

# Boendepersonalens uppfattningar kring socialt stöd

- för individer med schizofreni

Författare: Daniel Johansson  
Linus Rendmar

Program/Kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet med  
inriktning mot psykiatrisk vård/OM5380  
Examensarbete i omvårdnad

VT 2012

Handledare: Joakim Öhlén

Examinator: Ingela Skärsäter

Datum: 2012-03-11

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



**Titel (svensk):** Boendepersonalens uppfattningar kring socialt stöd - för individer med schizofreni

**Titel (engelsk):** Accommodation staff perceptions of social support - for individuals with schizophrenia

**Arbetets art:** Examensarbete avancerad nivå

**Program/kurskod:** Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård/OM5380 – Examensarbete i omvårdnad

**Arbetets omfattning:** 15 högskolepoäng

**Antal sidor:** 16

**Författare:** Daniel Johansson och Linus Rendmar

**Handledare:** Joakim Öhlén

**Examinator:** Ingela Skärsäter

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Sedan mitten på 90-talet har antalet platser inom den psykiatriska slutenvården minskat och boenden för individer med schizofreni har kommit att bli allt mer vanliga. Förutom de grundläggande behov som vi människor har kan individer med schizofreni vara i behov av särskilt stöd. Socialt stöd kan ses som en skyddsfaktor för att behålla hälsa och för tillfrisknande hos individen. Brist på socialt stöd har visat sig vara kopplat till psykisk ohälsa. Omfattningen av behov och stöd hos individer med psykiska funktionshinder kan vara av sådan art att de bor på ett särskilt boende där sådant stöd kan ges av personal. **Syfte:** Syftet med detta projekt är att belysa uppfattningar kring socialt stöd hos personal på ett boende med särskild service för individer med schizofreni. **Metod:** Tre boendepersonal deltog i en fokusgruppintervju. Materialet från intervjun har analyserats genom innehållsanalys. **Resultat:** I analysen framkom följande teman: Att ge ett mångfacetterat stöd, att ersätta roller och nätverk som de boende saknar, att ha en önskan om att kunna aktivera, att vilja stödja men inte uppleva sig ha möjlighet och att se resultat av socialt stöd kan vara svårt. Resultatet i projektet visar att socialt stöd för boendepersonalen innebär olika insatser för de boende samt att skapa trygghet och förtroende. Boendepersonalen talar om det komplexa i att möta de boende i olika roller. För boendepersonalen kan rollerna ta sig uttryck som t.ex. förälder-, vuxen- och kompisroll. Det finns en önskan hos boendepersonalen att alla boende skulle ha möjlighet till arbete och sysselsättning. Det finns även en vilja hos personalen att stödja de boende mer aktivt och samtidigt kan de inte gå emot de boendes egen vilja och önskan. Boendepersonalen upplever resultat av det stöd som de ger genom att det fungerar för de boende i det dagliga livet och att deras tillgänglighet kan bidra till ökad trygghet och ökat förtroende. Boendepersonalen talar om att det stöd de ger kan motverka återinläggning inom slutenvården. **Konklusion:** Detta projekt visar vad socialt stöd innebär för boendepersonalen i deras dagliga arbete, boendepersonalens olika insatser för de boende. Resultatet belyser även boendepersonalens uppfattningar kring det komplexa de upplever i att stödja de boende, om att inta olika stödjande roller och om viljan att stödja men också om upplevda hinder. Projektet pekar även på hur boendepersonalen upplever resultat av det stöd som de ger, här talar boendepersonalen om att förmedla trygghet, öka förtroendet hos de boende och att deras stöd kan motverka återinläggning.

**Nyckelord:** Schizofreni, socialt stöd, boendepersonal, särskilt boende

**Title:** Accommodation staff perceptions of social support - for individuals with schizophrenia

**Description:** Thesis advanced level

**Program/Course code:** Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård/OM5380 – Examensarbete i omvårdnad

**Scope of work:** 15 credits

**Number of pages:** 16

**Authors:** Daniel Johansson and Linus Rendmar

**Supervisor:** Joakim Öhlén

**Examiner:** Ingela Skärsäter

---

## Summary

**Introductory:** Since the mid-90s, the numbers of places in psychiatric inpatient settings have decreased and accommodations for individuals with schizophrenia have become increasingly common. In addition to the basic needs that we humans have, individuals with schizophrenia may be in need of special support. Social support can be seen as a protective factor for maintaining health and the recovery of the individual. Lack of social support has shown to be linked to mental illness. The extent of need and support of individuals with mental disabilities may be such that they live in a special accommodation where such assistance can be provided by staff. **Purpose:** The purpose of this project is to highlight the perceptions of social support among staff in a special accommodation for individuals with schizophrenia. **Method:** Three accommodation staff participated in a focus group interview. The material from the interview was analysed through content analysis. **Results:** The analysis revealed the following themes: To provide a multi-faceted support, to replace the roles and networks that the residents do not have, to have a desire to activate, wanting to support but do not feel that they have the possibility and to see results of social support can be hard. The result of the project shows that social support for the accommodation staffs means different interventions for the residents and to create security and trust. Accommodation staff speaks about the complexities of meeting the residents in various roles. For accommodation staff roles can be expressed as a parent, an adult or a friend. There is a desire among accommodation staff that all residents should be able to work. There is also a willingness in the staff to support the residents more actively and at the same time, they cannot go against the residents own will and desire. Accommodation staff is experiencing the result of the support given in the residents daily lives and that their availability may contribute to increased security and confidence. Accommodation staff talks about the support they provide can prevent readmission to inpatient care. **Conclusion:** This project demonstrates what social support means for accommodation staff in their daily work, accommodation staff's various interventions for residents. The result also highlights the accommodation staff perceptions of the complexity they experience in supporting the residents, to assume various supporting roles and the desire to support but also on perceived barriers. The project also highlights how accommodation staff perceives the results of the support they give, here the accommodation staff talks about security, increase the confidence of the residents and that their support can affect the re-admission.

**Keywords:** schizophrenia, social support, accommodation staff, accommodation

## **TACK**

Ett varmt tack till våra intervjupersoner, som genom sin medverkan gjorde detta arbete möjligt. Ett varmt tack också till vår handledare Joakim Öhlén, som med sin kunskap, sitt engagemang och sin uthållighet stöttat oss genom hela processen fram till avslutat projekt.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
HISTORISKT PERSPEKTIV .....	2
LAGSTADGADE STÖDINSATSER FÖR MÅLGRUPPEN .....	2
SCHIZOFRENI OCH PSYKISKT FUNKTIONSHINDER .....	3
VAD MEDFÖR PSYKISKT FUNKTIONSHINDER I DET DAGLIGA LIVET? .....	3
SOCIALT STÖD .....	4
<b>AKTUELL FORSKNING OM SOCIALT STÖD</b> .....	<b>5</b>
ARTIKELSÖKNING .....	5
REDOVISNING AV ARTIKLAR .....	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>7</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
ATT GE ETT MÅNGFACETTERAT STÖD .....	10
ATT ERSÄTTA ROLLER OCH NÄTVERK SOM DE BOENDE SAKNAR.....	10
ATT HA EN ÖNSKAN OM ATT KUNNA AKTIVERA .....	10
ATT VILJA STÖDJA MEN INTE UPPLEVA SIG HA MÖJLIGHET .....	11
ATT SE RESULTAT AV SOCIALT STÖD KAN VARA SVÅRT .....	11
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>11</b>
METODDISKUSSION .....	11
RESULTATDISKUSSION.....	13
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>16</b>
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>17</b>

## **INLEDNING**

Alla individer behöver ett hem och hemmet bör tillfredsställa de behov av trygghet och säkerhet som individen har. Antalet platser inom den psykiatriska slutenvården har minskat sedan 90-talets början och därav har boenden för individer med schizofreni blivit allt vanligare. Alla individer har grundläggande behov, individer med schizofreni kan dessutom vara i behov av särskilt stöd (1).

Ett boende enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), för individer med psykiska funktionshinder, bör möjliggöra såväl meningsfull sysselsättning som sociala relationer. Socialt stöd handlar om faktorer som kan bidra till att stärka hälsa och motverka ohälsa. Vi är speciellt intresserade av boendepersonalens uppfattningar om socialt stöd och detta utifrån våra tankar om att stödja är något betydelsefullt och komplext. Vi tänker också att det är intressant att tala med dem som har en sådan stödjande roll och höra hur de själva ser och uppfattar denna roll och arbetet de utför.

Intresset för detta projekt har sin grund i att båda författarna tidigare arbetat på en avdelning med inriktning rehabilitering för främst individer med psykosjukdom och schizofrenidiagnos. För oss som sjuksköterskor är det betydelsefullt att se hela patienten och dess livssituation. Författarna fann det också intressant att möta andra yrkesprofessioner ute i samhället där de är verksamma för att stödja individer med psykiska funktionshinder. Vi har genom utbildning och arbete fått ökad insikt om att schizofrenisjukdomen handlar om långt mer än bara psykiatriska symptom. Vi kommer i detta projekt använda oss av benämningen boendepersonal och menar då de individer som arbetar i det boende där projektet är utförd.

