionshinder. De kan också beskriva erfarenheter av både stödpersonsverksamhet samt stödåtgärder vilka ansetts användbara för att stöda delaktighet. De kan även beskriva olika åtgärder som visat sig vara användbara då det gäller att stöda dessa personers aktiviteter i sin omgivning.

Artiklar äldre än 2008 exkluderades. Detsamma gäller de som är gjorda i ett land med en annan livsideologi än den västerländska. Artiklar som beskriver stödåtgärder, stödpersonsverksamhet samt program för stödverksamhet mera allmänt exkluderades också. Detsamma gäller program riktade till barn och unga. Stödåtgärder eller stödprogram utarbetade för ett mycket snävt livsområde utan koppling till personens omgivningsrelaterade helhet, exkluderades också. Detta eftersom PEOP-modellen ligger som teoretisk grund för detta arbete.

Alla artiklar som inte är forskningsartiklar eller artiklar över litteraturstudier exkluderades från denna genomgång.

## 2.4.2 Datasökning

Artiklar har sökts på databaserna EBSCO, Cinahl och Pubmed med följande sökord; *support och mental och activities; participation och mental och experience, participation och support och mental; participation och peer-support och mental samt outpatient och participation och mental*. Denna sökning gjordes den 16.09.2011. Sökorden var tre till antalet vid varje sökning. Detta var ett medvetet val: med flera sökord per sökning blev resultatet mera specificerat och höll sig bättre inom ramen för de centrala temana. Academy Search Elite; EBSCO var den databas som gav det bästa resultatet. Artiklar som hittades i databaserna Cinahl och Pubmed kom också upp i EBSCO och därför presenteras alla träffar enbart via EBSCO. Sökningarna samt sökresultaten, alltså de träffar som omfattades av inklusionskriterierna, redovisas i tabell 1.

Sökning den 19.09.2011 på databasen The Cochrane Library gav ytterligare träffar. Sökord som användes var: *mental health och peer-support och experience; participation och support och mental illness; support och mental och activities samt mental disabilities och peer-support och experience*. Sökningarna samt sökresultaten, alltså de träffar som omfattades av inklusionskriterierna, redovisas i tabell 2.

Tabell 1. Resultat av artikelsökning 16.09.2011 på databasen EBSCO, Academic Search Elite. Avgränsning: fulltext och publiceringsdatum januari 2008 – augusti 2011.

SÖKNING16.09.2011 sökord	Antal träffar	Inkluderas efter genomläst rubrik	Inkluderas efter genomläst abstrakt	Inkluderas efter genomlästa abstrakt, syfte och resultat i förhållande till inklusionskriterierna
Support+mental+ activities	32	13	7	4
participation+experience +mental	17	1	1	1
participation+peer- support+mental	3	1	1 (en av de artiklar som ingår i rad 1)	Inkluderas i detta sammanhang 1
outpatient+participation+mental	4	1	1	1
paticipation+support+mental	7	1	1	-



Tabell 2. Resultat av artikelsökning 19.09.2011 på databasen The Cochrane Library. Avgränsning: fulltext och publiceringsdatum januari 2008 – augusti 2011.

SÖKNING20.09.2011 sökord	Antal träffar	Inkluderas efter genom- läst rubrik	Inkluderas efter genomläst ab- strakt	Inkluderas efter genomläst ab- strakt, syfte och resultat i förhål- lande till inklusionskriterierna
mental health+peer- support+experience	4	1	1 (samma artikel som ingår i rad 4)	1
participation+support+mental illness	3	1	1 (samma artikel som ingår i rad 4)	1
support+mental+activities	9  (3 publicerade tidigare än 2008)	3	2	1
mental disabilities+peer- support+experience	2	2	2 (samma artiklar som inkluderades i rad 1 och 2)	-

### 2.4.3 Kvalitetsgranskning och resultatredovisning

Redovisningen av artiklarna samt kvalitetsgranskningen på de artiklar vilka inkluderades i analysen presenteras i tabellform (Bilaga 5(1-5) ). Kvalitetsgranskningsformulären (Forsberg & Wengström 2008) presenteras som bilagor till detta arbete. Detsamma gäller formuläret för kontroll av kvantitativa studier, PEDro Scale (Bilaga 6, 7, 8 och 9).

Bevisvärdet presenteras i en 5 gradig skala: ett mycket högt bevisvärde är 90-100 %, ett högt 80-89 %, ett medelmåttligt 70-79 %, ett svagt 60-69 % och ett mycket svagt 50-59 %. Studier med medelmåttligt, högt eller mycket högt bevisvärde inkluderades efter granskningen, sammanlagt 9 artiklar. En artikel exkluderades efter kvalitetsgranskning.

### 2.4.4 Sammanfattning av artiklarnas resultat

Artiklarnas resultat sammanfattades genom att följa de riktlinjer Friberg (2006) beskriver som en bra metod för analys av olika typer av litteraturöversikter - artiklarna lästes först ett antal gånger i syfte att få en förståelse för innehållet, därefter analyseras artiklarna närmare i två steg. Första steget innefattade ett deduktivt förhållningssätt där frågeställningarna för litteraturgranskningen bredades och svar söktes på dessa. Följande steg omfattade en induktiv betraktelse för att se likheter

och skillnader i materialet. I analysen användes artiklarnas resultat och diskussion som underlag för analysen.

De likheter och skillnader som hittades i materialet formades till olika teman och dessa sammanfattades till fyra övergripande kategorier. Kategorierna är: *Gruppen har betydelse för aktivitet, delaktighet och psykisk hälsa*, *Delaktighet och socialt stöd hänger ihop*, *Delaktighet och aktivitet hör ihop* samt *Personalens insats och bemötande avgör graden av delaktighet*.

### *Gruppen har betydelse för aktivitet, delaktighet och psykisk hälsa*

Gruppen som forum för delaktighet hänger i hop med timing. Detta innebär att grupsituationer, vilkas syfte är aktivering och en möjlighet till deltagande, skall sättas in vid just rätt tidpunkt. Deltagande i grupsituationer skall också utgå från frivillighet – man deltar på egna premisser. (Sundsteigen et al. 2009, Schutt & Rogers 2009) Gruppen är det forum där möjlighet till kamratstöd skapas. Andra gruppmedlemmar med samma problematik har en helt annan förståelse för varandras vardagssituation. (Chernomas et al. 2008)

Då man känner att man tillhör en gemenskap, upplever man delaktighet. Ett referensstöd är en av grundstenarna för denna upplevelse. Samtidigt bör man ha möjlighet att inverka på hur gruppens dynamik tar sig uttryck samt för hur innehållet ser ut. Då dessa möjligheter är närvarande kan känslan av delaktighet infinna sig. Möjligheten till social kontakt, i en icke stigmatiserande omgivning, vilket en grupp kan vara, ökar möjligheten att vara deltagande. (Sundsteigen et al. 2009, Schutt & Rogers 2009, Carless & Douglas 2008) Identifiering i en grupp ökar självkänslan och minskar behovet av socialt stöd (Hendryx et al. 2009). Inom ramen för gruppen kan informativt stöd ges gruppmedlemmarna emellan för att motivera till att delta och vara aktiva (Hendryx et al. 2009).

### *Delaktighet och socialt stöd hänger ihop*

De som har tillgång till kamratstöd har ett minskat behov av att anlita professionell hjälp i krissituationer. Perioder av illamående minskar också. Socialt stöd och användningsgraden av droger hänger ihop: ju mera kamratstöd desto färre återfall i droganvändning. (Landers & Zhou 2009, Hendryx et al. 2009) Om stöd ges av person med samma typ av delaktighetsinskränkning kan stödtagaren omfatta stödets innehåll lättare (Chernomas et al. 2008).

Ostrukturerat stöd över internet bidrar inte till förbättrad hälsa. Mera tid i virtuella sociala forum eller i direkt kontakt med kamrater över nätet, utan speciell struktur, ökar bara oro och ångest och härigenom behovet av stöd. (Kaplan et al. 2011) Organiserade sociala aktiviteter i strukturerad omgivning möjliggör delaktighet (Schutt & Rogers 2009).

Möjlighet att medverka i beslutsprocessen kring typen och omfattningen av socialt stöd, går hand i hand med graden av delaktighet (Elstad & Eide 2008). Att dessutom kunna vara den som både får ta emot stöd, men också ges möjlighet till att fungera som stöd för någon annan, ökar känslan av deltagande (Schutt & Rogers 2009, Chernomas et al. 2008). Då tillgången på socialt stöd är liten får aktiviteterna i vardagen en mycket större betydelse. Genom att stöda aktivitetsutförande i vardagen, höjs känslan av deltagande och speciellt känslan av hälsa. (Hendryx et al. 2009, Chernomas et al. 2008)

Tillgången till och närvaron av ekonomiska resurser är avgörande för hur man kan ta del av det samhället har att erbjuda. Pengar är avgörande då det gäller medlemskap i föreningar, sammanslutningar eller transporter mellan och inträde till aktivitetsarenor i samhället. (Elstad & Eide 2008, Chernomas et al. 2008) Personligt stöd i förhållande till detta behövs. Hjälp med kontakter till myndigheter och ifyllande av blanketter är avgörande för delaktighet inom olika aktivitetsarenor nu, men även i framtiden (Schutt & Rogers 2009, et al. 2009, Chernomas et al. 2008). Hjälp kan ges både individuellt via kamratstöd, personalstöd eller via det kollektiva deltagandet i en grupp (Elstad & Eide 2008, Schutt & Rogers 2009, Sundsteigen et al. 2009).

### *Delaktighet och aktivitet hänger ihop*

Möjligheten att utföra meningsfulla aktiviteter hänger ihop med känslan att vara del av det som sker. Meningsfulla aktiviteter ger en känsla av att klara av, att ha kontroll och ger känslan av att man är en aktör. Då man klarar av aktiviteter i grupp får man viljestyrka och energi att även klara av vardagens utmaningar. Meningsfulla aktiviteter bör genomföras i en trygg omgivning för att känslan av delaktighet skall vara total. (Sundsteigen et al. 2009, Elstad & Eide 2008) Engagemang i aktiviteter ger ett bra underlag då den totala sociala gemenskapen, exempelvis i en sammanslutning, skall utvecklas. Får man möjlighet att engageras i de aktiviteter som är en del av sammanslutningen, förbättras också den sociala gemenskapen. (Schutt & Rogers 2009)

Det egna valet av aktivitet är centralt då det gäller delaktighet och upplevelsen av hälsa. Får personen själv välja sina aktiviteter kommer hon att vara mera intresserad av att göra dem d.v.s. mera delaktig i situationen men också i processen. (Elstad & Eide 2008, Hendryx et al. 2009)

Då tillgången på aktivitet är ett faktum måste stöd ges för att personer med psykisk ohälsa skall våga ta del av dem. Hjälp behövs med att ta sig från sitt hem till aktiviteten, att motiveras till deltagande i stunden och stöd behövs också då feedback på det egna utförandet blir aktuell. (Hendryx et al. 2009, Schutt & Rogers 2009, Chernomas et al. 2008)

### *Personalens insats och bemötande avgör graden av delaktighet*

Insatser från professionella inom mentalvården har betydelse för hur personer med psykisk ohälsa kan vara och bli delaktiga. I detta sammanhang bör en definition på vad man menar med delaktighet, i specifikt kontext, omfattas av både klient och personal. (Elstad & Eide 2008, Schutt & Rogers 2009)

Att veta att man har tillgång till en person att vända sig till, för olika typer av stödåtgärder, främjar delaktighet. Detsamma gäller de om det finns möjlighet att fritt få föra fram sina tankar om vilken typ av stöd och när detta stöd behövs, till personalen. (Elstad & Eide 2008, Schutt & Rogers 2009, Chernomas et al. 2008) Utmaningen för personal inom ramen för frivilligt stödarbete är att släppa traditionella hierarkiska positioner från social- och hälsovård; vi och dem (Schutt & Rogers 2009).

Supportiv terapi för personer med schizofreni granskades i förhållande till traditionella terapier t.ex. psykodynamisk terapi eller träning av sociala färdigheter. Kognitiv terapi, familjeterapi och fokuserade rehabiliteringsinsatser i kombination med supportiv terapi, ger den största effekten då det gäller funktionsförmåga, att klara sig i vardagen samt med att vara nöjd med den vård man får. (Buckley et al. 2010) Detta visar på att en kombination av olika insatser från personalen gagnar denna klientgrupps delaktighet i sin vardag.

Då man litar på att personalen kan skapa en trygg omgivning, vilken främjar aktivitet och deltagande, är det lättare att vara delaktig. Om personalen dessutom är öppen och tillmötesgående då det gäller val av aktiviteter samt grad av deltagande, möjliggörs delaktighet ytterligare. (Elstad & Eide 2008, Schutt & Rogers 2009) Ibland kan man må dåligt, misstro sig själv eller vara i kris. Detta inverkar negativt på hur man kan delta. Om man i sådana situationer har en person fysiskt närvarande,

bredvid sig i stunden, ökas möjligheterna till deltagande. (Hendryx et al. 2009, Chernomas et al. 2008)

### **3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

I resultaten från tidigare forskning stiger, aktivitetsbegränsningar i IADL aktiviteter, oförmågan till självständighet i sociala kontakter i samhället och tendensen till isolering, fram som faktorer vilka bidrar till nedsatta, eller till och med inskränkta möjligheter till delaktighet. I syfte att minimera dessa aktivitets- och delaktighetsinskränkningar, har man inom det Psykosociala Förbundet startat projektet ”KOM MED” 2011-2012. Ett av projektets mål är att engagera frivilliga som kan ställa upp som stöd för personer med psykisk ohälsa. Stödpersonerna skall få skolning och handledning för sitt uppdrag. För att få riktlinjer för innehållet i denna utbildning, blir det aktuellt att höra vad de personer som skall ta del av denna stödform, vill ha. Vilken typ av stöd tycker medlemmarna att skulle ge dem större möjlighet till delaktighet?

Syftet med detta masterarbete är således att undersöka och synliggöra svenska psykosociala föreningsmedlemmars åsikter om vad en stödperson kunde bidra med för att möjliggöra delaktighet.

För att uppnå detta syfte är frågeställningarna följande:

- Hur beskriver medlemmarna delaktighet och hur vill de vara delaktiga?
- I vilka sammanhang (aktiviteter) anser de sig behöva en stödperson för att kunna vara delaktiga?
- Vad borde en stödperson bidra med för att möjliggöra medlemmarnas delaktighet?

### **4 TEORETISK REFERENSRAM**

Detta arbete utgår ifrån två teoretiska helheter. Den ena helheten omfattas av begreppet delaktighet genom tre olika perspektiv: ICF, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (International Classification of Functioning, Disability and Health), Martin Molins (2004) begrepps-

analys på delaktighet inom handikappområdet samt delaktighet som den beskrivs i ergoterapilitteratur. Den andra helheten omfattas av en modell för kliniskt ergoterapiarbete, PEOP (Person-Environment-Occupation-Performance) vilken belyser komponenter vilkas dynamiska samverkan möjliggör eller hindrar aktivitet, aktivitetsutförande och delaktighet.

#### **4.1 Delaktighet ur tre olika perspektiv**

Ett grundläggande dokumentet, där man för fram begreppet delaktighet, är Förenta Nationernas standardregler (FN 1995). I detta dokument gör man ett försök att genom 22 standardregler försäkra personer med funktionsnedsättningar rätt till delaktighet och jämlikhet. Man vill ge ståndpunkter på hur länder kan undanröja hinder och på så sätt skapa ett samhälle i vilket dessa personer kan agera. Dessa standardregler är uppdelade i tre delar. Den första handlar om olika förutsättningar för delaktighet, den andra beskriver viktiga huvudområden för delaktighet och den tredje omfattas av direktiv hur dessa regler kan omsättas i praktiken. (FN 1995) Tyvärr handlar detta dokument mera om de förutsättningar som krävs för delaktighet och beskriver inte närmare vad som menas med delaktighet i sig.

Det andra dokumentet som för fram delaktighet i ett större sammanhang är ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. I denna klassifikation har man gett delaktighet (participation) betydelsen: ”en individs engagemang i en livssituation”. Eftersom denna betydelse är den som mest används i praktiskt rehabiliteringsarbete, ges en närmare beskrivning kring detta i stycke 4.1.1.

Martin Molin (2004) har i sin doktorsavhandling granskat delaktighet som begrepp och där gjort en begreppsanalys för att klarlägga olika former av delaktighet. Analysen ger en bra insikt i bredden, omfånget och de komponenter som bygger upp begreppet delaktighet. Komponenterna beskrivs närmare i stycke 4.1.2.

Inom ergoterapi kopplas delaktighetsbegreppet samman med begreppen aktivitet (occupation), engagemang (engagement) och att möjliggöra (enablement). Dessa kopplingar i förhållande till delaktighet presenteras närmare i stycke 4.1.3.

### 4.1.1 Delaktighet i ICF

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) är ett klassifikationssystem vars syfte är att skapa en helhet av människans funktionsförmåga sett ur ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Vidare skapar klassifikationen ett gemensamt språk och en standardiserad struktur för att beskriva hälsa och tillstånd relaterade till hälsa. (Socialstyrelsen 2003:9)

Klassifikationssystemet har en fast, hierarkisk struktur, vilket synliggörs i tabell 3. Systemet består av två delar i vilka det finns två separata komponenter. Varje komponent består i sin tur av domäner och varje domän av kategorier:

Del 1: Funktionstillstånd och funktionshinder

- kroppsfunktion och anatomisk struktur
- aktivitet och delaktighet

Del 2: Kontextuella faktorer

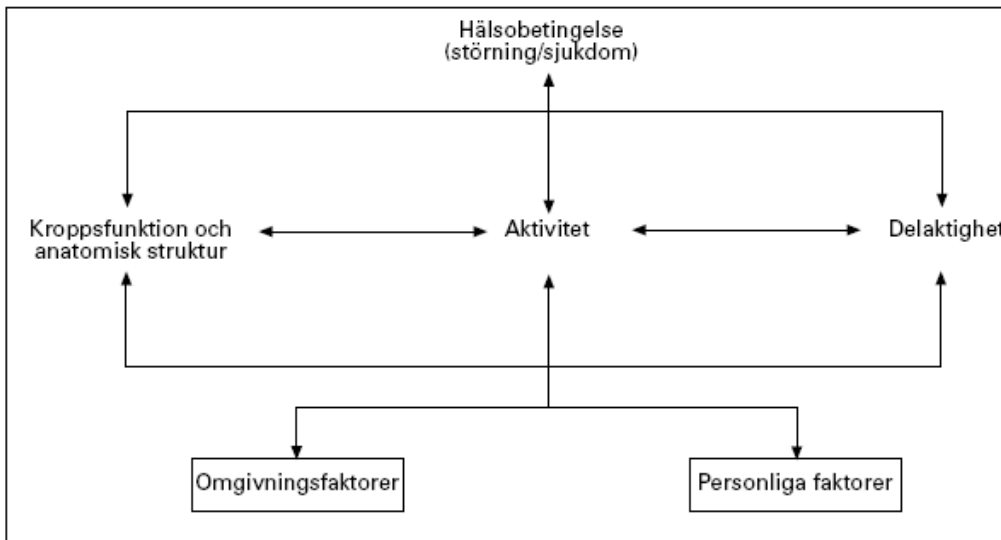
- omgivningsfaktorer
- personliga faktorer

Tabell 3. Översikt av ICF (Socialstyrelsen 2003:15, Björck-Åkesson & Granlund 2004:39)

Tabell 2.1 Översikt av ICF (Socialstyrelsen 2003 s. 15).

Komponenter	Del 1: Funktionstillstånd och funktionshinder		Del 2: Kontextuella faktorer	
	Kroppens funktioner och strukturer	Aktiviteter och delaktighet	Omgivningsfaktorer	Personfaktorer
Domäner	1 Kroppsfunktioner 2 Kroppsstrukturer	Livsområden (uppgifter, handlingar)	Yttre påverkan på funktionstillstånd och funktionshinder	Inre påverkan på funktionstillstånd och funktionshinder
Begrepps-konstruktioner	Förändring i kroppsfunktion (fysiologiskt) Förändring i kroppsstruktur (anatomisk)	Kapacitet att utföra uppgifter i en standardomgivning Genomförande att utföra uppgifter i aktuell omgivning	Underlättande eller hindrande påverkan från omständigheter i den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen	Påverkan av utmärkande drag hos personen
Positiv aspekt	Funktionell och strukturell integritet	Aktivitet Delaktighet	Underlättande faktorer	Ej tillämbart
	<b>Funktionstillstånd</b>			
Negativ aspekt	Funktionsnedsättning, strukturavvikelse	Aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning	Barriärer/hinder	Ej tillämbart
	<b>Funktionshinder</b>			

Komponenterna – kroppens funktioner och kroppstruktur, omgivningsfaktorer, aktivitet, delaktighet och personliga faktorer - är i ständig interaktion med varandra (figur 1). En interaktiv process sker hela tiden mellan de olika komponenterna som utgör ICF. Detta betyder att en förändring inom ramen för en komponent påverkar en annan endera i positiv eller negativ bemärkelse. (Socialstyrelsen 2003:22)



Figur 1. Tolkning av interaktion mellan komponenterna i ICF. (Socialstyrelsen 2003:22)

Intressant för detta arbete blir komponenten aktiviteter och delaktighet och det sätt som ICF definierar dessa begrepp. Aktivitet och delaktighet är en gemensam komponent i ICF och omfattas alltså av samma domäner. Detta innebär att domänerna har en dubbeldimension. Å ena sidan omfattas de av aktivitet, vilket enligt ICF är en persons utförande av en uppgift eller en handling och å andra sidan delaktighet som är en persons engagemang i en livssituation. I klassificeringen bedöms aktivitet och delaktighet i begrepps faktorer som genomförande och kapacitet. Konstruktionen genomförande täcker allt det personen gör i en standardomgivning och kapacitet är förknippat med förmågan att utföra en uppgift i en aktuell omgivning. (Socialstyrelsen 2003:18) Hänvisar man till konstruktionen genomförande, inom aktivitets och delaktighetskomponenten i ICF (se figur 1), kan denna omfattas av enbart aktiviteten, av aktivitet och delaktighet men också av aktivitet eller delaktighet i en aktuell omgivning. Så för att fastställa närvaro eller frånvaro av delaktighet behövs ett aktivitetsutförande, ett genomförande, i en speciell omgivning (Björck-Åkesson & Granlund 2004:42–44).

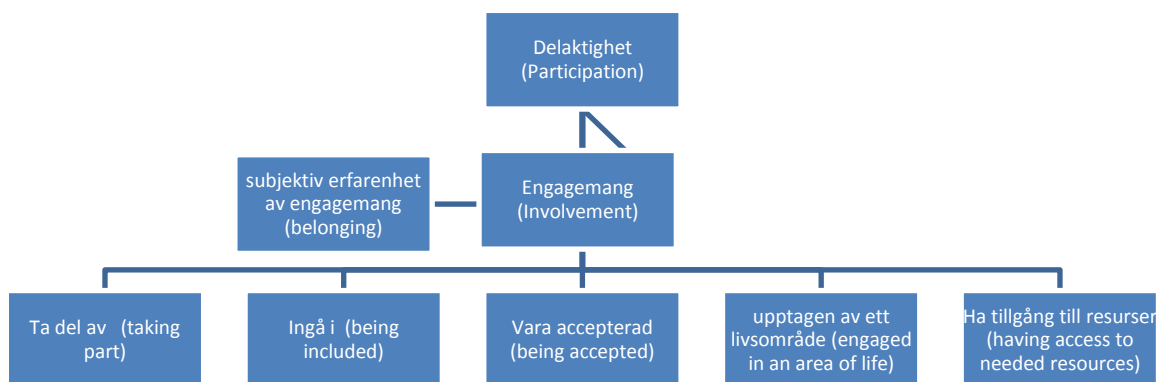


Nordenfelt (2004b:59) sammanfattar detta på följande sätt:

”Varje handling utförs och måste utföras i någon fysisk miljö. Detta måste således också gälla aktiviteter i den mening som ICF använder denna term. Det kan inte bara gälla handlingar av typ delaktighet.”

Enligt Björck-Åkeson & Granlund (2004) är samspelet mellan individen och hans miljö avgörande för att delaktighet skall uppstå. Detta innebär givetvis att personens självbestämmanderätt och autonomi garanteras. Dessutom är motivation, personliga mål och roller samt vilja till aktivitet avgörande för att delaktighet skall vara ett faktum.

I ICF definieras delaktighet alltså som är en persons engagemang i en livssituation. Med engagemang menas personens möjlighet att delta, att ingå i, att vara accepterad, att vara involverad i eller att ha tillgång till nödvändiga resurser. Molin (2004b) har sammanställt en illustration över delaktighetsbegreppet i ICF. Han vill i sin figur visa på den komplexitet begreppet står för (Figur 2).



Figur 2. Delaktighetsbegreppets komponenter (Molin 2004b:66, Molin 2004a:50)

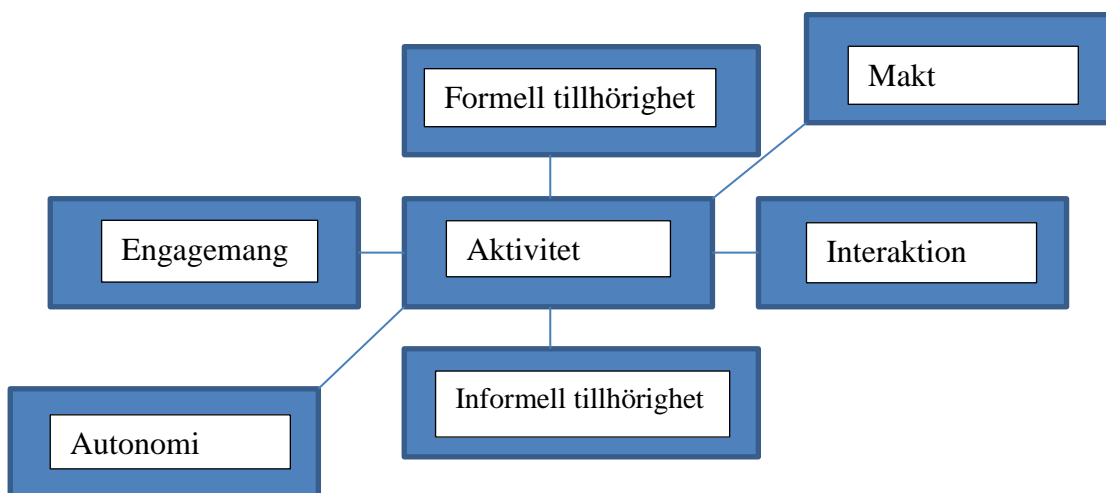
#### 4.1.2 Olika former av delaktighet enligt Molin

Molin (2004a:67) anser att engagemang är en central komponent då delaktighet diskuteras. Engagemang omfattar att vara involverad, delta eller att ingå i ett livsområde. Det omfattar också att vara accepterad eller att ha tillgång till de resurser som krävs. Är man engagerad så utför man olika handlingar, aktiviteter. Aktivitet kan inte enbart utföras utgående från ett engagemangsperspektiv. Det behövs en omgivning, i vilken vi känner tillhörighet, för att vi skall kunna utföra. Denna tillhörighet kan antingen vara formell eller informell. Den formella tillhörigheten handlar om individens formella rätt att ingå i ett sammanhang. En studerande har en formell tillhörighet i skolmiljön då

han blivit antagen och erhållit en studieplats. Molin (2004a) kallar detta för ett legitimt deltagande. Den informella tillhörigheten omfattas av individens egna subjektiva känsla av tillhörighet, att vara accepterad i ett sammanhang eller att tillhöra något.

