

Ett lärande verktyg

- Hur patienter med egentlig depression och vårdpersonal erfar och använder portfoliomethoden inom psykiatrisk öppenvård

Håkan Nunstedt

Göteborg 2011

COPYRIGHT © Håkan Nunstedt
ISBN 978-91-628-8214-3

Printed in Sweden by Intellecta Infolog AB, Västra Frölunda 2011

portfolio är tankens fönster och handlingens spegel

Ellmin & Ellmin, 2000

Abstract

Major depressive disorder is an increasing problem in society. In recovery from major depression, the patient's own abilities, such as control, understanding, and management of depression, play an important role. The portfolio method focuses on those abilities and the patient's learning, understanding, and responsibility. The aim of this thesis was to follow and describe how patients with major depression and health care staff experience and use the portfolio method in psychiatric outpatient care and to follow and describe patient health for the duration of the study. An action research design allowed the portfolio method to be put into practice, and the study was conducted between April 2008 and August 2009 in two psychiatric outpatient clinics in western Sweden. During this time, the method was used and experienced by patients (N=5) diagnosed with major depression and by health care staff (N=7) working in these clinics. Data were collected from patients through individual interviews and from health care staff through group discussions and individual interviews. Patients also completed questionnaires (i.e., at baseline; after 3, 6, and 8 months; and after one year) to identify and assess depressive symptoms (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale – MADRS), control functions (Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC), self-efficacy (General Perceived Self-Efficacy Scale – GSE), and the presence of negative automatic thoughts (Automatic Thoughts Questionnaire – ATQ-N) to describe their health during the study period. The quantitative data were displayed graphically. Qualitative data were analysed using latent content analysis and finally interpreted from the perspective of social constructivist theory.

The study results indicate that the portfolio was used by patients as a management strategy for processing and analysis, and that a portfolio's structure affects its usability. For health care staff, the portfolio method contributed to new thinking and served as a tool for delegating responsibility, building alliances, and learning. The results for the health care staff also indicate that a care portfolio requires a structured introduction. From a social constructivist perspective, the core of portfolio use and experience was learning. Statements about learning are regularly made by both patients and health care staff. Structure, power, process, and understanding have emerged as important factors for learning. The main conclusion of the study is that patients use the portfolio for reflection on and confirmation of their progress, to create structure in their situation, as a management strategy for remembering situations and providing reminders of upcoming activities, and for expressive storytelling through documentation and processing. Health care staff experienced and used the method to allow for accountability, participation, and empowerment, to support patients' self-care work, to help patients reflect on and understand their depression from a longer-term perspective, and as a method for creative activity and structure building that can be used in combination with other methods. It is necessary that issues be tailored to patients' needs and abilities, that patients' use of the portfolio be supported by health care staff, and that portfolio content is designed to help the patient understand their disease. It is also important that those who work with the method understand how to do so and what the purpose of the method is; for full usefulness. The method must also be accepted by health care staff and supported by management.

Key words: Learning, Major depression, Portfolio method, Psychiatric outpatient clinic, Social constructivism.

ISBN 978-91-628-8214-3

Gothenburg 2011

Förord

Att genomföra en forskarutbildning har stundtals varit som att vandra i en skog av olika karaktär. Många gånger har jag varit inne i snårskogen, där jag inte kunnat orientera mig, kommit ut på kalhyggen, vandrat runt på mossar eller varit inne i den lugna och rofyllda urskogen. Under dessa vandringar finns det personer som lotsat mig runt.

För att överhuvudtaget kunna genomföra en forskarutbildning, krävs en ekonomisk uppbackning. Jag är därför tacksam att Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet antagit mig som doktorand och finansierat min doktorandanställning vid institutionen. Utan denna hade jag inte haft möjligheter att genomföra min forskarutbildning på utsatt tid.

Till dig Ingela Skärsäter, som först kom in som bihandledare och som under de två sista åren i min forskarutbildning fungerat som huvudhandledare, vill jag rikta ett särskilt stort tack. Trots olika turer och hinder på vägen, har jag alltid haft en känsla av att ”det ordnar sig” på grund av din energi och uppfinningsrikedom. Din kunskap inom det psykiatriska fältet har varit ovärderlig, och du ser alltid möjligheter då något har låst sig.

Till dig Kerstin Nilsson, som fungerade som bihandledare under det sista året av min doktorandtid, vill jag rikta ett stort tack. Din klokhet och djupa förmåga till reflektion och argumentation och inte minst din snabbhet att ta dig an mina texter, har betytt mycket för min arbetsprocess.

Tack också Ingela och Kerstin för det fina samarbete som vi haft under det sista året då jag skrivit fram avhandlingen. Vi har alltid haft konstruktiva och givande diskussioner i en slags kollegial och vänskaplig anda. Något jag uppskattat mycket och som väsentligt underlättat mitt arbete.

Jag vill rikta ett stort tack till Ewa Pilhammar Andersson, som var huvudhandledare under de två första åren av min doktorandtid och som trodde på idén om att portfoliomethoden kunde vara användbar i vårdarbetet. Tack för

alla goda diskussioner och din uppriktiga hållning till mina texter och mitt arbete. Det har jag uppskattat mycket.

Jag vill även tacka granskarna under mittseminariet: Per-Olof Thång, Kerstin Nilsson och Hans Ågren samt granskarna under slutseminariet: Carina Furåker, Nisse Sjöström och Staffan Johansson för värdefulla synpunkter på arbetet.

Vidare vill jag tacka verksamhetschefen för den aktuella psykiatriska kliniken och enhetscheferna på de två psykiatriska öppenvårdsmottagningarna för ert godkännande att genomföra studien. Ett särskilt tack vill jag också rikta till de patienter och den vårdpersonal som arbetat med portfoliomethoden under ett drygt år. Utan er medverkan hade inte studien blivit av. Jag beundrar ert mod att ger er i kast med en metod som inte var testad eller utprovad i psykiatrisk vård sedan tidigare.

Jag vill även rikta ett särskilt tack till Roger Ellmin som bistått med sitt kunnande om portfoliomethoden i såväl föreläsningar under vårdpersonalens utbildning som i planering och diskussioner om portfoliomethodens genomförande under studien. Tack också till Maria Melin, Danderyds sjukhus, för ditt deltagande i diskussionerna av hur portfoliomethoden kan användas i vårdarbete.

Ett stort tack även till Carina Svensson som tålmodigt och noggrant renskrivit intervjuerna. Du tog dig an detta arbete med stort engagemang och intresse.

Till alla doktorandkollegor på institutionen för vårdvetenskap och hälsa vill jag rikta ett stort tack. Speciellt vill jag rikta ett tack till doktorandkollegorna i min introduktionsgrupp: Sofie, Anna, Susanne, Åsa och Malin för trevlig gemenskap samt den vårdpedagogiska gruppen med Maria, Sandra, Ann-Marie, Margaretha, Elisabeth, Anita, Desiree, Inger, Magdalena, Birgitta och Annica för många givande seminarier där vi avhandlat allt från artikelmanus till planering av presentinköp. Särskilt mycket vill jag tacka Maria Skyvell Nilsson för många givande diskussioner under de dryga två år som vi delade expedition. Din stöttning och dina reflektioner på mitt arbete har betytt mycket.

Ett stort tack även till alla kollegor och arbetsledning på institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan Väst. Ni har alltid kommit med uppmuntrande ord och frågat hur det går under de fyra år som jag delvis har lämnat er för min forskarutbildning. Ett tack även till kollegor vid övriga institutioner på Högskolan Väst. Jag har svårt att nämna någon speciell per-

son här, eftersom jag känt en sådan uppbackning från hela kollegiet. Därför gäller: ingen nämnd, ingen glömd!

Jag vill också tacka Västra Götalandsregionen för regionala FOU-bidrag som möjliggjort täckning för omkostnader i studien.

Tack även till alla mina vänner och bekanta för visat intresse och engagemang.

Ett särskilt tack till Nisse Nordlund och min bror Staffan för läsning och värdefulla kommentarer på slutmanus.

Nu, då jag har kommit ut ur snårskogen och in i den mer välväxta granskogen och kan se ljuset som kommer in mellan stammarna, faller även en tacksamhetens tanke till min familj; Kristina, Martin och Emil, som har stått ut med att jag ibland varit inne i ”andra tankar”. Ni har betytt oerhört mycket för mig under min forskarutbildning, det vet ni. Även min pappa Lars och min bror Staffan finns naturligtvis med i dessa tankar. Liksom min framlidna mamma, ”Sofiasyster” Ulla, som genom sin långa karriär som sjuksköterska inspirerat mig mycket. Kanske anade du att jag skulle ta mig hit!