## **BAKGRUND**

Vårdvetenskapen skall bidra med kunskap om vårdandet och kunskapen är giltig för yrkeskategorier som vårdar människor. Forskningsintresset inom vårdvetenskapen är olika fenomen inom vården som t.ex. lidande, den vårdande relationen och vårdande samtal. Inom vårdvetenskapen finns två huvudinriktningar. Den ena inriktningen strävar efter att höja sjuksköterskeprofessionens status samt utveckla sjuksköterskans arbetsuppgifter. Den andra inriktningen strävar efter att utveckla vårdvetenskapen som vetenskap samt bidra med kunskap om olika fenomen i vårdandet (2).

Teorier och begrepp, som kan uppfattas som abstrakta, har en betydande roll i vårdvetenskapen men är också av betydelse för det kliniska arbetet. Detta ställer krav på såväl forskare som vårdare. Forskaren skall bidra med att utveckla olika fenomen och begrepp. Vårdaren i sin tur bör reflektera kring situationer och hur han/hon bör handla. Vårdaren bör vidare ha förmåga att vara öppen inför det som sker med patienten och reflektera över sig själv, patientens perspektiv samt samspelet mellan patient och vårdare. Detta förhållningssätt kan bidra till att vårdaren förhåller sig på ett konstruktivt och kreativt sätt (2).

Psykiskt långtidssjuka har inte sällan komplicerade behov av medicinska, psykologiska och sociala behov av vård och stöd. Behoven har inte alltid setts i sin helhet och behoven har inte alltid blivit tillgodosedda. Behov av ett fungerande och stabilt boende är grundläggande. Behov av stöd i boendet kan variera från tillfälliga stödinsatser till dygnet runt stöd. På verksamhetsnivå är det centralt med samordning mellan olika aktörer inom stödsystemet samt att personal och andra funktioner är tillgängliga (3).

I detta projekt har vi boendepersonalen i fokus. Boendepersonalen är den personal som deltog i intervjun vi genomförde och vilka arbetar på det boende vi vände oss till i detta projekt. De individer som lever på detta boende har en schizofrenidiagnos. Socialt stöd är det teoretiska perspektiv, fenomen, vi valt i detta projekt.

I detta avsnitt tar författarna upp historiskt perspektiv, vad schizofrenisjukdomen kan medföra i det dagliga livet för individer, lagstadgade insatser för målgruppen, begreppet socialt stöd. Avsnittet avslutas med aktuell forskning om socialt stöd.

### **Historiskt perspektiv**

Fram till för cirka 20 år sedan bodde många individer med psykiska funktionsnedsättningar på mentalsjukhus, psykiatrisk klinik eller på sjukhem. Dessa institutioner fanns både för att skydda dessa individer från samhället och i vissa fall även att skydda samhället från dessa individer. Efter det att man i Sverige genomförde den så kallade psykiatireformen i början av 1990-talet kom dessa individer allt mer flytta från dessa institutioner till mer hemlika boenden ute i samhället. Många av de individer som vårdats på dessa institutioner kom att bli hospitaliserade och fick efter flytten ut i samhället svårt att sköta det dagliga livet. För att lösa detta problem satsade kommunerna mer på att skapa boenden som var småskaliga och där utgångspunkten var att individen skulle bli sedd och att stödet skulle utformas individuellt efter varje individ. Som ett led i att integrera dessa individer i samhället flyttades boendemiljöerna från de stora byggnaderna på landet till mindre boenden inne i samhället (1).

Regeringens intention var att skapa boendeformer som arbetade för att ge stöd som utgick från individen. Målet var att alla individer med psykiska funktionshinder skulle ha möjlighet att få en egen bostad. De olika kollektiva boendena som skapades efter psykiatireformen har benämnts med en mängd olika begrepp så som t.ex. gruppboende, särskilt boende, serviceboende. Idag är dock begreppet bostad med särskild service (LSS) den mer korrekta benämningen av kollektiva boenden. Anledningen att boendeformen fått just detta namn är att man vill betona individperspektivet i boendet (1).

### **Lagstadgade stödinsatser för målgruppen**

Individer med psykiska funktionshinder behöver olika stödinsatser för att klara det dagliga livet och utifrån detta skall individerna erbjudas individuella insatser av kommunen. Kommunen erbjuder främst boende enligt LSS och boendestöd i det egna boendet. När någon ansöker om en LSS-bostad eller boendestöd gör kommunen en behovsbedömning. Underlaget till bedömningen är den sökande individens behov om önskemål om stöd och hjälp samt oftast läkares eller annan personals inom psykiatri bedömning om vad individen är i behov av (1).

Enligt socialtjänstlagen (SoL) skall socialtjänsten arbeta för att stärka människornas sociala och ekonomiska trygghet. Detta innebär att alla skall få jämlika levnadsvillkor och alla skall ha möjlighet att kunna delta i samhällslivet. All verksamhet inom socialtjänst skall baseras på varje människas rätt till självbestämmande och respekt för personens egen integritet. För att få högsta möjliga kvalitet på sitt arbete skall allt arbete som utförs från socialtjänstens sida utföras av personer med erfarenhet och utbildning som passar till arbetet (4).

Socialtjänsten skall arbeta för att personer med psykiska funktionshinder skall kunna få ett boende som är anpassat efter varje individs unika behov. Dessutom skall personen ha en möjlighet att kunna delta i samhället i stort och leva som alla andra i samhället (4). Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade kan ses som ett komplement till socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Med hjälp av denna skall de som är i

särskilt behov av stöd kunna ha samma människovärde som alla andra, trots funktionshinder (5).

I Göteborg Stad är det upp till varje stadsdel att förse sina invånare med lägenheter eller boenden som är anpassade efter personens behov. Kontakt tas med respektive biståndshandläggare i funktionshinderenheten som hjälper personen att hitta ett boende som har rätt grad av stöd och service. Det finns i Göteborgs Stad två olika sorters boende som kan bli aktuella för en person med psykiska funktionshinder. I en servicebostad enligt LSS eller SoL så finns möjlighet till gemensam service men det personliga stödet anpassas efter varje persons behov. Det andra alternativet är ett gruppboende enligt LSS. På dessa boenden bor främst personer med intellektuella funktionsnedsättningar. I ett gruppboende enligt LSS har var och en egen bostad men på området finns det gemensamhetsutrymmen och personal som stöttar personerna med deras behov (6).

### **Schizofreni och psykiskt funktionshinder**

En person som insjuknar i schizofreni har under en lång tid levt med en förändrad verklighetsuppfattning. Detta är sällan något som händer över en kort period utan symtom kan ibland ses flera år tillbaka. Det finns dock inget symtom som alla personer med schizofreni har utan sjukdomsbilden är individuell. Det finns flera symtom som är vanliga i sjukdomen och dessa kan vara t.ex. vanföreställningar, hallucinationer, affektstörningar och kognitiva symtom. De kognitiva symtomen har sedan länge setts som det mest centrala symtomet vid schizofreni. De vanligaste kognitiva symtomen är minnes-, uppmärksamhetsstörning och svårigheter med att lösa problem. Ungefär 70 % av de personer som har en schizofrenidiagnos har kognitiva symtom (7).

Att drabbas av schizofreni innebär för många ett livslångt lidande. Risken att under sitt liv insjukna i schizofreni är cirka en procent och den bilden ser liknande ut i hela världen. När man ser på psykiatriska sjukdomar så finns det inget annat tillstånd som kräver så stora sjukvårdsinsatser som just schizofreni gör. Det finns mellan 30 000 och 40 000 personer i Sverige som behöver insatser från kommun och sjukvård på grund av att de har en schizofrenidiagnos (7).

Att leva med en schizofrenisjukdom innebär för många att leva med allvarliga funktionshinder och handikapp. Sjukdomen medför ofta stort lidande både för patienten och anhöriga. Att leva med schizofreni innebär för de flesta att de får leva med människors fördomar och attityder mot sjukdomen (7).

I det här projektet har vi valt att fokusera på individer med schizofreni, individer med psykiska funktionshinder. Begreppet psykiskt funktionshinder har ingen helt klar och tydlig definition. Det handlar dock om människor vilka upplever allvarliga konsekvenser av sin psykiska sjukdom. Kroniskt sjuka, psykiskt långtidssjuka, personer drabbade av allvarlig psykisk störning samt individer med långvariga psykiska funktionshinder är exempel på grupper som kan tänkas falla in under begreppet – psykiskt funktionshinder. De psykiatriska diagnoserna beaktar funktion men diagnoserna kan inte enbart svara för vilket stöd och service en individ skall ha. Funktionsförmågan hos individer med samma diagnos kan variera (8).

### **Vad medför psykiskt funktionshinder i det dagliga livet?**

En sjukdom kan medföra att en individ har minskad möjlighet att delta i samhällslivet. Sjukdomen kan även leda till begränsningar i kroppsfunction, aktivitet och delaktighet. En



människa kan påverka sin hälsa genom bland annat meningsfulla aktiviteter i vardagen. Människan har behov av meningsfull daglig sysselsättning. Personer med psykiska funktionshinder har en begränsad förmåga att engagera sig i aktiviteter. Detta kan bota i att de inte har kunskap eller rutiner för sådana göromål. Av olika diagnosgrupper är individer med schizofreni den grupp som har mest omfattande begränsningar i vardagen. Framför allt har de problem att organisera dagliga aktiviteter. De här individerna kan tendera att bli passiva och ha svårt att ta initiativ till aktiviteter vilket kan hämma individens utveckling. Individer med schizofreni riskerar att bli ensamma och passiva. De saknar i regel arbete, aktivitet eller annan sysselsättning (8).