Utan självbestämmanderätt (autonomi) i förhållande till den aktivitet som skall utföras skapas inte känslan av delaktighet. Detta går även i andra riktningen: att själv få bestämma över att inte delta är också en viktig delaktighetskomponent. (Molin 2004a:72)

Enligt Molin (2004a) är makt en form av delaktighet. Med en känsla av vidmakthållande, egenmakt, styrka, inflytande och möjligheter att inverka, skapar man sin egen delaktighet i förhållande till utförandet, handlingen. Den sista delaktighetsform Molin tar upp är interaktion. Han menar att en ömsesidighet borde råda i sociala sammanhang för att aktivitet och därigenom delaktighet skall vara ett faktum. Det blir fråga om ett socialt givande och tagande mellan individen och hans omgivning, ett samspel. (Figur 4)



Figur 3. Begreppsfigur över olika former av delaktighet (Molin 2004a:58, Molin 2004b:74)

Molin (2004a:75) poängterar att delaktighet inte enbart har sitt ursprung i individen och hans personliga egenskaper utan också tar i beaktande den omgivning i vilken individen finns. I detta sammanhang bör det handla om det som händer mellan individen och hans omgivning. Med detta menar Molin att det ingår både objektiva och subjektiva aspekter i begreppet.

### **4.1.3 Delaktighet inom ergoterapi**

AOTA, American Occupational Therapy Association fastslår att delaktighet (participation) är deltagande och utförande av aktivitet. Det är också att planera för aktivitet och att upprätthålla en bra balans mellan olika aktiviteter i livet. Delaktighet är också att ha tillgång till de resurser som behövs samt att kunna handha dessa resurser för ett optimalt aktivitetsutförande. (AOTA 2008:627–681)

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter har antagit ICF:s definition som den man vill att skall följas då delaktighet definieras, d.v.s. ”en persons engagemang en livssituation” (FSA 2010)

Kielhofner (2007) definierar delaktighet utifrån ett aktivitetsperspektiv. Han talar om deltagande i aktivitet och kopplar ihop detta med engagemang (engagement). Han anser att ett engagemang i aktiviteter som representerar arbete, lek eller aktiviteter i det dagliga livet och som ingår i en persons sociokulturella kontext bidrar till individens välmående. Då det dessutom ingår både ett utförande och en subjektiv upplevelse av själva aktiviteten, skapas delaktighet. (Kielhofner 2007:101–102)

Townsend & Landry (2005) anser att om man vill skapa delaktighet bör denna först möjliggöras. Detta skall ske i en process där klienten tillsammans med terapeuten synliggör existerande hinder för delaktighet men också visar på de möjligheter som garanterar delaktighet. I denna möjliggörande process (enablement) ingår alltså ett klientcentrerat grepp, aktivitet och utrymme för klienten att bli stärkt och genom detta kunna öka tron på sig själv men också på sin förmåga till aktivitet (empowerment). Då ergoterapeuter i sitt arbete med klienter använder sig av denna möjliggörande process garanterar de delaktighet på olika nivåer för sina klienter. (Townsend & Landry 2005: 494 – 505)

### **4.1.4 Sammanfattning**

ICF (2008) definierar delaktighet som en persons engagemang i en livssituation och kopplar ihop denna med aktivitet. Båda utgör samma domän i klassifikationen. ICF anser att engagemang är personens möjlighet att delta, att ingå i, att vara accepterad, att vara involverad i eller att ha tillgång till nödvändiga resurser. Detta bör också vara kopplat till och samspela med den person som är aktuell samt med den omgivning denna person är verksam i.

Molin (2004a) anser att delaktighet sker i samspelet mellan personen det han gör och i vilken omgivning han gör detta. Komponenterna så som tillhörighet, makt, tillgången till interaktion och autonomi inverkar också på den subjektiva upplevelsen delaktighet. Detsamma gäller av vilken karaktär och omfattning känslan av delaktighet har för personen.

Inom ergoterapi har delaktigheten ett aktivitetsperspektiv. I denna aktivitet ingår ett personligt engagemang. Personer är delaktiga då de kan, har möjlighet, klarar av och är engagerade att utföra aktiviteter i olika livssituationer.

## **4.2 Person- Environment- Occupation- Performance: An Occupational-Based Framework for practice (PEOP)**

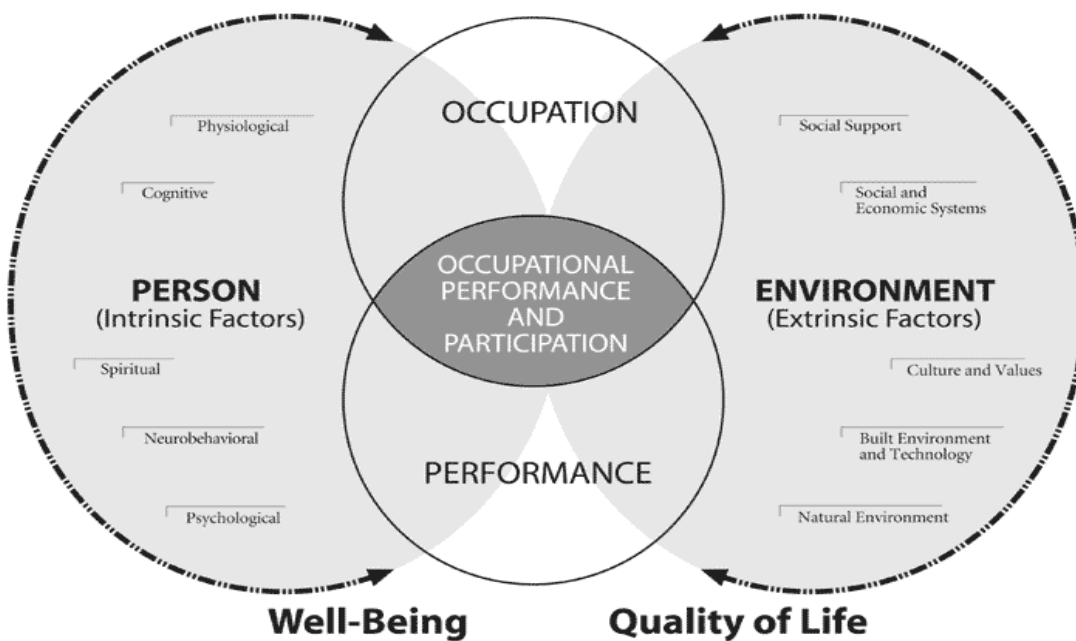
Teoretiskt förankras detta arbete i en av ergoterapiens referensramar: Person-Environment-Occupation-Performance: An Occupational-Based Framework for practice (PEOP). PEOP är en modell för optimalt aktivitetsutförande och är utarbetad av Charles Christiansen & Carolyn Baum (Christiansen & Baum 1997:86). Det grundläggande arbetet för modellen startade redan år 1985 och publicerades första gången år 1991. Sedan dess har modellen genomgått bearbetningar och beskrivs nu i sin nuvarande form i boken Occupational Therapy Performance, Participation, and Well Being utgiven år 2005. Modellen har sin bas i generell systemteori, aktivitetsvetenskap, neurobiologisk vetenskap, psykologisk vetenskap samt vetenskap om omgivningens inverkan och betydelse på/för människor. (Christiansen & Baum 2005: 244i)

De grundantaganden som modellen härrör till är följande:

- Aktivitetsutförande är ett resultat av sambandet mellan person, omgivning och aktivitet. Individens utvecklingsnivåer inverkar på aktivitetsutförandet.
- Det sätt på vilket personer kan hantera sin aktivitet och sin omgivning beror på hur väl dessa personer kan hantera/kontrollera aktiviteten och omgivningen. Hur väl personen klarar av detta är direkt kopplad till denna persons interpersonella processer.
- En persons individuella uppfattning om sin kompetens att vara aktiv i sin omgivning inverkar på hur detta aktivitetsutförande tar sig uttryck.

- Med interventioner inriktade på de centrala aspekterna i modellen: person, omgivning och aktivitet kan man förändra en persons uppfattning om sin kompetens i förhållande till aktivitetsutförande. (Christiansen & Baum 1997:87)

Modellens grafiska utarbetning (Christiansen & Baum 2005:1,246) beskriver de olika delar vilka inverkar till personens subjektiva uppfattning om sina möjligheter till aktivitet och delaktighet (Figur 5).



C. H. Christiansen, C. M. Baum, and J. Bass-Haugen (Eds.). (2005). Occupational therapy: Performance, participation, and well-being (3rd ed.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Figur 4. Beskrivning av PEOP modellen (Christiansen & Baum 2005:1,246).

Modellen bygger på tre centrala komponenter: Personfaktorer, omgivning och aktivitet som omfattar olika aspekter på görandet samt det sätt på vilket görandet kan utföras (performance) (Christiansen & Baum 2005:245i).

#### 4.2.1 Personfaktorer

Personfaktorer beskriver hur psykologiska-, kognitiva-, spirituella-, neurobehavioristiska- och psykologiska förmågor är av betydelse och inverkar till att antingen möjliggöra eller hindra aktivitet i vardagen. För att kunna utföra aktiviteter behövs både sensorisk och motorisk förmåga. Individen

bör kunna kontrollera rörelse, organisera och koordinera sensorisk input för att kunna generera ett fungerande rörelsemönster men också för att kompensera eventuell sensomotorisk oförmåga. Vidare krävs en fungerande fysiologi för ett optimalt utförande. Funktioner så som flexibilitet, uthållighet, rörelseförmåga och styrka blir viktiga för ett optimalt aktivitetsutförande. Utan fungerande kognitiva mekanismer blir rörelseförmågan utan klart innehåll i förhållande till önskade mål för rörelsen. För att få ett innehåll i görande krävs förmågor så som att förstå, uppfatta, komma ihåg och kommunicera. (Christiansen och Baum 2005:247). Christiansen och Baum (2005) lyfter dessutom förståelsen för sin egen helhet i förhållande till personfaktorerna som avgörande för förståelsen för sin egen delaktighet i ett visst sammanhang.

Till dessa bör även kopplas spirituella, psykologiska och affektiva faktorer för att skapa en helhet. Psykologiska förmågor så som personlighet, motivation och interpersonella processer har en avgörande betydelse då det gäller att välja, vilja och kunna göra aktiviteter i sin vardag. Dessa inverkar även på hur personen tolkar sitt eget utförande samt hur hon uppfattar själva aktiviteten som helhet. Denna tolkning utmynnar i uppfattning av sig själv, uppfattningen av sig själv som aktör samt uppfattningen om sitt eget kunnande i förhållande till aktivitetsutförande. Christiansen och Baum (2005) kopplar ihop ett optimalt utförande av aktiviteter med känslan av välbefinnande. Dessutom anser de att kontinuerligt deltagande i aktiviteter är avgörande för känslan av mening och härlighet genom välbefinnande. I detta sammanhang lyfts den spirituella sidan av människans personlighet fram som avgörande för upplevelsen. Att känna sig själv och delge detta och att veta vad som är meningsfullt att göra men också att vara medveten om sin egen förmåga till aktivitet belyser en persons spiritualitet. I sitt görande visar personen inte bara vem hon är utan också vilka värderingar, roller samt vilken kultur som styr hennes handlande. (Christiansen & Baum 2005: 248)

#### **4.2.2 Omgivningen**

Omgivningen omfattas av fem olika delkomponenter vilka både enskilt och tillsammans skapar en ram för aktivitetsutförandet dvs. inom vilken personen kan utföra och vara delaktig. De två mest konkreta omgivningsmässiga faktorerna är den omgivning som naturen representerar samt den människan genom sitt byggande skapat. Naturen med sina skogar, sjöar, ängar och berg, men också solljus, mörker, värme, köld och temporala aspekter, skapar miljöer som inverkar och påverkar vårt sätt att utföra. Detsamma gäller alla de hus, vägar, redskap, teknologi och material människan skapat ofta i syfte att möjliggöra och underlätta aktivitet och delaktighet. Den byggda omgivningens till-

gänglighet, estetik och funktionalitet är avgörande för hur personen kan eller inte kan vara aktiv. (Christiansen & Baum 2005:248)

En annan av komponenterna omfattas av det sociala stöd som personen har tillgång till. En supportiv social omgivning bidrar till aktivitet och delaktighet medan en avsaknad av socialt stöd hindrar både aktivitet och delaktighet. Det sociala stödet och dess innebörd är sammankopplat med personens subjektiva uppfattning av mängden stöd hon behöver för att kunna vara aktiv. Christiansen och Baum (2005) beskriver tre olika typer av stöd inom vilka personen själv fastställer nivån på stödbehovet. Dessa är det praktiska stödet - vilket omfattar hjälp i vardagens göromål, stöd i form av information - vilket omfattas av råd, handledning och information samt emotionellt stöd - vilket omfattas av möjligheten till samtal kring sig själv, sina känslor och sin självkänsla samt till att er-hålla vägledning i förhållande till dessa. (Christiansen & Baum 2005:251)

Delar av omgivningen är också olika typer av sociala system kopplade till samhället samt i dem olika typer av ekonomiska helheter, vilka inverkar till hur personen kan vara aktiv och delaktig. Tillgången till resurser så som möjlighet, tid och pengar skapar tillgång till utövande av aktivitet, där avsaknaden av desamma minimerar chansen till aktivitet. Tillgången till pengar kan minimera ett personligt funktionshinder och dess inskränkande effekt på aktivitetsutövande; har du pengar kan du köpa dig omgivningsmässiga möjligheter till att vara aktiv. I ett demokratiskt fungerande samhällssystem med ett välfungerande socialt system har dess invånare större möjlighet till aktivitet än i ett segregerat, icke demokratiskt samhälle. Sett ur ett ekonomiskt perspektiv har de som sitter på makten möjlighet att diktera personers tillgång och möjlighet till aktivitet. Med andra ord, vad vill man satsa de ekonomiska resurserna på? Möjlighet för varje samhällsinnevanare att vara aktiv och ha en chans till delaktighet? (Christiansen & Baum 2005:251) I detta sammanhang bör även den kulturella omgivningen, och de värderingar som däri är etablerade, nämnas. Kultur omfattas i PEOP av värderingar, ideologier, vanor, roller och utförandemönster vilka följt med från en generation till en annan. Dessa inverkar på de val personer gör då de vill eller inte vill vara aktiva, hur de vill vara aktiva och om de vill delta i å ena sidan vardagens aktiviteter eller å andra sidan samhällets aktiviteter. Rådande kulturella preferenser dikterar i stor utsträckning de val personer gör då det är fråga om aktivitet och delaktighet. (Christiansen & Baum 2005:250)

### 4.2.3 Aktivitet och utförande (performance)

Aktivitet och utförande (performance) består av två aspekter på görandet och är kanske den mest komplexa av de tre komponenterna. I PEOP beskrivs aktivitet som allt det personer vill, kan och behöver göra för en fungerande vardag. Alla aktiviteter strävar mot ett mål, har en betydelse och en mening. Christiansen och Baum (2005) beskriver aktivitet, utifrån sin definition från år 1997, enligt följande:

”Goal-directed pursuits that typically extend over time, have meaning to the performer, and involve multiple tasks”  
(Christiansen & Baum 1997:257).

Aktivitet är en komplex helhet uppbyggd av aktivitetens struktur, viljan att utföra, meningen och betydelsen i själva utförandet samt förmågan att kunna göra det man vill, kan eller behöver göra. Christiansen & Baum (2005:7) hänvisar till fem frågor för att belysa aktivitetsbegreppets komplexitet. Dessa frågor är: Vad görs? Hur görs det? Varför görs det? Var görs det och När görs det? ”*Vad görs?*”, hänvisar till klassificering av aktivitet genom beskrivning av det som görs. På detta sätt skapas grupper av aktivitet vilka beskrivs utifrån sitt innehåll och de delmoment i utförande de består av. ”*Hur görs det?*”, beskriver de funktioner och förmågor personen bör inneha för att kunna utföra aktivitet i dess sammanhang och dess omgivning. Klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) visar på de olika faktorer vilka samverkar för att möjliggöra aktivitet (se sid. 24 och 25 för närmare beskrivning) och används som grund för att beskriva denna dimension av aktivitet inom PEOP. ”*Varför görs de?*” måste granskas utifrån olika aktivitetshelheter. Dessa aktivitetshelheter omfattas av aktiviteter i det dagliga livet (ADL) eller personlig vård, arbete; avlönat eller frivilligarbete, fritids-, lek- och hobbyaktiviteter samt vilan och sömnen. Inom ramen för - ”*Varför görs de?*”, verifieras görandet inom de olika aktivitetshelheterna av motiv, intresse och krav från omgivningen. ”*Var görs de?*”, omfattas av svar kring omgivningens betydelse för utförandet. Vissa omgivningar triggas till aktivitet bara för att de finns där och andra motarbetar aktivitet genom ofördelaktiga attribut i själva miljön vilka hindrar utförande. ”*När görs de?*”, handlar om tid. Både den tid det tar att göra olika aktiviteter men också tid ur en mera temporal aspekt; vilken tid på dygnet görs vilken typ av aktivitet? Denna fråga färgas långt av den kultur personen lever i. Inom olika kulturer råder dessutom olika värderingar, vanor och rutiner för utförande av olika aktiviteter. Dessa inverkar i sin tur på när dessa aktiviteter kan eller bör utföras. (Christiansen & Baum 2005: 6-14) Då svar på alla frågor synkroniserar och är i harmoni med varandra, kan personen utföra på ett sätt som både tillfredsställer personen i fråga, men också hans omgivning.



Aktivitet och utförande sammanför personen och omgivningen till en dynamisk helhet. Detta sker då personen i görandet interagerar med sin omgivning (Christiansen & Baum 2005: 252). Graden av kontroll över omgivningen ger personen kvaliteter i livet och känslan av kontroll över de inre faktorerna ger välbefinnande. Hur dessa upplevs, vilket värde de har samt hur dessa är närvarande i en persons liv hänger ihop med görandet. Då personen kan, vill och behöver vara aktiva och dessutom klarar av att utföra aktiviteter och då speciellt i den omgivning hon vill, kan och behöver utföra dem, ger det henne en känsla av aktivitetsförmåga och delaktighet. Ju större känsla av kontroll, desto mer omfattande känsla av aktivitetsförmåga och delaktighet. (Christiansen & Baum 2005: 252-257)

#### **4.2.4 Sammanfattning**

En sammansmältning av alla personfaktorer, eller de så kallade inre faktorerna, skapar den subjektivitet som Christiansen och Baum (2005) vill hämta fram som avgörande för upplevelsen av välbefinnande. Den subjektiva meningen med själva aktiviteten eller aktivitetsutförandet är avgörande för känslan av välbefinnande. Ju mera personlig mening i aktivitet desto mer känsla av välbefinnande. Att själv få utföra på sin nivå av sensomotorisk förmåga med den kognitiva kapacitet man har, inom ramen för sin egen motivation och sitt intresse, ger en känsla av välbefinnande. Detta eftersom aktivitetsnivån, kravet på utförande och aktivitetsrepertoaren då svarar mot den personens spiritualitet. Att dessutom kunna dela denna uppfattning, denna upplevelse med någon annan stärker ytterligare närvaron av välbefinnande. (Christiansen & Baum 2005:248)

Omgivningen omfattas av fem olika delkomponenter, de så kallade yttre faktorerna, vilka både enskilt och tillsammans skapar en ram för aktivitetsutförandet. De yttre faktorerna kan både möjliggöra och hindra en person till aktivitet. Bemästrande av omgivningen ger en känsla av kvalitet i livet. (Christiansen & Baum 2005:248)

I PEOP beskrivs aktivitet som allt det personer vill, kan och behöver göra för en fungerande vardag. Alla aktiviteter strävar mot ett mål, har en betydelse och en mening för individen samt sker i samspel med omgivningen. (Christiansen & Baum 2005: 6-14)

Christiansen och Baum (2005) anser att yttre och inre faktorer påverkar människans möjlighet till aktivitet och delaktighet. En balans i personens inre faktorer ger känslan av välbefinnande och då

personen dessutom kan handha och kontrollera sin omgivning, de yttre faktorerna, ger det henne kvalitet i livet. I denna balans mellan kvalitet och välbefinnande har personen möjlighet att vara aktiv, klara av att göra aktiviteter genom förmåga till aktivitet dvs. aktivitetsförmåga och därigenom vara delaktig. (Christiansen & Baum 2005:244-247) Delaktighet är alltså ett samspel mellan personen (de inre faktorerna), omgivningen (de yttre faktorerna) och aktivitet. För att delaktighet skall bli resultatet bör dessa ytterligare kopplas ihop med aktiviteter personen har möjlighet till att utföra, vill och känns meningsfulla att utföra samt till de som bör utföras i vardagen.

## 5 METOD

Detta masterarbete har en kvalitativ ansats med en induktiv design. Enligt Jacobsen (2007) skall kvalitativ forskningsansats användas då man vill öka sin kunskap om ett speciellt fenomen samt då man är intresserad av att ta reda på innebörden i ett specifikt fenomen (Jacobsen 2007:57). Eftersom syftet med detta arbete är att ta reda på medlemmars åsikter om vad en stödperson kan bidra med för att öka deras delaktighet kan man dra paralleller till det Jacobsen (2007) beskriver som: ”*att vara intresserad av att redogöra för ett specifikt fenomen*”. I detta arbete står stödpersonens bidrag för fenomenet och genom att få reda på vad detta innebär ökar det kunskapen för vad detta betyder och hur detta kan utnyttjas i praktiken.

Den forskningsdesign man använder eller anpassar, hänger intensivt ihop med den problemställning man har för sin undersökning. Då en mera upptäckande natur önskas bör ett mera induktivt angreppssätt användas. (Holme & Solvang 1997:51, Jacobsen 2007: 49, 52 och Patel & Davidson 2003:23–25). Eftersom strategin i detta arbete varit av mera upptäckande natur har detta arbete alltså en induktiv karaktär. Arbetet kunde också beskrivas enligt de riktlinjer Jacobsen (2007:61) ger för valet av design: Om forskningen har en undersökande natur är en mera intensiv (djup) design användbar. Genom detta val av design strävar detta arbete till att få fram nyanser och detaljer angående vad en stödperson kan bidra med i föreningarnas frivilligarbete.

Arbetet är ett resultat av samarbetet mellan Arcada, UP i Rehabilitering, högre YH och projektet ”KOM MED 2011-2012”. Arbetets uppgift är att ge projektet information, som kan ligga som grund för den verksamhetsmodell som skall byggas upp för det frivilliga arbetet inom Det Psykosociala Förbundets medlemsföreningar. Kontakten med projektet och då också med Det Svenska Psy-

kosociala Förbundet startade i augusti 2011. Verksamhetsledaren Johanna Cresswell-Smith gav, efter samtal med projektledaren Leena Pakkanen, positiv respons på ett samarbete inom projektet.

Planen till masterarbetet presenterades på planseminarium den 25.10.2011 och genomgick etisk prövning i Etiska rådets arbetsutskott, Etix, vid Yrkeshögskolan Arcada den 25.11.2012. Anhållan om forskningslov skickades till Det Psykosociala Förbundet (Bilaga 1) Styrelsen godkände forskningslovet den 21.12.2012 (Bilaga 2). Kontakten till projektet fortsatte i form av e-postmeddelanden med volontärsamordnare Cresswell-Smith. Detta i princip en gång varannan månad.

## 5.1 Sampel

I forskningslovet från Det Psykosociala Förbundet öppnades möjligheten till kontakt med medlemsföreningarna och medlemmarna inom dessa. Medlemmar inom förbundets medlemsföreningar gavs information om hur de kunde delta i en intervju via ett inlägg i förbundets tidning Respons (Bilaga 4). Dessutom skickades brev med en förfrågan om samarbete till Det Psykosociala Förbundets medlemsföreningar. I den ingick en önskan om rätt till att kontakta föreningsmedlemmar, för att ge dem möjlighet att delta i intervjun. Dessa brev gick till fem olika medlemsföreningar runt om i Finland, under december månad 2011 och januari månad 2012 (Bilaga 1). Två föreningar svarade positivt på förfrågan och önskemålet i brevet, en förening meddelade att den just nu inte är aktiv och därför inte kan ta ställning till huruvida föreningsmedlemmar kunde delta i intervjun och de två resterande föreningarna hörde inte av sig. De två föreningar som agerade utifrån föreningsbrevet meddelade om föreningsmedlemmar som var intresserade att delta, via sin verksamhetsledare. Utifrån den givna informationen kunde intervjuerna administreras. En föreningsmedlem från ytterligare en förening tog direkt kontakt som ett resultat av inlägget i tidningen Respons. På detta sätt samlades åtta medlemmar från tre olika medlemsföreningar, till individuella intervjuer. Dessa åtta representerar alltså tre olika svenska psykosociala föreningar från tre olika orter i Svenskfinland. Medlemmarna är alla över 35 år men under 80 år gamla, sex av dem kvinnor och två män.

Urvalsmetoden kan närmast beskrivas som ett självval. Självval hänvisar till att personer själv väljer att delta som informant eller inte (Jacobsen 2007:224, Holme & Solvang 1996:159). Med denna urvalsmetod kan det garanteras att de personer som deltar är motiverade. I praktiken innebär det att

bortfallet minimeras. Alla de som meddelade intresse att delta, alltså åtta medlemmar, deltog också i intervjuerna till slut.

## 5.2 Datainsamling

Emedan arbetet har en kvalitativ design med induktivt angreppssätt valdes intervju som datainsamlingsmetod och följande citat av Nordenfeldt (2004a) verifierar valet av datainsamlingsmetod:

”Människors själsliv är inte tillgängliga för direkt inspektion. Vår mest direkta metod att få kunskaper om människors liv och sinnesstämning är att fråga de berörda personerna.” (Nordenfeldt 2004a:13)

I en riktad öppen intervju ges den intervjuade möjlighet att fritt beskriva sin situation och det område som är aktuellt, medan den strukturerade intervjun, med sina på förhand strukturerade frågor, håller sig inom ett begränsat område (Jacobsen 2007:92 – 93). Frågorna kan enligt Jacobsen (2007) struktureras i frågeområden och ha sin utgångspunkt i modell, begrepp och tidigare forskning. Denna struktur har följts i den intervjuguide som utarbetades. Frågorna är kopplade till begreppens kvaliteter och är indelade i frågeområden. Dessa frågeområden kallar Hirsijärvi & Hurme (2001:47) temaområden. Frågorna omfattar sådana områden intervjuaren anser meningsfulla och de ger den intervjuade möjlighet till fördjupning. I intervjuguiden är också några följdfrågor prestrukturerade.

Då intervjun har karaktären av en s.k. öppen intervju kan öppenhet och ett induktivt angreppssätt behållas även om frågorna är på förhand kategoriserade enligt tidigare forskning och teoretisk bakgrund (Jacobsen 2007:48,140, Kvale 2009:146-149). En prestrukturering kan minska öppenheten men garanterar dock att materialet från intervjun hålls inom vissa gränser, vilket underlättar analysen i ett senare skede (Jacobsen 2007:95-96). Detta förfarande ger också större möjligheter för intervjuaren att följa upp svar samt att göra vissa tolkningar redan under själva intervjun (Kvale 2009:180 – 181). Enligt Hirsijärvi & Hurme (2001:66) bör man även i en temaintervju överväga att hålla en öppenhet och en flexibilitet i frågorna som tillåter följdfrågor och öppen diskussion. Denna princip användes under själva intervjuessionerna d.v.s. svaren följdes upp med följdfrågor och en öppen diskussion inom ramen för team tilläts.

Frågorna samlades alltså i en intervjuguide (Bilaga 9). Den delades upp i huvudfrågor enligt tema och har en på förhand bestämd ordningsföljd. Intervjuguiden startar med introduktionsfrågor för att

följas av temaområdena ”delaktighet”, ”aktivitet” och ”stöd”. Intervjuguiden slutar med två avslutande, sammanfattande frågor. I samband med uppgörandet av intervjuguidens frågor och vid själva genomförandet av intervjun, eftersträvades öppenhet i alla lägen, för att garantera ett induktivt angreppssätt.

Enligt Jacobsen (2007:98-99) kan inga klara direktiv ges för hur lång en intervju skall vara men uppmanar intervjuare att inte hålla på längre än en och en halv timme. En intervju borde pågå så länge att svar på frågorna erhålls och att det som Kvale (2007:129) beskriver som mättnadspunkt, uppnås. Intervjuerna genomfördes under maj och juni månad år 2012. Intervjusesionerna varade allt från 17 minuter till 1 timme och 34 minuter. Fyra av intervjuerna gick av stapeln i den lokal där föreningen håller sina styrelsemöten, en intervju hemma hos en medlem och tre av intervjuerna genomfördes i ett mötesrum, vilket inte används i föreningsarbetet. Ett totalantal av 8 intervjuer, vilket gav den mängd data som behövdes för analysen.