Östbörke, Källshagen i februari 2011

Håkan Nunstedt

Innehållsförteckning

Kapitel 1 Inledning	1
Avhandlingens disposition	4
Kapitel 2 Bakgrund	5
Egentlig depression	5
Psykisk funktionsförmåga och psykiskt funktionshinder	8
Återhämtning vid egentlig depression	9
Metakognition och egentlig depression	10
Delaktighet	12
Patienters kunskaper och lärande	14
Patienters lärande	14
Patientundervisning	16
Patientutbildning vid egentlig depression	18
Vårdpersonalens lärande	18
Lärstilsteori	19
Lärande som att förstå variation	20
Lärande och kunskap i handling	20
Expressivt berättande	21
Förståelse	22
Portfoliomethoden	22
Portfolions form och struktur	23
Portfoliomethoden som pedagogiskt verktyg	24
Kapitel 3 Tidigare forskning	27
Patienters förståelse av sin sjukdom	27
Patienters kunskap om den egna depressionen	27
Portfoliomethodik och lärande	29
Införande av portfoliomethodik	30
Kapitel 4 Problem och syfte	33
Kapitel 5 Teoretiska utgångspunkter	35

Social konstruktivism	35
Kapitel 6 Metodologi	41
Metodologiska utgångspunkter	41
Aktionsforskning	41
Design	43
Datansamlingsmetoder	44
Intervju	44
Skattningsinstrument	45
Genomförande	49
Tillträde till forskningsfältet	49
Beskrivning av personer i studien	53
Portfolioarbetets upplägg och utformning	54
Kvalitativ datainsamling	58
Kvantitativ datainsamling	60
Analysmetoder och dataanalys	61
Innehållsanalys	61
Socialkonstruktivistisk analys	65
Analys av kvantitativa data	66
Etiska överväganden och hantering av data	66
Studiens trovärdighet och tillförlitlighet	68
Trovärdighet i kvalitativ datahantering	68
Trovärdighet i kvantitativ datahantering	72
Kapitel 7 Resultat	75
Patienters användning av portfoliomethoden	75
Portfolion används som hanteringsstrategi	76
Portfoliostrukturen påverkar användbarheten	77
Portfolioinnehållet används för bedömning och bearbetning	79
Skattningssammanställning för patienter med egentlig depression	83
Vårdpersonalens uppfattning om och användande av portfoliomethoden som ett verktyg i det psykiatriska vårdarbetet	87
Portfolioanvändningen bidrar till nytänkande	88
Portfolion som ett arbetsredskap för ansvarsdelegering och allians	90
Portfolion som lärande verktyg för patienten	93
Användandet av portfolio i vårdarbetet kräver struktur och engagemang	97
Socialkonstruktivistisk analys av portfolioarbetet	102
Kapitel 8 Diskussion	111
Portfolioprocessen och portfolioanvändningen	111
Patienternas användning av portfolion för att förstå sin depression	116

Portfoliomethoden som lärande verktyg i vårdarbetet	117
Portfoliomethoden som grund för delaktighet och inflytande	119
Portfolions användning som stöd för att medvetandegöra återhämtningsprocessen	120
Sammanfattande slutsatser	121
Implikationer	124
Förslag till framtida forskning	124
Kapitel 9 English summary	127
Referenser	153
Bilagor	179

Kapitel 1 Inledning

Depressioner är ett ökande problem, och personer som lider av egentlig depression återfinns överallt i samhället. Världshälsoorganisationen (WHO, 2010) klassar egentlig depression som den fjärde vanligaste orsaken till funktionshinder mätt med "Years Lived with Disability" (YLD). När det gäller ohälsotal, beräknas egentlig depression befinna sig på andra plats för samtliga åldersgrupper år 2020. Redan idag är egentlig depression den andra vanligast förekommande orsaken till funktionshinder i åldersgruppen 15-44 år bedömd efter "Disability Adjusted Life Years" (DALY), vilket är summan av möjliga förlorade levnadsår på grund av tidig dödlighet och produktiva år som konsekvens av funktionshinder (WHO, 2010). Prevalensen för egentlig depression är för den svenska befolkningen omkring 5 % (Henriksson, Boethius & Isacson, 2001; Sobocki, Lekander, Borgström, Ström & Runeson, 2007) och var annan kvinna och var fjärde man riskerar att drabbas någon gång i sitt liv (Rorsman et al., 1990; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001; Kessler et al., 2005). Dessa ohälsotal är nästan identiska för alla länder i västvärlden och risken för återfall är stor (Greenberg et al., 2003; Sobocki, Jönsson, Angst & Rehnberf, 2006). Vård och behandling av personer med egentlig depression är således en viktig uppgift för hälso- och sjukvården att arbeta med.

Kostnaderna för egentlig depression i Sverige har ökat dramatiskt. Studier visar att den totala samhällskostnaden för egentlig depression i Sverige fördubblats från att ligga på 16,1 miljarder kronor per år 1997 till 32,9 miljarder kronor per år 2005 (Sobocki et al., 2007). Kostnadsökningarna förklaras främst av att sjukskrivning och förtidspensionering accelererat till följd av att allt fler får diagnosen egentlig depression. Beräkningarna i studien tar hänsyn till både direkta vårdkostnader och indirekta kostnader i form av till exempel produktionsbortfall som följd av sjukskrivningar.

Tidigare studier har visat att personer med diagnosen egentlig depression, med rätt vård och behandling, kan återhämta sig från sina depressionssymtom, men återhämningsperioderna är ofta långa (Dixon, 2000). Sextiofem procent av patienterna som vårdats för egentlig depression inom psykiatri och primärvård har kvarstående depressiva symtom två år efter det att patienterna

ansetts färdigbehandlade (Viinamäki et al., 2006). Dessutom påverkas de kognitiva funktionerna och depressionen kan leda till kvarstående minnessvårigheter, koncentrationssvårigheter och brister i problemlösande förmåga (Dixon 2000; Palladino, Poli, Masi & Marcheschi, 2000). Framför allt är det episodiska minnet påverkat. Denna försämring kan i många fall kvarstå, trots återhämtning från depressionen (Airaksinen, Larsson, Lundberg & Forsell, 2004; Airaksinen, Wahlin, Larsson, Forsell, 2006a; Airaksinen, Wahlin, Forsell, & Larsson, 2006b).

Såväl Socialdepartementet (2008, 2010) som Socialstyrelsen (2009) slår fast vikten av patientens inflytande i sin vård. Socialstyrelsen beskriver i utredningen *God vård* att:

patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin hälsa, vård och behandling (sid. 21).

I utredningen *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) markeras tydligt att såväl patienten som närstående ska få inflytande i den psykiatriska vården. Personer med psykiska funktionshinder ska därtill kunna leva ett så normalt liv som möjligt och ha möjlighet att själva kunna kontrollera och utöva inflytande över sin livssituation. Utredningen slår fast att personer som söker hjälp inom hälso- och sjukvård liksom inom socialtjänst, oavsett sjukdom eller problem, i allt större utsträckning förväntas vilja vara delaktiga och ha inflytande på sin vård, behandling och omsorg. Samtidigt menar utredningen att vårdpersonalen ska få ett större ansvar för att tillgodose patienters och närståendes inflytande på vårdens utformning och genomförande. Detta innebär att patienten och dess närstående ska vara informerade och få möjlighet att aktivt delta i planeringen av vården. I såväl dessa utredningar som i Hälso- och sjukvårdslagens 2 § (HSL, SFS 1982:763), markeras vikten av att, så långt det går, tillgodose patientens självbestämmande. Det handlar om att stärka den enskildes rättighet och möjlighet att leva i samhället, oavsett vilka funktionshinder patienten har.

Socialstyrelsen (2010b) anger i sina riktlinjer att åtgärder måste satsas inom första linjens vård (primärvård) där speciell uppmärksamhet bör läggas vid tidig upptäckt av egentlig depression särskilt första gången en person drabbas. Förutom vårdpersonalens insatser, rekommenderar Socialstyrelsen så kallade sammansatta vårdåtgärder, det vill säga strukturerade behandlingsprogram och interventioner som är anpassade till den enskilda patientens behov. Vikten av vägledad självhjälp, patient- och närståendebildning påtalas. Målet med behandlingen är att patienten ska tillfriskna och inte återin-

sjukna. Det innebär att han eller hon inte enbart ska vara fri från symtom utan även återfå en funktionsnivå det vill säga att kunna återgå till skola och/eller arbete samt kunna fungera i sociala relationer. Således markerar riktlinjerna vikten av patientens ansvarstagande och att hälso- och sjukvården bör skapa förutsättningar för en effektiv egenvård. Det är därför av betydelse att en person som lider av egentlig depression ökar förståelsen för sin depression för att kunna hantera de konsekvenser som sjukdomen bidrar till. Detta arbete kan understödjas av strukturerade metoder som möjliggör delaktighet, inflytande och eget ansvarstagande där möjlighet ges att utveckla en ökad förståelse på egna villkor och med stöd av vårdpersonalen. Det är således denna problembild som denna avhandlings studie vill bidra till att förbättra.

I fokus för denna avhandling står därför en pedagogisk metod, portfoliometoden, som är en metod som antas kunna stödja patientens utveckling av en större förståelse av sin situation. I mina erfarenheter från ett pedagogiskt arbete inspirerat av portfoliometoden i utbildningen av sjuksköterskestudenter, drogs bland annat slutsatser att metoden kan stödja ansvarstagande och delaktighet samtidigt som metoden kan ge god grund för reflektion. Examinationerna i dessa kurser var inspirerade av portfoliometoden på så sätt att studenternas dokumenterade reflektioner utgjorde en del av examinationen. Att genomföra en examination med utgångspunkt från att värdera den egna kunskapsprocessen, var på ett sätt förvirrande för många studenter eftersom de var vana vid mer traditionella examinationer. I de utvärderingar som gjordes efter kurserna, lyfte studenterna dock tydligt fram de kunskaper som de ansåg sig ha skaffat av dessa examinationer och hur examinationernas struktur hade hjälpt dem i detta avseende. Arbetet med reflektion utifrån olika tidsperspektiv innebar bland annat att de, som en del i examinationen, gjorde en förreflektion och ”öppnade sina sinnen” för ämnet samtidigt som de grundlade ett utgångsläge för kommande reflektioner.