### **Socialt stöd**

Begreppet socialt stöd framträdde under 1970-talet och är kopplat till hälsofrämjande arbete. Begreppet syftar till att beskriva positiva sociala relationer mellan individer, grupper och samhällen. Socialt stöd handlar om det samspel mellan människor vilket inbegriper psykiskt, känslomässigt, informations, materiellt och funktionellt stöd. Det sociala stödet handlar om faktorer som kan bidra till stärkt hälsa och motverka ohälsa. Det finns mycket som talar för att vänner och anhörigas stöd främjar hälsan (9).

Socialt stöd kan ses som en skyddsfaktor för att behålla hälsa samt bidra med tillfrisknande hos individen. Det anses även ha betydelse för att ge individer möjligheten till kontroll över de faktorer som främjar hälsa (10). Brist på socialt stöd har visat sig vara kopplat till psykisk ohälsa. Definitionen av begreppet socialt stöd är inte entydigt eller helt klarlagd. Socialt stöd kan hjälpa en individ att hantera stressfyllda situationer (11).

Vid preventivt arbete för att motverka ohälsa hos en individ kan socialt stöd vara en viktig del. Arbetet med socialt stöd hjälper individen att utveckla olika metoder för att kunna hantera olika händelser som kan framkalla stress (12).

Forskning visar att det sociala stödet har betydelse för såväl den fysiska som psykiska hälsan. I en genomgång av forskningsresultat av Cobb framkommer att närvaron av ett gott socialt stöd befrämjar tillfrisknandet och kan ses som gynnsamt vid rehabilitering av olika typer av ohälsa, exempelvis alkoholism, ofrivillig arbetslöshet, krisbearbetning då en närstående dör samt ökad gynnsam coping vid sjukdom. Dåligt socialt stöd har visat sig vara kopplat till ohälsa, bland annat depression, ångest och självmord. Ökad kunskap har på senare år fått ökad betydelse genom bland annat tillkomsten av olika stödgrupper. Socialt stöd genom IT har haft framgång i bland annat vården av kvinnor med bröstcancer genom minskad grad av depression och stress hos denna patientgrupp (13).

Begreppet socialt stöd kan ses genom en indelning i socialt nätverk och upplevt socialt stöd, vilka beskriver begreppets kvantitativa och kvalitativa egenskaper. Nätverket utgör de individer som finns i ens närhet och det upplevda sociala stödet handlar om hur stödjande individen upplever de här individerna i nätverket på olika sätt. Socialt stöd varierar mellan människor och individer som är i behov av socialt stöd saknar ofta detta helt eller delvis. Cullberg studerade det sociala stödets betydelse för den psykiska hälsan och fann att dubbelt så många individer i lågstatus områden sökte psykiatrisk hjälp i jämförelse till övriga undersökta områden. Flera av de här individerna visade sig sakna sociala relationer och ha svårt att bygga upp relationer då ständig omflyttning pågick i området. I svåra situationer och krissituationer hade de här individerna endast vården att vända sig till (14).

Det finns stöd i forskningen kring det sociala stödets betydelse för positiva hälsoeffekter. Det är dock inte helt klarlagt på vilket sätt och hur det sociala stödet påverkar. I en översikt framkom det att socialt stöd hade goda effekter på fysiologiska processer som är relaterade till hjärt-kärlsystemet, immunsystemet och det endokrina systemets stresshormoner. En teori är att den s.k. "stress-buffert hypotesen" har betydelse genom att socialt stöd kan ge ett hälsoskydd vid stress genom att upplevd stress dämpas. Av de olika dimensioner av socialt stöd har det visat sig att emotionellt stöd och stöd från familjen är av störst betydelse (15). Svenska forskare fann i en studie en koppling mellan brist på emotionellt stöd och ökad mortalitet i en grupp sju år efter studiens start. Gruppen som studerades var män som var 50 år vid studiens början. Det emotionella stödets visade sig ha effekt på mortaliteten i samma utsträckning som rökning och livsstress (16).

Wortman menar att ett stöd med god avsikt inte alltid får avsedda effekter samt att det som bedöms som stöd och hjälp av givaren inte alltid upplevs på samma sätt av mottagaren, således kan det sociala stödet få icke avsedda effekter. När vi människor får hjälp vill vi gärna ge tillbaka. Samtidigt har den sjuka individen mindre möjligheter att ge tillbaka vilket kan hota självkänslan. Att hjälpa handlar om att bevara och inte hota individens självkänsla. Spontan hjälp har visat sig vara mer gynnsam och lättare för individer att ta till sig. Missriktat socialt stöd kan få negativa konsekvenser, exempelvis då människor försöker trösta en sjuk bekant eller anhörig genom att förneka sjukdom eller bagatellisera problemen. Det kan också handla om att ingjuta falska hopp med kommentarer om att "du kommer säkert bli helt återställd" eller "det kunde varit värre" (17). Brickman studerade denna typ av kommentarer och kom fram till att sådana, ofta välmenande kommentarer, kunde ha negativ inverkan på individen (18).

## **AKTUELL FORSKNING OM SOCIALT STÖD**

### **Artikelsökning**

Databaserna Cinahl, Psycinfo och PubMed användes för artikelsökningen. De sökord som främst användes var socialt stöd och schizofreni. Dessa i kombination med uttryck för boendepersonal och boende. Vi har alltså begränsat oss till schizofreni och socialt stöd i vår sökning samt gjort försök att genom olika engelska begrepp försökt fånga fokus på boende. Samtliga begrepp söktes på engelska. Utgångspunkten var att artiklarna skulle vara peer-reviewed och att det var research articles. Även begränsningar på publikationsår gjordes vid sökning, år 2000-2011. Då vi även använt oss av artiklar som funnits med som referenser i litteratur har vissa artiklar ett tidigare publiceringsår än 2000.

### **Redovisning av artiklar**

I en studie av Clinton, Lunney, Edwards, Weir och Barr undersökte de vikten av socialt stöd för att integrera individer med schizofreni i samhället. Det som är av betydelse för integration av patienter med schizofreni är i vilken grad de känner stöttning och att integrationen inte enbart handlar om att stötta dem till att skapa mer stödjande nätverk utan också att stötta dem utveckla mer positiva upplevelser av deras liv. Sådant stöd kan ofta nå framgång då patienterna någorlunda kan kontrollera sina symptom. Mer än en tredjedel i studien eftersöker att få tala om sina privata och personliga känslor. Nästan alla önskar att få mer råd av sin omgivning. Hälften av individerna i studien upplever problem med ensamhet och isolering. Över en tredjedel av individerna upplever svårigheter med att hitta meningsfulla aktiviteter att göra på sin fritid. Författarna av artikeln belyser vikten av att psykiatrisjuksköterskor tittar på tillgängligheten av socialt stöd för individer med schizofreni. Det handlar om att stötta de

individerna i det dagliga livet med de problem de upplever. Centralt för gynnsam integrering i samhället är hur de här individerna upplever att de blir stöttade, att de upplever positiva upplevelser av sina liv samt ökad symtomkontroll. Psykiatrisjuksköterska skall ha ett holistiskt synsätt där symptomlogi, socialt stöd, sociala färdigheter och hur tillfreds de här individerna är beaktas. Olika typer av socialt stöd hjälper individer med schizofreni att integreras i samhället (19)

Browne och Courtney jämförde att ha en egen bostad och att på ett boende avseende funktion och symptom hos schizofrenipatienter. Fynden i den här studien visar ingen skillnad i symptom mellan de två studerade grupperna. Individer boende på ett boende hade dock mindre tillgång till socialt stöd, dagliga aktiviteter samt rapporterad sämre funktion. Browne och Courtney ställer sig undrande kring om brist på socialt stöd och meningsfull verksamhet kan vara kopplat till försämring och återinläggning. De skriver också att de kan vara så att brist på självvalt socialt nätverk, dagliga aktiviteter och arbete är den centrala anledningen till att individer återinläggs på sjukhus (20).

I en senare studie av Browne och Courtney undersökte de relationen mellan boende, socialt stöd och individer med schizofrenis psykiska hälsa. Studien visar att de flesta individer vill bo i en egen lägenhet och att de då har en större känsla av tillhörighet och trygghet. Om de individer som bor på ett boende fick möjlighet utveckla vänskapliga relationer desto större var möjligheten att de blev kvar på boendet, vilket i sin tur stärkte individens hälsa. Alla individer i studien värdesatte och talade om fördelarna med att ha goda stödjande relationer. Individer som levde i egen bostad hade dock större tillgång till sociala stödjande relationer. De som bor på boenden deltar endast i sociala aktiviteter som är knutna direkt till boendet. Kvaliteten på boendet har betydelse för om individerna stannar och om ett boende är stabilt så ökar möjligheten för individen att skapa sociala relationer. I studien diskuteras om individer med schizofreni har stödjande relationer har de då en bättre livskvalitet, färre symptom och färre återinläggningar på sjukhus. Författarna skriver om vikten av boenden som kan skapa trygghet och känsla av samhörighet, detta ligger till grund för att individerna skall kunna utveckla stödjande och sociala relationer (21).