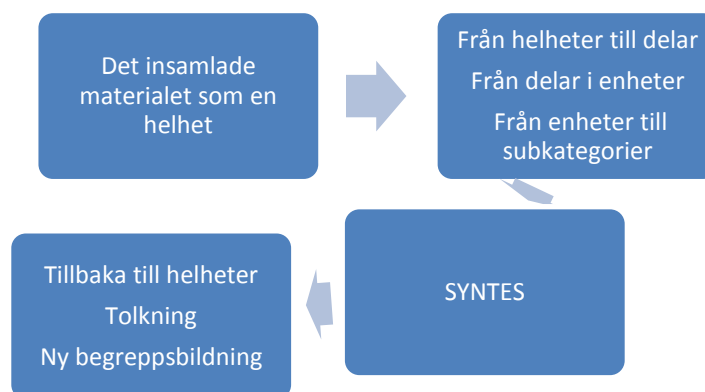
Det insamlade intervjumaterialet transkriberades enligt de riktlinjer Kvale (2009:197) ger för transkribering. Han påpekar dock att det inte finns någon ”generell form eller kod” för hur intervjuer skall skrivas ut och anser att det är analysens angreppssätt som huvudsakligen styr hurudant det färdigt utskrivna materialet ser ut (Kvale 2009:206, jfr Ahlgren 2004:78). Dessutom bör man ta hänsyn till att utskriften är reliabel, valid samt håller en etiskt hög profil. Med detta menar Kvale (2009:200–204) att man i utskrifts-situationen bör vara uppmärksam på att verkligen skriva de ord som sagts. Man bör också vara noggrann med var punkter och kommatecken sitter (reliabilitet), följa den sociala struktur som använts under själva intervjuens gång, ”*intervjuns konstruerade natur*”, för att ge utskriften tillförlitlighet (validitet). Integritetsskydd skall också beaktas i utskrifts-situationen vilket innebär att allt det, från vilket den enskilda personen kan kännas igen inte skall transkriberas. (Jfr Ahlgren 2004:82, Widerberg 2002:122, Hirsijärvi & Hurme 2001:140)

Alla intervjuer skrevs ut i sin helhet, vilket i praktiken inkluderande alla ord, pauser och andra uttryck så som harklingar, suckar och hostningar. Detta för att stöda den induktiva innehållsanalys som valt som analysmetod för materialet. Transkriberingen omfattade då 68 sidor rådata. Efter den första genomläsningen komprimerades innehållet, d.v.s. uttryck och ord som inte gav ytterligare innehåll till texten ströks och kvar blev då 50 sidor material inför den egentliga innehållsanalysen. Strykningarna gjordes utgående ifrån arbetets problemfrågor, d.v.s. kunde inget sammanhang skönjas, ströks ytterligare delar av materialet. Dessutom ströks sådant som kan inverka till att den inter-

vjuade blir synlig och kan kännas igen. Detta omfattades av bl.a. namn på platser, händelser och personer i Svenskfinland. I sammanhang som omfattades av problemställningarna och ansågs viktiga att spara inför analysen, valdes ett kodningssystem för att ersätta namn på platser, personer och årtal. Namn ersattes av bokstaven X och årtal ersattes av siffran 0.

### 5.3 Induktiv innehållsanalys

Det transkriberade materialet analyserades med induktiv innehållsanalys. Induktion innebär att ett så öppet förhållningssätt som möjligt eftersträvas i förhållande till det insamlade materialet. (Kvale 2007:49) Att analysera induktivt betyder alltså att inga på förhand bestämda uppfattningar styr analysarbetet utan texten får tala för sig själv (Hsieh & Shannon 2005: 1279-1281). Då en induktiv analys används strävar forskaren till att gå från delar till helheter och att under processens gång intressera sig för flera helheter samtidigt. Dessa helheter får olika samband eller skillnader och utifrån dessa skapas, genom syntes på olika nivåer, kategorier. Slutligen söks viktiga mönster och samband och dessa tolkas och problematiseras för att skapa de slutliga kategorierna. Slutligen samlas en bedömning av underlaget för kategoriseringen till en helhet och slutsatser formuleras inom de slutliga kategorierna. Informationen har sitt ursprung i det insamlade materialet, är materialcentrerat, och det får fritt tala under hela analysens gång. Den induktiva analysen är alltså kontextbunden framom teoribunden. Slutresultatet är olika tolkade mönster och samband, vilka skall ge en större förståelse för det som granskats (Figur 5). (Hirsjärvi & Hurme 2001:25,136 – 138)



Figur 5. Det insamlade materialets bearbetning från analys till syntes (Hirsjärvi & Hurme 2001:144)

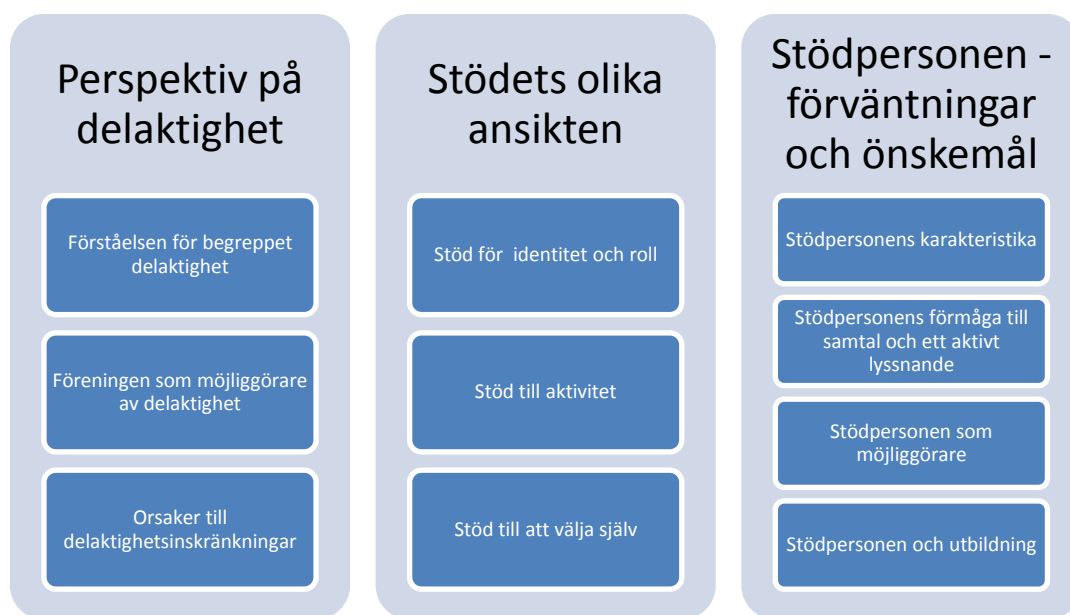
Ett sätt att öppet närma sig det insamlade materialet, och låta det tala för sig själv, är att använda den struktur för innehållsanalys som Kvale (2009) beskriver som meningskoncentrering. Meningskoncentrering innebär att det transkriberade materialet först skall läsas i genom för att få en helhetsförståelse för materialet. Därefter skall ur utskriften sökas s.k. meningsbärande enheter – delar vilka beskriver ett separat innehåll. (Kvale 2009:221) Kvale (2009:222) kallar dessa för naturliga enheter. Dessa naturliga enheter dras samman till färre naturliga enheter och omskrivs i kortare formuleringar – till det Graneheim & Lundman (2004:107–108) beskriver som kondenserade meningsenheter. Kondenserade meningsenheter är kortare omskrivningar av de naturliga enheterna utan att den grundläggande informationen ändras (Kvale 2009: 221-225).

Det transkriberade materialet genomlästes och omstrukturerades utgående ifrån sina naturliga enheter. I denna del av analysen låg fokus på kontext och på det manifesta innehållet. Ur materialet kunde 53 olika naturliga enheter plockas och utifrån detta omstrukturerades materialet. Dessa omstrukturerade naturliga enheter lästes på nytt igenom för att se om ytterligare sammanföringar av enheter kunde ske. Detta innebar att de 53 naturliga enheterna från den första genomläsningen åter lästes igenom för att ytterligare hitta helheter, vilka omfattades av samma sakinnehåll. Slutligen kvarstod 38 naturliga enheter. I denna andra genomläsning och granskning låg fokus på likheter men också skillnader, i kontext, i de naturliga meningsenheterna.

De 38 naturliga enheterna kondenserades och granskades för att skapa subkategorier. Esaiasson et al. (2004) anser att i detta skede skall fokus läggas på det latent innehåll i texten och målsättningen är att synliggöra de mera djupare strukturerna och mönstren i det kondenserade materialet. Materialets "*övergripande mönster*" skall synliggöras (Esaiasson et al. 2004:301.) Här samlas enheter som beskriver samma kontext under ett begrepp som beskriver innehållet. I detta skede blir abstraheringen viktig. Med detta menas att subkategoriernas namn är operationaliserade begrepp för det kontext de omfattar. (Kyngäs & Vanhanen 1999:6, Graneheim & Lundman 2004:107)

De 38 kondenserade meningsenheterna granskades med fokus på det latent budskapet och utifrån detta kunde de 38 enheterna sammanföras under 10 olika helheter och således kunde 10 subkategorier skapas.

Dessa 10 subkategorier granskades ytterligare och abstraheringen fortsatte så länge det var möjligt i syfte att skapa huvudkategorier. I detta skede av analysen låg arbetets forskningsfrågor som grund. Detta innebar att de 10 subkategorierna först granskades i förhållande till frågorna och placerades i grupper vilka innehöll data som kunde anses svara på forskningsfrågan. Fokus låg både på det manifesta och på det latent innehåll i de 10 subkategoriernas innehåll, men i detta skede hade tolkningen av innehållet större vikt. Efter det fortsatte analysen med att forma ett namn på dessa tre helheter. Frågorna: ” Vad betyder detta i praktiken, sett ur ett helhetsperspektiv?” och ”Vad innebär detta för de stödbehövande?” styrde analysen i detta skede. Utifrån analys av det manifesta innehållet, tolkning av det latent innehåll och de två frågorna, presenterade ovan, kunde tre olika huvudkategorier skapas: ”Perspektiv på delaktighet”, ”Stödets olika ansikten” samt ”Stödpersonen - förväntningar och önskemål” (Figur 6). Hela analysförfarandet presenteras i tabellform i bilaga 10, 11 och 12.



Figur 6. Tre kategorier med tio olika subkategorier

## 5.4 Etiska överväganden

Under hela processens gång har en dokumentering av alla steg i processen gjorts för att garantera en genomskinlighet i förfarandet. Detta med tanke på god forskarpraxis, ”good scientific practice”,



och i enlighet med rekommendationer utfärdade av den forskningsetiska delegationen (TENK) år 2002. Till vetenskaplig praxis hör att forskaren tillämpar de sätt som är godkända av det samfund inom vilken forskningen sker, använder sig av vedertagna metoder i sin forskningsprocess och tar hänsyn till andra forskare vars arbete har betydelse för forskningen, så att deras insats syns och respekteras. Till god forskningspraxis hör också en god planering, ett genomförande och en rapportering som återspeglar ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet. Dessa bör kopplas till ett kritiskt förhållningssätt jämt mot källan och eventuellt ursprungsmaterial men också till den egna insatsen samt till det publicerade materialet. (TENK 2002:11)

Den forskningsetiska delegationen delar in de forskningsetiska principerna i syfte att klargöra de områden inom vilka etisk noggrannhet bör iaktas: *”Respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt”*, *”Undvikande av skador”* och *”Personlig integritet och dataskydd”*. Detta innebär att allt deltagande skall bygga på frivillighet där informanterna är väl insatta i forskningen, dess innehåll, involverade personer samt hur genomförandet kommer att ske i praktiken. Deltagarna skall också ges möjlighet till informerat samtycke för deltagande i forskningen. Samtidigt bör information ges angående rätten att avbryta pågående samarbete närhelst de vill. (TENK 2009:5-7) Mäkinen (2006) anser att genom ett öppet informationsflöde till deltagarna kan ett förtroendefullt förhållande till undersökningen skapas. Ett förtroendefullt förhållande uppnås endast genom höga krav på ett etiskt rätt förfarande. (Mäkinen 2006:114-115)

Inlägget i Det Psykosociala Förbundets tidning Respons innehöll information om undersökningen, om vilka som var involverade i denna samt vilket dess syfte var (Bilaga 4). Detsamma gäller den information som ingick i brevet till föreningarna och vars innehåll distribuerades vidare av verksamhetsledare eller kontaktpersoner inom föreningen (Bilaga 1). I informationen kom klart fram syftet med undersökningen, hur undersökningen administreras och genomförs, hur det insamlade materialet hanterades samt vart eventuella deltagare kan vända sig om de behöver mera information. Information om samarbetspart och hur arbete kommer att publiceras ingick också.

För att undvika att deltagare i forskning inte skall ta skada bör forskaren på förhand klargöra inom vilka gränser forskningen kommer att ske och hur man inom dessa gränser kan garantera deltagarnas hälsa. Central blir en strävan att undvika *”psykiska olägenheter”*. Detta innebär att forskaren närmar sig sina deltagare med vördnad och respekterar deras människovärde samt är observant på

deras önskemål om deltagande i förhållande till eventuella olägenheter. Viktigt blir också att iaktta sekretess, tystnadsplikt och dataskydd för att garantera minsta möjliga lidande, både under själva processens gång men också då materialet skall publiceras. (TENK 2009:8) Tystnadsplikt och förfarande i förhållande till denna bör kunna garanteras under hela forskningsprocessen (Holme & Solvang 1997:32). Integritet och anonymitet skall garanteras deltagarna under hela undersökningens gång. Ett sätt att minimera risken för skada är att låta forskningen prövas på förhand i exempelvis etisk nämnd, vilken kan ta ställning till om deltagarnas hälsa, anonymitet eller integritet kan vara i fara. (TENK 2009:9)

Informanternas integritet och anonymitet har garanterats genom hela processen. Under själva genomförandet har undersökningsslagens autonomi garanterats och de har getts rätt att själva bestämma över graden av deltagande. Syftet med intervjun, hur intervjuaren uppfyller tystnadsplikten samt vad som kommer att ske med det insamlade materialet delgavs informanterna verbalt innan intervjun startade. Alla gav och undertecknade sitt samtycke till att delta i intervjun (Bilaga 3). Dessutom godkände alla att intervjun bandades. Som metod hade valts halvöppen individuell intervju med prestrukturerade frågor för att ge deltagarna en skyddad miljö och ett begränsat område inom vilket frågorna ställdes.

Planen för arbetet har genomgått den prövning och erhållit de lov den behöver för att få genomföras: Planen till arbetet presenterades på planseminarium den 25.10.2011 och genomgick etisk prövning i Etiska rådets arbetsutskott, Etix, vid yrkeshögskolan Arcada, den 25.11.2012. Anhållan om forskningslov skickades till Det Psykosociala Förbundet (bilaga 1). Styrelsen godkände forskningslovet den 21.12.2012 (Bilaga 2).

Då det gäller personlig integritet och dataskydd handlar det i stor utsträckning om hur deltagarna skall skyddas för exponering och därigenom lidande samt hur det insamlade materialet skall hantearas för att konfidentialitet kan garanteras. Information om en persons levnadsförhållanden eller egenskaper får endast ges ut om samtycke härtill givits av personen i fråga. Detta betyder att insamlat material bör skyddas och förvaras så att detta inte kan äventyras. Låsbara skåp, en datasekretess som håller samt en klar plan för hur insamlat material sparas, används och förstörs betyder att forskningens integritet och konfidentialitet kan uppnås. Vid rapporteringen, utskriften av materialet bör forskaren vara uppmärksam på att deltagarnas integritet och anonymitet garanteras. Detta gäller

speciellt då citat tas med i texten. I dessa bör innehåll som kan äventyra deltagarnas integritet lämnas bort eller kodas om. Detta gäller exempelvis namn på platser, institutioner eller sammanhang inom vilka en deltagare är aktiv. (TENK 2009: 10-12)

Under en forskningsprocess stiger vissa centrala delar så som integritet, objektivitet och ett kritiskt förhållningssätt fram som viktiga att ta ställning till. Detta gäller speciellt under datainsamlingen samt vid behandling och analys av insamlat material (Mäkinen 2006:29). Objektivitet har i detta arbete inneburit att inga egna åsikter har förts fram utan strävan har varit att låta ämnet och den information som hämtats genom empiri har fått komma fram. Det kritiska förhållningssättet har varit utgångspunkten i detta arbete. Mäkinen (2006) anser att även ett kritiskt förhållningssätt jämt mot källan skall ingå i det kritiska förhållningssättet. På så sätt kan en trovärdig och etiskt ren undersökning garanteras. Ett respektfullt förhållningssätt mot källan och dess författare bör hållas genom hela forskningsprocessen. (Mäkinen 2006: 128-131) Källkritik har ingått som en central del av processen och ses i arbetet genom att bl.a. citat har markerats väl och referaten håller sig till sakinnehåll. Arbetet strävar också till att uppfylla kraven stipulerade i Arcadas Skrivguide (2009) då det gäller källhänvisningar och källförteckning. (von Herten & Stolt 2009: 22-30)

Vid transkriberingen av intervjuerna har visst material strukits före analys för att skydda deltagarna. Vissa helheter vilka innehåller information om ålder, yrke, medlemskap, kön och namn på personer, platser och tillfällen har strukits före analys. I sammanhang som omfattades av problemställningarna och ansågs viktiga att spara inför analysen, valdes ett kodningssystem för att ersätta namn på platser, händelser och personer samt på datum och årtal. Namn ersattes av bokstaven X och årtal och datum av siffran 0.

Allt material (elektroniskt och utskrivet material, minnestickor etc.) har förvarats i låsbart skåp och en separat dator, som inte är uppkopplad på nätet, har använts vid alla transkriberingar av insamlat material. Det inbandade materialet har raderats genast efter det att transkriberingen gjorts. Det transkriberade materialet samt allt pappersmaterial har arkiverats i ett låsbart skåp och sparas för eventuell verifiering av resultaten. Materialet sparas i 6 månader efter publikation varefter de förstörs och raderas. Materialet har enbart forskningslov i förhållande till det syfte som detta arbete omfattar. Detsamma gäller de samtycken till deltagande som undertecknats av medlemmarna inför intervjutillfället.

## 6 RESULTAT

Resultatet av den induktiva analysen presenteras i löpande text utifrån huvudkategorier och underkategorier, vilka växte fram under processens gång. Eftersom den induktiva analysen handlar om att låta det insamlade materialet tala, har fokus enbart varit på material och kontextbundenhet. Materialet har delats upp i enheter för att sedan igen samlas ihop i helheter. Inom ramen för dessa helheter har nya samband, mönster och likheter stigit fram, men skillnader har också visat sig. De nya helheterna granskades för att hitta mönster och likheter i kontext och mening. Utifrån denna bearbetning av materialet skapades 10 olika underkategorier: ”Förståelsen för begreppet delaktighet”, ”Föreningen som möjliggörare av delaktighet”, ”Orsaker till delaktighetsinskränkningar”, ”Stöd för roll och identitet”, ”Stöd till aktivitet”, ”Stöd till att välja själv”, ”Stödpersonens karaktäristika”, ”Stödpersonens förmåga till samtal och ett aktivt lyssnande”, ”Stödpersonen som möjliggörare”, ”Stödpersonen och utbildning”

Underkategorierna tolkades och problematiserades, åter igen via de mönster och samband som stigit fram, för att skapa de slutliga kategorierna. Arbetets forskningsfrågor fungerade som bas och utgångspunkt då huvudkategorierna skapades. Analysförfarandet kan ses i bilaga 10, 11 och 12. Analysen resulterade i följande huvudkategorier inom vilka resultatet presenteras: ”Perspektiv på delaktighet”, ”Stödets olika ansikten” och ”Stödpersonen – förväntningar och utmaningar”.

### 6.1 Perspektiv på delaktighet

Denna kategori omfattar olika uppfattningar och perspektiv på delaktighet som ett begrepp. Det handlar om den direkta uppfattningen om begreppet delaktighet och vad det innebär - helt allmänt men också för den enskilda personen. Här beskrivs också hur föreningen blir en del av själva delaktighetsbegreppet och de olika sätt på vilka medlemmarna vill vara delaktiga. Slutligen presenteras åsikter om orsaker till delaktighetsinskränkning och hur denna inverkar på individens möjligheter att delta. Detta beskrivs under rubrikerna: ”Förståelsen för begreppet delaktighet”, ”Föreningen som möjliggörare av delaktighet”, ”Orsaker till delaktighetsinskränkningar”

### 6.1.1 Förståelsen för begreppet delaktighet

”Att jag gör saker och deltar aktivt i diskussioner ”

Att vara delaktig är främst att kunna ta del av verksamheten inom den egna föreningen eller inom annan organisation som är intressant. Det är fråga om att aktivt vara med på grupper, i samtal och att kunna påverka inom den egna föreningen eller inom annan intresseorganisation. Det handlar också om att vara aktiv i frågor som berör psykisk ohälsa och att genom deltagande i media, i politiken eller annars i olika grupperingar berätta om hur det är att leva med psykisk ohälsa:

”Jag har bara berättat om mina egna erfarenheter, när jag har varit på sjukhus och jag har mycket erfarenhet av sjukvård på olika ställen, så jag har berättat om mina erfarenheter om sjukvård och min syn på sjukvården här.”

Då delaktighet beskrivs, kopplas begreppet ihop med känslan av tillhörighet. Att få vara med i föreningen är ett sätt att beskriva detta. Känslan som kommer av att vara en del av en helhet, höra till något blir ett sätt att beskriva begreppet delaktighet. Det kan också vara fråga om att delta i andra sammanhang, där man upplever sig möta likasinnade eller andra med samma utgångspunkt i livet.

Delaktighet är att kunna påverka och inverka i situationer som berör personer med psykisk ohälsa samt att konkret delta i debatter och happeningar där möjlighet ges till att delge information om ämnet. Deltagande känns viktigt fastän man är osäker på effekten av deltagandet:

”Att kunna inverka på just på den saken är viktigt för mig. Sen är det nog i praktiken så att jag anser att jag inte kan påverka så mycket min situation. Jag är här med i den här vetenskapliga undersökningen, men jag kommer knappast att få ut några frukter av den i praktiken, misstänker jag.”

Delaktighet är också att vara med och bestämma om sin egen vård. Att kunna komma med egna önskemål och förslag på hur vården skall utformas blir en viktig delaktighetsfaktor. Medicinering, vårdkontakter och innehåll i rehabilitering blir områden där delaktighet beskrivs som rätten att själv få bestämma om innehåll, utformning och genomförande.

Delaktighet är att ha möjlighet att få göra det man vill göra. Att jobba eller göra, av personen definierade, meningsfulla aktiviteter är delaktighet. I görandet är det egna valet och upplevelsen av meningsfullhet i görande avgörande: då görandet känns som ett deltagande är det fråga om delaktighet. Blir man påtvingad eller satt i ett görande som inte är självvalt eller meningsfullt minskar upplevel-

sen av delaktighet. Delaktighet är således meningsfullt görande som är självvalt. Valet är också subjektivt och innehåller egna värderingar av begreppet delaktighet:

”Jag menar alla vill väl ta del av allt. Men alla kan ju inte ta del av allt. Det är helt omöjligt att alla är delaktiga i samhället. Och det blir nog garanterat inbördeskrig ... och alla orkar nog inte heller... liksom att vara delaktig. Jag tycker att jag är en sådan där på sidan om... utan att vara delaktig så är jag delaktig i det som går.”

Delaktighet är också att hänga med och hålla sig igång. Det innebär att man intresserar sig för det som pågår i samhället, man utför de aktiviteter som är viktiga i vardagen, har ork för att göra det som känns trevligt och tillfredställande samt ställer upp för andra som kan behöva hjälp. För att kunna hänga med och hålla sig i gång bör man vara intresserad och engagerad av det som är aktuellt men också av nya utmaningar. Detta betyder att man behöver tillgång till de ställen man kan hänga med och hålla sig igång, man bör ha möjligheter härtill och de resurser som därtill krävs. För detta behövs resurser av olika slag: pengar, hälsa och möjligheter. Pengar blir en av de centrala tillgångarna eftersom allt upplevs kosta idag och personer med psykisk ohälsa ofta är pensionärer med små tillgångar:

”Just det att man har en sån där tanke, att nog får man ju fundera att kan jag gå på leffa eller nej.”

Möjligheten till att vara aktiv handlar i stor utsträckning om att ha pengar för transporter till och från aktivitetsutbud, till platser vilka är viktiga för ett dagligt liv eller till möjligheter till social samvaro. Tillgången till en god hälsa ökar möjligheterna för deltagande i allt det som samhället erbjuder. Mår man bra finns ork att engagera sig och delta. Viktigt blir då att ha vetskapen om vad som finns tillgängligt att delta i. Utan dessa kan man inte hänga med och hålla sig igång – vara delaktig.

En central aspekt i begreppet är möjligheten att få dela med sig. Det kan vara fråga om att dela med sig av erfarenheter, upplevelser och kunskap om hur det är att leva med psykisk ohälsa men också att dela med sig av sitt konkreta kunnande kopplat till uppgifter och handlingar. I detta delande stiger också möjligheten till att vara med och påverka i frågor som är kopplade till olika aspekter på psykisk ohälsa. Denna kombination av att dela med sig och därigenom påverka kan ske på personnivå men också på samhällsnivå, som att exempelvis delta i samhällsdebatten kring resursfördelning mellan olika grupper med funktionshinder.

## 6.1.2 Föreningens verksamhet som möjliggörare av delaktighet

” Jag behövde något att göra, bara träffa folk och va med i en gemenskap och när jag är intresserad av av det här ämnesområdet också .../”

Föreningen och dess verksamhet är värdefull för medlemmarna. Verksamheten, i form av möten där man kan inverka och påverka, erbjudanden om kulturella happenings, var en närvaro är enda kravet samt olika typer av aktiviteter vilka lockar till deltagande och till att göra olika uppgifter, ökar känslan av tillhörighet. När känslan av tillhörighet infinner sig ökar också känslan av deltagande. En viktig aspekt i detta är möjligheten till kontakter med andra i samma livssituation.

Känslan av tillhörighet är beroende av verksamhetsutbudet – ju mer tilltalande verksamhet inom eget intresseområde och som man är intresserad av att delta i, desto större känsla av tillhörighet. Innehar man dessutom en ansvarsuppgift inom föreningen stärker det ytterligare känslan av delaktighet. Känslan av tillhörighet är också beroende av kontinuitet i verksamhetsutbudet men också då det gäller ledarskapet i grupper eller annan verksamhet. Samma ledare under en längre tid ökar tryggheten i gruppssammanhang och härigenom känslan av tillhörighet.

Ur ett delaktighetsperspektiv blir språket viktigt. Att kunna samtala, umgås och delge på det egna modersmålet ökar möjligheterna till att man vill delta, känner att man kan delta och öppnar för nya möjligheter till deltagande. Information om och kring den egna psykiska problematiken, men också kring problem med att klara en aktiv vardag, blir mera tillgänglig och lättare att omfatta då den ges på det egna modersmålet. Att det i detta nu finns svenskspråkiga psykosociala föreningar med verksamhet på svenska ses som en verklig tillgång för personer med psykisk ohälsa. Föreningen är porten till samhörighet, en möjlighet till deltagande och till sociala kontakter. Den är också en trygghetsfaktor, en gemenskap man kan vända sig till då vardagen känns jobbig.

## 6.1.3 Orsaker till delaktighetsinskränkningar

”Ja och då skall du ju veta att jag har den här tröskeln att komma ut... Annat än att gå i XXparken med XX... Så den är hög.”

Ingen mår bra av att bara sitta hemma och inte få komma ut bland människor. Att inte ha något att göra som känns trevligt och givande gör livet tomt och inverkar negativt på den psykiska hälsan. Blir man sittande hemma börjar man må dåligt och då blir tröskeln ännu högre till att ta sig ut och träffa andra eller till att ta del av verksamheter man i allmänhet brukar delta i. Den psykiska hälsan

och graden av delaktighet korrelerar med varandra; mår man inte psykiskt bra klarar man inte av att ta del av det som, för en själv, känns meningsfullt.

”Så du vet de här delaktighet i samhället när man inte klarar av höga ljud, inte dofter. Jag är jättekänslig för drag, så det har också gjort att det varit svårt att vara på gymmet, för då skall det stå fläktar på hela tiden. Så bara det gör att jag har jättesvårt att vara delaktig i samhället.”