Erfarenheterna av portfolioarbetet handlade även om en maktförskjutning, där studenterna fick ta större ansvar för sitt lärande genom de uppgifter som det portfolioinspirerade arbetet byggde på. Dessa erfarenheter bidrog till min utveckling av frågeställningar kring om och hur portfoliometoden skulle kunna komma patienter till del som ett lärande verktyg. Dessutom visade erfarenheter från användandet av portfolio för hjärnskadade patienter på Danderyds sjukhus goda resultat, vilket ytterligare styrkte min övertygelse om att pröva metoden i ett vårdssammanhang. I det kliniska arbetet med hjärnskade-rehabilitering används portfoliometodik som stöd i rehabiliteringsarbetet, där fler än 200 patienter hade haft en egen portfolio som stöd i rehabiliteringen (Danderyds sjukhus, 2006).

Utifrån dessa erfarenheter formades detta avhandlingsarbete. Det fokuserar således på frågor om hur patienter och vårdpersonal erfar och använder portfoliomethoden. För att få svar på dessa frågor, syftar avhandlingen till att följa och beskriva hur patienter med egentlig depression och vårdpersonal erfar och använder portfoliomethoden inom psykiatrisk öppenvård samt att följa och beskriva patienternas hälsosituation under studietiden.

Avhandlingens disposition

Avhandlingen är disponerad enligt följande struktur:

I **kapitel 2**, som utgör bakgrunden, görs en beskrivning av egentlig depression, psykiatrisk öppenvård, psykisk funktionsförmåga och psykiskt funktionshinder, återhämtning vid egentlig depression, metakognition och egentlig depression, delaktighet, patienters kunskaper och lärande, vårdpersonalens lärande, expressivt berättande, förståelse och portfoliomethoden.

I **kapitel 3** beskrivs tidigare forskning om patienters förståelse av sin sjukdom, patienters kunskap om sin depression, portfoliomethodik som lärande verktyg och införande av portfoliomethodik.

I **kapitel 4** beskrivs studiens problem och syfte.

I **kapitel 5** beskrivs den teoretiska utgångspunkten; social konstruktivism.

Aktionsforskning som metodologisk utgångspunkt för studien beskrivs i **kapitel 6**. Vidare redovisas avhandlingens design, de i studien ingående datainsamlings- och analysmethoderna, vilka undersökningsgrupper som ingår, hur studien genomförts och vilka etiska ställningstagande som gjorts. Slutligen beskrivs och diskuteras studiens trovärdighet och tillförlitlighet samt kritiska reflektioner för metodval.

I **kapitel 7** redovisas studiens resultat. Det indelas i vad som framkommit under analysen av data relaterade till hur patienterna erfar och använder portfoliomethoden, patientens skattningar av depressiva symtom, kontrollfunktioner, automatiska tankar och självtillit samt hur vårdpersonalen erfar och använder metoden. Slutligen redovisas den socialkonstruktivistiska analysen.

I **kapitel 8** diskuteras resultatet. Avslutningsvis beskrivs sammanfattande slutsatser, implikationer samt förslag till framtida forskning.

Kapitel 2 Bakgrund

Egentlig depression

Egentlig depression tillhör förstämningssyndromen, som är en sammanfattande benämning för de tillstånd som hör ihop med förändringar i stämningläget. Till förstämningssyndromen räknas dels unipolär depression (sjuklig nedstämdhet), dels bipolärt syndrom (sjuklig upprymdhet) med sina respektive undergrupper. Den unipolära depressionen innefattar egentlig depression och dystymi (sänkt stämningläge under en längre period) (Åsberg & Mårtensson, 2009).

Diagnosen egentlig depression ställs enligt *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (American Psychiatric Association [APA], 1994) (se bilaga 1) eller *International Classification of Diseases* (ICD-10) (World Health Organization, 1992). Sjukdomen kännetecknas av två huvudkriterier, nedstämdhet eller dyster sinnesstämning och minskat emotionellt engagemang (American Psychiatric Association, 1994). De flesta personer får också sömnstörningar, trötthet så kallad fatigue, minskad energi eller vitalitet. Ångestsymtom är vanligt förekommande. Även fysiska symtom som smärta och förändrad aptit samt minskad libido förekommer. Personer som insjuknar i egentlig depression får ofta minnes- och koncentrationssvårigheter eller nedsatt problemlösande förmåga, så kallad kognitiv påverkan. Känslor av värdelöshet och skuld är påtaglig, livsleda och självmordstankar är vanliga symtom och för många deprimerade är självmordsrisken en realitet (Åsberg & Mårtensson, 2009). Egentlig depression anses vara den vanligaste sjukdomsorsaken till självmordsbeteende och fullgångna självmord (SBU, 2004; Åsberg & Mårtensson, 2009). Svårigheter att delta i samhällslivet, social gemenskap i vardagen samt arbete och skola är tydliga. Det är vanligt att personen får negativa tankar, vilket innebär att tankar, i form av till exempel självförebåelser och nedvärderande självbild, utvecklas. De negativa tankarna är oreflekterade och ”ockuperar” mer eller mindre personens tankevärld (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Symtombilden ser olika ut bland annat beroende på vilken ålder personen befinner sig i. Barn och äldre har oftare somatiska symtom än andra. Utifrån den kliniska symtombilden innebär det

att minst fem av de beskrivna symtomen i DSM-IV bör finnas och ha förekommit under samma tvåveckorsperiod. Depressionen ska även orsaka ett för personen svårt lidande och/eller försämrad funktion i arbete samt i sociala relationer för att uppfylla kriterierna för egentlig depression (APA, 1994).

Depressionsutvecklingen kan beskrivas med utgångspunkt från stress- sårbarhetsteorin (Ciompi, 1994, 1997; Ingram, 2003; Ingram & Luxton, 2005, Gibb & Coles, 2005; Hankin, 2008) där arv och miljö samverkar. Förhållandet mellan påfrestning och sårbarhet, det vill säga nedärvda och förvärvade motståndskrafter eller sårbarhet, leder till att individen är mer eller mindre mottaglig för yttre påfrestningar. Dessa orsaksförklaringar utgår från en individuellt präglad sårbarhet som kan ses som grund för depressionsutvecklingen. Utlösande stressfaktorer kan vara olika former av psykosociala påfrestningar. Den sömnstörning som ofta förekommer kan ses som en stressfaktor i sig eller som resultatet av en stressfaktor. Andra stressfaktorer kan vara förluster och separationer (särskilt i tidiga barnaår) eller svåra livshändelser i samband med till exempel arbetslöshet, mobbing, djup sorg. Ofta har den första depressionen en påtaglig yttre orsak, medan recidivet kan komma till synes utan påtaglig yttre orsak (Post et al., 1996; Post et al., 1998).

Differentialdiagnoserna till egentlig depression är till exempel hyper- och hypothyreos, vitamin B12- brist, Addisons sjukdom och Parkinsons sjukdom. Dessutom kan hög östrogenförekomst hos kvinnor ge korta eller längre perioder av nedstämdhet/depressionssymtom. Läkemedel, till exempel beta-receptorblockerare, neuroleptika, bensodiazepiner, kortikosteroider och vissa p-piller, kan leda till depressionsliknande symtom (SBU, 2004; Åsberg & Mårtensson, 2009).

Depressionens svårighetsgrad samt patientens funktionsnedsättning avgör behandlingen. Vid depressiva symtom och lindrig depression hos vuxna behandlas personen inom första linjens vård, det vill säga inom primärvården, på en vårdcentral eller liknande, och ska i första hand inriktad på stöd och samtal, råd om egenvård och/eller psykologisk behandling med Internetbaserad kognitiv beteende terapi (KBT), individuell KBT eller andra former av psykoterapi. Vid medelsvår egentlig depression är läkemedelsbehandling med antidepressiva läkemedel (SSRI-preparat eller Tricykliska preparat) första prioritet (Socialstyrelsen, 2010b). Vid svåra tillstånd bör personen behandlas inom specialistpsykiatrisk verksamhet och behandlingen vara inriktad på stödjande eller terapeutiska samtal i kombination med läkemedelsbehandling. I vissa fall kan antidepressiva läkemedel kombineras med andra behandlingsmetoder, till exempel elektrokonvulsiv behandling (ECT) (Socialstyrelsen, 2010b).

Vården av personer med egentlig depression bör vara evidensbaserad och inriktad på att stärka funktionsförmågan samt förhindra återinsjuknande. Det kan ske genom strukturstödjande aktiviteter som att stabilisera dygnsrytmen, stödjande samtal, olika former av fysisk aktivitet, avspänningsövningar eller problemlösande samtal. Dessutom är kontinuiteten viktig för patienten där förekomsten av en ”case manager” har visat sig ha god effekt vid långvarig depressionsproblematik genom att han eller hon kan ge kontinuerligt stöd och kan motivera patienten till att hantera sina funktionshinder (Skärsäter, 2010, Socialstyrelsen, 2010b).