I en studie ville författarna Eack, Newhill, Anderson och Rotondi studera hur livskvaliteten hos individer med schizofreni påverkas av icke tillgodosedda behov och socialt stöd. Det är viktigt att studera icke tillgodosedda behov och socialt stöd för att kunna rikta interventioner i kommunen för att öka livskvaliteten för de här individerna. Denna studie bekräftar sambandet mellan socialt stöd, icke tillgodosedda behov och dess påverkan på upplevd livskvalitet. För att hjälpa individer att leva meningsfulla och god liv bör de psykosociala aspekterna bejakas. Då dagens medicin kan hjälpa patienten att klara av sina symptom så är det viktigt att man lägger större fokus på livskvalitén. Om vi vill kunna hjälpa dessa individer så kan man inte negligera vikten av socialt stöd och icke tillgodosedda behov och dess betydelse för ökad livskvalitet (22).

Bengtsson-Tops och Hansson studerade hur schizofrenipatienter skattar olika behov samt relationen mellan behov och livskvalitet. Det framkommer att mer än hälften av de här patienterna uttryckte behov på områden rörande psykotiska symptom, daglig aktivitet, sällskap, psykisk hälsa samt information om deras behandling. De här individerna har icke tillgodosedda behov av bl.a. sällskap, intima relationer och daglig aktivitet. Icke tillgodosedda behov i avseende sociala relationer, intima relationer och sällskap var kopplat till sämre skattning av livskvalitet. Det framkommer att de här individerna har ett litet socialt privat nätverk. Individerna uttalar behov av sociala relationer. Författarna av artikeln betonar vikten

av sociala interventioner för de här individerna. För att kunna hjälpa patienten så krävs det att både interventioner från sjukvården och socialtjänsten samordnas. Det är viktigt att dessa två samverkar. Det är viktigt att patienten får kontroll över sina psykotiska symtom. Det ses även som betydelsefullt med interventioner för att öka individernas sociala relationer och sysselsättning samt kunna möta deras vardagliga problem (23).

Freeman, Malone och Hunt studerar de stödboenden som finns tillgängliga för individer med omfattande psykiska funktionshinder. Författarna undersöker vidare de boendes behov och graden av tillfredsställelse med servicen samt skattar deras funktionsnivå. Servicen är god avseende praktiska behov men lämnar mer att önska vad det gäller sociala och psykosociala behov. Behov som ej var tillfredsställda var bland annat sällskap, sexuella behov, intima relationer, samt dagliga aktiviteter. Författarna skriver om vikten av ytterligare forskning för att möta individernas behov av socialisering då en del boenden inte tillfredsställer de boendes behov av sociala relationer (24).

Weiner, Rowe, Mashlach-Eizenberg, Baloush-Kleinman, Maoz och Yanos jämförde ensamhet, livskvalitet och socialt stöd bland individer med psykisk ohälsa boendes på två typer av boenden; gruppboende och särskilt boende. Många individer upplever svårigheter med att skapa tillfredställande sociala relationer. Sociala relationer och ett starkt socialt nätverk konstaterades ha potential för att lindra psykiatriska symptom och gynna återhämtning (25).

Genomgång av artiklarna pekar på det sociala stödets betydelse för individer med schizofreni och hur det är kopplat till livskvaliteten. Mindre tillgång till socialt stöd och dagliga aktiviteter är kopplat till sämre livskvalitet. Koppling mellan brist på socialt stöd och återinläggning inom sjukvården diskuteras men även vikten av boenden som kan skapa trygghet och känsla av samhörighet och detta för att individerna skall kunna utveckla stödjande och sociala relationer. Det ses som centralt och betydelsefullt att möta icke tillgodosedda behov och brist på socialt stöd för att öka livskvaliteten hos individer med schizofreni. Icke tillgodosedda behov av bland annat daglig aktivitet och sociala relationer hos individer med schizofreni tycks vara centralt. Det ses som betydelsefullt med interventioner för att öka de här individernas sociala relationer och sysselsättning samt kunna möta deras vardagliga problem. För att hjälpa individerna att leva meningsfulla och goda liv bör de psykosociala aspekterna bejakas. Då dagens medicin kan hjälpa patienten att hantera sina symtom så är det betydelsefullt att mer fokus riktas på de här individernas livskvalité.

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Utöver de grundläggande fysiska, psykiska, sociala och andliga behov som vi människor har kan patienter med psykiska funktionshinder ha särskilda behov av stöd. Behov av vård och stöd bör i det här sammanhanget kopplas till personliga och sociala konsekvenser av individuella funktionshinder. Sociala dysfunktioner hos patienter med psykiska funktionshinder kan leda till negativa sociala omständigheter som svagt socialt nätverk, stigmatisering och svårigheter i sociala interaktioner. Forskning visar även att individer med psykiska funktionshinder har icke tillgodosedda behov vad det gäller sociala domäner, exempelvis tillräckliga sociala kontakter. Det finns en koppling mellan icke tillgodosedda sociala behov och försämrad livskvalitet. Merparten av gruppen psykiska funktionshinder har en psykosjukdom, i synnerhet schizofreni. Forskningsresultaten för gruppen psykiska funktionshinder baseras huvudsakligen på resultat från individer med schizofrenidiagnos (8, 26)

Människor med funktionsnedsättning har enligt lagen rätt till individuella stödinsatser. Insatserna ska ges med respekt för rätten till självbestämmande och integritet och skall främja jämlika levnadsvillkor. Omfattningen av behov och stöd hos individer med psykiska funktionshinder kan vara av sådan art att de bor på ett särskilt boende där sådant stöd kan ges av personal (1).

Forskning kring personalfrågor i relation till boenden för individer med psykiska funktionshinder har hittills varit sparsam (8). Vi vill belysa boendepersonalen på ett särskilt boende och deras uppfattningar om socialt stöd och vad det sociala stödet innebär för det dagliga arbetet på boendet. Vad innebär socialt stöd för boendepersonalen? Vilken nytta upplever boendepersonalen att det stöd som de ger har? Hur ser boendepersonalen resultat av det stöd som de ger?

## **SYFTE**

Syftet med detta projekt är att belysa uppfattningar om socialt stöd hos personal på ett boende med särskild service (LSS) för individer med schizofreni.

## **METOD**

Avsikten med detta projekt är att beskriva boendepersonalens uppfattningar kring socialt stöd. Syftet är att synliggöra vad socialt stöd innebär för boendepersonalen, vilket resultat och vilken effekt/nytta de ser av det stödet de ger. Vi använde oss av kvalitativ datainsamling för att boendepersonalen öppet och med egna ord skulle kunna berätta om sina egna idéer, erfarenheter och kunskaper.

I en kvalitativ intervju ställs det raka och enkla frågor som genererar innehållsrika svar. Den som genomför intervjun får ett stort material att bearbeta. Med en kvalitativ intervju kan forskaren t.ex. förstå hur människor resonerar och reagerar. Målet är att hitta ett mönster eller förstå något (27).

I detta projekt deltog tre stycken boendepersonal med samma yrkesfunktion verksamma på ett boende för individer med schizofreni, varav två män och en kvinna. Författarna intervjuade deltagarna genom en fokusgrupp. Intervjun utfördes med stöd av en intervjuguide. Material från intervjun kom senare att analyseras med hjälp av innehållsanalys.

### **Urval**

I detta projekt var inklusionskriterierna boendepersonal vilka arbetar på boende för individer med schizofreni i Göteborg. Krav på utbildning eller hur länge personalen har arbetat på boendet har inte ställts. I detta projekt valde författarna ett boende i kommunal regi. Kontakt togs endast med detta boende och inga ytterligare. Inga ytterligare inklusionskriterier fanns.

I projektet skickades ett informationsbrev till boendets enhetschef via email. Detta följdes sedan upp med ett telefonsamtal till berörd enhetschef där ytterligare information om projektets syfte gavs. Enhetschefen valde sedan ut tre stycken personer från personalgruppen att delta i projektet. Vi valde att låta enhetschefen ta ansvar för detta urval. Enhetschefen informerade även personalgruppen om projektets syfte. Kontakt togs sedan med en av de tre deltagarna för att bestämma tid och plats för intervju. Vid detta samtal gavs deltagarna möjlighet att ställa frågor.

## **Datainsamling**

Vi valde i detta projekt att använda oss av en fokusgruppintervju. Fokusgrupp kan ses som en gruppintervju men alla gruppintervjuer är inte fokusgrupper. Det finns de som betraktar de flesta gruppintervjuer som varianter av fokusgrupper medan andra menar att fokusgrupper är en smalare teknik som inte bör blandas ihop med andra gruppintervjuer. Fokusgrupp som metod kan användas för att studera gruppmedlemmars åsikter, tankar och uppfattningar. Metoden kan även användas för att undersöka människors uppfattning och tankar om ämnen som kan vara komplexa och svåra för en lekman att förstå sig på. Genom en fokusgrupp kan deltagarna ställa frågor till varandra och tillsammans utveckla sina tankegångar. Komplexa begrepp kan vara svårt att redogöra för individuellt varför intervju i grupp kan vara gynnsamt för att nå ökad förståelse för hur människor uppfattar begreppet (28).