Den somatiska och fysiska hälsan är också indikatorer för delaktighet. Om man har en somatisk sjukdom kan den förutom den psykiatriska problematiken ytterligare inskränka ens möjligheter att delta. Fysiska tillkortakommanden så som nedsatt hörsel- syn- eller rörelseförmåga hindrar personer till att effektivt kunna ta del av verksamhet inom föreningen eller i samhället.

”Och sen en annan sak så är att jag hör illa. Men jag hör bra så här. Jag hör illa vissa situationer – jag ska få hörapparat. Jag har hört hela livet illa.”

Många är de som fått biverkningar av den medicinering som är eller varit aktuell under perioder av psykisk ohälsa. Viktökning är en biverkning som speciellt inverkar på fortsatt delaktighet. En förändrad habitus påverkar direkt en persons upplevelse av hur man kan, vill eller önskar delta i olika verksamhetsformer. Tyvärr ofta i negativ bemärkelse. Detsamma gäller biverkningar så som mun- torrhet, svettningar eller andra till kroppen kopplade åkommor.

”Om man har blivit väldigt tjock av någon psykofarmaka så då kanske man inte vill gå och visa sin kropp åt varenda eviga kotte .../... Att mediciner och biverkningar kan göra en tjock och sen får man klä sig i svart och du vet ju vilket självförtroende människor som klär sig i svart från topp till tå har.”

Förutfattade meningar och attityder mot personer med psykisk ohälsa inverkar på hur ett deltagande tar sig uttryck. Stigmata jämt mot människor med psykisk ohälsa finns fortfarande ute i samhället. En försiktighet, till att efter en tid av sjukdom igen ta sig ut till sina aktiviteter eller sina sociala sammanhang, är ett faktum. En viss orolighet för hur man skall klara av att utföra och hur man skall kunna smälta in i sammanhanget, kan till och med grusa de bästa av avsikter. Tröskeln kan kännas för hög och en sjukdomsperiod kan vara den som totalt klipper av alla band till ett deltagande. Detta kan också vara kopplat till den egna tron om vad andra anser om mig:

”Att det kan vara en stor tröskel att komma ut bland med andra människor om du varit länge ensam hemma. T.ex. att man tänker för mycket på att hur förhåller sig andra människor till det att jag är deprimerad och kanske inte är som alla andra, tycker man själv. Man gör ju sig en sån bild liksom på någo vis.”



## 6.2 Stödets olika ansikten

Denna kategori omfattas av åsikter angående stödets innehåll och hur det kan se ut helt konkret. Medlemmar i psykosociala föreningar behöver stöd för den egna personen både då det gäller identitet och den roll man har i ett större sammanhang men också helt konkret stöd i vardagens aktiviteter. Stöd behövs också för att träffa de rätta valen av aktiviteter och vill också ha möjlighet att själv göra de val som känns rätta och meningsfulla. Detta presenteras under följande rubriker: ”Stöd för roll och identitet”, ”Stöd till aktivitet”, ”Stöd till att välja själv”.

### 6.2.1 Stöd för roll och identitet

”Någon som skulle vara där som moraliskt stöd.../”

Det behövs stöd för att få bekräftelse på att de tankar och funderingar man har i sitt liv håller och räcker till för att hantera vardagen. Stöd behövs också för att kunna upprätthålla den egna identiteten och den egna rollen. Detta kan ske helt konkret i görandet men ofta behövs också en dialog kring detta för att få det bejakande man behöver. Då det egna livet förändras genom olika kriser eller sjukdom tappar man lätt kontakten till sig själv. Man tappar den roll man haft både i sin närmiljö men också i ett större sammanhang. Då behöver man någon som tryggt finns bredvid och som man kan förlita sig på. I dessa situationer behövs en medmänniska som bara finns där och ställer upp då vardagen känns jobbig, tron på den egna kapaciteten sviker eller då uppgifterna blir för betungande. Detsamma gäller då motivation, initiativ och uthållighet är bristvaror för att kunna upprätthålla sin identitet och roll i livet. De stödbehövande behöver också någon som upptäcker då vardagen inte rullar på som den borde eller då den mentala ohälsan eskalerar. Optimalt vore om stöd och hjälp kunde finnas till hands i ett tillräckligt tidigt skede.

En stödperson är inte terapeut i sammanhang då tron på sig själv och sitt kunnande tryter, utan en medmänniska. Om denna medmänniska dessutom skulle vara tillgänglig då den egna orken eller modet sviker skulle det kännas tryggt. Någon som kunde vara orken och modet men också organisatören i olika situationer. Kunde denna person dess-utom vara densamma under en längre tid vore det optimalt.

Goda råd i svåra stunder uppskattas lika väl som hjälp till att lösa problem i vardagen. Detta kunde ske genom direkt konkret hjälp eller genom att ställa ledande och uppbyggande frågor. Då detta

sker på det egna modersmålet ger det en bra grund för ett förtroligt och lättsamt förhållande i vilket den stödbehövande kan uttrycka sig tillräckligt nyanserat.

”.../ hon har frågat mig mycket och hon har tacklat med mig olika problemlösningar... alltså problem ... och på det sättet har jag kommit framåt i de där problemen.”

I kontakten med myndigheter, i gruppsituationer, i olika aktiviteter eller vid evenemang behöver många känna sig trygga; så trygga att de kan ta sig till dessa och också ha det mod som behövs för att agera och delta. Har man en medmänniska vid sin sida i utmanande situationer, skapas den känsla av trygghet som behövs för att kunna agera och delta. Men enbart trygghetskänsla räcker inte för alla för att klara ovan nämnda situationer. Vissa kan också behöva någon bredvid sig för att inte känna osäkerhet eller känna sig annorlunda. Ofta är det bara fråga om en fysisk, nonverbal närvaro som söks:

” jag har ju till och med möjlighet att gå och simma gratis med X, men jag känner inga av dem där så, så går jag inte.... och då sku de va´ tryggare att ha... Då sku de va´ en som man vet vem det är att.... att då om det känns obehagligt sku ja´ kunna rikta mig ... jag behöver inte ens göra det då vet jag att den finns där liksom.”

Hjälp med andliga, religiösa och spirituella frågor i svåra stunder kan vara ytterst svårt att få. Därför borde andlighet och spiritualitet ingå i stödrelationen om det känns viktigt för den stödbehövande - det behöver finnas en gemensam förståelse och ett bejakande då det gäller tankar och funderingar, vilka har ett mera andligt och spirituellt innehåll. Möjligheten till besök i kyrkan känns viktig speciellt under perioder då den mentala hälsan sviker och en oförmåga att komma hit gör inte situationen lättare. Då orken tryter eller man inte själv klarar av att ta sig till, borde deltagande i kyrkliga förrättningar, speciellt för troende medlemmar, kunna tillgodoses. Att också få hjälp med den dagliga bönen ses också som viktig:

”Det är viktigt då själen är sjuk, att få tröst och förlåtelse. Man får ju be om förlåtelse i kyrkan och det behöver ju många.”

### **6.2.2 Stöd till aktivitet**

”Jag kan i teorin men får det inte och fungera på mig själv”

Vardagen och vardagens rutiner och göromål är de aktiviteter som är basen för en fungerande vardag. Dessa aktiviteter borde fungera och flera medlemmar behöver hjälp med just vardagens aktiviteter. Det kan vara fråga om konkret hjälp med delar av disken, fönstertvätten eller städningen men det kan också vara fråga om ett mera uppmuntrande, peppande, coachande stöd av samma aktiviteter. Ibland behövs hjälp med att organisera dagen och alla de uppgifter som finns i ett hem, så att

den energinivå personen har till godo räcker till. Det behövs någon som kan fungera som den som startar motorn eller ibland till och med vara den motor som får igång den stödbehövande i vardagens aktiviteter. Tillgången till hushållsmaskiner och andra tekniska prylar i vardagen är avlastande och kan betydligt underlätta utförande av vardagens aktiviteter.

Många behöver hjälp med att komma ihåg att utföra. De kan behöva bli påmind om att det är dags för dammsugning, blomvattning eller disk. Ibland handlar det om konkret hjälp med att minnas vad som skall köpas från butiken. I detta skede påpekas att en stödperson inte skall utföra hemmets alla uppgifter för den stödbehövande utan mera jobba för att tillsammans lägga upp strategier för hur de skall bli utförda.

Många behöver någon som informerar och påminner dem om olika typer av verksamhetsformer, aktiviteter eller sammankomster. Andra behöver hjälp med att komma till desamma. Det kan vara fråga om att helt konkret bli hämtad av en stödperson hemifrån. Många är de som behöver ha någon med sig på den allra första gången av ex. vattengymnastiken för att våga komma iväg och delta. För någon annan räcker det med ett telefonsamtal för att påminnas om aktiviteten och få det mod och den ork som behövs för att komma ut och vara aktiv. Stöd önskas också för att kunna ta upp sådana aktiviteter som fallit bort på grund av den mentala ohälsan. Detsamma gäller möjligheten att få prova på helt nya okända aktiviteter.

Aktiviteter för rekreation efterlyses, speciellt möjligheten att ta del av kulturevenemang så som teater, museibesök och konserter. Detsamma gäller olika aktiviteter för att förbättra sin fysiska hälsa. Information om hur man bättre kunde ta hand om sig själv genom att äta rätt och motionera kunde också ingå i aktivitetsrepertoaren. Centralt är dock att önskemål, motivation och intresse för att vara aktiv och utföra, skall komma från den stödbehövande.

Många med mental ohälsa kan också ha fysiska och somatiska sjukdomar vilka inverkar på aktivitetsförmågan. Dessa torde tas i beaktande så att aktiviteter som verkar vara, eller varit, intressanta kan bli möjliga igen. Tillgängligheten i omgivningen torde utredas tillsammans med den stödbehövande före aktiviteter väljs eller utförs. Om tillgänglighetsproblem är ett faktum kunde en lösning vara att utvärdera olika hjälpmedels inverkan, påverkan eller betydelse för aktivitetsförmågan. Detta för att svara mot eventuella funktionshinder eller normalt åldrande.

### 6.2.3 Stöd till att välja själv

”Man kan inte piska människor friska, man måste stödja och man måste hitta bra vägar”

I själva stödsituationen måste stödpersonen kunna möta den stödbehövandes önskemål, krav och val på ett bejakande sätt. Varje stödbehövande är unik och han skall bemötas som den unika individ han är. De behov och de mål som den stödbehövande lägger fram som viktiga, är de som lägger grunden för samarbetet och vägleder i de val som görs. Ett samarbete mellan stödbehövande och stödgi-vande ger riktlinjer för de aktiviteter och det innehåll som samarbetet kommer att omfatta. Sammarbetet bygger på ett ömsesidigt förtroende där beslut tas tillsammans men också av situationer då beslutsrätten kan överföras på endera parten.

”Då att vi kanske har talat om att vi skall gå och göra någonting sådant här, men att jag har känt att jag bara vill prata så då har hon inte liksom pushat mig. Att på det sättet att hon har känt att nu behöver jag prata. Så även att en stödperson skall uppmuntra en till att röra på sig, som jag hade tänkt, men att inte skall man heller göra det så att den stödbehövande liksom känner att hon måste.”

Den stödbehövande bör också kunna lita på att stödpersonen i valsituationer är lojal mot de önskemål om innehåll som tidigare ingått i överenskommelsen. Detta gäller speciellt i situationer då den stödbehövande av olika skäl inte kan, orkar eller vill ta beslut om innehållet i stödrelationen. I dessa situationer blir stödpersonens kunskap om den stödbehövande önskemål speciellt viktiga. Då den stödbehövande mår psykiskt dåligt krävs en öppenhet och en flexibel inställning till de val den stödbehövande just då är kapabel att göra. Samtidigt bör den stödbehövande också kunna vara den som markerar var gränserna går för den stödbehövandes kapacitet att utföra. Detta i båda riktningarna: vad är minimikravet på aktivitetsutförande, vad är för mycket aktivitet just i detta sammanhang? Stödpersonens öppna inställning till aktivitetsvalet möjliggör för den stödbehövande att välja själv:

”Att om det där stödbehovet just då är att man behöver prata så så låt det vara så då.”

## 6.3 Stödpersonen - förväntningar och önskemål

Denna kategori beskriver stödpersonen och sådan han kunde vara enligt föreningsmedlemmarna. Här beskrivs alltså förväntningarna på stödpersonen men också de önskemål och krav medlemmarna har, på personen i fråga. Stödpersonen är en individ som både skall besitta vissa karakteristika, ha vissa förmågor, uppvisa ett kunnande och vara en möjliggörare. Allt detta ses som olika typer av

bidrag själva stödpersonen kan hämta till relationen och på så sätt möjliggöra delaktighet. Stödpersonen beskrivs under rubrikerna: ”Stödpersonens karakteristika”, ”Stödpersonens förmåga till samtal och ett aktivt lyssnande”, ”Stödpersonen som möjliggörare”, ”Stödpersonen och utbildning”

### 6.3.1 Stödpersonens karakteristika

”.../ nå det är väl huvudsaken det att man har hjärtat med i sitt görande.../”

En person som ställer upp som stödperson borde ha några centrala karakteristika samt kunskap och förståelse för den psykiatriska problematiken. En förståelse över symptom, sjukdomsförlopp och eventuell prognos blir viktig men viktigare blir dock förståelsen över vad det verkligen betyder att leva med olika grader av mental ohälsa. I samband med detta bör även ett kritiskt förhållningssätt jämföras mot litteraturens alltför snäva teoretiska syn på psykisk ohälsa vara närvarande. En alltför medicinsk syn på psykisk ohälsa ger en förvrängd och en inskränkt förståelse av den verklighet personer med mental ohälsa möter varje dag. Förutfattade meningar kryddade med vissa fördomar och inskränkt tänkande i förhållande till hur personer med psykisk ohälsa agerar samt lever sina liv, är icke onskvärda karakteristika hos personer redo att frivilligt ställa upp som stödpersoner. Detsamma gäller personer som ser de stödbehövande som offer och som tycker synd om dem. De stödbehövande behöver en medmänniska som interagerar med dem så som de interagerar med vem som helst i samhället.

”Nån som absolut inte tycker synd om mig. Inte i något skede, för då gräver man bara en ännu större grop. Jag tror det gäller alla. Det är lätt att bli allt för empatisk.”

En person som frivilligt ställer upp och finns till förfogande för någon annan bör vara engagerad, empatisk, tillmötesgående, snäll, humoristisk, flexibel, barmhärtig, ha sunt bondförnuft och ha glimten i ögat samt verkligen vara intresserad av den person som skall stödas. En bra kemi mellan stödperson och stödtagare är en förutsättning för att ett förhållande skall kunna etableras. Om en bra kontakt inte kan etableras bör stödpersonen bytas ut. Detta betyder att stödpersonen både skall kunna glädjas tillsammans med sin stödbehövande samt ta motgångar i förhållandet. Då motgångar är aktuella skall dessa inte få inverka negativt på det etablerade förhållandet. Att kunna ta både negativa och positiva utspel i förhållandet är karakteristika som värderas högt. Då det finns ett gemensamt intresse i förhållande till aktivitet, värderingar och livserfarenhet ger detta en bra grund för ett fungerande samarbete. Samarbetet skall ha karaktären av en kompisrelation framom det offici-

ella terapeutiska förhållandet som hör till den dagliga vårdverkligheten. Stödpersonen skall inte vara en terapeut utan en medmänniska. En medmänniska som inte alltid behöver komma fram med lösningar på problem och utmaningar i livet utan en medmänniska som finns där för att göra livet mera innehållsrikt och lättare att hantera.

Flera av de intervjuade för fram att för ett kommande samarbete är det enbart en fördel om stödpersonen själv har levt under pressade förhållande, med någon form av psykisk ohälsa eller stress i sitt liv. Om så varit fallet kan stödpersonen förhålla sig till den som behöver stöd utgående från egen erfarenhet. Detta gäller speciellt i sammanhang då den stödbehövande mår psykiskt dåligt, är krävande eller inte samarbetar på ett förväntat sätt:

”Hon började ju då som jag mådde som sämst och hon klarade inte av att jag... eum... hade en så negativ syn på livet.”

Då stödpersonen kan möta den stödbehövandes värld med öppenhet, positivitet och ärlighet besitter hon karakteristika som är viktiga i olika sammanhang. När andlighet och spiritualitet är viktiga helheter i den stödbehövandes liv, bör dessa ses som tillgångar och vara värdefulla i förhållandet. I ett öppet förhållande där den stödbehövandes tankar kring livsideologi, tro och andlighet bejakas, blir förhållandet öppet och tankar, funderingar och önskemål får fritt spelrum. Detta är en bra bas för ett fungerande förhållande.

### **6.3.2 Stödpersonens förmåga till samtal och ett aktivt lyssnande**

”.../ privat på du man hand så att man vågar säga vad man i verkligheten tänker.”

Förmågan till samtal, både small-talk samt djupare mer filosofiska samtal, är värdefulla karakteristika att äga som stödperson. Att dessutom kunna läsa ut vilken typ av samtal som behövs i vilken situation, ses som speciellt värdefullt. Då samtalet fritt kan röra sig i olika sfärer ökar det förtroendet och kontakten till stödpersonen. Om denna person dessutom innehar förmågan att aktivt lyssna skapas en helhet som, ur ett karakteristika-perspektiv, är komplett:

”Att det här är nog en förmåga – att kunna lyssna mera än vad man pratar och att inte ha känslorna så vid ytan att du genast blir arg om klienten säger något du inte tycker om.”

Det finns ett behov att få prata om saker och ting, om sig själv och om det som känns viktigt i livet. Det intima, privata och individuella samtalet prioriteras framom samtal i grupp. Då den person som ställer upp på samtal dessutom är densamma under en längre period, blir samtalet mer personligt och riktat. Att få ge utlopp för sina tankar, upplevelser och känslor genom att prata om det med en

person som inte dokumenterar, analyserar eller drar slutsatser av allt det som sägs, ses som en tillgång och en möjlighet. Då samtalet dessutom sker på det egna modersmålet, med någon som verkligen lyssnar, stärker det samtalsupplevelsen och öppnar ytterligare möjligheter och kanaler att uttrycka det som behövs uttryckas. Samtalet bör också innehålla en dimension av dialog. Stödpersonen skall diskutera kring tankar, känslor och upplevelser och ha en åsikt om dessa utan att för det behöva komma fram med lösningar på eventuella dilemman eller resultat för eventuella problem. En delad upplevelse i samtalet skulle vara optimalt. I detta sammanhang poängteras tystnadsplikten. Alla stödpersoner bör inse vad tystnadsplikt innebär och förstå dess väsen:

”Att klienterna måste faktiskt vara bergsäkra på att det de berättar stannar och ingenting far vidare.”

### 6.3.3 Stödpersonen som möjliggörare

”Det att man ännu får känslan av att man behövs, kan vara det där att man kan hitta sin väg tillbaka”

Oberoende av livssituation behöver man få vara till nytta och behövas i ett större sammanhang. Detta betyder att stödpersonen bör ha en förmåga att se det sätt på vilket den stödbehövande kan beredas möjlighet till detta. Då man kan göra insatser för andra inom det egna sociala nätverket, den egna föreningen eller i samhället blir man styrkt och får en egen plats i ett större sammanhang. Insatser som t.ex. att vara barnvakt inom familjen, ställa upp för sina föräldrar, sköta sekretariatet i föreningen, gå på jobb, delta som expert i utbildningssammanhang samt att ställa upp för andra i samma situation, förs fram som viktiga för individens välbefinnande då man lider av psykisk ohälsa. Om dessa faller bort inverkar det direkt på den psykiska hälsan och upplevelsen av välbefinnande.

”De e viktigt, man känner att man behövs. Det är viktigt, människan kan inte vara utan att behövas.”

Stödpersonen bör vara insatt i den stödbehövandes vardag och veta hur den stödbehövande kan beredas möjlighet att delta i aktiviteter som innebär att han fortfarande, oberoende av sitt funktionshinder, kan vara till nytta för andra. Att erhålla en förståelse för det sätt som dessa insatser upprätthåller en bra psykisk hälsa, just för den personen, blir en stor utmaning för stödpersonen i samarbetet:

”Det är också för mig en sådan där styrka liksom. Det där att jag får styrka då jag ser att andra mår bra och bättre. Och jag känner att jag tar riktigt del. Jag känner att jag kan påverka och att jag kan och att jag har en uppgift och att jag har en roll och jag finns liksom här.”

### 6.3.4 Stödpersonen och utbildning

”Jag känner till sjukdomen ganska bra själv, och jag förutsätter att min stödperson också gör det ”

Stödpersonen borde känna till de vanligaste psykiatriska sjukdomarna, ha insikt i vilka förutsättningar för ett hälsosamt liv är samt vara öppen för att lära sig mera. Det som blir aktuellt att lära sig mera om, dikteras utifrån den stödbehövandes situation, så en lyhördhet för detta blir aktuell. Att enbart skaffa sig bokkunskap skulle hindra stödpersonen att fungera utifrån sig själv som person och att använda sig av sunt bondförnuft. Den kunskap som förmedlas via utbildning bör basera sig på den verklighet som är vardagen för en person med mental problematik. Kunskapen borde, i mån av möjlighet, användas för att förbättra den stödbehövandes situation framom att försöka förändra den stödbehövande:

”Jo, och inte försöka ändra på på varken sig själv eller den andra.. sen är de ju bara så att alltid går det ju inte lik-som.../”

Det borde inte vara ett krav att stödpersonen skall ha en examen inom social- och hälsovård. Ett engagemang i uppdraget samt förmågan att ta till sig information, omfatta denna och använda den i relationen har ett större värde i ett samspel mellan två personer i detta sammanhang. Vissa riktlinjer för ett adekvat bemötande och att i bemötandet kunna handha även utmanande situationer kunde vara till nytta för stödpersonen att känna till. Dyliga situationer kunde vara ovilja från den stödbehövandes sida att hålla överenskomna strategier för samarbetet eller den stödbehövandes totala avsaknad av intresse till samarbete, engagemang och aktivitet:

”Nå det var ju lite trist då man jobbade, jobbade, förberedde, förberedde och så kom den där människan inte till det förberedda. Alltså det är ju begränsat det man kan göra utan utbildning.../”

Att hänga med i samhällsutvecklingen är viktigt. Stödpersonen bör känna till om mobiltelefoner, kunna hantera datorer samt ha en insikt i sociala medier. Detta borde stödpersoner få utbildning och handledning i, så att de i sin tur kan hjälpa de stödbehövande.

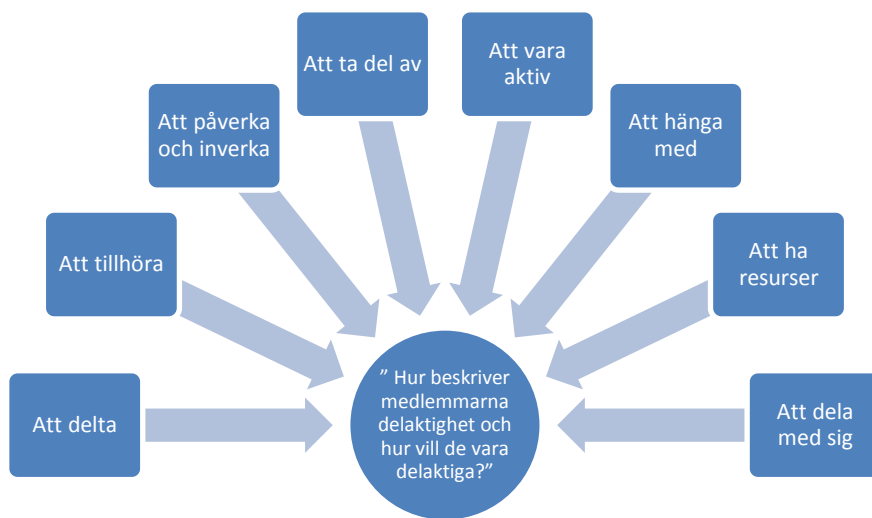
De som är stödpersoner inom en psykosocial förening bör få regelbunden handledning och utbildning samt ges möjlighet till referensstöd via föreningen. Kontakten till andra stödpersoner är avgörande för att orka och ger möjlighet till diskussion om helt konkreta situationer i själva stödarbetet. Nuvarande system med gruppsammankomster för stödpersoner uppskattas och önskas även i framtiden. En interaktiv sida på nätet kunde vara en möjlighet för alla stödpersoner i Svenskfinland att byta erfarenheter, kunskap och idéer för stödarbetet i nuvarande eller kommande relationer.



## 6.4 Sammanfattning av resultatet

Resultatet visar att delaktighet som begrepp är otydligt och svårt att omfatta. Det uppfattas som stort och abstrakt samtidigt som det är just så konkret som ordet självt; att få vara delaktig. Det handlar också om att få dela med sig av den erfarenhet och den kunskap man har angående psykisk ohälsa och att leva med psykisk ohälsa. Delaktighet är att få vara med, att få känna tillhörighet och härigenom vara en del av en större helhet. Genom denna tillhörighet öppnas deltagande och möjligheten att inverka och påverka och härigenom hänga med i vad som händer i samhället. Delaktighet är också att personligen få ta del av och delta i beslut då det gäller den egna vården samt göra beslut om aktiviteter man önskar ta del av eller utföra.

Föreningen blir en arena för delaktighet. Den öppnar, möjliggör och garanterar delaktigheten. Dess intressanta och lockande verksamhet samt tillgänglighet möjliggör delaktighet. Att få höra till föreningen ger känslan av tillhörighet och samhörighet vilka är viktiga för känslan av delaktighet. Delaktighet är också att ha kraft och ork att kunna hänga med, vara aktiv, kunna dela med sig exempelvis av föreningens verksamhet. I dagens samhälle blir pengar en måttstock för delaktighet (Figur 7).



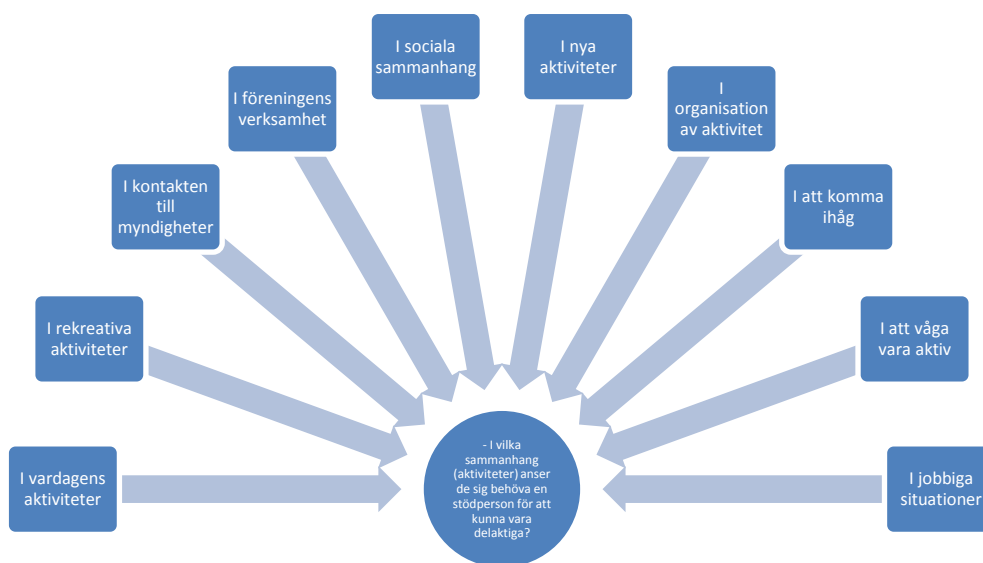
Figur 7. Olika aspekter på delaktighetsbegreppet samt på hur medlemmar vill vara delaktiga

Mycket kan motarbeta möjligheterna att delta. Det kan vara fråga om den psykatriska problematiken som hindrar eller medicineringen för densamma. Attityder och förutfattade meningar hos andra i samhället kan också vara orsak till att det blir utmanande eller till och med omöjligt att ta del av

det som erbjuds. Ibland kan det också handla om den fysiska hälsan som inte tillåter deltagande i olika sammanhang.