När personer utvecklar depressioner är primärvården den första vårdinstansen och de flesta okomplicerade depressionsbehandlingar sker där. Vid återkommande eller svåra depressioner sker behandlingen vid psykiatrisk specialistvård antingen i öppen- eller heldygnsvård. Vanligen kommer patienter till mottagningen genom remiss. Detta är inget krav, utan patienten kan själv söka på mottagningen genom att göra en så kallad egenanmälan. Remisshanteringen ser olika ut i landet men det är vanligt att en första bedömning görs, med utgångspunkt från remissen eller den så kallade egenanmälan, om patienten tillhör mottagningens målgrupp eller inte. Om så är fallet, görs en fördelning till en behandlare i något av teamen för en nybesöksutredning som vanligen utgörs av mellan ett och tre samtal.

Arbetet vid psykiatriska öppenvårdsenheter är vanligen organiserade i team. De består i regel av yrkeskategorier som arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog, sekreterare, sjukgymnast, sjuksköterska och skötare. Vårdpersonalen har oftast en vidareutbildning eller specialistutbildning i psykiatri och/eller psykoterapeutiska metoder. Inom teamen bedrivs psykiatrisk utredning, bedömning, diagnostik och psykologisk testning. Den psykiatriska öppenvården i Sverige är även vårdinstans för psykiatrisk problematik och diagnoser som ångestsyndrom, överdeterminerade kriser, psykosomatiska problem och posttraumatiska stressyndrom, liksom för personer med olika former av psykoser och personlighetsstörningar i kombination med dessa diagnoser. Behandlingen är individuellt inriktad med omvårdnadsinsatser, psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder som krisbearbetning, jagstödjande samtal, fobiträning, fokuserad korttidsterapi, bearbetande psykoterapi och ickeverbala terapiformer. Olika former av gruppbehandling, familjebehandling och nätverksarbete liksom farmakologisk behandling bedrivs inom den psykiatriska öppenvården (Socialstyrelsen, 2006).

Psykisk funktionsförmåga och psykiskt funktionshinder

Den nationella psykiatrisamordningen (SOU 2006:100) definierar begreppet ”person med psykiskt funktionshinder” på följande sätt:

En person har ett psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och om dessa begränsningar har funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning (sid. 325).

International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF] (Socialstyrelsen, 2010a) beskriver funktionstillstånd och funktionshinder som en interaktiv utvecklingsprocess och organiserar klassifikationssystemet med utgångspunkt i två delar. Del ett innehåller funktionstillstånd och funktionshinder som omfattar kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet. Del två innehåller kontextuella faktorer som omfattar omgivningsfaktorer och personliga faktorer. En persons funktionstillstånd kan ses som en interaktion inom ett specifikt område (domän) eller ett sammansatt förhållande mellan hälsobetingelser och faktorer som är kontextuella (omgivnings- och personfaktorer).

Under rubriken *kroppsfunktioner* återfinns psykiska funktioner som är indelade dels i övergripande psykiska funktioner som till exempel medvetandefunktioner, intellektuella funktioner och andra specificerade och ospecificerade psykiska funktioner, dels specifika psykiska funktioner som till exempel minnesfunktioner, psykiska språkfunktioner och funktioner för erfarenhet av jaget och tid. Men psykiska funktioner som går att härleda till bedömning av egentlig depression återfinns även under andra områden. Till exempel under *aktiviteter och delaktighet*, som bland annat innehåller lärande och att tillämpa kunskap, kommunikation, hemliv och mellanmänskliga interaktioner och relationer (Socialstyrelsen, 2010a).

Funktionstillstånd utgör, enligt ICF, en paraplyterm för alla kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet och betecknar *positiva aspekter* av interaktionen i förhållande till individens hälsobetingelse och kontextuella faktorer. På samma sätt är *funktionshinder* paraplyterm för funktionsnedsättningar, strukturavvikelser, aktivitetsbegränsningar eller delaktighetsinskränkningar som betecknar *negativa aspekter* av interaktion i förhållande till individens hälsobetingelse (vad en person med en sjukdom eller störning gör eller kan göra) och kontextuella faktorer.

Återhämtning vid egentlig depression

Definitioner av begreppet återhämtning är beroende av vilket synsätt som definitionen stödjer sig på. Den biomedicinska modellen beskriver återhämtning som ett återskapande av ett tidigare, mer hälsosamt utgångsläge. Kronmüller et al. (2007) anger på detta sätt att återhämtningen varierar från individ till individ, men att denna kan definieras genom att ges en generell tidsgräns:

at least 8 consecutive weeks with either no symptoms of major depression or only one or two symptoms at a mild level of severity (sid. 156).

Denna beskrivning säger inget om personens egen upplevelse av att vara återhämtad. Den kan vara betydligt mer komplex än att enbart kliniska symtom försvunnit. Att vara återhämtad kan för individen handla om att själv uppleva sig återhämtad samtidigt som även omgivningen uppfattar att det är så (Ridge & Ziebland, 2006). Skärsäter, Baigi och Haglund (2006) visar till exempel att patienter som tillfrisknar från depressionen och bedöms som symtomfria, inte har återhämtat sig vad gäller livskvalitet och funktionsförmåga. Centrala delar i återhämtningsprocessen är att personen inhämtar kunskap om sin situation och sina problem, återfår kontrollen över sitt liv och skapar hanterbarhet över sina funktionshinder samtidigt som personen får insikt i att denna förändring kommit till stånd (Skärsäter et al., 2006). Individens utveckling av hanterbarhet och kontroll av funktionshindren behöver alltså inte alltid innebära en total symtombefrielse (Kelly & Gamble, 2005).

Återhämtning kan vidare beskrivas som en maktprocess där personen försöker återerövra kontroll över sina symtom, i förhållande till erbjudna behandlingsinsatser och till omgivande fördomar och reaktioner (Topor, 2004). Återhämtningsprocessen karaktäriseras av upp- och nedgångar, som personen kan hantera mer eller mindre bra. Den sociala återhämtningen kan enligt samma beskrivning innebära att personen klarar sig på egen hand, endast med mindre stöd av någon från det psykiatriska vårdteamet. Total återhämtning kan beskrivas som att personen släppt all kontakt med den psykiatriska vården och lever ett normalt liv utan besvärande symtom (Topor, 2004).

För att få kontroll över funktionshindren behöver personen få förståelse för sitt illabefinnande, dess orsaker samt att få strategier att hantera sin sjukdom. Detta förutsätter ett kraftfullt stöd runt personen, såväl i det informella, sociala nätverket som i det formella, professionella (Hardiman, Lawson & Mancini, 2005; Cohen, 2005). I det professionella stödet har patientens upplevelse

av relationen och den professionelles sätt att hantera relationen betydelse för hur väl återhämtningen fungerar. Kontinuiteten och stabiliteten i vårdrelationen, den professionelles metodkunskap och erfarenhet samt förmågan till ett respektfullt och genuint engagemang har betydelse för hur relationen kan bidra till att patienten får kontroll över sina funktionshinder (Borg et al., 2006; Mancini, 2007; Happell, 2008).

Att själv kunna styra sitt liv, kunna upptäcka förändringar och förbättringar och förstå vad ett normalt liv innebär med framgångar och motgångar, är viktiga resurser för att individen ska kunna bemästra sina funktionshinder. Detta innebär att individen måste hitta strategier för att hantera illabefinnandet, vilket kan leda till att positiva förändringsspiraler i återhämtningen kan skapas (Topor, Broström & Strömvall, 2007). När personen ser positivt på sig själv, kan det även leda till att omgivningen kan se mer positivt på personen. På sikt kan detta minska den stigmatiserade och sjukdomsorienterade identiteten för den drabbade (Cohen, 2005; Hardiman et al., 2005; Armour, Bradshaw & Roseborough, 2007).

Att återhämta sig från sin depression har visat sig vara viktigt för att minska risken för komplikationer och det faktum att depressionen blir mer svårbehandlad (Judd et al., 2000). Studier har visat att återhämtningstider från egentlig depression är långa (Skärsäter et al., 2006) och behovet av socialt stöd är stort (Lara, Leader & Klein, 1997; Skärsäter, Dencker, Häggström & Fridlund, 2003; Skärsäter, Dencker, Bergbom, Häggström & Fridlund, 2003; Skärsäter, Langius, Ågren, Häggström & Dencker, 2005). I återhämtningsprocessen är den enskildes medverkan central. Därför är det av vikt att arbeta med personens kognitiva förståelse av sin depression och reflektiva förmåga samtidigt som personen behöver vara delaktig och få tillgång till information och kunskaper om sin sjukdom.

Metakognition och egentlig depression

Begreppet ”metakognition” utvecklades av Flavell & Wellman (1977) och Brown (1978) och definieras som individens kunskap av och kontroll över sitt tänkande (Flavell, 1979). Enligt *Oxford English Dictionary* online (2010) avses med ”metacognition”:

Awareness and understanding of one's own thought processes, especially regarded as having a role in directing those processes.