Deltagarna i projektet var tre till antalet, två män och en kvinna med samma yrkesfunktion i åldrarna 24-46 år, och alla arbetandes på ett boende för individer med schizofreni. Vid intervjutillfället fick deltagarna information både skriftligt och muntligt, samt skriva på samtyckesformulär, se bilaga 1. Intervjun i detta projekt genomfördes i boendets samtalsrum vilket boendepersonal själv valt. Intervjun som varade i 30 minuter spelades in med hjälp av en iPad. Vid intervjutillfället deltog författarna som moderator och observatör. Deltagarna informerades både skriftligt och muntligt om frivilligt deltagande och att de när som helst under intervjun kan avbryta. Denna intervju baserades på tolv stycken öppna frågor, se bilaga 2. Vid ett tillfälle gjordes ett klagörande för deltagarna då de upplevde att de inte förstod frågan.

## **Dataanalys**

Vi har valt att analysera vår intervju utifrån kvalitativ innehållsanalys. Intervjuerna lästes igenom i sin helhet upprepade gånger och transkriberades sedan skriven text. Materialet kom sedan att delas in i meningsenheter, som innehåller information som är intressant för frågeställningen. Omgivande text tas med för att sammanhanget skall kvarstå. Meningsenheterna kondenserades sedan med syftet att korta ner texten men samtidigt behålla hela centrala betydelsen. Det kondenserade materialet resulterade i flera olika teman. Slutligen skrevs resultatet samman utifrån de teman som framkommit i analysen (29,30). Se bilaga 3 för analysförfarande.

## **Forskningsetiska aspekter**

Detta projekt genomförs enligt riktlinjerna från Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs Universitet (31). Deltagandet är frivilligt och boendepersonalen kan när som helst välja att avbryta utan att det medför några negativa följder. Alla som deltar i projektet aidentifieras. Personuppgifter och material förvaras oåtkomligt för utomstående och deltagarna är aidentifierade i materialet för att de inte skall kunna identifieras av utomstående. Det insamlade materialet har endast använts till projektets syfte och kommer att förvaras oåtkomligt för utomstående (32). Då detta projekt sker inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå behöver den inte något godkännande från den etiska nämnden (33).

Författarna tänker att det är möjligt att deltagarna i projektet kan ha upplevt eget kunskapstvivel kring det som berör socialt stöd, vad de faktiskt gör. Att de satt tre personer tillsammans kan bidra till ökad trygghet, samtidigt som det kan leda till att alla deltagare inte vågar uttrycka sin tanke. Då deltagarna är tre till antalet och arbetsgruppen inte är stor kan det vara lätt för kollegor och chefer och identifiera vem som sagt vad under intervjun.

## RESULTAT

Resultatet bygger på en gruppintervju/fokusgrupp med tre personal på ett boende för personer med schizofreni. De frågor som ställdes vid intervjutillfället var av öppen karaktär och handlade om boendepersonalens uppfattningar av socialt stöd. Här följer de teman som framkom i resultatet; Att ge ett mångfacetterat stöd, att ersätta roller och nätverk som de boende saknar, att ha en önskan om att kunna aktivera, att vilja stödja men inte uppleva sig ha möjlighet och att se resultat av socialt stöd kan vara svårt.

### **Att ge ett mångfacetterat stöd**

Boendepersonalen talade kring socialt stöd. För dem handlar socialt stöd om en mängd olika insatser som t.ex. medicinutdelning, dagliga samtal och socialt umgänge. Socialt stöd kunde också handla om hjälp med praktiska saker, som t.ex. gå ut och handla och sitta och prata med de boende. Det sociala stödet kunde också ta sig uttryck genom att fylla upp där det finns brister och att skapa trygghet för de boende. En tanke som en boendepersonal uttryckte var att socialt stöd kunde handla om i princip allt som boendepersonalen gör i sitt dagliga arbete.

*”- Det ju är allt egentligen, alltså vi träffar dem under dygnets alla timmar egentligen.”*

För boendepersonalen kunde socialt stöd handla om att finnas där, vara tillgängliga för de boende och att finnas till hands. De talar om närvaro som ett stöd och att det handlar om att fysiskt vara närvarande, inte behöva säga så mycket utan just bara vara där.

### **Att ersätta roller och nätverk som de boende saknar**

Boendepersonalen talade om sina olika roller i mötet med de boende. För dem kunde det handla om att ersätta de olika roller som de upplevde att de boende saknade. Rollerna kunde handla om att överta vuxenroll och att samtidigt vara en kompis eller förälder.

Boendepersonalen tog upp det komplexa i att överta roller för de boende, de vill inte frånta ansvar och de skall samtidigt inte kränka den boende eller behandla dem som barn. En boendepersonal beskriver svårighet med att inta de olika roller som mötet med de boende innebär. För denna person var det viktigt att bevara sin roll som personal.

Boendepersonalen ger nedan uttryck för det svåra i deras upplevelse kring rollfördelning mellan dem och de boende, att det finns tydliga roller dem emellan.

*”- Ibland får man vara lite kompis och ibland förälder åt dem. Säkert många andra roller med.”*

### **Att ha en önskan om att kunna aktivera**

Boendepersonalen önskar att alla boende skulle ha möjlighet till arbete eller sysselsättning. Detta för att de boende skall få alla fördelar som ett arbete medför. Boendepersonalen uttrycker vikten av att fånga upp kommentarer, att vara lyhörd, för vad de boende säger att de vill sysselsätta sig med. Boendepersonalen uttrycker att det är viktigt att de fångar upp detta i stunden medan den boende fortfarande vill.

Boendepersonalen kan uppleva de boende som sväromotiverade samtidigt som det är viktigt att se det positiva hos de boende, att se möjligheterna. Boendepersonalen uttrycker att det är av värde att uppmuntra de boende så att de inte tappar hopp och motivation.

*”- Att man kan fångar upp de här kommentarerna som kommer upp ibland och tar tag i dem. Är det något de vill göra, något de vill sysselsätta sig eller nått va. Att man försöker grabba tag i dem.”*

### **Att vilja stödja men inte uppleva sig ha möjlighet**

Boendepersonalen ger uttryck för att ibland vilja ha mer befogenheter för att kunna gå in och stödja de boende som inte direkt har en önskan om hjälp. De ger även uttryck för att de skulle vilja vara mer aktiva i sin stödjande roll. Boendepersonalen vill arbeta för att utveckla de boende, men ibland handlar arbetet som personalen uttrycker det om att upprätthålla den boendes funktioner. De önskar även att det fanns mer resurser att kunna direkt stödja och möta de boendes önskemål. De har en erfarenhet av att de boende tröttnar när det går för lång tid till beslut.

Boendepersonalen upplevde svårigheter i sin roll, att vilja vara mer aktiv men inte uppleva sig kunna utifrån sin stödjande roll. De upplevde att gränsen vad de får och inte får göra är klar. Svårigheten kan vara att se de boendes behov men inte kunna träda över gränsen.

*”- Gränsen är ofta väldigt klar med vad vi får och inte får göra. Nej men man vill gärna träda över den gränsen ibland för att man ser att någon har ett behov.”*

### **Att se resultat av socialt stöd kan vara svårt**

Boendepersonalen framhåller att det kan vara svårt att se resultat av socialt stöd. De talar dock om att resultat av socialt stöd kan vara att det fungerar för de boende i det dagliga livet. Ett annat resultat av det sociala stöd som boendepersonalen ger kan vara att de upplever att boende kommer till dem i situationer när de boende känner sig otrygga. Boendepersonalen talar om att de har skapat ett förtroende för de boende, och detta skulle kunna ses som ett resultat av socialt stöd. Boendepersonalen upplever att deras arbete inte alltid är mätbart vilket de upplever problematiskt. De upplever det svårt att synliggöra deras arbete för arbetsgivaren. Deras arbete kan inte heller mätas i statistiken. Boendepersonalen talar om att det stöd de förmedlar kan resultera i färre återinläggningar i slutenvården vilket citat nedan understryker.

*”- Hade de inte haft det stödet hade de säkert åkt in oftare på slutenvården.”*

Nedan skildras hur en av diskussionerna mellan de tre som intervjuades tog sig uttryck kring frågan hur de ser resultat av det sociala stödet de ger;

*”- Resultatet är svårt att säga men att det funkar för dem så, så bra det går. Det är det som är...”*

*- Sen kan man aldrig veta heller men. Hade de inte haft det stödet hade de säkert åkt in oftare på slutenvården. Men det är inget man kan säga med säkerhet men... gissa.*

*- I ett längre perspektiv kan man ju känna att det är lite nedslående att de framsteg de gör är väldigt få och små...men de finns där. Men å andra sidan har vi ju bara en habiliterande funktion. Känns lite ibland som att vi arbetar mot en vägg. Det händer ingenting direkt men man bibehåller det de har. Det får man vara nöjd med många gånger.”*

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**



Resultatet i detta projekt bygger på en gruppdiskussion och är inte tillräckligt för att kunna generalisera utifrån intervjuresultatet. Det som framkommer i resultatet är dock erfarenheter som finns hos boendepersonalen och genom att gå vidare med fler grupper har vi möjlighet att få än mer ökad kunskap/förståelse inom området. Detta är en fördel med kvalitativ metod då den kan hjälpa till att ge värdefulla uppslag för framtida forskning.