Stödbehövande behöver stöd på olika områden för att kunna vara aktiva och delta i föreningens verksamhet. Detsamma gäller då medlemmar vill ta del av den service som samhället har att erbjuda. För att våga sig ut i samhället behöver man stöd för att tro på sin egen kapacitet och sitt eget kunnande. Man behöver bekräftelse på att man, trots psykisk ohälsa, kan delta och kan utföra. Det kan handla om att ge goda råd, bekräfta den stödbehövandes behov eller bara finnas närvarande i stunden.

Vardagen och dess rutiner är svåra för många och stöd behövs för att få dem att fungera på ett tillfredsställande sätt. Dessa utgör de mest centrala aktiviteterna då det gäller helt konkret stöd. Att kunna delta i aktiviteter kopplade till fritid och rekreation uppskattas också högt och härigenom blir det viktigt att få ta del av dylika aktiviteter. Detsamma gäller aktiviteter som varit centrala och värdefulla före ett insjuknande men också aktiviteter som är nya och okända för medlemmen. Stödet då det gäller dessa typer av aktiviteter handlar om att påminna om dessa aktiviteter, uppmana till att utföra, locka med i själva utförandet samt att organisera så att ett deltagande överhuvudtaget är möjligt. Medlemmar behöver också stöd i kontakten till myndigheter, i olika sociala sammanhang och inom föreningen i olika sammanhang, speciellt om dessa känns svåra och utmanande för medlemmen. (Figur 8).

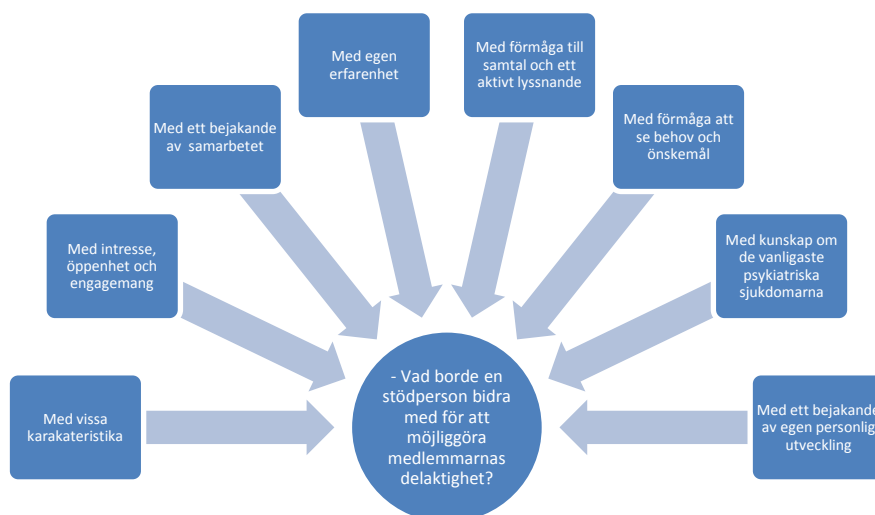


Figur 8. Sammanhang i vilka medlemmar behöver stöd

Då det gäller aktiviteter och dess utförande blir möjligheten till att själv få välja dem, mycket central. Den stödbehövande behöver få en möjlighet till att själv påverka aktivitetsvalet men samtidigt kunna förvänta sig att stödpersonen kan vara lyhörd för den stödbehövandes situation och önskemål.

I relationen mellan stödbehövande och stödperson är samarbetet utgångspunkten. Då stödpersonen är insatt i och har kunskap om den psykiatriska problematiken, som en del av den stödbehövandes vardag, ligger samarbetet på en stabil grund. En stödperson som är genuint intresserad och engagerad i sin uppgift, kanske har en egen erfarenhet av psykisk ohälsa och bejakar olika sätt för samarbetet skapar möjligheter för den stödbehövande att vara delaktig. Olika karakteristika hos stödpersonen förbättrar detta ytterligare: lyhördhet, förståelse, medmänsklighet, fördomsfrihet och öppenhet. Stödpersonen skall ha ett eget intresse för att utveckla sig och detta kan ske genom aktivt deltagande i utbildning, handledning eller genom referensstöd av andra stödpersoner.

Stödpersonen skall kunna lyssna aktivt och samtala okonstlat. En relation som bygger på ett samarbete två människor emellan är det som efterlyses. Stödpersonen är en medmänniska och inte en terapeut. Då stödpersonen är lyhörd för det den stödbehövande för fram kan möjligheter till aktivitet och delaktighet skapas. Då man som stödbehövande, i något skede av stödprocessen, kan ges möjlighet till att bli ett stöd för en annan person, upplevs detta som att själv bli styrkt och bekräftad (Figur 9).



Figur 9. Olika sätt att möjliggöra delaktighet

## 7 DISKUSSION

Som följande diskuteras genomförandet och valet av metod. Vidare förs diskussion angående resultatet i förhållande till den tidigare forskningen och kopplingen till den teoretiska referensramen. Detta, hänvisande till Jacobsen (2007) som anser att resultat *”sällan eller aldrig är helt entydiga”*. Med det menar han att det i sig självt inte ger det exakta innehållet utan detta bör tolkas av den person som utfört undersökningen. Resultatet bör sättas i ett sammanhang och jämföras med andra rådande resultat från motsvarande undersökningar. Det kan också handla om att diskutera resultatet i förhållande till bakomliggande teori för att klargöra dess innehåll. (Jacobsen 2007:294 – 296)

### 7.1 Metoddiskussion

I denna studie användes en kvalitativ ansats med en induktiv design och dess syfte var att undersöka och synliggöra psykosociala föreningsmedlemmars åsikter om vad en stödperson kan bidra med för att möjliggöra delaktighet. För att synliggöra dessa åsikter användes individuella intervjuer som datainsamlingsmetod.

Valet av en kvalitativ ansats är det rätta valet i denna typ av forskningar. Då syftet var att undersöka och synliggöra medlemmars åsikter blir innehållet i dessa åsikter viktigare än antalet åsikter som förs fram. Jacobsen (2008:47) menar att då meningen och innehållet i det som skall undersökas blir syftet för arbetet skall en kvalitativ ansats väljas. I början av processen fanns en idé om att omsätta de fakta som kommit fram i den tidigare forskningen angående olika typer av stöd, stödåtgärder och metoder till en enkät och behandla dessa som kvantitativa data, men ganska snart lämnades denna tanke. Detta utifrån Jacobsens (2008:49) uttalande om att med en kvalitativ ansats kan man vara mera *”explorerande”* och verkligen låta det insamlade materialets budskap bli synligt – även det dolda. Valet föll alltså på en kvalitativ ansats och inom ramen för denna en induktiv design.

Valet att anta ett induktivt närmelsesätt framom ett deduktivt hänger ihop med de frågeställningar som skapades för att uppnå syftet. De representerar öppenhet och en genomskinlighet som kräver en motsvarande metod både vid insamlingen av data under själva insamlingsituationen och även då det insamlade materialet analyseras. Med facit i hand är jag en aning skeptisk då det gäller ett induktivt närmelsesätt speciellt i början av denna studie. Jag anser att då sökord för den tidigare forskningen var valda, hade valet influerats av den referensram som styr mitt eget tänkande. Ef-

tersom jag är ergoterapeut och tror på aktiviteten som en viktig del av individens upplevelse av en god hälsa och ett gott liv, kan detta aktivitetsperspektiv skönjas i valen av sökord men också i de frågeställningar som detta arbete sökte svar på. Dessa har klart färgats av ett aktivitetsperspektiv och därför kan en absolut induktivitet i denna studies design ifrågasättas. För att motarbeta att ett rådande aktivitetsperspektiv lyser igenom, bearbetades frågorna i intervjuguiden och en induktiv innehållsanalys valdes då materialet bearbetades.

Intervju som insamlingsmetod var ett bra val. Detta val verifieras i ett av resultaten i denna studie: de intervjuade förde fram möjligheten att på tu man hand få prata om sina upplevelser, tankar och funderingar som en bra grund för känslan av delaktighet. Valet av ett induktivt förhållningssätt och individuella intervjuer var för mig också kopplat till den diskurs om målgruppens deltagande som råder inom dagens mentalvård. Jag ville med dessa val motarbeta de fördomar och diskurser som råder angående denna målgrupps deltagande i olika sammanhang.

I mentalvården existerar en hierarki inom vilken olika personer innehar olika grader av makt och möjlighet till inflytande. Hodge (2005:167) anser att denna hierarki ligger som grund för hur en diskurs om brukarnas möjlighet till deltagande ser ut. Phillips (2006: 172) återkommer till samma konstellation då det gäller forskning: Forskningsprocessen och definitionen av vem som är forskaren klargör strukturerna för hur mentalvårdens klienter kan vara delaktiga. Båda författarna kommer starkt fram med följande diskurs: Mentalvårdens klienter kan vara delaktiga inom ett rådande system men kan inte agera utanför detta system och således komma med egna åsikter om verklighetens beskaffenhet. Detta är ett faktum så länge det är de professionella som sitter med makten och beslutanderätten.

Inom mentalvården råder strikta vetenskapliga diskurser om hur man skall se på sjukdomar och diagnoser. Ett vetenskapligt objektiva förhållningssätt är att föredra framom ett mera subjektivt omgivningsmässigt närmelsesätt. Professionella har skapat en delning i förståelsen av delaktighet. Forskare och professionella ser det hela ur litteraturperspektiv och brukarna ur livsperspektiv. Tyvärr har dessa två perspektiv svårt att mötas på en gemensam plattform för förståelse – speciellt då det gäller situationer då tolkning av verklighetens beskaffenhet är ett faktum. (Hodge 2005:168-169, 171-173 och Phillips 2006:173) Omskrivet i en diskurs kunde detta bli: Professionella och brukare

förklarar delaktighet utifrån olika positioner - brukarna via livserfarenheter professionella via litteratur och forskning.

Hierarki och maktposition råder ännu inom mentalvården. I denna hierarki hamnar brukarna, klienterna tyvärr längst ner. Man dömer ut klienternas förmåga till deltagande baserat på rådande diskurser om deras tillkortakommanden, innan dessa ens fått en möjlighet att visa vad de går för (Hodge 2005:174).

Deltagarna fick information om deltagande i intervjuerna via sin egen förening men också via den gemensamma tidningen Respons. Detta förfarande gav medlemmarna en möjlighet till ett fullständigt självval – skall jag delta eller inte. Detta förfarande var också i samklang med den strävan jag hade att motarbeta rådande diskurs om att personer med psykisk ohälsa alltid behöver hjälp med dylika val. De som till slut valde att delta var verkligen motiverade härtill och hade åsikter att framföra kring stödpersoners bidrag då det gäller delaktighet. De gavs alltså en chans att visa vad de gick för (jfr Hodge 2005:174).

I intervjusituationerna, vilka kan kategoriseras som öppna intervjuer, användes en intervjuguide med prestrukturerade frågor inom tre temanområden. Trots sin struktur kunde intervjun genomföras som ett samtal, vilket Kvale & Brinkmann (2009:139) rekommenderar.

Jacobsen (2008:95) anser att en viss prestrukturering minskar öppenheten men detta kunde inte skönjas då intervjuerna genomfördes. Prestruktureringen fungerade som en disposition för själva genomförandet och hjälpte mig att föra intervjun framåt, speciellt i situationer då den intervjuade lämnade det aktuella temat eller då inget mer fanns att tillägga. Prestruktureringen gav även mig som ovan forskare trygghet och säkerhet under själva genomförandet. Genom detta kunde jag vara lugn och trovärdig i situationen, vilket bidrog till en lugn och trygg intervjusituation överlag. En situation inom vilken det var lättare att föra fram sina åsikter, även mycket personliga sådana.

Jacobsen (2008:97) för fram valet av utrymme som centralt för om intervjun lyckas eller misslyckas. Han anser att onaturliga miljöer ger onaturliga svar och att man bör vara noggrann med valet av utrymme för intervjun. Intervjuerna genomfördes i utrymmen som var bekanta för de som intervjuades. Detta gjorde miljön naturlig för deltagarna. Deltagarna upplevde det tryggt att intervjuerna skedde i för dem naturliga miljöer och förde fram detta både före och efter själva intervjun. Utrym-

mena hade också valts med tanke på att inget kunde hindra, störa eller påverka själva genomförandet.

De intervjuade var 8 stycken till antalet och producerade en hel del inbandat material. Samtliga samtyckte till att intervjuerna bandades in vilket helt tekniskt underlättade utskriften, transkriberingen. För inbandningen hade en ny digitalisk diktafon införskaffats vilket i själva intervjusituationen men också i utskriftsprocessen visade sig vara en väl placerad investering. Trots detta blev transkriberingsprocessen mycket utmanande och tog en hel del tid i anspråk. Slutresultatet var, fränsett vissa utmaningar, gångbart och gav en bra bas för den induktiva analysen. Tillgången till en separat dator samt två separata datorskärmar, för transkribering och analys, underlättade det praktiska förfarandet under denna del av forskningsprocessen.

Metoden fungerade bra för denna typ av undersökning. Den gav ett digert och omfattande paket av rådata för analysen. Den induktiva innehållsanalysen krävde en objektivitet och ett neutralt förhållningssätt som ibland kunde te sig litet väl utmanande. Dock gav den mig en bra utgångspunkt i att nå min personliga målsättning inom ramen för denna forskningsprocess, nämligen att inte falla till föga för rådande diskurs inom mentalvården av idag. Om designen hade varit en annan kunde materialet också ha analyserats med en deduktiv innehållsanalys. Det insamlade data kunde ha granskats genom exempelvis Martin Molins (2004a:58) begreppsfigur för delaktighet eller med PEOP-modellen (2005) som bas. Personligen tror jag att ett dylikt förfarande skulle ha styrt analysen för mycket.

Jag ser en möjlighet i att använda en abduktiv metod för analysen. Då skulle både rådande antaganden om olika former av delaktighet (Molin 2004a:58) samt hur delaktighet formas (PEOP) fått fungera som bas, utan att för det glömma det budskap som de intervjuade hämtade fram – både det manifesta och det latent. Oberoende av detta ser jag ändå den induktiva innehållsanalysen som det bästa valet i detta sammanhang. Detta eftersom målsättningen var en mycket öppen, fördomslös och attitydfri hållning för det budskap som blev synligt, i det material som samlats in.

Jag har svårt att se att en annan metod skulle ha fungerat bättre än individuell intervju inom vissa prestrukturerade teman. Möjligtvis kunde en annan intervjumetod, djupintervju, fylla samma funktion. Om denna metod skulle användas borde analysmetoden också vara en annan och närmelsesättet

ligga mera åt den hermeneutiska hållet. Möjligtvis kunde man genom djupintervjuer få mer omfattande nyanser på stödpersonens bidrag, som inte visar sig genom de öppna individuella intervjuer som nu gjorts. Trots denna möjlighet skulle jag ändå ha valt individuella intervjuer med prestrukturerat tema, eftersom det material som härigenom samlades in, enligt min åsikt, bättre kunde svara på det syfte som var aktuellt för detta masterarbete.

## 7.2 Diskussion av resultatet i förhållande till tidigare forskning

Den tidigare forskning som ingick i arbetets forskningsöversikt handlar om olika aspekter på stöd och hur dessa stödsatser främjar delaktighet hos personer med psykisk ohälsa. Resultatet från översikten kunde struktureras under fyra separata rubriker, vilka också beskriver den förförståelse jag fick om ämnet. Rubrikerna gav mig också riktlinjer då intervjufrågorna utarbetades. De fyra rubrikerna är: *”Gruppen har betydelse för aktivitet, delaktighet och mental hälsa”*, *”Delaktighet och socialt stöd hänger ihop”*, *”Delaktighet och aktivitet hör ihop”* samt *”Personalens insats och bemötande avgör graden av delaktighet”*.

Resultatet från intervjuerna korrelerar i stor utsträckning med resultatet från forskningsöversikten men jag överraskades av att gruppen inte upplevdes som en delaktighetsarena i samma utsträckning som i forskning av Sundsteigen et al. (2009), Eklund et al. (2009) och Hendryx et al. (2009). Gruppen, som i intervjuerna omfattades av deltagande i föreningens verksamhet och härigenom deltagande i olika grupsituationer, kopplades nog ihop med uttryck för delaktighet men uppfattades inte som den plats vilken Hendryx et al. (2009) beskriver som en plats för identifiering. En plats, som skulle öka självkänslan och minska behovet av socialt stöd. Föreningens gruppverksamhet kopplades snarare ihop med ett deltagande i en icke stigmatiserande miljö, vilket sänkte ribban för att kunna, vilja och våga delta. Denna koppling beskrivs också i forskning av Sundsteigen et al. (2009), Schutt & Rogers (2009), Eklund et al. (2009) samt Carless & Douglas (2008).

Resultatet visar på en svårighet att beskriva delaktighet som begrepp. Olika aspekter som att delta, att tillhöra, att ta del av och att påverka samt inverka blir centrala då delaktighet beskrivs. För deltagarna i intervju är delaktighet också att vara aktiv och hänga med samt att ha de resurser som behövs för detta, t.ex. pengar och hälsa. Känslan av tillhörighet som utgångspunkt för delaktighet beskrivs också i forskning av bl.a. Sundsteigen et al. (2009). De kopplar dessutom ihop upplevelsen



av tillhörighet med tillgången till referensstöd i en icke stigmatiserande omgivning vars dynamik är påverkbar av dess deltagare. Denna möjlighet till påverkan på miljö, stöd, dynamik och innehåll stiger också fram som en viktig aspekt på delaktighet bland resultaten. I detta sammanhang förs också ledarskapet i dessa grupsituationer fram som avgörande för viljan att inverka och påverka i själva stunden. Denna ledarskapsaspekt kommer inte fram i tidigare forskning utan kopplas ihop med referensstöd i stort. Chernomas et al. (2008) för fram stödinsatser av en person med samma delaktighetsinskränkning som den stödbehövande som enbart positivt. Då stödpersonen själv gått igenom en hel del har hen en helt annan förståelse för stödbehovets omfattning och innehåll exempelvis i en grupsituation.

Resurser av olika slag är avgörande för delaktighet då det gäller deltagande i aktivitet och för att kunna hänga med. Resultatet visar på att avsaknad av resurser i form av pengar innebär avsaknad av möjlighet att kunna ta del av olika aktiviteter. Detta faktum beskrivs också i forskning av Elstad & Eide (2008) samt Chernomas et al. (2009). De anser att pengar är avgörande för att få tillgång till de aktivitetsarenor som kan möjliggöra delaktighet. För att få pengar behöver många medlemmar stöd i kontakten till myndigheter och någon närvarande i stunden då t.ex. blanketter skall fyllas i. Detta beskriver en konkret stödinsats vilken omfattas både av tidigare forskning (Shutt & Rogers 2009, Hendryx et al. 2009, Chernomas et al. 2008) och av resultatet i denna studie.

Resultatet visar på ett ökat behov av individuella träffar och samtal, för att våga uttrycka tankar. Föreningsmedlemmar vill ha möjlighet till individuellt stöd och situationer som är trygga för att våga komma fram med det som berör den egna delaktighetproblematiken. I forskning av Elstad & Eide (2008) och Schutt & Rogers (2009) poängterar man personalens förmåga till öppenhet och till att skapa en trygg miljö. Då det i denna miljö inte finns krav på prestation skulle det öka delaktigheten. Tyvärr kommer det inte fram om denna miljö skapades i grupsammanhang eller individuellt utan frågan behandlas mera allmänt. Oberoende av detta visar resultatet på att en trygg relation till en annan människa och en miljö som är bejakande stöder medlemmen till att våga delta.

I forskning av Sundsteigen et al. (2009) poängterar man deltagande i meningsfulla aktiviteter som avgörande för känslan av delaktighet. Detta korrelerar med resultatet men denna studie visar dessutom att en klientcentrering i valet av dessa meningsfulla aktiviteter är avgörande för denna känsla. Det räcker inte enbart med möjligheten till att delta. Denna möjlighet skall dessutom vara kopplad

till personens eget val och till den personliga upplevelsen vad en meningsfull aktivitet är just för hen. Meningsfulla aktiviteter är alltså något som den stödbehövande definierar och som omfattas av stödpersonen.

Önskemålen kring stöd för att kunna delta i olika aktiviteter stiger fram i denna studie. Fokus ligger på vardagens aktiviteter och på aktiviteter vilka har karaktären av att vara rekreativa. Stöd behövs också i kontakten till myndigheter, för att våga ta del av nya aktiviteter, delta i föreningens verksamhet och för att klara av jobbiga situationer kopplade till aktivitet. Den tidigare forskningen beskriver några specifika aktiviteter i vilka stödinsatser behövs vilka är de samma som också beskrivs i resultatet. Det som speciellt poängteras i forskning kring aktivitet och stöd i förhållande till detta är känslan av att klara av att utföra en aktivitet, ha kontroll över aktiviteten och genom dessa få en känsla av att vara en aktör (Sundsteigen et al. 2009). Att det dessutom ges möjlighet att kunna utföra och att engagemanget stärks i situationen, öppnar för en bättre aktivitetsrepertoar. En aktivitetsreperoar som blir utgångspunkten för ett deltagande och såvida främjar delaktighet (Schutt & Rogers 2009).

Stödpersonen får en central position i resultatet. Olika förväntningar i förhållande till personliga karakteristika, kunskap och förmåga samt erfarenhet, riktas på denna. Många är de önskemål som kommer fram som centrala för hur en stödperson skall vara i stunden. Medlemmarna vill att stödpersonen skall vara medmänniska i stunden, med kunskap om den problematik den psykiska hälsan kan ställa till med i vardagen och med ett genuint intresse och engagemang. Den tidigare forskningen beskriver inte karakteristika hos personal som fungerar som stödpersoner, utan för fram den gemensamma förståelsen för, i detta fall delaktighetsbegreppet, som central för samarbetet (Elstad & Eide 2008, Schutt & Rogers 2009). Kan delaktighetsbegreppet omfattas av båda parterna på samma sätt ger det en bra grund för ett gott samarbete. Schutt & Rogers (2009) nämner också hur viktigt det blir att i stödsituationer släppa på de hierarkiska positionerna som råder inom social- och hälsovård, speciellt i situationer då samarbetet utgår i från frivillighet. Detta uttalande korrelerar med de önskemål som förs fram i resultatet då det gäller samarbetet, relationen och gemenskapen mellan stödperson och stödbehövande. Det korrelerar också med tankar kring stödpersonen som en person med önskan om att utvecklas och att lära sig nytt i relationen.

Resultatet hämtar också fram olika orsaker till delaktighetsinskränkningar samt önskemål om insatser då man mår psykiskt dåligt. Den tidigare forskningen beskriver inte separata orsaker till delaktighetsinskränkningar men lyfter fram ett supportivt grepp i situationer som känns jobbiga och i vardagens utmaningar (Buckley et al. 2010). Hendryx et al. (2009) och Schutt & Rogers (2009) poängterar uppmuntran och feedback som insatser i jobbiga situationer och att dessa insatser ökar möjligheterna att delta. Då det egna måendet är orsak till delaktighetsinskränkning blir den direkta närvaron av en annan person viktig för aktivitet och för delaktighet (Hendryx et al. 2009, Chernomas et al. 2008).

### **7.3 Diskussion av resultatet i förhållande till teoretisk referensram**

Två helheter utgjorde den teoretiska basen för detta arbete: olika förklaringsmodeller för delaktighet samt en modell för det praktiska ergoterapiarbetet. Då det gäller delaktighet användes ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), Martin Molins (2004a) begreppsfigur för olika former av delaktighet samt delaktighet som den beskrivs i ergoterapilitteratur, som förklaringsmodeller. Eftersom syftet var att höra föreningsmedlemmars åsikter vilka representerar upplevelser kring delaktighet i vardagen behövdes också en referensram som kopplar denna praxis till teori. Valet föll då på PEOP-modellen (Person-Environment-Occupation-Performance). Denna fungerar alltså som bas för förståelsen för den praxis de intervjuade bidrog med och möjliggör för en granskning av praxis ur ett teoretiskt perspektiv.

#### **7.3.1 Diskussion i förhållande till delaktighet**

Då det gäller ICF blir den gemensamma komponenten - aktivitet och delaktighet -speciellt intressant. Denna domän omfattas av aktivitet, vilket enligt ICF är en persons utförande av en uppgift eller en handling och av delaktighet, som är en persons engagemang i en livssituation. Dessa två bedöms utifrån begreppsfaktorer som genomförande och kapacitet (Socialstyrelsen 2003:18). Detta betyder alltså att om man vill fastställa närvaro eller frånvaro av delaktighet behövs ett aktivitetsutförande, ett genomförande, i en speciell omgivning. Denna koppling kan också ses i resultatet. Flera av de sammanhang inom vilka medlemmar vill vara aktiva är kopplade till aktivitet, så som att delta i rekreativa aktiviteter eller i föreningens verksamhet. Dessa representerar också olika omgivningar inom vilka medlemmar bör ha en viss kapacitet för att kunna genomföra. Då det gäller utförande

och då speciellt kapacitet kan ett behov av stöd kopplas specifikt ihop med detta. Medlemmarna saknar kapacitet som exempelvis självstyrning, mod, psykisk hälsa, disciplin eller minne för att kunna vara aktiva. De behöver specifikt stöd i förhållande till den kapacitet som krävs för en aktivitet i en given omgivning.

Centralt för ICF, Martin Molin (2004a) och ergoterapilitteratur blir det engagemang man anser höra ihop med delaktighet. Dessa poängterar att engagemang har en subjektiv natur och är en utgångspunkt för viljan att vara aktiv och härigenom delaktig. Detsamma gäller kopplingen mellan engagemang och omgivning. Resultatet kan inte direkt kopplas till detta. Medlemmarna hämtar nog fram viljan till att delta och att kunna vara aktiva inom ramen för exempelvis den egna föreningen, men kopplar detta mera specifikt ihop med kapacitet och utförande. Givetvis kan man se att utgångspunkten, viljan att vara aktiv, finns närvarande i medlemmarnas önskan då det gäller att ta del av eller att vara aktiva, men att det skulle ligga som grund för ett engagemang skulle kanske vara en alldeles för drastisk slutsats att dra utifrån det material som samlats in för detta masterarbete. Medlemmarna kopplar samman engagemang med utförande och kapacitet. Medlemmarna behöver alltså specifikt stöd då det gäller kapacitet och utförande för att kunna etablera ett engagemang. Ett engagemang som bygger på deras vilja att vara aktiva och delaktiga.

Rätten att själv bestämma över det man vill delta i steg fram som en central aspekt på delaktighet för medlemmarna. Denna rätt till eget val, autonomi men också känslan av vidmakthållande och att bli accepterad i samband med detta, beskrivs som viktiga former av delaktighet både av Molin (2004a) men också i ergoterapilitteratur. I ICF ingår också detta med att vara accepterad men beskrivs inte mera ingående vad detta omfattar (Molin 2004b:66). Eftersom acceptans nämns i samband med engagemang samt den subjektiva erfarenheten av detta engagemang, kan man anta att det omfattas av samma aspekter som Molin (2004a) hämtar fram. För att möjliggöra delaktighet behöver medlemmarna få möjlighet till att själva komma fram med vad de vill göra och vad de vill delta i samt få möjlighet att göra detta val själva. Dock hämtar medlemmarna fram stöd i denna process. Ett stöd som i sin tur kopplas till kapacitet och utförande.