Metakognitionen innebär ett reflektivt tänkande och är fokuserat på processen i aktiviteten. Medvetna, rationella aktiviteter (i motsats till automatiska tanke- och handlingsmekanismer, som också är en del av våra kognitiva funktioner) är centrala i metakognitionen. En metakognitiv handling tar sin utgångspunkt i nuet, är relaterad till det förflutna och styrd mot det framtida. Metakognitionen omfattar självmedvetenhet, reflektion och de självreglerande färdigheter som krävs för att lära och lösa problem. Metakognition innefattar planering, uppföljning, målfokusering och revidering av aktiviteter i förhållande till uppsatta mål (Brown, Bransford, Ferrara, Campione, 1983). Det finns studier som visar att individer med större metakognitiv kompetens lär sig mer effektivt, eftersom de tydligare följer upp sina framsteg, och därmed bättre kan avgöra när de har problem, och anpassa sitt lärande därefter (Ford, Smith, Weissbein, Gully & Salas, 1998). I ett metakognitivt lärande är uppfattningen utifrån ett variationsperspektiv, det vill säga att den lärande individen kan uppfatta variationer av ett fenomen utifrån en tidigare uppfattning av detta fenomen, centralt (Marton & Tsui, 2004). Metakognition handlar även om medvetenhet om det egna tänkandet och tillvägagångssättet vid problemlösning, beslutsfattande, tolkning av texter eller då en person använder sitt minne (Greeno, Collins & Resnick, 1996; Ownsworth & Fleming 2005).

Studier (Papageorgiou & Wells, 2003; Ingram, Trenary, Odom, Berry & Nelson, 2007; Singer & Dobson, 2007) visar att det finns samband mellan egentlig depression och förmåga till metakognitivt tänkande och att informationsbehandling hos individer med egentlig depression, som innebär negativa grubblerier, är en följd av nedsatt metakognition (Ingram et al., 2007). Metakognition har i detta sammanhang funktionen att hantera och skapa kontroll av tankar och känslor. Grubblandet, som ofta förekommer vid egentlig depression, står för resultatet av en positiv metakognitiv bedömning av negativt tänkande (Papageorgiou & Wells, 2003). Det innebär att individer med egentlig depression, som har mycket negativa grubblerier, drivs av att det upprepa de grubblandet kring problemen på något sätt kan leda dem till en lösning. I en studie, av den metakognitiva processen i det preventiva arbetet för att minska återfall i depression, visade det sig att den metakognitiva fokuseringen på acceptans av negativa erfarenheter i hög grad minskade de negativa tankarna (Singer & Dobson, 2007).

Samband mellan depression och inlärningssvårigheter har kunnat påvisas (Palladino et al., 2000). Över hälften av barn med inlärningssvårigheter hade i Palladinos undersökning någon form av depression. I samma studie ingick även studenter med inlärningssvårigheter. Det framkom ett tydligt samband mellan de undersökta studenternas depression och förmåga till metakognition. Dessa individer hade svårigheter att tänka och reflektera i metakognitiva

termer och utifrån ett abstrakt perspektiv varsebli sin egen kognitiva utveckling (Palladino et al., 2000). Ett resultat som visar vikten av att arbeta med metoder som stödjer den deprimerade personens metakognitiva förmåga.

Delaktighet

Som beskrivits i inledningen uttrycks, i de författningar som gäller för hälso- och sjukvården, vikten av patientens delaktighet i sin vård och behandling (Socialdepartementet, 2008; Socialstyrelsen, 2005, 2010c). I lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område uttrycks även att vården, så långt det går, ska utformas och genomföras i samråd med patienten, och att patienten ska visas omtanke och respekt. Patienten ska få så individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd som möjligt och om de undersökningsmetoder, vård och behandling som står till buds. Liknande bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2005). I *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) markeras vikten av att i högre grad göra personer med psykiska funktionshinder delaktiga i vården, liksom i samhället i övrigt.

Användare av hälso- och sjukvård liksom socialt stöd och omsorg kommer att i allt större utsträckning vilja vara delaktiga och ha inflytande på sin vård, stöd och behandling. Kraven på information kommer att öka liksom kraven på underlag för att som brukare kunna fatta egna beslut. Brukarna kommer att vara allt kunnigare och mer medvetna om sina rättigheter. Detta kommer också att tydliggöra behoven av differentierade insatser. Det kommer att bli tydligare att kvinnor och män har olika behov och gör olika val, liksom att olika kulturell bakgrund, ålder m.m. påverkar våra val (sid. 146).

Någon enhetlig definition vad delaktighet innebär i ett vårdande sammanhang har inte återfunnits. Enligt *Oxford English Dictionary* (2010) avses med "participation" följande:

The action or fact of having or forming part of something; the sharing of something. In early use: the fact of sharing or possessing the nature, quality, or substance of a person or thing.

Ett försök att definiera delaktighet är att utgå från "patientdelaktighet" som en relation etablerad mellan vårdpersonal och patient, där vårdpersonalen avstår en viss makt eller kontroll till patienten. I detta förhållande ges även

patienten en meningsfull information eller kunskap vilket möjliggör ett aktivt engagemang från denne (Lindström, 2007; Sahlsten, Larsson, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007). Internationellt likställs patientdelaktighet (patient participation) med brukarinflytande (user involvement) och kan ses i form av en hierarkisk gruppering med synonyma begrepp där de lägsta nivåerna består av patientinflytande och patientmedverkan. Den mellersta nivån är patientdelaktighet följt av den högsta nivån benämnd kompanjonskap (Cahill, 1996; Allen, 2000; Evans et al., 2003; Doherty & Doherty, 2005).

En förutsättning för att en patient med egentlig depression ska bli delaktig i vård och behandling är kunskap. Det innebär dels att få adekvat information för att kunna ta beslut, dels att få kunskap om den egna sjukdomen. Kunskapsinhämtning kan möjliggöras genom undervisning, information och rådgivning och genom aktivt lärande på patientens villkor (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006; Pilhammar Andersson, 2007; Larsson, 2008).

Patientens delaktighet förutsätter såväl ömsesidigt informationsutbyte som att patienten, med sina personliga erfarenheter och upplevelser av sin depression, ses som en resurs för information och involvering i planering, beslut och vårdande. Att vara delaktig handlar om att känna tillit och ha tilltro, såväl till sig själv som till vårdgivaren, att förstå information, sin sjukdom, den vård och behandling som står till buds samt ha kontroll i situationen (Eldh et al., 2006; Larsson, 2008). I studier av patientdelaktighet hos personer med egentlig depression, visar det sig att medverkan förbättrar följsamheten i behandlingen och det kliniska utfallet av denna (Loh, Leonart, Will, Simon & Härter, 2007).

Patientdelaktighet kan hindras av att inte förstå vad som sägs eller händer, att inte ha kontroll av situationen, brist på kontinuitet i vårdrelationen, tidsbrist, att fräntas ansvar eller att inte bli respekterad som enskild individ. Dessa hinder kan även handla om maktutövande, brist på kunskap och/eller kompetens från vårdpersonalens sida, kognitiva hinder hos patienten, närståendes dominans eller organisatoriska brister. Ett vanligt hinder för delaktighet är att patienten inte vill vara delaktig utan förlitar sig på att ta emot vård och behandling från vårdpersonalen (Efraimsson, Sandman, Hydén & Rasmussen, 2004; Sahlsten, Larsson, Lindencrona, & Plos, 2005).

Förmågan att bli eller vara delaktig varierar med patientens tillstånd. En patient med egentlig depression som lider av kognitiv svikt, kan ha svårt att av egen kraft ta det utrymme som behövs för att skapa delaktighet även om vården präglas av patientfokusering. Symtom som kommer i samband med egentlig depression kan göra det svårt för patienten att vara delaktig i vården.

Den kognitiva svikten, koncentrationssvårigheter, minnesproblem och olika känslor av värdelöshet kan vara hindrande för att ta till sig information och att vara aktivt delaktig. Därför krävs medkännande och sensibilitet hos vårdpersonalen i synnerhet när de förmedlar kunskap och ger stöd samt att de använder verktyg som medverkar till att patienten bättre kan hantera sin egen situation. Patienten kan uppleva en beroendeställning till vårdpersonalen, vilket kan hämma deras delaktighet och inflytande. Det är därför av särskild vikt att regelbundet bedöma patientens tillstånd och vara följsam med att ge adekvat information och stödja delaktigheten (Socialstyrelsen, 2010c).

Att skapa delaktighet i vårdandet av en patient med egentlig depression innebär, med utgångspunkt från dessa beskrivningar, framför allt att patienten ska få kunskap. Denna kunskap måste vara meningsfull och innebära att patienten känner att deltagandet leder till positiva resultat som ökad förståelse och möjligheter att själv kunna kontrollera samt bättre hantera sina funktionshinder.

Patienters kunskaper och lärande

Hur en människa lär kan naturligtvis ses ur en mängd olika aspekter. Det som presenteras i denna bakgrund har valts med relation till patienternas lärande. I kapitel fyra, som beskriver avhandlingens teoretiska utgångspunkter, kommer begreppet lärande återigen att beskrivas och kommer då mer explicit att sättas i relation till social konstruktivism.

Patienters lärande

Inom vård- och hälsoforskning fokuseras ofta på *vad* patienten lär sig. Det vill säga på det innehållsmässiga stoffet, som kan leda till ett reduktionistiskt och behavioristiskt förhållningssätt, karaktäriserat av förmedlingspedagogik där ett förutbestämt innehåll utgör grunden för vad patienten ska eller bör få kunskap om. Det saknas ett perspektiv som fokuserar på *hur* patienten lär och vilken förståelse och kunskap som patienten utvecklar (Marton & Booth, 1997; Friberg, Pilhammar Andersson & Bengtsson, 2007). Eftersom lärandet sker individuellt, innebär det att uppfattningen om den egna sjukdomen ser olika ut för olika individer. Patientens uppfattning av sina symtom eller sin sjukdom kan ha en helt annan innebörd än vårdpersonalens (Clark & Lan, 2004; Ågård, Hermerén & Herlitz, 2004) Att studera patienters lärande innebär därför att den enskilda patientens förståelse av symtom och sjukdom måste beaktas, vilket även visar den lärande patientens komplexa situation (Friberg et al., 2007).