I detta projekt valdes en kvalitativ metod som vi tänker var lämplig då vi hade för avsikt att få ökad kunskap och förståelse kring hur boendepersonalen uppfattar socialt stöd och vad det innebär för dem i mötet med de boende. Vår utgångspunkt var att använda oss av en så kallad fokusgrupp.

Vi har som tidigare nämnt upplevt svårigheter att finna relevant forskning kring problemområdet. I ett försök att närma oss problemområdet har det varit aktuellt att titta på vald artikels referens i syfte att finna ytterligare relevanta artiklar. Vi har valt bort artiklar som haft mer fokus på familjestöd, psykoedukation och artiklar som inte haft fokus på schizofreni utan handlat om annan psykiatrisk sjukdom, t.ex. beroende och affektiva sjukdomar, och detta val gjordes utifrån möjlighet till avgränsning. Merparten av artiklarna är utifrån ett patientperspektiv och författarna upplevde svårigheter att finna artiklar ur ett personalperspektiv varför artiklar i bakgrund främst är ur patientperspektiv. Även artiklar som figurerat som referenser i kursböcker har följts upp och bearbetats.

Fokusgrupp är en metod och forskningsteknik som innebär att samla in data genom gruppinteraktion runt ett ämne som bestäms av forskaren. Fokusgrupp innebär även att ämnet som diskuteras i gruppen är förutbestämt av forskaren. Det finns olika åsikter kring huruvida fokusgrupper skall skiljas från andra typer av gruppintervjuer. Det finns de som betraktar de flesta gruppintervjuer som typer av fokusgrupper medan andra menar att fokusgrupp inte skall blandas ihop med andra gruppintervjuer. Fokusgrupper har använts för att undersöka människors uppfattning kring komplexa ämnen. I fokusgruppen kan deltagarna ställa frågor till varandra och gemensamt utveckla sina tankegångar (28).

Att genomföra en gruppintervju kan medföra speciella problem. Gruppen får inte vara för stor men samtidigt inte för liten, runt fem personer brukar vara lagom. Fördelen med gruppintervju kan vara att det blir en aktiv diskussion och det kan komma fram idéer som inte hade kommit fram i en enskild intervju. En risk är att någon eller några personer tar över samtalen. Det finns även risk att grupptrycket påverkar den enskilde att svara och tycka som resten av gruppen. Gruppintervjuer bör därför inte användas för att få fram åsikter och attityder utan lämpar sig bättre om forskaren vill ha fram erfarenheter och skapa idéer. En fara med gruppintervju kan vara att de tystlåtna inte kommer till tals lika lätt som de mer språksamma. Nackdelarna med fokusgruppsintervju kan vara att gruppdeltagarna påverkar varandra. Det föreligger även risk att deltagarna inte uttrycker vad de egentligen tycker eller tänker. Ett etiskt problem som kan uppstå vid gruppintervju handlar om tystnadsplikt. Intervjuaren har tystnadsplikt men det har inte deltagarna och därmed kan sådant som blivit sagt under intervjun komma att läcka ut och användas mot en enskild individ senare i ett annat sammanhang (27).

Innan vi genomförde detta projekt diskuterade vi kring valet att intervjua enskilt eller i grupp. Vår tanke och förhoppning med gruppintervju var att deltagarna tillsammans skulle få resonera kring vad socialt stöd innebär för dem och på så sätt få fler perspektiv på sin förståelse. Vi upplever att val av gruppintervju var gynnsamt genom att deltagarna delvis tillsammans talade kring ämnet och de frågor vi sökte svar på och att de tillsammans kunde utveckla sina tankegångar. Dock inte i den utsträckning som vi hade hoppats på. Vid

fokusgrupp kan särskilt intresse riktas kring att analysera själva gruppinteraktionen vilket författarna i detta projekt inte hade för avsikt eller gjort. Vi lämnar dock utrymme för att gruppintervjun kan haft negativ inverkan på deltagare utifrån rädsla inför övriga deltagare att uttrycka sig och att detta haft viss inverkan på resultat av intervjun.

Vi kan idag tänka att vi kunde varit bättre på att följa upp med följdfrågor under intervjun med boendepersonalen för att få än mer utförliga svar. Vi kunde då fått än djupare innebörder och aspekter kring socialt stöd. Vi lämnar också utrymme för att fyra deltagare kanske vore mer gynnsamt genom att vi då kunnat få ett bredare svarsunderlag.

För att tolka materialet som framkom i projektet valde vi att använda oss av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman. Ur analysen framkommer det manifesta innehållet genom meningsbärande enheter, kondensering och citat. Det latenta innehållet lyfts fram genom de innebörder vi skapat (30). Fördelen med kvalitativ innehållsanalys är att metoden kan anpassas både till olika syften, till datamaterial av olika kvalitet och till forskarens kunskap och erfarenhet (29). En fördel med en kvalitativ studie är att resultatet ger ett mer djup än t.ex. vid en kvantitativ enkätstudie.

Det är viktigt att platsen för intervjun är en avskild plats där det finns få störande moment. Den intervjuade måste känna sig trygg i miljön. Det är bra om de som blir intervjuad får välja en plats där de känner sig trygga. På deras arbetsplats finns det störande moment men det är deras hemmaplan. På intervjuarens kontor är intervjuarens i överläge och därför är det inte heller lämpligt (27).

Boendet valdes utifrån att det uppfyllde kriterierna med att arbeta med individer med schizofreni. Det urval som gjordes när det gäller vilka som deltog i projektet stod boendechefen för och det är för författarna inte helt klart hur denna urvalsprocess gick till. Tre personer valdes ut att delta i projektet, två män och en kvinna. Alla tre hade samma funktion på boendet som boendepersonal, vilket även var ett önskemål från författarnas sida. Deltagarna fick själv välja var intervjun skulle äga rum för att de skall känna sig så trygga som möjligt. Intervjun ägde rum på boendet i ett samtalsrum där intervjun kunde pågå ostört.

Validitet (trovärdighet) handlar om huruvida man verkligen studerat det man sagt sig vilja studera. En fara kring trovärdigheten i en fokusgrupp är om deltagarna inte säger vad de tänker utifrån gruppptryck eller andra upplevda hot. Det kan också handla om att gruppmedlemmarna indirekt försöker påverka gruppens övriga deltagare genom att överdriva eller övertyga de andra genom en viss åsikt. Ibland uttrycker gruppmedlemmarna endast det som är socialt "accepterat". Annat som kan påverka trovärdigheten är miljön där intervjun äger rum och gruppens sammansättning. Det handlar om hur "öppen och trygg" gruppen är, att motverka risk för gruppptryck och att deltagarna får möjlighet att uttrycka det som de vill samt tidsaspekt för gruppintervjun. Annat som även kan påverka validiteten är moderatorns ålder, kön och konfidentialitet (28).

Ett sätt att öka reliabiliteten vid fokusgrupper är att samma moderator får leda alla fokusgrupper som ingår i en studie (28). Vår förhoppning är att citat vi använt oss av i denna studie kan ha bidragit med stärkt reliabilitet och validitet (29). Genom fler fokusgrupper i en fullskalig studie tänker vi att tillförlitligheten kan komma att öka.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med detta projekt var att belysa uppfattningar om socialt stöd hos personal på ett boende med särskild service för individer med schizofreni. Vi har upplevt svårigheter i att

finna omvårdnadsforskning kopplat till vårt resultat och i synnerhet utifrån ett personalperspektiv. Den forskning vi funnit har framförallt handlat om koppling mellan individer med schizofreni och socialt stöd.

Ur analysen framkom fem teman: Att ge ett mångfacetterat stöd, att ersätta roller och nätverk som de boende saknar, att ha en önskan om att kunna aktivera, att vilja stödja men inte uppleva sig ha möjlighet och att se resultat av socialt stöd kan vara svårt. Det finns ett par teman i resultatet som pekar på vad socialt stöd innebär för boendepersonalen i deras dagliga arbete och hur de ser resultat av det stöd som de ger. Ett tema handlar om att ersätta roller. De övriga två teman i resultatet beskriver boendepersonalens upplevda hinder och vad de upplever som problematiskt i sitt stödjande arbete.

Resultatet i vårt projekt visar att socialt stöd för boendepersonalen innebär en mängd olika insatser, t.ex. socialt umgänge, dagliga samtal, medicindelning och aspekter kring trygghet och tillgänglighet. I en studie av Eack, Newhill, Anderson och Rotondi påvisas att individer som har fler tillgodosedda behov och mer socialt stöd även har högre livskvalitet. De menar att då dagens läkemedel är så pass effektiva att ta bort symtom bör de som arbetar med individer med schizofreni lägga stor vikt vid att tillgodose behov och sociala stöd. Denna studie visar på hur viktigt de tillgodosedda behoven och socialt stöd är för att individer med schizofreni skall kunna komma tillbaka till samhället igen (22).

Boendepersonalen talar om att möta de boende i olika roller. För boendepersonalen kan rollerna ta sig uttryck som t.ex. förälder-, vuxen- och kompisroll. I behandlarrollen tar boendepersonalen upp svårigheter kring att motivera och uppmuntra de boende i det dagliga livet. Browne och Courtney visar i sin studie att individer med schizofreni blir starkt påverkade i deras sociala relationer. De har svårigheter med att upprätthålla gamla relationer och svårt att skapa nya vilket gör att många individer känner sig ensamma. Men om dessa individer får positiva och stödjande relationer så ökar det livskvalitén. Dessutom visar det sig att positiva relationer till andra individer minskar risken för återinläggning inom slutenvården (34).