Resultatet visar på resurser som en viktig delaktighetskomponent. Har man de resurser som krävs för stunden, kan man vara delaktig. Resurser handlar i detta sammanhang om pengar, tillgångar och möjligheter. Denna delaktighetskomponent förs också fram inom AOTA (American Occupational

Therapy Association) men kopplas också ihop med resurser i förhållande till förmågan att handha dessa resurser. Denna aspekt beskrivs också i ICF. Där talar man om att ha tillgång till resurser. Medlemmarna kopplar ofta ihop resurser med pengar men också med resurser i förhållande till den psykiska hälsan. I detta sammanhang kommer man in på aspekter som inverkar negativt på delaktigheten, aspekter som är komponenter för en synlig delaktighetsinskränkning. Delaktighetsinskränkning är ett begrepp inom ICF som omfattas av olika hinder vilka inverkar på möjligheten att engagera sig i livssituationer. (Socialstyrelsen 2003:9,16) Resultatet gav en mycket intressant infallsvinkel på detta. Medlemmarna anser att pengar ligger som grunden för delaktighet men att denna resurs för dem i hög grad är kopplad till det psykiska måendet: Man kan inte vara aktiv och delta om man mår dåligt hur väl man skulle ha resurser av en mera materiell natur. För att möjliggöra delaktighet behöver medlemmarnas faktorer som inverkar negativt på delaktigheten, delaktighetsinskränkningarna, minskas. I detta sammanhang blir förståelsen för personen, d.v.s. personfaktorer och funktioner, viktig. Att se personen som en produkt av det liv hen lever och det sammanhang hen lever i utan att glömma kön, ålder, kondition, vanor, livsstil social bakgrund och andra av ICF definierade faktorer, bli en verklig utmaning då det handlar om delaktighetsinskränkningar. Delaktighetsinskränkningar blir mer än bara avsaknad av kapacitet att utföra, av engagemang i en livssituation samt av kroppsfunktioner. För att möjliggöra medlemmarnas delaktighet och minimera delaktighetsinskränkningar då det gäller resurser, bör fokus ligga på en förståelse för sambandet mellan aktivitet och delaktighet, kroppsfunktioner och personfaktorer. Denna diskussion hämtar fram det faktum att medlemmen blir den bas genom vilken dessa domäner bör pejlas då det handlar om resurser, inte tvärtom.

Ergoterapilitteratur för fram relationen mellan terapeut och klient samt ett klientcentrerat förhållningssätt som utgångspunkt för ett engagemang. Engagemang i detta hänseende motsvarar engagemang i livssituationen, så som det som beskrivs i ICF. Då delaktighet förs fram på detta sätt, alltså genom engagemang med den klientcentrerade relationen som fokus, blir de två parterna i samarbetet intressanta. I resultatet blev fokus på speciellt den ena parten, stödpersonen. Önskemål angående stödpersonen då det gäller kunskap, förmåga och karakteristika blir viktiga för hur möjlighet till aktivitet som främjar delaktighet, kan möjliggöras. En förmåga som nämndes var att stödpersonen skall kunna se behov och svara på önskemål kring vad och hur medlemmar vill vara aktiva och delta. Detta beskriver även en av de aspekter i det klientcentrerade förhållningssättet som Townsend och Landry (2005) anser vara utgångspunkten för att få klienter i ergoterapi att både se möjligheter

men även hinder för både aktivitet och delaktighet. Ur delaktighetsperspektiv blir det centralt för stödpersonen att i samarbetet nyttja ett klientcentrerat grepp för att möjliggöra aktivitet och delaktighet men också för att för medvetandegöra medlemmen om eventuella hinder för desamma.

### **7.3.2 Diskussion i förhållande till PEOP**

För att få svar på forskningsfrågorna samlades data in genom intervjuer med föreningsmedlemmar. Dessa föreningsmedlemmar berättade om den verklighet som de lever i och de stödbehov de upplever sig behöva för att kunna vara aktiva och ta del av det som samhället erbjuder. För att kunna pejla den informationen via teori, både för diskussion men också för kritisk granskning, valdes en praxismodell. Modellen används i den direkta kontakten mellan klient och terapeut i ergoterapi både för att klargöra aktivitets- och delaktighetsinskränkningar och möjliggöra aktivitet och delaktighet. Eftersom modellen representerar ergoterapiområdet finns ett klart fokus på aktivitet som en utgångspunkt och en förutsättning för delaktighet. Detta innebär att fokus automatiskt läggs på aktiviteten och dess inverkan på delaktighet samt delaktighetsinskränkning och styr på så sätt diskussionen i den riktningen.

Christiansen & Baum (2005:248) för fram personfaktorer, eller de så kallade inre faktorerna samt den subjektiva meningen med själva aktiviteten eller aktivitetsutförandet, som avgörande för upplevelsen av välbefinnande. Ur resultatet kan man klart se denna koppling. Medlemmarna vill själva besitta möjligheten att få välja de aktiviteter som är intressanta och som lockar till aktivitet. De beskriver det egna måendet som representeras av de inre faktorerna som Christiansen & Baum (2005:248) tar upp som indikatorer på upplevelsen av välbefinnande. Enligt medlemmarna betyder ett fysiskt eller psykiskt illamående att det inverkar negativt på aktivitetsutförandet och ger en aktivitetsinskränkning. Medlemmarna kopplar denna aktivitetsinskränkning med en minskad förmåga att delta i det som erbjuds eller i aktiviteter som tidigare varit centrala i vardagen. Medlemmarna beskriver kopplingen mellan aktivitets- och delaktighetsinskränkning ur ett personfaktorperspektiv. Av denna anledning borde stöd för att minska inskränkningar kopplade till fysiskt och psykisk illamående samt stöd för att öka möjligheterna till ett eget val då det gäller meningsfulla aktiviteter kunna etableras för föreningsmedlemmar i psykosociala föreningar. Att dessutom kunna dela denna uppfattning, denna upplevelse med någon annan stärker ytterligare närvaron av välbefinnande, anser Christiansen & Baum (2005:248).

Omgivningen, vilken i PEOP omfattas av fem olika delkomponenter, de så kallade yttre faktorerna, vilka skapar en ram för aktivitetsutförandet. De yttre faktorerna kan både möjliggöra och hindra en person till aktivitet. Enligt Christiansen & Baum (2005:248) behöver man kunna bemästrande av omgivningen för att erhålla känslan av kvalitet i livet. För medlemmarna i psykosociala föreningar blir föreningen och den kulturella ram den skapar, viktig och även avgörande för hur, på vilken nivå och i vilket sammanhang de kan vara aktiva och delta. Föreningen har en möjliggörande inverkan på upplevelsen av delaktighet emedan den tillåter känslan av tillhörighet, den öppnar för möjligheter att påverka och inverka och den skapar möjligheter att vara aktiv. För föreningsmedlemmarna är föreningens verksamhet en central delaktighetsarena. Tillgången till denna omgivning är utgångspunkten för en känsla av innehåll i många föreningsmedlemmars liv. Förutom denna omgivning stiger rekreativa omgivningar fram som centrala för känslan av kvalitet i livet. Christiansen & Baum (2005:251) lyfter fram resurser som centrala för hur aktiv man kan vara och detta omfattas av medlemmarna. Inga resurser betyder inga eller ringa aktiviteter eller möjligheter att delta. Då det gäller möjligheterna att bemästra sin omgivning och härigenom uppnå kvalitet i livet torde stödåtgärder i denna kontext riktas mot att tillgodose resurser så som tid, möjlighet och pengar, för att kunna delta i aktiviteter, vara delaktiga.

Christiansen & Baum (2005) anser att en balans i personens inre faktorer ger känslan av välbefinnande och då personen dessutom kan handha och kontrollera sin omgivning, de yttre faktorerna, ger det henne kvalitet i livet. Denna balans mellan kvalitet och välbefinnande möjliggör aktivitet, ger aktivitetsförmåga och därigenom delaktighet (Christiansen & Baum 2005:244–247). Delaktighet är alltså ett samspel mellan personen (de inre faktorerna), omgivningen (de yttre faktorerna) och aktivitet. Delaktighet i PEOP är ett resultat av kopplingen mellan de aktiviteter personen har möjlighet att utföra, göra, är meningsfulla samt bör utföras i vardagen. Samma helhet beskriver medlemmarna och lyfter speciellt isoleringen i det egna hemmet, minskade eller inga kontakter med andra människor och avsaknaden av resurser som ett hot för de egna aktiviteterna och då också möjligheterna till att delta. En central uppgift då möjlighet till att vara delaktig skall stödas blir att se helheten och kunna koppla person, aktivitet och omgivning till en väl fungerande helhet.

Modellen tar enbart fasta på faktorer i personen, aktiviteten och omgivningen som centrala för en persons aktivitetsutförande och delaktighet. Den ger inte direktiv om det direkta samspelet mellan klient och terapeut. Intervjuerna hämtade fram önskemål om just detta. Medlemmarna beskrev hur

personlighet, karakteristika, kunskap och förmåga blir viktiga i praxis, då målsättningen är att möjliggöra delaktighet. De beskrev ett klientcentrerat perspektiv på samarbetet och önskade sig öppenhet, lyhördhet och förmåga till anpassning. Som modell ger PEOP inte direktiv angående detta utan modellen måste ses ur det perspektiv och praxis inom vilken den främst används, nämligen ergoterapi. I ergoterapi är utgångspunkten för varje klient-terapeutrelation ett klientcentrerat närme-sätt. Detta beskrivs både i ergoterapins paradigm men också i de yrkesetiska koderna för ergoterapeuter i Finland. I de yrkesetiska koderna ingår följande helhet:

Toimintaterapiasuhte on toimintaterapeutin ja asiakkaan välinen luottamuksellinen vuorovaikutussuhde.../... Toimintaterapeutin työskentely perustuu yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa tehtyyn arviointiin, jossa otetaan huomioon asiakkaan toimintaympäristö ja sosiaalinen verkosto. Toimintaterapeutti tekee työtään suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Tavoitteet laaditaan asiakkaan kanssa. Terapeutti antaa asiakkaalleen kuntoutumista edistävää tietoa, jota asiakas voi hyödyntää itsenäisessä päätöksenteossa. (Toimintaterapeuttiliitto)

## 7.4 SLUTSATSER

Den tidigare forskningen hämtade fram liknande resultat som de resultat jag presenterar i detta arbete. Studiens resultat och resultaten från den tidigare forskningen kan sammanfattas till olika typer av stödinsatser inom tre olika helheter vilka bidrar till att möjliggöra föreningsmedlemmarnas delaktighet:

För det första olika stödinsatser för att klargöra vad det betyder att vara delaktig och vad det innebär för den enskilda medlemmen samt att därigenom kunna bekräfta och möjliggöra den stödbehövandes delaktighet.

För det andra olika typer av stödinsatser inom ramen för samarbetet så som att använda den egna personligheten och egna karakteristika i syfte att stöda, locka fram och möjliggöra aktivitet och härigenom delaktighet.

För det tredje bidra med konkreta stödinsatser vilka i sig möjliggör för den stödbehövande att vara aktiv i vardagen, i föreningsverksamheten samt i det som samhället erbjuder. I samband med denna tredje helhet av direkta konkreta stödåtgärder, för att möjliggöra medlemmars delaktighet, blir



stödinsatser på ett mera indirekt plan synliga. Det handlar om stödåtgärder i syfte att klara av ett illabefinnande för att reducera delaktighetsinskränkningar.

Då resultatet synades i förhållande till den teoretiska referensramen kunde följande slutsatser dras:

Medlemmarna behöver specifikt stöd då det gäller kapacitet och utförande speciellt då det gäller engagemang. Specifikt stöd bör även ges i förhållande till den kapacitet som krävs för en aktivitet i en given omgivning. Stödåtgärder i kontexten - möjligheterna att bemästra sin omgivning och häri-genom uppnå kvalitet i livet - borde riktas mot att tillgodose resurser så som tid, möjlighet och pengar, för att kunna delta i aktiviteter.

Då delaktighet skall stödas blir förmågan att se helheten central. En koppling mellan person, aktivitet och omgivning bör formas för att skapa en väl fungerande helhet. För att möjliggöra medlemmarnas delaktighet och minimera delaktighetsinskränkningar då det gäller resurser, bör fokus ligga på en förståelse för sambandet mellan aktivitet och delaktighet, kroppsfunktioner och personfaktorer. I detta sammanhang bör medlemmen bli den bas genom vilken dessa domäner bör pejlas, speciellt då det handlar om förmågor, inte tvärtom.

Ur delaktighetsperspektiv blir det centralt för stödpersonen att i samarbetet nyttja ett klientcentrerat grepp för att möjliggöra aktivitet och delaktighet men också för att för medvetandegöra medlemmen om eventuella hinder för desamma. Skall delaktighet möjliggöras behöver medlemmarna få tillfälle att själv komma fram med vad de vill göra och vad de vill delta i samt få möjlighet att själva göra detta val.

Stöd för att minska inskränkningar kopplade till fysiskt och psykisk illamående samt stöd för att öka möjligheterna till ett eget val då det gäller meningsfulla aktiviteter bör kunna etableras för föreningsmedlemmar i psykosociala föreningar.

## **8 KRITISK GRANSKNING**

Jacobsen (2007:156) poängterar forskarens strävan att under hela forskningsprocessens gång minimera olika aspekter, vilka kan utmana forskningens validitet och reliabilitet. För att uppnå hög nivå

i förhållande till detta bör ett kritiskt förhållningssätt i förhållande till dessa antas. Detta betyder också att forskningen bör granskas inte för att fastställa sanningen i forskningen och resultaten, utan för att konstatera huruvida forskningen, och därmed resultaten, kan uppfattas som riktiga. Denna studie granskas ur tre perspektiv: studiens validitet, reliabilitet och överförbarhet.

## 8.1 Granskning av studiens validitet

Validitet handlar om att studiens trovärdighet och att den använda metoden verkligen undersöker det den har påstått undersöka (Kvale & Brinkmann 2009:264). Jacobsen (2007:156) kallar denna typ av granskning för intern validitet. Samtidigt bör även den externa validiteten granskas och fastställas. Här handlar det om att kritiskt granska huruvida resultaten är användbara i andra sammanhang dvs. generaliserbara. Enligt Kvale & Brinkman (2009:266 - 267) bör validering ske genom hela forskningsprocessen. Detta innebär att forskaren under hela forskningsprocessen är aktiv och genom att anta en ifrågasättande attityd kritiskt kontrollerar resultaten samt tolkar dem teoretiskt.

Metodvalet har jag behandlat i stycke 7.1. Där beskriver och försvarar jag min metod och argumenterar för de val jag gjort i förhållande till denna. I samma stycke diskuteras och verifieras också ansats, design och datainsamlings- och analysmetod.

Centralt för metoddiskussionen blir den öppenhet och kritiska granskning som varit närvarande hela tiden. Genom hela forskningsprocessen har jag strävat till att anta en ifrågasättande attityd. Redan då resultat från tidigare forskning söktes, följdes noggrant procedurerna för en systematisk litteraturstudie i syfte att få fram ett resultat som var trovärdigt, kontrollerbart och reproducerbart. Processen finns närmare beskriven i stycke 2. Etiska överväganden har gjorts under hela processens gång. Utgångspunkten, good practice, som ligger som grund för de val och beslut som gjorts, finns beskriven i stycke 5.4. Speciell vikt har lagts vid ett kritiskt förhållande till de källor som valts till detta arbete och de forskning som valts för att beskriva den tidigare forskningen (se bilaga 5). I och med dessa argument anser jag att studien uppfyller de krav som ställs på en valid forskning.

Den induktiva innehållsanalysen och speciellt mitt försök till neutralitet kan ifrågasättas. Jag har en känsla av att min förförståelse angående aktivitet och delaktighet kan ha påverkat mina val av teman vid första genomgången och vid val av subkategorier i följande genomgångar. Detta kan in-

verka på validiteten i förhållande till erhållna resultat. Om resultaten präglas av min förförståelse återspeglar de inte det som varit målsättningen att återspegla. En deduktiv närhet i analyskedet kan ge en bias i förhållande till erhållet resultat eftersom teori i detta fall kan ha gett en struktur för analysen. En struktur som inte är närvarande då ett rent induktivt närmelsesätt används. Trots detta kan jag med tillförsikt anse min analys som valid, eftersom resultaten är kontrollerbara i validering mot teori, i detta fall tidigare forskning.

## 8.2 Granskning av studiens reliabilitet

Jacobsen (2007:169–170) anser att man i en kvalitativ studie bör fråga sig om resultaten är reliabla, d.v.s. pålitliga och rimliga. Reliabilitet är i stor utsträckning beroende av olika faktorer under själva studiens gång men speciellt fokus ligger på den metod och den teknik som har använts samt hos forskaren och de kvaliteter hen har. Jacobsen (2007) talar om undersökareffekt och kontexteffekt. Kvale & Brinkmann (2009:263) anser att reliabilitet också handlar om huruvida resultatet kan produceras av andra forskare vid en annan tidpunkt med hjälp av den metod och de medel som använts och beskrivits.

Då undersökareffekt synas blir forskaren i centrum. Själv ser jag mig som en ambitiös och kritisk undersökare som inte går vidare till följande steg i forskningsprocessen innan en förförståelse för detta steg har erhållits. Detta ökar trovärdigheten och gör själva genomförandet av studien mera pålitlig. Att heller inte forcera processen utan låta den leva ser jag som en viktig aspekt då resultatet av denna studie granskas. Varje del har fått ta sin tid och den totala tiden, 1 år, har varit nödvändig för att jag som forskare skall kunna omfatta och förstå varje del, dess innebörd och inverkan på resultatet.

Som ergoterapeut ingår förmågan att intervjua som en av de kompetenser man inte kan vara utan. Detta var en resurs och en tillgång i själva intervjusituationerna. Jag hade lätt att uppnå det som Kvale och Brinkmann (2009: 144-155) beskriver som viktigt i själva genomförandet av intervjun, nämligen att ”iscensätta en intervju” och att på ett naturligt sätt föra den framåt. Detsamma gäller förmågan att i stunden komma upp med följdfrågor för att klargöra innehåll i det sagda.

Intervjusituationens pålitlighet kan ifrågasättas i förhållande till intervjuguiden och dess konkreta användning i intervjusituationen. En intervjuguide var givetvis underlaget för intervjuerna och denna baserade sig på resultaten från tidigare forskning samt på forskningsfrågorna. Intervjuguiden ter sig nu, med facit på hand, en aning för teoretisk. Under själva genomförandet dök följande fråga upp: Skulle svaren ha varit annorlunda om de hade fått frågorna på förhand? Frågorna kring begreppet delaktighet var teoretiska och hade karaktären av det som Kvale & Brinkman (2009:147) beskriver som ”*akademisk jargong*”. Detta innebar att förståelsen för innebörden i begreppet blev vagt i själva intervjusituationen och det krävdes flera följdfrågor för att klargöra helheten: Delaktighet som begrepp. Ett sätt att råda bot på detta skulle ha varit att utveckla en intervjuguide med ett mera vardagligt språk. I detta sammanhang kunde även begreppsfrågorna, enligt direktiv av Kvale & Brinkmann (2009:147), ha kommit i ett senare skede av intervjun. Nu gjordes detta i själva intervjusituationen och detta innebar att varje intervjusituation på så sätt kom att ha litet olika fokus beroende på svarens art. Detta betyder att speciellt följdfrågornas omfattning och innehåll förändrades under den tid intervjuerna genomfördes. Jag ser detta som ett sätt att svara på det som Kvale & Brinkmann (2009:263) beskriver som ”*variationsrikedom*” och som bidrar till en intervjusituation som tillåter flera infallsvinklar. Trots detta kan man fråga sig ifall insamlat material skulle vara det samma om denna intervjuguide använts av en annan intervjuare.

En skepsis i förhållande till det egna kunnandet i analyskedet kan ha bidragit till att någonting väsentligt kan ha missats under analysens gång. Mycket hänger ihop med förmågan att i det konkreta skedet av analysen kunna vara tillräckligt objektiv och inte låta sin förförståelse färga insamlat data. Kvale & Brinkmann (2009:260) beskriver detta som att samla kunskap fri från bias. Jag har verkligen strävat till neutralitet och vill tro att jag har lyckats. Jag lyfter gärna fram ett citat av Alasdair MacIntyre, vilket Kvale & Brinkmann (2007:260) hänvisar till då det gäller objektivitet:

”Objektivitet är ett moraliskt begrepp innan det är ett metodologiskt, och strävandena inom naturvetenskapen visar sig vara ett slags moraliska strävanden”

Detta citat har fungerat som ett rättsnöre då det gäller att garantera en hög pålitlighet i förhållande till analysen av insamlat material.

Då det gäller reliabilitet i förhållande till det som Jacobsen (2007:171) beskriver som kontexteffekt handlar det långt om kontaktytan mellan intervjuare och intervjuad i omgivningen under intervjun samt om materialtillgång och tekniska lösningar i själva intervjusituationen. Jag lyckades ganska

snabbt skapa en trygg och tillmötesgående at-mosfär i själva intervjusituationen och anser att denna skapade en naturlig miljö för stunden, oberoende av den fysiska omgivning där vi befann oss. Annonser i tidningen Respons, i vilken en bild på mig ingick, bidrog till att jag inte helt var en främmande person för de som skulle intervjuas. Fastän Jacobsen (2007:172) anser att svar på hur olika kontext inverkar på själva intervjusituationen inte existerar vill jag ändå tro att den kontext jag kunde skapa, inverkade positivt. Positivt i den bemärkelsen att de intervjuade lättare kunde föra fram sina åsikter. Då jag nu tänker tillbaka på intervjusituationerna och hur de gestaltade sig, upplever jag att jag nästan lyckades nå upp till det som Kvale & Brinkmann beskriver som en ”hantverksskicklig intervjuare”. En sådan innehar kvalifikationer så som bl.a. kunnighet, tydlighet, vänlighet, känslighet, öppenhet och förmåga att strukturera och styra intervjun. De enda kvalifikationerna som i mitt fall lämnade övrigt att önska, är förmågan att för stunden vara tillräckligt kritisk och kunna tolka det som sägs med tanke på kommande steg i forskningsprocessen. Dock anser jag inte att dessa tillkortakommanden inverkat negativt på reliabiliteten i förhållande till själva intervjusituationen och till mig som intervjuare.

Jag har under hela forskningsprocessen haft tillgång till teknisk utrustning som fungerat bra och som har hög kvalitet. Tillgång till diktafon och flera datorer och skärmar, både i transkribering och vid analysen, har minimerat slarv och garanterat att allt insamlat material har bearbetats på bästa möjliga sätt. Då det gäller utvalda citat i resultatredovisningen har de riktlinjer som Jacobsen (2007:173) beskriver använts, dvs. att gå igenom materialet flera gånger för att inte bli blind för innehållet, med risk att upprepa sig.

### **8.3 Granskning av studiens överförbarhet och generaliserbarhet**

Intressant i en intervjustudie blir frågan huruvida resultaten är överförbara och generaliserbara ett annat sammanhang eller andra situationer av relevans för sammanhanget (Jacobsen 2007:166–167, Kvale & Brinkmann 2009:281). Denna studie har i princip två sammanhang kopplade till stödåtgärder för att möjliggöra delaktighet. Det första omfattas av stödåtgärder för personer med psykisk ohälsa och det andra om stödåtgärder för medlemmar i psykosociala föreningar med psykisk ohälsa. Denna tudelning blir väsentlig då det förs diskussion om resultatets överförbarhet och användbarhet i olika sammanhang.

Den tidigare forskningen hämtar fram olika sammanhang inom vilka korrelation i resultat råder. Det handlar om organisationer och institutioner inom vilka frivilligverksamhet bedrivs samt enheter inom vilka möjligheter för aktivitet och deltagande skapas. Utifrån detta kan jag anta att en generalisering blir möjlig. Slutsatser från denna studie kan användas inom ramen för verksamhet av frivillig natur där personal, handledare och andra involverade får riktlinjer för hur och vad den frivilliga servicen kunde bestå av.

Den teoretiska referensramen har ett ergoterapeutiskt perspektiv varför resultat och slutsatser i sin helhet kan användas i klientarbetet med personer med psykisk ohälsa. Valda delar av resultat och slutsatser kan omfattas och användas som riktlinjer av andra professionella inom social- och hälsovård. Detta innefattar ett val av den professionella som möter och omfattas av denna professions centrala paradig. I detta finns en risk att resultatet tolkas ur en annan referensram än den som är aktuell för detta arbete, men personligen litar jag på att professionella har en stark identitet i förhållande till sin egen profession och använder sig endast av resultat och slutsatser som korrelerar med denna.

Eftersom studiens syfte vara att synliggöra de psykosociala föreningsmedlemmarnas åsikter är resultatet i sin helhet utarbetat inom den praxis och den verksamhetsstruktur som här råder. I denna studie deltog endast 3 av alla de tolv medlemsföreningar som är inskrivna i det Psykosociala Förbundet. Trots det anser jag att resultat och slutsatserna är generaliserbara i alla föreningar. Detta emedan grundideologi och verksamhetsmodell för föreningarna sammanfaller inom föreningarna i Svenskfinland.

## **8.4 Övriga kritiska aspekter**

I denna studie har inte extern kontroll av metod, analys och resultat använts. I litteratur som beskriver validering nämns detta som ett sätt att granska tillförlitligheten. (Jacobsen 2007:164) I detta arbete har jag litat på min egen kritiska läggning och ödmjukhet då det gäller att följa direktiv i de källor jag använt för arbetet. Jag har varit noga med att dessa håller för granskning och beskriver metoden, alltså intervjustudien, på ett tillräckligt omfattande sätt.

Jag har också utgått ifrån att mina informanter varit ärliga i sitt deltagande och haft ett personligt intresse att delge den verklighet de representerar. Alla de som meddelat intresse kunde delta och all

den information de delgav har ingått i analysen efter det att den komprimerats. Några av deltagarna var ganska fåordiga men den information de kom med var innehållsrik och beskrev det som var centralt vid intervjutillfället. Alla var måna om att, utgående ifrån sin förmåga, delge så mycket information som möjligt till studien. Att de intervjuade representerade flera olika föreningar ser jag som en aspekt som höjer validiteten för studien. En större geografisk spridning skulle kanske ha gett nyanser i innehållet, men jag tror inte det i slutskedet skulle ha gett ett annat resultat. Deltagarna representerade redan nu en bra spridning då det gäller Svenskfinland.

Under själva intervjuens gång hade jag verkligen nytta av mitt yrke som ergoterapeut. Jag kunde skönja en nervositet hos vissa deltagare och en osäkerhet som jag tror skulle ha inverkat på hur bred och hur djup information kunde förmedlas. Att jag antog rollen av ergoterapeut i början av intervjutillfället ser jag mera som en möjliggörande faktor än en hindrande sådan. Min personliga åsikt är att den möjliggjorde för ett mera nyanserat innehåll i rådata. Jag trodde själv att jag inte skulle kunna lämna denna ergoterapeutroll och ta på mig rollen av forskare i situationen men detta lyckades hur bra som helst. Jag gjorde detta ganska snabbt för att få till stånd den rätta konstellationen för en dylik situation.

I denna studie har medlemmarnas åsikt hörts utan att ta ställning till vilken deras förförståelse angående aktivitet, delaktighet eller psykisk ohälsa varit. Detta förhållningssätt har sin grund i den induktiva design jag valt för denna studie. Jag tror att om jag för intensivt skulle ha skaffat mig kunskap om medlemmarnas uppfattningar i förhållande till de nämnda heleheterna, skulle jag inte ha kunnat hålla en tillräckligt neutral position under processen och speciellt inte under själva intervju-situationen. Detsamma gäller min förkunskap om den förening den enskilda deltagaren representerar. Jag skulle då ha influerats av den kultur som råder inom den specifika föreningen och den skulle ha inverkat på hur följdfrågorna skulle ha formats. Jag tror att föreningarnas gemensamma kultur nu kan ses i det resultat som presenteras.

## **9 AVSLUTNING**

Detta masterarbete har varit som en resa genom livet: en idé föds, den växer till sig och utvecklas genom kunskapsinhämtning och datasökning. Den lever i en latent verklighet och flyter lugnt på en tid för att snart ge upphov till växtvärk och utmaningar inför den verkliga slutgiltiga vuxenheten.

Denna vuxenhet har för mig inneburit en helhetsförståelse för denna resas olika etapper men också hur den inhämtade kunskapen faller på plats och skapar de mönster man i vuxenheten kan omfatta och vara nöjd med.

Det har varit ett privilegium att få ta del av erfarenheter angående aktivitet och delaktighet och för en liten stund vara en del av en annan människas verklighet. Jag är tacksam för den öppenhet och ärlighet jag i dessa sammanhang mötte och förhåller mig numera ödmjuk jämt mot denna målgrupps önskemål då det gäller aktivitet och härigenom delaktighet. Klientcentreringen i samarbetet och i denna de önskemål som fördes fram angående stödpersonen, kunde gärna synas mera i sömmarna i fortsatt forskning. Vi talar så mycket om bemötandet av personer inom mentalvården men tänker sällan på att granska detta ur ett delaktighetsperspektiv. Granskningen sker ofta ur ett kliniskt klientcentreringssperspektiv, som kanske inte alltid fyller kraven för ett sådant. Det blir mer som ett möte två personer emellan, där den ena representerar en roll och den andra en person. Detta bemötande kunde också granskas ur ett diskursperspektiv – på vilket sätt anser professionella att mentalvårdens klienter skall bemötas då syftet är att möjliggöra delaktighet och vice versa? Personligen tror jag att det råder stereotypier och förutfattade meningar för hur detta tar sig uttryck i både vård- och rehabiliteringssammanhang. Men är det så?