En utgångspunkt när det gäller patientens lärande är att se mötet mellan patient och vårdpersonal som ömsesidiga pedagogiska situationer med en möjlighet för patienten att få en ökad förståelse och hanterbarhet av, i föreliggande fall, sin depression. Det kan samtidigt innebära ett lärande för vårdpersonalen. Det är inte självklart att en patient vill lära sig något nytt eller är medveten om vad den ökade förståelsen kan leda till för effekter. Därför är motivationsarbetet viktigt i den pedagogiska situationen (Säljö, 2009). Kunskaperna måste dessutom bli användbara för patienten själv. Om målet är ökad förståelse och hantering av den egna depressionen, innebär det att lärandet sker på patientens egna villkor och utgår från patientens tidigare förståelse. Lärandet måste därför anpassas så att kunskaperna får en mening för patienten. Medicinsk kunskap ska kunna omtolkas och transformeras av patienten till den egna sjukdomen för att bli förståelig och användbar. Har inte kunskapen en personlig innebörd för patienten eller inte går att anpassa till patientens verklighet, kan den alltså inte tillgodogöras (Johansson et al., 2003; Andén, Andersson & Rudebeck, 2005; Hansson Scherman & Friberg, 2009).

Ett resultat som ofta betonas när det gäller patientens lärande är att följsamheten (compliance/alignment) i förhållande till behandlingsprocessen ökar. I behavioristiska sammanhang finns associationen till lärandet som en företeelse som handlar om att ge information eller kunskap i avsikt att framkalla önskvärda beteenden. Med stöd av överföringsmetaforen (Reddy, 1979) beskrivs den lärande personen som icke-tänkande och utan kritisk förmåga. Metaforen ger en föreställning om att idéer, känslor eller tankar kan formas till språkliga meddelanden som kan överföras till någon annan och att denna andre kan uppfatta dessa på samma sätt som de förmedlats av sändaren. Denna form av överföring är i princip en omöjlighet då idéer inte går att omsätta till språk, eftersom språket inte är själva idén utan enbart en representation av den (Reddy, 1979). Den kritik som framförts gällande följsamheten och hur lärandet som fenomen är relaterat till denna, är just sprungen ur denna syn på den lärande patienten. I detta synsätt kvantifieras och determineras lärandet på ett sätt som inte involverar patientens egen förståelse och hantering av sin sjukdom, utan inriktas på underordning i ett system eller av en organisatorisk idé. Patienters lärande bör i stället därför inriktas på kvalitativ förändring av den lärandes uppfattning och förståelse av någonting utifrån variationsteoretiska perspektiv (Bowden & Marton, 2004).

Patienter söker förståelse av sin situation och sin sjukdom genom att på egen hand reflektera över det som förmedlats (Andén et al., 2005; Hansson Scherman & Friberg, 2009). Patientens lärande kanske handlar om att öka förståelsen av sin sjukdom och av sin situation, snarare än att lära sig nya saker eller få mer faktiska, medicinska kunskaper om sin diagnos och sina symtom.

Vårdpersonalen har här en roll som undervisare. Att de utgår från den *kritiska aspekten*, det vill säga att i mötet med patienten försöka identifiera vilken förmåga patienten har och var patientens förståelse befinner sig i förhållande till denna förmåga, är därför en nödvändighet. Detta måste samtidigt ske i förhållande till det mål och den nya kunskap som lärandet förväntas leda till, och som såväl patienten som vårdpersonalen bör vara inbegripna i (Andén et al., 2005; Hansson Scherman & Runesson, 2009).

Ökad förståelse leder inte alltid till positiva konsekvenser för en patient med egentlig depression. Den ökade förståelsen kan tvärtom leda till en ökad insikt om det personliga tillståndet, eller tidigare situationer och kan öka ångesten eller de depressiva symtomen. Detta faktum är viktigt att ta hänsyn till och är en utmaning för vårdpersonalen att vara förberedd på (Andén et al., 2005).

Den ojämlikhet och de maktförhållanden som präglar vårdverksamheter kan utgöra ett hinder för patienters lärande. Patienten befinner sig i ett underläge, vilket kan hindra ett lärande på patientens egna villkor. För att möjliggöra ett utgångsläge som är format av en variationsteoretisk syn på lärande, krävs att vårdpersonalen möter patienten som en person och inte som ett objekt. Först då kan förutsättningarna för ett lärande på patientens villkor möjliggöras. Detta kräver medierande redskap, som till exempel ord, uttryck, metoder eller kulturella yttringar, som kan möjliggöra kunskapsutveckling och lärande på patientens villkor (Säljö, 2009). Att se patientens lärande som ett förändrat deltagande kan innebära att utgå från att lärandet sker i processer och relationer som finns tillgängliga i patientens vardagliga situationer och aktiviteter (Martin, 2009).

Patientundervisning

Målet för en undervisningssituation är att åstadkomma en förändring hos den lärande individen (Martin & Booth, 1997). Detta kan i vårdsammanhang betyda att patienten ska nå ökad kunskap om sin sjukdom så att han/hon bättre kan hantera funktionshinder och de problem som de medför. Utgångspunkten för detta lärande måste alltid vara patientens behov (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004). Därför handlar patientundervisning inte enbart om att förmedla fakta i form av information utan innebär även ett arbete med patientens tankar, känslor och reaktioner (Klang Söderkvist, 2008). Om patienten ska kunna utveckla förståelse av sin sjukdom och sina problem, krävs att undervisningen är individuell. Då kan patienten lättare omsätta kunskapen till sin egen situation. Det kräver i sin tur att pedagogiska metoder med en

hög grad av variation och möjligheter till individuell anpassning bör väljas för patientundervisningen (Johansson et al., 2003).

Patientundervisning omfattar utbildning, undervisning, lärande, information och rådgivning. Den kan antingen vara formell/planerad eller informell/oplanerad och ske i vardagliga möten som patient och vårdpersonal ingår i. Patientundervisning kan därtill ses ur ett empowerment-perspektiv, där begrepp som emancipation, möjliggörande, makt och beslutsfattande är centrala. Med detta perspektiv blir patientundervisningens mål att bemyndiga patienten att i högre grad medverka i sin vård och göra medvetna val. Bemyndigandet innebär även att vårdpersonalen bemyndigas i att understödja patienten i lärandet (Pilhammar Andersson, 2007). Patientundervisning som riktar sig mot attityder och beteende innebär ett lärande som syftar till att öka kunskaper och färdigheter som krävs för att bevara eller förbättra hälsan hos patienten. För att åstadkomma en god pedagogisk situation och en väl fungerande patientundervisning, behöver vårdorganisationen präglas av ett pedagogiskt klimat där vårdpersonalen ser patienten som en lärande person (Friberg et al., 2007).

Vårdpersonalen kan styra undervisningen genom att stödja och stärka patientens kontroll över sin sjukdom, behandling eller förmåga att kunna hantera den vardagliga tillvaron (Klang Söderkvist, 2008). Vårdpersonalens undervisningsförmåga är på ett sätt en parallellprocess där kombinationen av egna erfarenheter av undervisning och den kunskap som utvecklats genom utbildning utgör grund för undervisningskompetensen (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004). En central del i patientundervisningen är att vårdpersonalen ska kunna förmedla kunskap på ett sätt som patienten kan förstå (Pilhammar Andersson, Bergh, Friberg, Gedda & Häggström, 2003). Därför är det väsentligt att vårdpersonalen är klar över varför patienten behöver informationen eller kunskapen och tydliggör detta för patienten på sådant sätt att osäkerhet och oro kan undvikas hos patienten (Fagermoen, 2002). Om patientundervisningen ska bli framgångsrik och hjälpa patienten i sin situation, är det väsentligt att arbeta med undervisningsmetoder som ger ett upplevelsebaserat lärande för den enskilde (Rosenqvist, 2001).

Patientens möjlighet att söka kunskap om sin sjukdom eller sina symtom genom Internet, har kommit att påverka patientundervisningen. Tillgången till denna information innebär att många patienter redan skaffat sig kunskaper då de söker hjälp inom hälso- och sjukvården. Genom användandet av Internet kan patienter komplettera den information de får från vårdpersonalen, vilket kan leda till en ökad egenvårdsförmåga. Idag finns en stor mängd webbsidor där patienter kan finna information. Eftersom ett antal av dessa

hemsidor inte håller en god kvalitet eller uppdaterad information, behöver vårdpersonalen kunna vägleda patienten och ge råd och tips om pålitliga webbsidor (Oermann, 2003).

Patientundervisning kan i vissa fall beskrivas som oetisk. Till exempel då den används för att tillfredsställa ett institutionellt mål, men inte patientens mål (Redman, 2008). Oetisk patientundervisning kan vara att vårdpersonalen inte undervisar patienten när denne behöver det eller att de begränsar den kunskap som patienten har rätt att få, att övervärdera betydelsen av patientutbildningen och dess effekter hos patienten eller att inte bedöma och ta tillvara patientens humana kapital (Robeyns, 2006).