Boendepersonalen önskar att alla boende skulle ha möjlighet till arbete och sysselsättning. De talar om att det är viktigt att vara lyhörd för vad de boende vill aktivera sig med. Att ha ett arbete innebär inte bara för individen att denne kan försörja sig utan ger även individen möjlighet att tillhöra en grupp. Detta kan spela stor roll för en persons självkänsla och identitet. Det viktigt att individer med schizofreni får den hjälp och det stöd som behövs för att kunna gå ut i arbetslivet. Alla individer är inte intresserade eller tillräckligt motiverade för att kunna gå ut i det reguljära arbetslivet men då skall dessa individer istället erbjudas någon annan sysselsättning (35). En australiensisk studie av Clinton, Lunney, Edwards, Weir och Barr visar att många individer med schizofreni saknar någon meningsfull daglig sysselsättning och de saknar även meningsfulla fritidssysselsättningar (19). Den sysselsättning och det arbete som erbjuds om det beviljas via socialtjänst skall vara anpassat just till den enskilde individen (35). En studie av Browne och Courtney visar att individer med schizofreni som bor på ett boende har mindre möjlighet till daglig aktivitet, ett meningsfullt arbete och dessutom mindre socialt stöd än de individer som bor i egen bostad. I diskussionen skriver de om huruvida denna kombination kan leda till att dessa individer försämras i sin psykiska hälsa och därmed behöver läggas in i slutenvården (20).

Arbete eller meningsfull daglig sysselsättning ses som central i rehabiliteringen för individer med psykiska funktionshinder. Ur ett samhällsperspektiv bidrar bristen på arbete till en social marginalisering och förhindrar integration av de här individerna i samhället. Ett arbete kan

medföra långsiktiga förbättringar hos individen i avseende psykiatriska symptom, motverka återfall i sjukdom samt bidra till ökad självkänsla och livskvalitet (3).

Människan kan påverka sin hälsa genom olika för individen meningsfulla aktiviteter i vardagslivet och detta gäller inte minst individer med psykiska funktionshinder. Alla människor har behov av och rätt till meningsfull daglig sysselsättning. De flesta individer med psykiskt funktionshinder önskar ha ett lönearbete men få har det. De individer med psykiska funktionshinder som har ett arbete tycks ha en bättre situation vad det gäller psykiska symptom, hälsa och välbefinnande. Anledningen till detta kan tänkas vara att de positiva faktorer som ett lönearbete medför som kontakt med arbetskamrater, struktur i vardagen samt status. Det kan även tänkas att ett arbete medför rutiner vilka kan ha god inverkan på individens övriga liv (8).

Boendepersonalen upplever konflikt i att vilja stödja de boende i det de upplever att de boende är i behov av men att de samtidigt inte kan gå emot de boendes egen vilja och önskan. Boendepersonalen ger även uttryck för viljan av att vara mer aktiv och stödjande i sin behandlarroll. Det är väsentligt för individer med schizofreni att det hamnar på ett boende som stöttar deras behov på bästa sätt och detta för att individerna skall kunna och vilja bo kvar. Om de klarar av att bo på ett och samma ställe under en längre tid så är sannolikheten större att de kan skapa stödjande sociala relationer och även använda dessa för att bibehålla sin hälsa (21). Individer med psykiska funktionshinder vill ha personal tillgänglig vid behov både dag och natt för att ha tillgång till hjälp i olika typer av besvärliga situationer, hjälp med medicinering och andra hushållsgöromål. Individer med psykiska funktionshinder efterfrågar även en boendeform som tillfredsställer grundläggande behov som avskildhet, mat och ett boende som inte är allt för ekonomiskt betungande. De efterfrågar även möjlighet till social interaktion och gemenskap (8).

Boendepersonalen upplever resultat av det sociala stöd som de ger genom att det fungerar för de boende i deras dagliga liv, att deras tillgänglighet också skapar ökad trygghet och förtroende hos de boende. Boendepersonalen talar om att det stöd de ger kan motverka återinläggning inom slutenvården. I en studie av Graeme Browne och Courtney framkommer att individer med schizofreni på ett boende upplevde brist på socialt stöd, dagliga aktiviteter och ett meningsfullt arbete. Författarna till denna artikel ställer sig undrande kring om brist på socialt stöd och meningsfull verksamhet kan vara kopplat till försämring och återinläggning. De ställer sig också frågan om bristande socialt stöd och meningsfull aktivitet påverkar de här individernas psykiska hälsa och ökar behovet för återinläggning på sjukhus (20). I en annan studie av Browne och Courtney framkommer vinsterna för individer med schizofreni genom goda stödjande relationer. Författarna i denna artikel skriver att det finns stöd i forskningen för att individer med schizofreni som har stödjande sociala relationer har bättre livskvalitet, färre symptom och färre återinläggningar på sjukhus. Det framkommer även i denna artikel att det är betydelsefullt för boenden att skapa trygghet, då det ligger grund för att individerna skall kunna utveckla stödjande och sociala relationer (21).

I en studie framkommer vad de boende anser är viktigt i relationen till stödpersonalen. Av flera faktorer framkom bland annat trygghet som viktigt för de boende, att kunna känna tillit och att känna stöd och att stödpersonalen är tillgängliga. En annan faktor som ansågs viktig hos de boende var att få stöd, styrka och att kunna växa (36).

Individer vilka bor på ett boende med hög omsorgsnivå skall inte behöva vårdas inom slutenvården förutom vid speciella omständigheter som medicininställning och utredning. Om

en individ med hög omsorgsnivå ändå vistats inom slutenvården återkommande och länge kan man anta att de insatser som ges ute i samhället inte fungerar tillfredställande. Att behöva vårdas inom slutenvården medför bland annat att individen inte kan delta i samhället som andra. Bristande vård och omsorg kan få betydande och svåra konsekvenser för individen. Utifrån ett samhällsperspektiv kan det antas att hög omsorgsnivå och samtidig slutenvård medför höga kostnader, i vissa fall i mångmiljonklassen. Höga kostnader i sig för omsorg är och kan vara motiverat genom att individen får ett så välfungerande liv som möjligt. Det som dock inte fungerar och som medför höga kostnader måste däremot diskuteras (37).

## **SLUTSATS**

Ur analysen framkom fem teman. Två teman i resultatet pekar på vad socialt stöd innebär för boendepersonalen i deras dagliga arbete och hur de ser resultat av det stöd som de ger. Ett tema handlar om att ersätta roller. Övriga två teman i resultatet beskriver boendepersonalens upplevda hinder och vad de upplever som problematiskt i sitt stödjande arbete.

Socialt stöd för boendepersonalen kan handla om insatser som t.ex. medicinutdelning, dagliga samtal, socialt umgänge men också om att skapa trygghet. Boendepersonalen talade om sina olika roller i mötet med de boende. För dem kunde det handla om att ersätta de olika roller som de upplevde att de boende saknade. Rollerna kunde handla om att överta vuxenroll och att samtidigt vara en kompis eller förälder. Boendepersonalen talade om det komplexa i att överta roller för de boende. De vill inte frånta ansvar, inte kränka eller behandla de boende som barn.

Boendepersonalen talar om att vara mer aktiva i sin stödjande roll samt om viljan att utveckla de boende. De önskar även mer resurser och befogenheter för att kunna stödja de boende. Boendepersonalen önskar att alla de boende skulle ha möjlighet till arbete eller sysselsättning. De talar om att se resultat av sitt stödjande arbete genom att det fungerar för de boende i deras dagliga liv, om trygghet och förtroende hos de boende och att stödet kan bidra till att motverka återinläggning. Boendepersonalen upplever samtidigt att det kan vara svårt att se resultat av sitt stödjande arbete då det inte är mätbart eller kan synliggöras för arbetsgivaren.

Detta projekt visar på vad socialt stöd innebär för boendepersonalen i deras dagliga arbete, samt boendepersonalens olika insatser för de boende. Resultatet belyser också boendepersonalens uppfattningar kring det komplexa de upplever i att stödja de boende, om att inta olika stödjande roller och om viljan att stödja men också om upplevda hinder. Projektet pekar också på hur boendepersonalen upplever resultat av det stöd som de ger.

Vår förhoppning är att denna studie kan bidra med ytterligare kunskap och diskussion kring boendepersonalens arbete och uppdrag kring att stödja de boende. Vi hoppas också att projektet kan bidra med att synliggöra och lyfta boendepersonalens upplevda svårigheter och vad de finner som problematiskt och komplext kring att stödja de boende. Ytterligare projekt kring boendepersonalens uppfattningar om sin stödjande roll tänker vi kan medföra såväl kunskap som att synliggöra områden för vidare utveckling och förhållningssätt.