Resultatet och slutsatserna är omfattande. Det är en omöjlighet att i detta skede ta med allt i den modell som byggs upp inom projektet. Försättningen blir att prioritera och fastställa vilka av dessa som med tillförsikt kan implementeras i modellen i detta skede. Önskvärt vore att PAF kunde bevilja fortsatta projektpengar för implementering av modellen. Om detta blir verklighet kunde de slutsatser som eventuellt tas med i modellen utvärderas i ett nytt samarbete mellan Arcadas högre yrkesutbildning inom rehabilitering och det Psykosociala Förbundet.

Arbetets syfte var att undersöka och synliggöra psykosociala föreningsmedlemmars åsikter om vad en stödperson kan bidra med för att möjliggöra delaktighet. Resultatet visar att medlemmar behöver mycket stöd av tredje part för att uppnå en för hen önskvärd nivå både då det gäller aktivitet och delaktighet. Jag anser mig ha lyckats synliggöra detta faktum och härigenom kunnat bidra med användbar information till projektet.



## KÄLLOR

- Ahlgen, K. 2004: *Att skapa och transkribera en berättelse – en del av tolkningen*. I: *Berättelsens praktik och teori – narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv*. Skott, C (red.) Lund: Studentlitteratur
- AOTA, American Occupational Therapy Association. 2008. Occupational therapy practice framework: Domain and framework. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 62, s. 625-683
- Baker, A.E.Z., Procter, N., Gibbons, T. 2009. *Dimensions of Loss from Mental Illness*. *Journal of Sociology & Social Welfare*. s. 25 – 52. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.08.2011
- Björck-Åkesson, E. Granlund, M. 2004. *Delaktighet – ett centralt begrepp i WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)*. I: *Delaktighetens språk*. Gustavsson, Anders (red.) Lund: Studentlitteratur
- Buckley, L. Pettit, T. & Adams, C 2010. Supportive therapy for schizophrenia (Review). *The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library*. Issue 3. Tillgänglig: The Cochrane Library. Hämtad: 19.09.2011.
- Carless, D. Douglas, K. 2008 Social Support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*. Nr 29. S. 1179 – 1199. Tillgänglig: Ebsco; Academic Search Elite. Hämtad: 16.09.2011.
- Chernomas, W.M. Clarke, D.E. & Marchinko, S. 2008 Relationship-based support for women living with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*. Nr 29. S. 437 - 453. Tillgänglig: Ebsco; Academic Search Elite. Hämtad: 16.09.2011.
- Christiansen CH. Baum, CH. 1997. 2nd ed. *Occupational Therapy: Enabling Function and Wellbeing*. New York: Slack Inc.
- Christiansen, CH. Baum, CH. 2005. *Person – Environment – Occupation – Performance. An occupation-based Framework for Practice for Occupational Therapy*. I: Christiansen, CH. & Baum, CH Bass- Haugen, J. (red.) *Occupational Therapy: Performance, Participation and Wellbeing* 3rd ed. New York: Slack Inc.
- Elstad, T.A. Eide, A.H. 2008 User participation in community mental services: exploring the experience of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Nr. 23. S. 674 - 681. Tillgänglig: Ebsco; Academic Search Elite. Hämtad: 16.09.2011
- Esaiasson, P. Gilljam, M. Oscarsson, H. Wängnerud, L. 2004. *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik AB
- Forsberg, C. Wengström, Y. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- FN, *Förenade nationernas standardregler 1995 för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet*. Tillgänglig: [www.independentliving.org/standardrules/STILStandardRegler1.html](http://www.independentliving.org/standardrules/STILStandardRegler1.html) Hämtad 26.08.2012
- Friberg, F.2006. *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur
- FSA, *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*. Delaktighet. Uppdaterad 2011. Tillgänglig: <http://www.fsa.akademikerhuset.se/Fakta-om-arbetsterapi/Delaktighet/> Hämtad 11.8.2012
- Graneheim, U.H. Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Journal of Nurse Education Today*. Nr.24.

- Handikappförbundet* 2009. Stödpersonsverksamheten. Tillgänglig: <http://www.stodperson.handikapp.fi> Hämtad: 16.08.2011
- Hendryx, M. Green, C.A. Perrin, N.A. 2009 Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Findings. *Journal of Behavioral Health Service & Research*. Vol. 36. Nr 3. S. 320 – 329. Tillgänglig: Ebsco; Academic Search Elite. Hämtad: 16.09.2011
- Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2001. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsingfors: Yliopistopaino
- Hodge, S. 2005, *Participation, Discourse and Power: a Case Study in Service User Involvement*. Critical Social Policy. Tillgänglig: <http://csp.sagepub.com/content/25/2/164> Hämtad: 4.2.2012
- Holme, I. M. Solvang, B. K. 1997. *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Hsieh, H.F. Shannon, S.E. 2005. Tree Approaches to Qualitative Content Analysis. *Journal of Qualitative Health research*. Vol. 15. Nr 9.
- Jacobsen, D. I. 2007 *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Kaplan, K. Salzer M.S. & Solomon, P. & Brusilowsky, E. & Cousounis, P. 2011. Internet Peer Support for individuals with Psychiatric disabilities- A randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*. Vol. 72. Nr 2. S. 54 – 62. Tillgänglig: Ebsco; Academic Search Elite. Hämtad: 16.09.2011
- Karlsson, N. Wahlbeck K 2010. *Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter 1990*. Rapport. Institutionen för hälsa och välfärd. 4/2010. Helsingfors: Universitetstryckeriet. Tillgänglig: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d0d504f0-d878-4a19-97b3-e3b060f9b09a> Hämtad: 1.9.2012
- Kielhofner, G. 2007. *Model of human occupation: theory and application*. 4:de uppl. Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins
- Kiessling, T. Kjellgren, K. 2004. Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden* 2004; 4: 31-35.
- Kittilä, R. 2008. *Sosiaali- ja terveystarjostöt*. I: Rissanen, P. Kallaranta, T. Suikkanen, A (red.). Kuntoutus. Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim
- Koskisuu, J. 2004. *Eri tietä perille, mitä mielenterveyskuntoutus on?* Helsinki: Edita Publishing Oy
- Kvale, S. Brinkmann, S. 2009. *Den kvantitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Kyngäs, H. Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. Vol 11. Nr 1/99.
- Landers, M.G Zhou, M. 2009. An Analysis of Relationships among Peer Support, Psychiatric Hospitalization, and Crisis Stabilization. *Journal of Community Mental Health* (2011) Nr: 47: 106 -112. Tillgänglig: The Cochrane Library. Hämtad 19.09.2011
- Leufstadius, Ch. Eklund, M. 2008. Time Use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Nr. 15 s. 23-33. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.08.2011
- Lähteenlahti. K. 2001. *Kuntoutuksen ulottuvuudet I: Kuntoutus*. Kallaranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Molin, M. 2004a. *Att vara i särklass – om delaktighet och utanförskap i gymnasieskolan*. Doktorsavhandling: Institutet för handikappvetenskap, IHV. Linköpings univeritet. Linköping: Unitryck.
- Molin, M. 2004b. *Delaktighet inom handikappområdet*. I: *Delaktighetens språk*. Gustavsson, Anders (red.) Lund: Studentlitteratur ISBN978-91-44-02674-9

- Muir, K. Fisher, K.R., Dadich, A, Abelló, D. 2008. Challenging the exclusion of people with mental illness: the Mental Health Housing an Accomodation Support Initiative. *Australian Journal of Social Issues*. Vol: 43, nr. 2. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.08.2011.
- Mäkinen, O. 2006. *Tutkumuseetiikan ABC*. Helsinki: Tammi
- Nilstun, T. 1994. *Forskningsetik i vård och medicin*, 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Nordenfelt, L. 2004a. *Livskvalitet och Hälsa*. 2:a uppl. Linköping: Linköpings universitet, institutionen för hälsa och samhälle.
- Nordenfelt, L. 2004b. *Aktivitet, delaktighet och ICF*. I: *Delaktighetens språk*. Gustavsson, Anders (red.) Lund: Studentlitteratur
- Patel, R. Davidson, B. 2003. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur
- Partanen, A. Moring, J. Nordling, E. Bergman, V. (red.) 2010. *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010. Tillgänglig: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71> Hämtad: 01.08.2012
- Philips, R. 2006, *Consumer Participation in Mental Health Research*. *Social Policy Journal of New Zealand*. Nr 27. s. 171 – 182. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 4.2.2012
- Pirkola, S. Solhman, B. (red.) 2005. *Psykisk hälsa i Finland. Nyckeltal från Finland*. Helsingfors: Stakes. Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården. Tillgänglig: <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/658144B4-938D-4387-9AE2-1AC5506F01B4/0/psykiskhalsa.pdf> Hämtad: 1.8.2012
- Psykosociala förbundet* 2010. KOM MED -projektet 2011-2012. Tillgänglig: <http://www.fspc.fi/egnaprojekt.html> Hämtad: 20.05.2011
- Riikonen, E. Järvikoski, A. 2001. *Mielenterveyskuntoutus I: Kuntoutus*. Kallaranta, Tapani & Risänen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.). Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Riksomfattande etiska delegationen för hälso- och sjukvården (ETENE)* 2001. Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille. Tillgänglig: <http://www.etene.fi> Hämtad: 26.3.2011
- SAOB, Svenska Akademiens ordbok 2008*. Svenska Akademiens ordbok på nätet. Tillgänglig: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> Hämtad: 11.9.2012
- Schutt, R.K. Rogers, E.S 2009. Empowerment and Peer Support: Structure and process of self-help in a consumer-run center for individuals with mental illness. *Journal of Community Psychology*. Vol. 37, Nr. 6. S. 697 – 710. Tillgänglig: Ebsco; Academic Search Elite. Hämtad: 16.09.2011
- Socialstyrelsen 2003*. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa - ICF. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-1> Hämtad: 16.08.2011 och 01.08.2012
- SHM, Social- och Hälsovårdsministeriet 2002*. Mielenterveyskuntoutus. I: Kuntoutusselonteko 2002. Tillgänglig: <http://www.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntoutusselonteko2002/luku7.htm> Hämtad: 18.8.2011
- SHM, Social- och Hälsovårdsministeriet 2006*. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015. Kohti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Tillgänglig: <http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf> Hämtad 16.8.2011
- Sosiaaliportti 2011*. Tukihenkilö tai tukiperhe. Uppdaterad 30.8.2011 Tillgänglig: <http://www.sosiaaliportti.fi/Page/83245306-4532-4f0e-8899-34fa40eee3b3.aspx#tukihenkilotoiminta> Hämtad: 1.10.2012
- Sundsteigen, B. Eklund, K. Dahlin-Ivanoff. 2009. Patient's experience of groups in outpatient mental health services and its significance for daily occupations. *Scandinavian Journal of Occu-*

- ational Therapy*. Nr. 16. S. 172 – 180. Tillgänglig: Ebsco; Academic Search Elite. Hämtad:16.8.2011
- THL, *Institutet för Hälsa och Välfärd* 2007. Vad är psykisk hälsa? Tillgänglig: <http://groups.stakes.fi/MTR/SV/framjande.htm> Hämtad: 1.9.2012
- TENK, *Forskningsetiska delegationen* 2002. God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den. Tillgänglig: [http://www.tenk.fi/sv/god\\_vetenskaplig\\_praxis/Hyva\\_Tieteellinen\\_SVE.pdf](http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/Hyva_Tieteellinen_SVE.pdf) och [http://www.tenk.fi/sv/god\\_vetenskaplig\\_praxis/index.html](http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/index.html) Hämtad: 22.09.2012
- TENK, *Forskningsetiska delegationen* 2009. Etiska principer för humanistiska, samhällsvetenskapliga och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning. Helsingfors. Tillgänglig: [http://www.tenk.fi/eettinen\\_ennakkoarviointi/etiskaprinciper.pdf](http://www.tenk.fi/eettinen_ennakkoarviointi/etiskaprinciper.pdf) Hämtad 22.09.2012
- Toimintaterapeuttiliitto*. Eettiset ohjeet Tillgänglig: <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/> Hämtad 1.11.2012
- Townsend, E. Landry, J. 2005. *Interventions in a social context: Enabling Participation*. I: Christansen, CH. & Baum, CH Bass- Haugen, J. (red.) *Occupational Therapy: Performance, Participation and Wellbeing* 3:dje uppl. New York: Slack Inc.ISBN - 10:1-5564530-9
- Widerberg, K. 2002. *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur
- WHO, *World Health Organisation*. 2007, Frågor och svar, Uppdaterad 3.9 2007, Tillgänglig: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html> Hämtad 29.1 2012
- von Herten, M. & Stolt, K. (red.) *Skrivguiden*. Version 1.2. Tillgänglig: [http://studieguide.arcada.fi/webfm\\_send/583](http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/583) Hämtad: 3.9.2011

**Till styrelsen för det Psykosociala Förbundet**

Projektet ”KOM MED 2011-2012” har startat och pågår som bäst inom Ert Förbund. Inom ramen för projektet kunde ett samarbete med yrkeshögskolan Arcada etableras i form av mitt Mastersarbete inom högre yrkeshögskolestudier i rehabilitering. Syftet med Mastersarbetet är att höra medlemmarnas åsikter om vad en stödperson kunde bidra med för att möjliggöra delaktighet. Som handledare från yrkeshögskolan Arcada fungerar lektor Ira Jeglinsky-Kankainen och överlärare Bettina Stenbock-Hult.

Emedan målsättningen för Ert projekt är att skapa en modell för hur stödpersonsverksamheten skulle se ut, kunde en kartläggning av medlemmarnas åsikter ge Er ytterligare information om hur modellens innehåll och struktur kunde byggas upp. Ansöker därför högaktningfullt om lov att få samarbeta med Er inom projektet ”KOM MED 2011-2012”. Samarbetet skulle ske i form av en kartläggning av Era medlemsföreningars medlemmars åsikt i förhållande till stödpersonsverksamheten och utmynna i en skriftlig rapport över resultatet. Rapporten övergår i projektets ägo.

Ytterligare önskas även ett forskningslov. Forskningslovet skulle omfatta rätten till att inom projektet ”KOM MED 2011-2012” få genomföra en kartläggning i tre medlemsföreningar, inom det Psykosociala Förbundet. Kartläggningen skulle ske genom att samla in data vid individuella intervjuer med 2-3 personer i tre separata medlemsföreningar. Anhåller härmed högaktningfullt om ett forskningslov.

Separata anhållan om forskningslov kommer att skickas till de tre medlemsföreningarnas styrelser så vida denna anhållan kan omfattas.

Den forskningsetiska delegationen publikation från år 2002: *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*, styr de etiska övervägandena under hela Mastersarbetsprocessen (Tillgänglig: <http://www.tenk.fi/SVE/HTK/htksve.pdf>). Medlemmarnas integritet och autonomi garanteras under hela Masterarbetsprocessen. Det insamlade materialet skyddas. Endast behöriga kommer att ha tillgång till materialet. Intervju och analys sker namnlöst och deltagarnas integritet garanteras. Deltagarna kan avbryta processen när som helst utan orsak.

Mastersarbetet har genomgått en etisk prövning i Etiska rådets arbetsutskott, Etix, vid yrkeshögskolan Arcada, den 25.11.2012. Ytterligare information kan fås via telefon 0400-924998 eller per e-post [marina.arell-sundberg@surfnet.fi](mailto:marina.arell-sundberg@surfnet.fi)

Helsingfors den 30.11.2011

---

Marina Arell-Sundberg

---

Bettina Stenbock-Hult

Tel: 0207 699 699

[bsh@arcada.fi](mailto:bsh@arcada.fi)

---

Ira Jeglinsky-Kankainen

Tel: 0207 699 699

[ira.jeglinsky-kankainen@arcada.fi](mailto:ira.jeglinsky-kankainen@arcada.fi)



Telefonstyrelsemöte  
21.12.2011 kl. 9.05-10.00  
Närvarande:  
Gustav Skuthälla, ordförande  
Gunnar Enlund, ledamot  
Karl-Göran Löfgren, ledamot  
Kristina Sten, ledamot  
Kjell Österberg, ledamot  
Christer Rönnlund, ledamot  
Eva Sjöström, suppleant  
Bodil Viitanen,  
verksamhetsledare/sekreterare  
utom styrelsen  
Frånvarande:  
Eva Ringwall, vice-ordförande

Protokollsutdrag 10/2011

- § 108 Mötet öppnades kl. 9.05 per telefon av ordförande Gustav Skuthälla,  
§ 109 Mötet konstaterades lagligen sammankallat och beslutfört  
§ 110-§ 111 .../...  
§ 112 Till protokolljusterare utsågs Gunnar Enlund och Kjell Österberg  
§ 113-§114 .../...  
§ 115 Yrkeshögskolan ARACADAS anhållan om samarbets- och forskningslov  
för studerande Marina Arell-Sundberg med Psykosociala förbundet och  
Kom Med projektet beviljades av styrelsen.  
§ 116-§118 .../...

  
Gustav Skuthälla, ordförande

  
Bodil Viitanen, sekreterare

  
Gunnar Enlund  
protokolljusterare

  
Kjell Österberg  
protokolljusterare



### Bilaga 3

**SAMTYCKE TILL ATT DELTA I EN INDIVIDUELL INTERVJU**, angående min åsikt om vad en stödperson kan bidra med för att möjliggöra delaktighet.



**Jag samtycker till att delta** i en intervju inom ramen för projektet

”KOM MED 2011 – 2012”.

Intervjuns syfte är att kartlägga medlemmarnas egen åsikt om vad en stödperson kan bidra med för att möjliggöra delaktighet. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan orsak.

Informationen i detta dokument skyddas för att garantera Er integritet.

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

**Medlem, din insats önskas i ett samarbete mellan KOM MED -projektet och yrkeshögskolan ARCADA**

Alla människor har ett behov av att få göra olika saker. En del av oss vill läsa någon annan kanske vill gå på en konsert eller ta del av en gruppverksamhet inom den egna medlemsföreningen. För många av oss kan detta, att få ta del av något, vara svårt på grund av olika orsaker. Forskningen visar på att alla människor mår bra av att vara aktiva, att få vara tillsammans med andra människor och att kunna göra det man verkligen har lust till och intresse för. I litteraturen kallar man detta för "att vara delaktig". Nu har det visat sig att det är många som skulle behöva stöd och hjälp med att kunna ta del av det som erbjuds. Det är här som frivilliga personers insatser behövs.

Projektet "KOM MED 2011-2012" har startat och pågår som bäst inom Det Psykosociala Förbundet. Inom ramen för det projektet vill man bygga upp en fungerande modell för den frivilliga stödpersonverksamheten. För att få en så bra modell som möjligt, blir förståelsen för vilken typ av stöd medlemmarna anser sig behöva, mycket central. Det skulle vara viktigt att få veta vilken typ av stöd medlemmarna behöver för att kunna ta del av den verksamhet som erbjuds.

Medlemmarna i föreningen är en resurs och deras åsikter är guld värda för det fortsatta arbetet med modellen för frivilligarbetet. Genom att höra medlemmarna får projektet värdefull information om föreningens resurser men också om vad som behövs för en fungerande frivilligverksamhet. Dessutom blir det lättare att rekrytera personer till den frivilliga verksamheten om det redan i rekryteringsskedet är klart vad som förväntas av dem. Kan man visa på vilka typer av insatser som främst behövs och vilket stöd medlemmarna förväntar sig få, kan man snabbare komma igång på riktigt.

Inom ramen för projektet har ett samarbete etablerats mellan Det Psykosociala Förbundet och en studerande från yrkeshögskolan Arcadas högre utbildning i rehabilitering. Den studerande är jag, Marina Arell-Sundberg och min del inom projektet blir ett examensarbete angående detta med frivilligas insats i verksamheten. Mitt examensarbete övervakas av två handledare vid yrkeshögskolan Arcada; lektor Ira Jeglinsky-Kankainen och överlärare Bettina Stenbock-Hult. Jag har för avsikt att, inom ramen för mitt examensarbetarbete, samla in Era åsikter kring frivilligarbetet. Jag är intresserad av att veta vad Ni anser att en stödperson kunde bidra med, för att Ni bättre kunde ta del av den verksamhet som föreningen erbjuder.



För detta kommer jag att behöva medlemmars hjälp. Jag söker nu efter medlemmar som kunde ställa upp för en individuell intervju och hoppas på att Ni skulle vara just en sådan person. Intervjun skulle räckta mellan 30-60 minuter och ske i Er förenings lokaler under våren 2012. Er integritet kommer att garanteras under hela intervjuprocessen. Det betyder att eventuell personlig information, varifrån Ni kunde kännas igen, inte kommer med och att endast behöriga kommer att ha tillgång till materialet. Det insamlade materialet kommer att sammanfattas till en rapport och då den blir färdigt kommer den att presenteras i Er förening. Er förening kommer givetvis att få ett eget exemplar.

Under den närmaste perioden kommer Er medlemsförening att kontaktas för att klargöra hur det praktiska bäst kunde planeras och genomföras. Information om hur du kan ställa upp kommer att delges via din egen förening inom en snar framtid. Jag hoppas givetvis på att det finns många medlemmar som gärna delar med sig av sina åsikter, tankar och funderingar kring frivilligverksamheten.

Om du har frågor kan du gärna kontakta mig per e-post [marina.arell-sundberg@surfnet.fi](mailto:marina.arell-sundberg@surfnet.fi)

Väl mött; Marina Arell-Sundberg, ergoterapeut och studerande vid yrkeshögskolan Arcada (Hyh Rehab)

## Bilaga 5/1(5)

Redovisning av innehållet i de artiklar som ingår i forskningsöversikten angående användbarhet och erfarenheter av kamratstöd, stödprogram och andra stödåtgärder för att möjliggöra delaktighet

ARTIKEL: Författare och årtal	SYFTE	METOD	RESULTAT	Kvalitetsgranskning: Poäng och bevisvärde
<p><b>Landers, M.G &amp; Zhou, M. 2009</b></p> <p>An Analysis of Relationships Among Peer Support, Psychiatric Hospitalization, and Crisis Stabilization</p>	<p>Undersöka hur kamratstöd kan sättas i relation till hospitalisering och till användning av stöd i en krissituation.</p>	<p>Kvantitativ studie. Tre separata arkiv för hur service används var källan för datainsamlingen</p> <p>Randomisering i två grupper: de med kamratstöd (1910 st.) och en kontrollgrupp utan kamratstöd (3820 st.)</p> <p>Variabler skapades för jämförelsen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) resultat i förhållande till användning av sjukhusvård</li> <li>2) befolkning – karakteristik</li> <li>3) Karakteristika som sammanföll eller avvek inom sjukdomsbilden ex. användning av droger</li> </ol> <p>Data analyserades utgående ifrån användning av sjukhusvård och/eller stöd i en krissituation: Två modeller utvecklades för att användas i uträkningen.</p>	<p>De som hade kamratstöd hade minskat behov av krisvård, färre kontakter med sjukhuset samt mindre sjukhusvård.</p> <p>De med kamratstöd hade färre relaps i förhållande till användning av ex. droger, vilka krävde sjukhusvård</p>	<p>PEDRO</p> <p>8/11</p> <p>72,7%</p> <p>Inkluderas</p>
<p><b>Kaplan, K &amp; Salzer M.S. &amp; Solomon, P. &amp; Brusilowsky, E. &amp; Cousounis, P. 2011</b></p> <p>Internet Peer Support for individuals with Psychiatric disabilities- A randomized controlled trial</p>	<p>Fastställa effekten av okontrollerat och ostrukturerat internetstöd av kamrater i förhållande till välbefinnande för personer med psykiatrisk funktionsnedsättning</p> <p>Hypotes: deltagandet och användandet av okontrollerade och ostrukturerade internetsajter, vilka ger någon form av kamratstöd, inverkar positivt på hälsan.</p>	<p>Kvantitativ studie. Randomiserad</p> <p>300 personer med schizofreni i USA randomiserades i tre separata grupper utgående ifrån typen av okontrollerat och ostrukturerat internetstöd.</p> <p>Grupperna följdes upp: 4 mån och 12 mån.</p> <p>Kvantitativa instrument användes för att samla in data och mäta: tillfrisknande, livskvalitet, empowerment, socialt stöd och nöd.</p>	<p>Tid som används till att vara på internet samt typ av internetsajt har signifikant betydelse för huvudresultaten denna studie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ju mera kontakt med kamrater över internet desto mer oro och ökat behov av stöd hos alla grupper.</li> <li>2) deltagande i okontrollerade och ostrukturerade internetsajter inverkar inte positivt på hälsan</li> </ol> <p>Hypotesen förkastades.</p>	<p>PEDRO</p> <p>8/11</p> <p>72,7%</p> <p>Inkluderas</p>

<p><b>Buckley, L. &amp; Pettit, T. &amp; Adams, C 2010</b></p> <p>Supportive therapy for schizophrenia (Review)</p>	<p>att uppskatta effekterna av supportiv terapi för personer med schizofreni</p>	<p>Litteraturoversikt (The Cochrane Collaboration)</p> <p>21 relevanta studier</p> <p>Supportiv terapi (ST)vägs mot traditionella psykoterapier.</p>	<p>Resultatet svagt p.g.a. avsaknad av användbar ursprungsdata.</p> <p><b>ST mot traditionell vård:</b> Ingen signifikans: Relaps och hospitalisering, mental status, funktionsförmåga</p> <p><b>ST mot träning av förmågor:</b> Ingen signifikant skillnad</p> <p><b>ST mot olika rehabiliteringsprogram:</b> Fokuserade rehabiliteringsprogram minskar hospitalisering bättre än ST</p> <p><b>ST mot kognitiv terapi (KBT):</b> Skillnader i bl.a., attityder och hur nöjd man är med terapin, men i helhet visar granskningen inte så signifikanta skillnader mellan dessa två närmelsesätt.</p> <p><b>ST mot familjeterapi:</b> Granskningen talat för familjeterapi då det gäller beteende och att klara sig i vardagen, Dock hänger detta ihop med hur man överlag kommer överens med sin familj.</p> <p><b>ST mot psykodynamisk terapi:</b> Bara e studie hämtar fram ST som ett bättre val på kort sikt.</p> <p><b>ST mot kombination av psykosociala interventioner:</b> 'Kombination av olika hjälper klienter att hållas kvar i terapin</p> <p><b>Överhängande resultat:</b> ST i kombination med annan terapi exempelvis KBT ger större effekt bl.a. då det gäller funktionsförmåga, att klara sig i vardagen samt att var nöjd med den vård man får.</p>	<p>Modifierad blankett för granskning av litteraturoversikter:</p> <p>13/16</p> <p>81,2%</p> <p>Inkluderas</p>
<p><b>Sundsteigen, B. &amp; Eklund, K. &amp; Dahlin-Ivanoff. 2009</b></p> <p>Patient's experience of groups in outpatient mental health services and its significance for daily occupations</p>	<p>att undersöka hur patienter i öppenvården upplever den behandling de får i en ergoterapigrupp samt vilken signifikans de uppfattar att den har, i vardagens aktiviteter.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Empirisk data via 4 fokusgrupp intervjuer, inalles 14 deltagare</p> <p>Analysmetod: Kruegers metod för analys av fokusgrupp intervjuer</p>	<p>Genom deltagande i grupp kan man se olika faktorer som deltagarna lär sig under gruppens gång samt har nytta av i sitt dagliga liv.</p> <p>Faktorer för <b>positiv förändring</b> hämtades fram:</p> <p><b>Timing:</b> att få ta del av denna typ av behandling vid rätt tid och vid den tid då deltagaren var redo att delta</p> <p><b>Att var en del av (belonging):</b> Att ha möjlighet att vara tillsammans med andra samt att ha något gemensamt med någon annan. Referensstödets betydelse poängteras.</p> <p><b>Att vara involverad:</b> att få ta del av, vara involverad i det som sker på sina egna premisser.</p> <p><b>Förändring:</b> Möjlighet till att själv skapa sina mål i förhållande till förändring och utveckling och sträva mot dessa.</p>	<p>Modifierad blankett för kvalitativa studier</p> <p>17/23</p> <p>73,9%</p> <p>Inkluderas</p>