Patientutbildning vid egentlig depression

Patientutbildning för personer med egentlig depression har visat sig bidra till att öka personernas problemlösande förmåga, hjälpsökande beteende, hantering av depressionssymtomen och följsamheten i behandlingen (Sanford et al., 2006; Han, Chen, Hwang & Wie, 2006; Seedat, Haskins & Stein, 2008). Patientutbildning kan minska patientens depressionssymtom och kan fungera individuellt (Perry, Tarriner, Morriss, McCarthy & Limb, 1999; Jindal & Thase, 2003) i grupp (Dowrick et al., 2000) och i familjeutbildning (Ong & Carron, 2008). Efter en utbildningsintervention för patienter med depression inom primärvård, som var fokuserad på patientens kunskaper om den egna depressionen, upplevde en majoritet av deltagarna att de mådde bättre och hade färre symtom efter interventionen. Många av deltagarna värderade och fick stöd av att utbyta erfarenheter och träffa andra människor i samma eller liknande situationer (Hansson, Bodlund & Chotai, 2008).

Vårdpersonalens lärande

Vårdpersonalens lärande kan förstås med stöd i lärstilsteori, variationsteori, samt lärande och kunskap i handling. I den första används Kolbs teori för att beskriva olika lärstilar. Det innebär att vårdpersonalens lärande grundas i deras erfarenhet och att det är utifrån den nya perspektiv kan utvecklas. På så sätt blir lärandet individuellt och utvecklas i förhållande till tidigare kunskaper och omsätts i praktisk handling. Samtidigt sker inte detta lärande i ett vakuum utan i ett sammanhang och i interaktion med andra människor.

Lärstilsteori

Kolb (1982) beskriver i sin *experiential learning theory* hur människan lär genom att ta till sig information från omgivningen på olika sätt, där individen pendlar mellan den konkreta upplevelsen av situationen vilken vidare bearbetas genom en reflekterande observation och genom detta leder till en abstrakt generalisering och till sist ett aktivt prövande som sker med grund i de tidigare stegen. Denna process kan beskrivas med utgångspunkt i en cyklisk modell:



Figur 1. “Experiential learning cycle” (fritt efter Kolb, 1982)

Utvecklingen är central för det erfarenhetsbaserade lärandet, där individen växlar mellan faserna i processen. De fyra faserna samspelar och utgör varandras förutsättningar för ett effektivt lärande. Med utgångspunkt i denna process identifierar Kolb (1982) fyra olika lärtilar. Den divergenta stilen utgår från konkreta upplevelser där personen har behov av att reflektera och observera samt har en förmåga att se konkreta fenomen och problem från en rad skilda perspektiv, vilket kan leda till såväl fantasifullhet som kreativitet. Den assimilerande stilen som innebär en väl utvecklad förmåga till induktivt tänkande där personen utifrån observation söker kunskap med stöd av relevant teori och fakta. Den konvergenta stilen där personen genom hypotetiskt/deduktivt resonemang har fokus på specifika problem och praktisk tillämpning av teorier. Den ackommoderande stilen där personen har behov av att använda konkreta upplevelser och omsätta dessa i praktisk handling. Det intuitiva används här före det teoretiska vilket ofta kan medföra vissa risktaganden. Enligt Kolb (1982) kan inte individen vara effektiv i samtliga delar, utan väljer den lärstrategi som bäst överensstämmer med individens egen lärstil.

Lärande som att förstå variation

I variationsteorin avses en erfarenhet av hur ett fenomen varierar på olika sätt, men också variationen mellan dessa variationer i sig. Marton & Tsui (2004) beskriver det variationsteoretiska perspektivet på följande sätt:

... for instance, knowing what red is presupposes the experienced variation in colors. Imagine for a moment that there was no variation of colors, that everything around us had the same color. It would be impossible for us to discern color as a feature. If every object we encountered had the same color, this feature of the object would not be discerned (Sid. 14).

Variationsteorin innehåller fyra centrala delar som det är viktigt att den lärande kan uppfatta och relatera till. Dessa är kontrast, generalisering, separation och fusion. Med kontrast menas att om någon ska erfa något, behövs något att jämföra med, en referens. Denna referens kan vara ett objekt som står i klart motsatsförhållande till det som ska läras. Om vårdpersonalen ska kunna förstå portfoliomethoden, behöver de också förstå vad som inte är portfoliomethoden. Men referensen kan också utgå från individens historiska kontext där en tidigare förståelsenivå kan utgöra denna referens. Generaliseringen innebär att den lärande kan få en kunskap om det unika fenomenet som även går att applicera på andra fenomen. Till exempel hur portfoliomethoden går att använda med patienter som inte har en egentlig depression. Med separation menas att den lärande individen får erfarenhet av en specifik aspekt av ett fenomen genom att det separeras från andra fenomen. För att separationen ska uppstå måste den nya kunskapen variera medan den tidigare är konstant. I föreliggande studie kan det till exempel handla om vad som är nytt i portfoliomethoden i förhållande till KBT. Fusionen i det variationsteoretiska perspektivet innebär att personen kan se delarna i ett fenomen, hur de hänger samman och hur de formar en helhet tillsammans (Marton & Tsui, 2004).

Lärande och kunskap i handling

Kunskap och lärande i handling handlar om individens handlingsförmåga och handlingsutrymme men också om hur individen reflekterar i handling (Schön, 1995, Molander, 1996). Reflektionen i och över handling är nödvändig om kunskap i handling ska kunna utvecklas. I reflektionsprocessen lär sig individen, utifrån sin förförståelse, och ändrar förståelsen då handlingen omgestaltas eller få en ny identitet. Kunskap i handling kräver också helhetsförståelse och orienteringskunskap. Den är inte en avbildande kunskap, utan byggd på erfarenhet vilket leder till bilder som öppnar landskap där den lärande indivi-

den kan orientera sig och ta sig fram på ett målinriktat sätt. Orienteringskunskapen ger på detta sätt en riktning och förståelse av vad som är viktigt samtidigt som det lägger en grund för handling (Molander, 1996, Ellström, 2006). För att möjliggöra detta, är individens inställning till och motivation för lärande av stor betydelse (Ellström & Ekholm, 2001). Att tänka i helheter är en viktig förutsättning för kunskap i handling. Det är också av stor vikt att den lärande individen har en bild, en gestaltning för att förstå helheter och handlingar, vilka också fungerar som dialektiska utgångslägen (Molander, 1996).

Kunskap i handling påverkas av nivån av reflektion. Den rutinbaserade nivån handlar om automatiserade handlingar som utförs på ett icke medvetet plan och handlar om förtrogenhetskunskap. Den regelbaserade nivån innebär att handlandet regleras av mer medvetna regler, där förmågan att tolka och uppfatta iakttagelser av skeenden i omgivningen utgör en förutsättning för handlandet. På den kunskapsbaserade nivån styrs handlingen av ett tänkande över gjorda erfarenheter och kunskaper om omgivningen som är mer medvetet och analytiskt hållet. I nya och mer främmande situationer är handlande på denna nivå nödvändig för hantering. I det reflektiva handlandet, grundas kunskaperna på reflektionen i sig och kunskapen av metakognitiv karaktär där individen har en kunskap om sig själv och sitt lärande (Ellström, 2006). För ett dynamiskt lärande är det, anger Ellström, nödvändigt att det finns en växelverkan mellan handlingsnivåerna och att dessa kompletterar varandra.

Expressivt berättande

Expressiv berättande (eller narrativitet) innebär att en person genom skrivande eller övrig dokumentation (foto, inspelning, teckning etc) ger uttryck för inre föreställningar. Genom detta kan ett emotionellt berättande ske, men detta förutsätter utgångsfrågor som hjälper personen att reflektera över tankar, känslor och upplevelser. Expressivt berättande har visat sig gynna den reflektiva förmågan och leda till tydliga effekter på såväl fysisk som psykisk hälsa (Pennebaker, 1997). Detta möjliggörs genom att personen kan få ökad tillgång genom exponering av negativa händelser, vilket kan leda till att personen börjar bearbeta sina känslor relaterat till negativa minnen. Det kan i sin tur leda till en positiv kognitiv förändring genom reorganisering av minnen kring traumatiska händelser eller upplevelser. Det förhöjda medvetandet som denna kognitiva förändring kan leda till, kan bidra till att omedvetna/implicita känslomässiga och kognitiva processer kan bli medvetna och explicitgjorda. Detta kan även bidra till ett förändrat socialt och språkligt beteende (minskad alexitymi) och öka den sociala anknytningen, som också visar sig öka möj-

ligheten att få stöd (Pennebaker, 1997; Ramirez-Esparza & Pennebaker, 2006; Chung & Pennebaker, 2007).

Förståelse

Nationalencyklopedin beskriver förståelse som att: ”tillgodogöra sig det tankemässiga innehållet i yttrande, text etc., men även handlingar” eller ”förmåga att tillgodogöra sig innebörder”. Föreliggande avhandling utgår från att en individs förståelse innebär att kunna uppfatta variationer i ett fenomen (Marton & Tsui, 2004), en tankemässig konstruktion som bygger på tidigare erfarenheter och för-förståelse (Bruner, 1991; Combs & Freedman, 1998; Gergen, 1999), att uppfatta hur delar och helheter förhåller sig till varandra och hänger samman (Marton & Tsui, 2004) och att kunskaperna kan omsättas i handling (Molander, 1996, Ellström, 2006). Förståelseutvecklingen sker i form av lärande, där individen använder tidigare förståelse för att förstå nya situationer. Utifrån dessa utgångspunkter kan förståelsen utvecklas olika i fråga om såväl bredd, djup som grad. Bredden kan uttryckas som komplexitet i förhållande till utgångspunkterna, det vill säga hur de hänger samman och interagerar med varandra. Djupet kan innebära hur mycket individen uppfattar av variationerna och graden hur lärandet leder till en förbättrad handlingsberedskap.