## REFERENSLISTA

1. Socialstyrelsen. Det är mitt hem : vägledning om boende och boendestöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
2. Wiklund L. Vårdvetenskap i klinisk praxis. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
3. Socialstyrelsen. Psykosociala insatsers effekter för personer med psykiska funktionshinder - En kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
4. Bergstrand BO. Socialtjänstlagen 2011. Höganäs: Komlitt; 2011.
5. Wolmesjö M, Zanderin L. LSS : regelsystem, implementering och realitet. Lund: Studentlitteratur; 2009.
6. Göteborgs Stad. Bostäder för personer med funktionsnedsättning. [updated 2011-06-07; cited 2012-03-05]; Available from: <http://www.goteborg.se>.
7. Herlofson J, Ekselius L. Psykiatri. 1. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2009.
8. Brunt D, Hansson L. Att leva med psykiska funktionshinder : livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Lund: Studentlitteratur; 2005.
9. Haglund B, Svanström L. Samhällsmedicin : en introduktion. 2., helt omarb. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 1995.
10. Skärsäter I, Arvidsson B. Psykiatrisk omvårdnad : att stödja hälsofrämjande processer. Lund: Studentlitteratur; 2006.
11. Rydén O, Stenström U. Hälsopsykologi : psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom. 3. uppl. ed. Stockholm: Bonnier Utbildning; 2008.
12. Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of psychiatric nursing. 8. ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2005.
13. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychomatic Medicin, 1976;38:300-314.
14. Cullberg J, Stefansson CG, Wennersten E. Psychiatry in low status dwelling areas. Psychiatry and Social Science, 1981;1:117-123.
15. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. Psychological Bulletin. 1996;119:488-531.
16. Rosengren A, Orth-Gomer K, Wedel H, Wilhelmsen L. Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. British Medical Journal, 1993;307:1102-1105.

17. Wortman CB. Conceptual and methodological issues in the study of social support. *Handbook of psychology and health*, 1997;5:63-108.
18. Brickman P, Rabinowitz BC, Karuza J, Cohn E, Kidder L. Models of helping and coping. *American Psychologist*, 1982;37:368-384.
19. Clinton M, Lunney P, Edwards H, Weir D, Barr J. Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;27(5):955-65.
20. Browne G, Courtney M. Measuring the impact of housing on people with schizophrenia. *Nursing & Health Sciences*. 2004;6(1):37-44.
21. Browne G, Courtney M. Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing*. 2005;26(3):311-26.
22. Eack SM, Newhill CE, Anderson CM, Rotondi AJ. Quality of life for persons living with schizophrenia: more than just symptoms. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2007;30(3):219-22. Epub 2007/02/03.
23. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999;34(10):513-8.
24. Freeman A, Malone J, Hunt GE. A statewide survey of high-support services for people with chronic mental illness: assessment of needs for care, level of functioning and satisfaction. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2004;38(10):811-8. Epub 2004/09/17.
25. Weiner A, Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Baloush-Kleinman V, Maoz H, Yanos P. Housing Model for Persons with Serious Mental Illness Moderates the Relation Between Loneliness and Quality of Life. *Community Mental Health Journal*. 2010;46(4):389-97.
26. Brunt D. Supported housing in the community for persons with severe mental illness : psychosocial environment, needs, quality of life and social network. Lund: University; 2002.
27. Trost J. Kvalitativa intervjuer. 4. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2010.
28. Wibeck V. Fokusgrupper : om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. 2., uppdaterade och utök. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2010.
29. Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 1. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2008.
30. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12. Epub 2004/02/11.

31. Göteborgs Universitet. Riktlinjerna - Examensarbete avancerad nivå (magister). In: Hälsa IfVo, editor. Göteborg; 2009.
32. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer - inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [www.vr.se](http://www.vr.se): Vetenskapsrådet; 2002 [cited 2012-03-01]; Available from: [http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska\\_principer\\_tf\\_2002.pdf](http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_principer_tf_2002.pdf).
33. Regeringen. Vissa etikprövningsfrågor m.m. Utbildningsdepartementet, editor. 2007.
34. Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007;16(2):73-80.
35. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
36. Rask M. Vårdande/stödande handlingar inom kommunala boenden för personer med psykiska funktionshinder: En studie av boendes och personals perspektiv i fem kommuner. Växjö: 2007.
37. Goulding A, Abrams D. Personer med komplicerade vård- och omsorgsbehov på grund av psykiska funktionshinder. Svårigheter och lösningar gällande vård- och omsorgsinsatser. Göteborg: Psykologiska institutionen, 2009.



## Bilaga 1



### GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

## FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

**Till dig som fått frågan om att delta i studien ”Boendepersonalens erfarenheter om socialt stöd för individer med schizofreni”**

### Studiens bakgrund

Individer med psykiska funktionshinder har omfattande behov av vård, stöd och behandling. Utöver de grundläggande fysiska, psykiska, sociala och andliga behov som vi människor har, kan individer med psykiska funktionshinder därför ha särskilda behov. Omfattningen av behov och stöd kan vara av sådan art att individen bor på ett särskilt boende där sådant stöd ges av personal. Den form av stöd vi har valt att fokusera på i denna studie är det sociala stödet.

Syftet med denna studie är att belysa boendepersonalens uppfattningar om socialt stöd för individer med schizofreni som bor på ett särskilt boende. Hur ser personalen på detta, vad gör de och vad önskar de att de skulle kunna göra, vad får de göra respektive inte göra? Genom att samtala med boendepersonalen vill vi höra om deras uppfattningar/erfarenheter av vad socialt stöd innebär i deras dagliga arbete med de boende.

### Studiens genomförande

Vi vänder oss till personal på boendet Björken för denna studie med förfrågan om deltagande i en gruppintervju. Vi har vänt oss till din chef som muntligt gett dig information om undersökningen. Om du samtycker till att delta kommer du att tillsammans med två personer från din arbetsplats delta i ett samtal kring socialt stöd för personer med schizofreni som bor på särskilt boende i syfte att få ta del av era erfarenheter.

Samtalet kommer pågå under ungefär 60 minuter och ljudinspelas. Materialet från intervjuerna kommer att bearbetas och analyseras. Du väljer själv vad du vill berätta och vad du inte vill berätta. Resultatet kommer att publiceras som ett examensarbete vid Göteborgs universitet. Data från studien kommer inte kunna härledas till enskild studiedeltagare. Materialet kommer att behandlas så att ingen obehörig kan ta del av det. Om det uppstår funderingar efter intervju så kontakta ansvariga för studien.

### Frivillighet

Deltagande i detta projekt är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan särskild förklaring. Ingen ekonomisk ersättning utgår till deltagarna.

För ytterligare information om projektet kontakta gärna någon av undertecknade.

### Ansvariga för studien

Linus Rendmar Leg. Sjuksköterska  
BUP akuten, Avd 338  
Tel 031-343 55 42, Mobil: 0702-13 32 85  
[Linus.rendmar@vgregion.se](mailto:Linus.rendmar@vgregion.se)

Daniel Johansson Leg. Sjuksköterska  
Psykos öppenvård Hisingen  
Tel: 031-65 31 48, Mobil: 073- 381 50 10  
[daniel.la.johansson@vgregion.se](mailto:daniel.la.johansson@vgregion.se)

**Handledare:** Joakim Öhlen, leg.sjuksköterska, Professor  
Inst. Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs universitet  
Tel: 031-786 10 00  
[Joakim.Ohlen@fhs.gu.se](mailto:Joakim.Ohlen@fhs.gu.se)

## **Bilaga 1**

### **Samtyckesformulär**

Jag har tagit del av information om studien boendepersonalens uppfattning om socialt stöd för de individer med schizofreni som bor ett särskilt boende.

Jag har haft möjlighet att ställa frågor om studien och få dessa besvarade. Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Jag samtycker till att delta i studien.

---

Ort och Datum

---

Namnunderskrift

---

Namnförtydligande

## Bilaga 2

# Intervjuguide

### **Boendepersonalens erfarenheter/uppfattningar om socialt stöd för individer med schizofreni**

1. Vad innebär socialt stöd för er i mötet med de boende?
2. Vad skulle socialt stöd kunna vara mer?
3. Vad är socialt stöd inte? Nått som inte är socialt stöd?
4. Kan ni ge exempel på hur det sociala stödet tar sig i uttryck, i vilka situationer ger ni socialt stöd?
5. Av det sociala stödet ni ger till de boende – är det något socialt stöd ni ger mer av än något annat?
6. Hur ser ni på resultatet av det sociala stödet ni ger?
7. Vad tänker ni är det optimala sociala stödet ni ger?
8. Hur har ni förstått ert uppdrag till att ge socialt stöd?
9. Hur ser arbetsgivare på ert uppdrag kring socialt stöd?
10. Vilken nytta/effekt tänker ni att det sociala stöd ni ger har? Hur ser ni/märker ni av detta resultat?
11. Är det något ni tänker att vi borde ha frågat er om som har med socialt stöd att göra?
12. Hur blev samtalet för er?

### Bilaga 3

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserade meningsenheter</b>	<b>Innebörd</b>
Det ju är allt egentligen, alltså vi träffar dem under dygnets alla timmar egentligen.	Det är ju allt.  under dygnets alla timmar.	Att ge ett mångfacetterat stöd
Så det är ju alltså pågående samtal dagligen.	samtal dagligen	Att ge ett mångfacetterat stöd
Så tänker jag också, att man ersätter de roller som de saknar i sitt sociala nätverk.	Ersätta de roller som de boende saknar	Att ersätta roller och nätverk som boenden saknar
Viktigt att försöka ha kvar det här liksom att vi är personal, fast det glider ju lite över vartannat men Det är ändå viktigt.	Att vi är personal.	Att ersätta roller och nätverk som boenden saknar