			<p><b>Meningsfull aktivitet:</b> möjlighet att göra för mig meningsfulla aktiviteter i ett tryggt kontext</p> <p>Faktorer för <b>förändring i det dagliga livet:</b></p> <p><b>Att klara av:</b> Att i gruppen få känslan av viljestyrka och energi att utföra. Känslan av att vara aktör och både tro på sin förmåga samt att klara av vardagens situationer.</p> <p><b>Att våga:</b> att våga exponera sig själv i utmanande situationer och att utmana sig i situationer som kanske känns utmanande.</p>	
<p><b>Elstad, T.A &amp; Eide, A.H. 2008</b></p> <p>User participation in community mental services: exploring the experience of users and professionals</p>	<p>att belysa brukarnas delaktighet, i ett samfund för mental hälsa, utgående ifrån ett brukar- samt ett professionellt perspektiv</p>	<p>Kvalitativ studie med undersökande design</p> <p>10 st. individuella intervjuer med brukare och 2 gruppintervjuer med 6 professionella</p>	<p><b>brukarnas delaktighet – erfarenhet och inställning:</b> att få delta i beslutsfattande gav större känsla av delaktighet. Att få göra egna val ökade känslan av delaktighet. En öppenhet i de som är professionella till av möjliggöra delaktighet. Att ha tillgång till beslutsfattande</p> <p><b>en omgivning som främjar deltagande:</b> Om omgivningen är trygg främjar det delaktighet. Att kunna lita på att de professionella skapar en trygg omgivning främjar delaktighet. Träning i en trygg social omgivning gagnar funktionsförmågan med tanke på vardagens aktiviteter. Att inte ha koll på budgetmedel inskränkte på möjligheterna till deltagande i aktiviteter.</p> <p><b>professionell hjälp, ansvar och brukar-delaktighet:</b> Tillgången till professionellt stöd främjar delaktighet. Vetskapen om att inom detta stöd själv få påverka främjar delaktighet. Att klart hämta fram sina tankar om var stöd behövs för att delta maximerar delaktighet. Att definitionen för delaktighet är klar inom kontext främjar aktivitet</p>	<p>Modifierad blankett för kvalitativa studier</p> <p>20/23</p> <p>86,8%</p> <p>Inkluderas</p>
<p><b>Schutt, R.K &amp; Rogers, E.S . 2009</b></p> <p>Empowerment and Peer Support: Structure and process of self-help in a consumer-run center for individuals with mental illness</p>	<p>att öka förståelsen hur processen att delta, i verksamheten vid center för själv-hjälp med drop-in mentalitet, stärker personer ( empowerment) och minskar socialt utanförskap</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervjuer (11 deltagare) och</p> <p>2 fokusgrupper (15 deltagare)</p>	<p><b>Delaktighet och empowerment garanteras genom:</b></p> <p><b>Motiv till att delta:</b> centret erbjöd fördelar vilka inte kunde hittas annan stans: trygghet och avslappning. Möjlighet till service samt aktiviteter på egna premisser. Möjlighet till personlig hjälp i vardagens göromål: ex. kontakt till myndigheter, medicinering, grupper i vilka man lär sig nya färdigheter.</p> <p><b>Utveckla de sociala relationerna:</b> möjlighet till att knyta sociala kontakter och vara i en avstigmatiserande och supportiv miljö. Ges möjlighet till social kontakt och någon att prata med om sina problem. Personalens insats i att skapa en trygg, supportiv möjliggörande omgivning garanterar delaktighet i ett socialt sammanhang. Organiserade sociala aktiviteter möjliggör delaktighet.</p> <p><b>Klara av sin sjukdom:</b> att få en plats att rymma till (stigmatisering).</p>	<p>Modifierad blankett för kvalitativa studier</p> <p>18/23</p> <p>78,2%</p> <p>Inkluderas</p>

			<p>Att få vara på en plats där man inte kombineras med sin sjukdom och på så sätt definieras för vem man är. Att få hjälp med att förstå sin mentala situation i stunden.</p> <p><b>Hjälpa andra:</b> att få vara till hjälp för andra ökade känslan av empowerment. Att i processen få en ny roll i ett sammanhang – hjälpledare ökade känslan av empowerment.</p> <p><b>Traditionell organisationsroll:</b> Utmaning – att vara på samma nivå med medlemmarna. Konstellation professionell-medlem ännu svår.</p> <p><b>Utveckla samfundet:</b> skapades en känsla av att höra hemma, vara en del av, accepteras för att gemensamt föra centrals sak framåt (belonging, be accepted, be included)</p>	
<p><b>Hendryx, M. &amp; Green, C.A. &amp; Perrin, N.A. 2009</b></p> <p>Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Findings</p>	<p>Att undersöka om engagemang i aktiviteter har större fördelar än sociala nätverk och socialt stöd samt om aktiviteter samverkar signifikant med stöd i förhållande till återhämtning</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Enkät till 177 deltagare, baserad på The STARS (</p> <p>SF-12 mental health composite (MCS)</p> <p>physical health composite (PCS)</p> <p>The recovery assessment scale (RAS)</p> <p>Wisconsin QoL Questionnaire</p>	<p>Socialt stöd och storleken på det sociala nätverket korrelerar med tillfrisknande. Deltagande i flera olika aktiviteter korrelerar med tillfrisknande. Aktiviteterna skall vara individuellt anpassade för att korrelera.</p> <p>Mental status är i nyckelposition i förhållande till de två ovan nämnda korrelationerna. Dåligare status, mera stöd och mindre aktivitet – behövs mera stöd för att kunna vara aktiv.</p> <p>Aktiviteter är speciellt betydelsefulla då stödet är lågt.</p>	<p>PEDRO</p> <p>9/11</p> <p>81,8%</p> <p>Inkluderas</p>
<p><b>Crabtree, J.W &amp; Haslam, S.A. &amp; Postmes, T. &amp; Haslam, C. 2010</b></p> <p>Mental Health Support Groups, Stigma, and Self-Esteem: Positive and Negative Implications of Group Identification</p>	<p>att undersöka förhållandet mellan att identifiera sig med en stigmatiserad grupp och att adaptera coping strategier, vilka torde ha positiva konsekvenser på självkänslan.</p> <p>Hypotes: Identifiering med en grupp minskar behovet av socialt stöd, utanförskap och motverkar stigmatisering</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>73 deltagare, ingen jämförelsegrupp.</p> <p>Enkät, 5 gradig Likert-skala</p>	<p>Att identifiera sig med en grupp inte bara minskar behovet av socialt stöd det dessutom ökar självkänslan.</p> <p>Denna identifiering kan dock ifrågasättas eftersom strukturerna i en stigmatiserad grupp inte kanske alltid går parallellt med de strukturer som råder i samhället i stort.</p>	<p>PERDO</p> <p>7/11</p> <p>63,3 %</p> <p>Exkluderas</p>

<p><b>Carless, D. &amp; Douglas, K. 2008</b></p> <p>Social Support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness</p>	<p>att undersöka hur Rees´ &amp; Hardy´s (2000) modell för socialt stöd kan ses, inom kontext motion och svår mental sjukdom,</p>	<p>Kvalitativ studie. Etnografisk design</p> <p>Semistrukturerade intervjuer, observation av 11 deltagare och intervju samt fokusgruppintervjuer med 7 från personalen</p> <p>Huvudområden inom vilka frågorna låg (Rees &amp; Hardy 200 och Rees &amp; Smith &amp; Sparkes 2003): Informativt stöd, påtagligt (instrumentellt) stöd, stöd av självkänslan, känslomässigt stöd</p> <p>Analys enligt modell av Lieblich, Tuval-Mashiach och Zilber (1998)</p>	<p><b>Informativt stöd:</b> behövs för att öka motivation till deltagande i aktivitet. För att öka säkerheten att våga delta. Håller uppe motivation under själva aktivitetens gång. Hjälper till att lyckas, få kontakt med andra i gruppen samt att fortsätta aktiviteten till slut. Ges också deltagarna emellan. Stöder till utveckling av förmågor.</p> <p><b>Påtagligt (instrumentellt) stöd:</b> att få hjälp med det ekonomiska både genom pengar men också hjälp med att förstå pengens betydelse, hjälp med att förflytta sig mellan aktiviteter.</p> <p><b>Stöd av självkänslan:</b> att stöda för att komma ut från sitt hem och till aktiviteten, verbalt stöd i form av uppmuntran, motivering och feedback ökar deltagandet och känslan av samhörighet. Också grupplemmar emellan.</p> <p><b>Känslomässigt stöd:</b> att det finns någon bredvid då man mår dåligt, misstror sig själv eller är i kris.</p>	<p>Modifierad blankett för kvalitativa studier</p> <p>19/23</p> <p>82,6%</p> <p>Inkluderas</p>
<p><b>Chernomas, W.M. &amp; Clarke, D.E. &amp; Marchinko, S. 2008</b></p> <p>Relationship-based support for women living with serious mental illness</p>	<p>att undersöka vilken roll socialt stöd har för kvinnor med schizofreni</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Semistrukturerad intervju 14 deltagare</p> <p>Huvudområden inom vilka frågorna låg (House 1981): Informativt stöd, instrumentellt stöd, affektivt eller emotionellt stöd, uppbyggande stöd</p>	<p><b>Innebörden i socialt stöd:</b> betyder att få hjälp i vardagens aktiviteter, någon som hjälper sig utvecklas för att klara vardagens aktiviteter, stöd av någon i förhållande till sjukdomen, att ha någon att komma samman med för rekreation, samtal och aktiviteter. <b>Stöd i vården:</b> kommer från de professionella, från de andra som deltar i samma grupper <b>Familjen som stöd:</b> i nyckelposition. stöder instrumentellt; ekonomiskt stöd, att ta hand om barnen, städa huset – stödet inom huvudgrupperna: omvårdnad, omsorg och tillförlitlighet (-hjälpen finns alltid där då den behövs), telefonkontakt, <b>Stöd i intima relationer:</b> jag-stöd – att bekräftas av den andra. Den andra som motor för aktiviteter. <b>Kamratstöd:</b> en annan person med problem det vanligaste stödet. Uppstått via gruppverksamheten eller boendesituationen. Förståelsen för varandras problematik dock svårt att förstå varandras behov. <b>Utmaning att få stöd:</b> ingen ställer upp. Speciellt stöd då det var kris ex i vardagens aktiviteter. En telefon och ett busskort är nyckeln till att få kontakt till stödet samt komma till aktiviteterna.</p>	<p>Modifierad blankett för kvalitativa studier</p> <p>17/23</p> <p>73,91%</p> <p>Inkluderas</p>

**Checklista för kvalitativa artiklar/ Modifierad av författaren från källan** (Forsberg & Wengström 2008 s. 206-210)

**A. Syftet med studien**

Vilken kvalitativ metod har använts? Beskrivet? Ja Nej

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? Ja Nej

**B. Undersökningsgrupp**

Är urvalskriterier (inklusions- och exklusionskriterier) för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? Ja Nej

Var genomfördes undersökningen? Beskrivet? Ja Nej

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades? Ja Nej

Vilken urvalsmetod användes?

Strategiskt urval  Snöbollsurval  Teoretiskt urval  Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund). Ja Nej

Är undersökningsgruppen lämplig? Ja Nej

**C. Metod för datainsamling**

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamling)? Ja Nej

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)? Ja Nej

Ange datainsamlingsmetod:

strukturerade intervjuer  observationer

halvstrukturerade intervjuer  video-/bandinspelning

fokusgrupper  skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)? Ja Nej

#### D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade? Ange om:

teman är utvecklade som begrepp  det finns episodiskt presenterade citat   
svaren är kodade  de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultat diskuterade? Ja Nej  
Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)? Ja Nej  
Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)? Ja Nej  
Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)? Ja Nej  
Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? Ja Nej  
Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data  
(finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)? Ja Nej

#### E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? Ja Nej  
Stöder insamlade data forskarens resultat? Ja Nej  
Har resultaten klinisk relevans? Ja Nej  
Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? Ja Nej  
Finns risk för bias? Ja Nej  
Vilken slutsats drar författaren? Håller du med om slutsatserna? Ja Nej  
Ska artikeln inkluderas? Ja Nej



**Checklista för systematiska litteraturstudier/ Modifierad av författaren från källan (Forsberg & Wengström 2008 s.194-196)**

<b>A. Syftet med studien framkommer</b>	Ja	Nej
<b>B. Litteratururval</b>		
I vilka databaser har sökningen genomförts? beskrivs dessa?	Ja	Nej
Vilka sökord har använts? Beskrivs dessa?	Ja	Nej
Har författaren gjort en heltäckande litteratursökning?	Ja	Nej
Har författaren sökt efter icke publicerade forskningsresultat?	Ja	Nej
Vilka var inklusionskriterierna för att ta med artiklar? Beskrivs dessa?	Ja	Nej
Vilka begränsningar har gjorts? Beskrivs dessa?	Ja	Nej
Är inkluderade studier kvalitetsbedömda?	Ja	Nej
<b>C. Resultat</b>		
Hur många artiklar togs med? Är antalet tillfredsställande?	Ja	Nej
Hur många artiklar valdes bort? Redovisas dessa? Anges motivering för uteslutning av dessa?	Ja	Nej
Vilka var huvudresultaten? Beskrivs de?	Ja	Nej
Gjordes en metaanalys?	Ja	Nej
Om ja, vilket resultat erhöles? Är det beskrivet?	Ja	Nej
Vilka slutsatser drar författaren? Instämmer du?	Ja	Nej
<b>D. Värdering</b>		
Kan resultaten ha klinisk betydelse?	Ja	Nej
Ska denna systematiska litteraturstudie inkluderas?	Ja	Nej

**Checklista för kvalitetsgranskning av kvantitativa studier/ enligt källan: PEDro Scale; <http://www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale/>)**

1. eligibility criteria were specified	no	yes	where:
2. subjects were randomly allocated to groups (in a crossover study, subjects were randomly allocated an order in which treatments were received)	no	yes	where:
3. allocation was concealed	no	yes	where:
4. the groups were similar at baseline regarding the most important prognostic indicators	no	yes	where:
5. there was blinding of all subjects	no	yes	where:
6. there was blinding of all therapists who administered the therapy	no	yes	where:
7. there was blinding of all assessors who measured at least one key outcome	no	yes	where:
8. measures of at least one key outcome were obtained from more than 85% of the subjects initially allocated to groups	no	yes	where:
9. all subjects for whom outcome measures were available received the treatment or control condition as allocated or, where this was not the case, Data for at least one key outcome was analyzed by "intention to treat"	no	yes	where:
10. the results of between-group statistical comparisons are reported for at least one key outcome	no	yes	where:
11. the study provides both point measures and measures of variability for at least one key outcome	no	yes	where:

## INTERVJUGUIDE

### Utgående i från arbetets forskningsfrågor:

### Bilaga 9

- Hur beskriver medlemmarna delaktighet och hur vill de vara delaktiga?
- I vilka sammanhang (aktiviteter) anser de sig behöva en stödperson för att kunna vara delaktiga?
- Vad borde en stödperson bidra med för att möjliggöra medlemmarnas delaktighet?

### INTRODUKTIONSFRÅGOR:

Hur kom det sig att du blev medlem i denna förening?

På vilket sätt tar du del av det föreningen erbjuder?

### FÖLJDFRÅGOR:

Vad betyder det för dig att vara medlem i just denna förening?

Har du något annat du skulle vilja föra fram angående ditt medlemskap i föreningen?

### TEMAOMRÅDET DELAKTIGHET

#### Arbetets forskningsfråga: Hur beskriver medlemmarna delaktighet och hur vill de vara delaktiga?

Hur skulle du beskriva ordet DELAKTIGHET?

På vilket sätt skulle du beskriva din egen delaktighet?

Vad innebär delaktighet för dig?

Vad är viktigt för dig att få delta i?

Vad viktigt för dig att kunna få inverka på?

Vad tycker du att inverkar på hur en person kan ta del av det som samhället erbjuder?

Hur inverkar pengar på möjligheterna att delta?

Hur inverkar ett psykiskt bättre mående på möjligheterna att delta?

## **TEMAOMRÅDET AKTIVITET (enligt ICF: Uppgifter och handlingar)**

**Arbetets forskningsfråga: I vilka sammanhang (aktiviteter) anser de sig behöva en stödperson för att kunna vara delaktiga?**

När tycker du att man behöver stöd av någon annan för att kunna ta del av olika uppgifter?

I vilka sammanhang skulle du gärna ta emot stöd från en annan person?

I hurdana uppgifter skulle det vara viktigt för föreningsmedlemmarna att få stöd?

I vilka sammanhang anser du att medlemmarna kunde behöva stöd av någon annan?

## **TEMAOMRÅDET STÖD**

**Arbetets forskningsfråga: Vad borde en stödperson bidra med för att möjliggöra medlemmarnas delaktighet?**

Vad har du för tankar kring detta med stödpersoner?

Om man behöver stöd av en annan person i vardagen, vad borde detta stöd bestå av helt konkret?

Om man behöver stöd av en annan person för att lättare kunna ta del av aktiviteter utanför hemmet, vad borde detta stöd bestå av helt konkret?

Hurdan skulle du vilja att en stödperson skulle vara?

**AVSLUTANDE FRÅGOR: Uppföljning av eventuella frågor som blivit på hälft under intervjuens gång.**

Hur förhåller du dig till tanken att du i framtiden skulle vara en stödperson för någon annan?

Är det något du ytterligare skulle vilja tillägga?

Bilaga 10

Meningsbärande enhet	Subkategori	Kategori
<p><i>"Att jag har en uppgift att fylla som kan lyftas fram liksom att föröka hitta liksom den där saken i den där personen som den är bra på. Att den känner att den har ännu något att ge fastän mycket har gått sönder omkring den. Så.... det tänkte jag bara tillägga. För det är nog en viktig delaktighetsfaktor"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"delaktighet... på finska heter det så mycket som....tillgänglighet.... Ja det är den fysiska delen av det hela – att ta del av olika saker verksamhetsformer"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Jag tycker brukarinflytande är mycket viktigt. Och jag är en av de mycket få som faktiskt vågar stå på barriärerna och skrika. Jag var för några år sedan, så va jag med i ett TV-program i XX som handla om att bli sjukpensionerad som väldigt ung, för jag var ju 19 då jag vart sjukskriven. Och det för jag var uppenbarligen den enda i XX som vågade ställa upp med namn och bild i TV."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Och alla orkar nog inte heller... liksom att vara delaktiga. Jag tycker att jag är en sådan där på sidan om, utan att vara delaktig så är jag delaktig i det som går."</i></p>	Förståelsen för begreppet delaktighet	PERSPEKTIV PÅ DELAKTIGHET
<p><i>"Ja första gången jag var medlem blev jag medlem för att få åka på en sådan där södern resa. Helt ärligt då, men sen träffa jag på föreningen igen och då tyckte jag att det var något som passa mig. Jag behövde till och med något att göra, bara träffa folk och va med i en gemenskap och när jag är intresserad av det här ämnesområdet också."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"En träffpunkt. En social samvaro. Någoting att ha fokus på i tillvaron"</i></p> <p>-----</p> <p><i>A: Så vad betyder det för dig att få vara medlem i en sån här förening? B: Ja de är intressant och givande, att få göra nån nytta, att, när jag var med förut så, när jag var sekreterare, gjord jag ju nytta. A: Deltar du aktivt fortsättningsvis? B: Jo jag var igår på vårmötet och så dethär att ta del av resor, teaterbesök och sånt, jo det brukar vi ha också för det är ju bra för psyket och fysiken, att man blir glad då man är deprimerad"</i></p>	Föreningen som möjliggörare av delaktighet	
<p><i>"Det är ju nog begränsat, på grund av hälsan så är det begränsat. Jo, det finns saker och ting som jag inte kan delta i, vad skulle jag kunna säga, det e svårt. Att hitta då man börjat intala sig själv att man, att det här kan jag inte göra på grund av det här och det där, man måste ju förstås känna efter men att det... nå just de här att man kan ju inte göra så grymt långa länkar, de är begränsat, man kan int kanske delta i sådana här jättelånga vandringar som kanske sku va givande, någo såna där planerade utan man måste ju själv komma ihåg det där att det är begränsat."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Den psykisk hälsan har nog också en stor betydelse. Att det kan vara en stor tröskel att komma ut bland med andra människor om du varit länge ensam hemma. Tex. Att de e ju en sak som att, att man tänker för mycket på att hur förhåller sig andra människor till det att jag är deprimerad och kanske inte är som alla andra, tycker man själv. Man gör ju sig en sån bild liksom på någo vis att... Man kanske inte orkar vara lika glad man kanske inte orkar vara lika öppen och emottaglig."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Nå vi har en lite fiffigare psykolog som började tala om pengar. Och där tycker jag nog att han sätter hammaren på spiken. Utan 8 euro så besöka du ingen människa och utan tilläggsfinansiering så sitter du inte på XX och pratar Dittan och Dattan. Så vad går åt för att besöka någon människa och sitta på kafé A? Så... runt totalt 20 Euro. Att där har vi nog en sak som påverkar definitivt allting. Att har man inte pengar så får man promanera från E till S och H. Om man behagar möta någon där vid kafé A och så får man dricka ett glas vatten medan den andra tar kaffe och smörgås och vad brukar nu den där människan ta... han brukar ta glass till slut och sådär..."</i></p>	Orsaker till delaktighetsinskränkningar	

Meningsbärande enhet	Subkategori	Kategori
<p><i>"... Människan består inte bara av psyke och kropp utan hon består av ande, själ och kropp. Det är bara psyke och kropp och det är bara mediciner och de är bara det här världsiga och det finns ingen andlighet, ingenting. Och så bör man, man behöver hjälp med att be aftonbön, det går int och be. Det går int och läs Herren välsingne och bevara oss heller. Då bör man få hjälp med det."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Men det är ju helt klart att i XX finns det utan vidare äldre personer. Det finns det i alla sammanhang, i vilken förening som helst. Att deras behov borde nog till någon del kunna tillgodoses. Och vi vet ju att de börja bli en allt större klass i samhället di där äldre människorna, di börjar ju snart vara i majoritet nästan. Om man får säga så. Det att negligera deras behov, det kan inte vara fiffigt."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Att om man redan har medicinier så då vid det skede märker man ju redan att humöret börjar växla och att man liksom ... då sku de va skönt att ha någon där som som, dehär, sku dra en lite med för det blir ju nog ofta så att man blir och fundera på de och man kanske motsätter sig, som i mitt fall man motsätter sig den här medicinen. Man tycker att man inte kan börja äta den . Man kanske skäms för det. Man tycker att man kanske inte kan börja äta dehär liksom att de är... att de är... det mycket fast i personen själv också förstås, men att hjälpen sku man kanske kunna få nog tidigare tycker jag, att man har någon man kan prata om detta med."</i></p>	Stöd för identitet och roll	
<p><i>"De kunde vara.. och som sen tar den med sig och di går tillsammans att du inte blir ensam där i den där knuten där liksom för att för i dehär lokalerna här är det ju lätt att du blir där i dendär vita soffan och ingen liksom... Där är människor som man vet inte att är det här nu vår förening eller eller är det den här som hyr in sig här eller..."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Det är ju det där när hemmet är ett kaos.. Jag tror inte jag är den enda som har det så. Så ibland har jag tänkt att om man sku ha nån som kommer och för ner saker i källaren som jag inte behöver och som jag egentligen inte orkar lyfta, liksom, eller det bara int blir av, men, nån där samtidigt så då gör man ju de."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Ja det finns ju många saker, jo, visst finns de ju det. Just dethär att man går tillsammans till butiken eller man bara tar en kopp kaffe och pratar ja det är ju alltid trevligare då man är två och ska vi säga gå på klädköp redan och vill ha en åsikt av en annan människa. Då e de ju liksom många saker, finns det ju."</i></p>	Stöd till aktivitet	STÖDETS OLIKA ANSIKTEN
<p><i>"Det är ju det att vi är ju alla individer och vi har ju alla olika behov, men det som ju är viktigaste för oss är att få en struktur i vår vardag. Och det får vi verkligen ingen hjälp med någonstans idag."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Att senast som vi träffades var nere vid XX så det var ju jätte, liksom, inspirerande miljö...vill... vill göra nånting annat tex då att vi kanske har talat om att vi skall gå och göra någonting sådant här men att jag har känt att jag bara vill prata, så då har hon inte liksom puschat mig att på det sättet att hon har känt att nu behöver jag prata. Så även att en stödperson skall uppmuntra en till att röra på sig, som jag hade tänkt, men att inte skall man heller göra det så att den stöbehövande liksom känner att den måste. Att om det där stödbehovet just då är att man behöver prata så så låt det vara så då."</i></p>	Stöd till att välja själv	



Meningsbärande enhet	Subkategori	Kategori
<p><i>"Alltså man måste ju åtminstone ha en empati och en förståelse över att dethär är en människa som faktiskt mår dåligt. Och den kommer och gnälla om små saker och kan periodvis va apatisk och periodvis inte se någon mening med någonting, att att man, man måste va så stark i sig själv att man kan ta det."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Det är själva människa liksom, att gör man det med hjärta och vill man, för det det känner man ju på sig. Visst ska kemin fungera, visst jo naturligtvis jo, att man ska vara en ganska barmhärtig människa nog. Visst ska man vara det. Och allt hjälper ju till att man har litet gemensamma intressen och så hjälper det ju till att, tex att har jag intresse att jag tycker det är roligt att inreda och så så hjälper det ju bara till om också mänsikan i fråga tycker samma."</i></p>	Stödpersonens karaktäristika	STÖDPERSONEN - FÖRVÄNTNINGAR OCH ÖNSKEMÅL
<p><i>"Jag skulle säga att då det är fråga om en sådan dam så,.. så måste vi ha en sådan som klarar av att lyssna istället... Och jag inbillar mig att bara dethär att klienten får prata så det på något vis hjälper. Du kan inte kommentera allting du minns helt enkelt inte hela repliken. Att det enda du kan fungera som är att du fungerar som en bandspelare som är avknäppt liksom, du bara lyssnar. Att det här är nog en förmåga – att kunna lyssna mera än vad man pratar och att inte ha känslorna så vid ytan att du gensat blir arg om klienten säger något du inte tycker om."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Hon gick bra att prata med. Jag hade en dålig stödperson förut som bara prata om sig själv och sitt och aldrig lyssna, så det kändes mera som om jag var stödperson åt henne. Så, men en stödperson skall också förstå, som min första stödperson - hon - jag märkte att hon tyckte att det var jobbigt att ha mig som som ...att vara stödperson åt mig för att jag mådde så dåligt."</i></p>	Stödpersonens förmåga till samtal och ett aktivt lyssnande	
<p><i>Det är intressant och givande, att få göra nån nytta, att, när jag va med förut så, när jag va XX, gjord jag ju nytta. Annars sku jag inte orka leva, jag sku int iddas leva om jag inte fick vara till någon nytta. Så känns det faktiskt. Det känns så många gånger. Jag har varit deprimerad också flera gånger."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"För jag tror, just som jag sa att den du stöder kan känna tacksamhet och den som ger det där stödet kan tycka att man är väldigt nyttig person och själv, som sagt, att man gör något gott och man ser ju resultatet också, man ser ju om den andra börjar må bättre, och allt dethäran liksom så, och kan hjälpa. Och har man varit långtidsarbetslös så är det ju ett alternativ också. Att man verkligen inte blir hemma där själv och deppa utan man har en uppgift att se fram emot så att säga."</i></p>	Stödpersonen som möjliggörare	
<p><i>"Nå int vet jag nu direkt utbildning men att information är ju alltid bra liksom på något sätt, men man skall inte sätta för mycket krav på den där stödpersonen för då blir det en för stor uppgift igen. Nog är det mera det där att man har den där glimten i ögat att man har det där engagemang och intresset. Nog tycker jag att har man inte, så vilken skolning man än går så får man inte det. Utan det skall nog komma från en själv men också."</i></p> <p>-----</p> <p><i>"Jo, den är viktig, Jag känner till sjukdomen ganska bra själv, och jag förutsätter av min kontaktperson att, eller stödperson, också gör det."</i></p>	Stödpersonen och utbildning	