Portfoliometoden

Portfolio som begrepp härrör från latinska ordet portare (bära) och folio (blad, papper). Konstnärer och hantverkare har sedan länge använt portfolio för att samla ett urval av sina arbeten och på detta sätt få arbetet att bli överskådligt och presentabelt. Dessa arbeten förvarades i en större pärm eller fodral av olika slag och var ett sätt att visa upp sin talang samtidigt som innehållet beskrev den yrkesmässiga utvecklingen (Kimeldorf, 1994). Portfoliomethodiken har en lång tradition och har använts i utbildningssammanhang under flera decennier ibland annat USA, Storbritannien och Nya Zeeland. I Sverige används metoden i grundskolans samtliga stadier samt inom gymnasieutbildningar. Även inom högskole- och universitetsutbildningar har portfoliomethoden börjat användas mer och mer.

Portfoliomethoden bygger på teorier för självreglering, det vill säga kontrollen av det egna tänkande och beteendet för att uppnå ett önskat mål och grundas i *self-efficacy* i betydelsen självtillit med fokus på individens tilltro till den

egna förmågan att hantera de situationer denne ingår i (Bandura, 1997; Schunk & Zimmerman, 1998; Zimmerman & Schunk, 2004). En av de viktigaste tankarna bakom portfoliomethoden är att den lärande individen får möjlighet att ta kontroll över sitt lärande och därigenom bli mer aktivt i lärandet (Zimmerman, 2000; Ellmin & Ellmin, 2003; Zimmerman & Schunk, 2004). Metoden är dels processinriktad (att samla pågående arbeten) dels en produkt (avslutade arbeten) och innebär, i ett utbildningssammanhang, ett bevisande av kunskaper genom att metoden kan användas som en systematisk och organiserad samling av dokument där lärare och elev kan följa tillväxten av elevens kunskaper och färdigheter (Cole, Ryan, Kick & Mathies, 2000).

Portfolions form och struktur

Den moderna portfolion, som fysisk företeelse, förekommer i olika former: traditionell portfolio i form av en pärm, mapp eller liknande, mixed portfolio där pappersportfolio används i kombination med digitala media (bild, ljud, cd-skivor, video) samt renodlade datorbaserade e-portfolios. Digitala portfolioprogram som är speciellt framtagna för elever och lärare är under stark utveckling (Ellmin & Ellmin, 2003).

Portfolion som metod för undervisning av elever och studenter kan ha olika utformning och innehåll. En megaportofolio innehåller en mängd osorterade och osystematiska arbeten, som enbart samlas utan att används på ett konstruktivt sätt i läroprocessen. En gravitationsportofolio innebär selekterat material byggd på det som eleven/studenten/den lärande personen känner sig stolt över att presentera. En utvecklingsportofolio betecknas som den optimalt utvecklade portfolion, som dels kan bestå av en arbetsportofolio och dels av en visningsportofolio. Arbetsportofolion, eller den personliga portfolion, innebär det vardagliga arbetsinstrumentet där arbeten sparas kontinuerligt. Här sker reflektion och dokumentation av det egna arbetet, målen, resultaten och utvecklingen. Arbetsportofolion kan underlätta planering och stöd från lärare eller handledare och därmed tydliggöra den personliga utvecklingen under läroprocessen. Visningsportofolion, är den offentliga delen av arbetsportofolion, vilket innebär ett koncentrerat och överskådligt kompetens- och meritverktyg, vilket ger involverade (läraren, handledaren, vårdpersonalen) en representativ och meningsfull inblick i den lärande personens utveckling över tid (Ellmin, 2003).

Om portfolioarbete ska bli effektivt, krävs övertänkta beslut om vad som ska sparas och förvaras i pärmen eller mappen för att undvika risken att det blir ett slentrianmässigt sparande utan tanke på hur det ska användas. Om så sker

blir portfolion en container enbart för förvaring. Ett noga utvalt material ökar möjligheten att använda det för reflektion, att samtala kring och att arbeta vidare utifrån. Om portfolion används på detta sätt får den lärande personen ett verktyg att bättre förstå sitt tänkande och göra sin förståelse tydlig (Moreau & Wretman, 2000a, 2000b, 2005).

Portfoliometoden som pedagogiskt verktyg

Portfolioarbetet baseras på tre P:n: produkt, process och progression. Produkt står för själva portfolion, det vill säga en samling dokumentationer i text, ljud och/eller bild. Processen innebär att personen dokumenterar vad denne anser sig ha lärt sig över en viss tid. Progressionen innebär en beskrivning av kunskapsutvecklingen, vilket möjliggörs via reflektion av själva portfolioinnehållet (Ellmin & Ellmin, 2005). Portfoliometoden innebär även ett systematiskt samlande och reflekterande och utgår från fyra olika perspektiv, där allt som sparas skall dateras för att följa utvecklingsperspektivet och det som sparas bör motiveras varför det sparas. Att samla innebär att dokumentera det som har med lärandet att göra. Att göra urval innebär att en del av det dokumenterade materialet sparas i portfolion. Reflektion innebär att den lärande använder materialet för värdering. Att anknyta handlar om att regelbundet använda materialet i portfolion och relatera detta till den praktiska situationen (Ellmin & Ellmin, 2005).

Genom att den lärande individen arbetar med portfolion, där tankar, reflektioner, idéer, olika former av arbeten eller framställningar av material kring lärandet finns samlat, involveras den lärande individen i den egna kunskapsprocessen (Taube, 1997, 2000). Portfoliometoden är ett förhållningsmässigt sätt att undervisa, där metoden utvecklats i samband med processkrivning, matematik, bild och musik. Användningen av portfoliometoden sker även inom andra områden där någon kan lösa problem eller framställa en produkt på mer än ett sätt (Lindström, 1997, 1999, 2002). Portfolion kan på detta sätt sägas vara en pedagogisk dokumentation där utveckling och växande gestaltas och fungerar som en spegel för vad den lärande individen gör och lär. I bedömningen av portfolion fokuseras den lärandes resurser, vad denne kan eller klarar av och inte på motsatsen. Trots det måste det som inte individen klarar eller de hinder den lärande personen har klargöras och hanteras i lärsituationen. Med portfolions hjälp kan inlärningsbehov bli synliggjorda samt den lärande personens behov av stöd och hjälp tydliggöras (Ellmin & Ellmin, 2003). Grundidén för att utveckla en portfolio utgår från det socialkonstruktivistiska tänkandet och innebär att den lärande tar eget ansvar, kan formulera sina mål, har möjlighet att värdera sig själv och arbeta självständigt. En förut-

sättning i portfolioarbetet är att det måste finnas en övertygelse av att portfoliomethoden bidrar till den lärandes utvecklande av färdighet, strategi, självständighet och kunskapsväxt hos personen som stödjer och hjälper den lärande, i föreliggande studie: vårdpersonalen (Paulson, Paulson & Meyer, 1991).

Syftet med portfoliomethodiken är att stärka och bevara de processer som understödjer personens utveckling och lärande. Dessutom syftar metoden till att synliggöra, förstärka och utveckla den lärandes positiva förmågor samt stödja eget ansvar för lärande. I portfolioarbetet behöver syftet vara klart uttalat för att bli en metod som synliggör lärprocessen men även vad själva portfolioarbetet innebär och kan betyda för den lärande, läraren, handledaren, vårdaren, terapeuten eller verksamheten (Cole et al., 2000). Det behöver även finnas en struktur och kontroll över hur portfolioinnehållet ska bearbetas och som bör specificeras innan själva arbetet startar. Hur portfolion presenteras är ett betydelsefullt utgångsläge. Genom att lärprocessen synliggörs och sätts i fokus, kan det ge den lärande förståelse som han eller hon kan relatera den nya kunskapen till. Portfoliomethodiken underlättar för den person som ska stödja lärandet (läraren, vårdpersonalen) genom att det systematiserar och tydliggör lärprocessen (Ellmin & Ellmin, 2003). Portfolioarbetet kan utvecklas för en viss målgrupp, innehålla arbetsprover samt ha ett innehåll som grund för reflektion. Arbetet kan dessutom inriktas på att lyfta fram starka sidor och visa på eller ge riktning för nästa steg för personen som arbetar med portfolion. På samma gång som innehållet är en produkt i sig, kan det visa processen och progressionen i lärandet och beskrivas i termer av en lär-, kommunikations- och utvärderingsstrategi (Svedberg & Zaar, 1998).

Arbetet med portfolion kan öka det sociala samspelet med andra personer, till exempel andra studenter, lärare eller vårdpersonal, närstående, som är engagerade i portfolioprocessen (Zeichner & Wray, 2001). En väl utvecklad och fungerande portfolio kräver dels att den ger en så komplett bild av den lärandes utveckling som möjligt, dels att den leder till aktivt deltagande i lärprocessen och dels att den bidrar till ökad självständighet i lärandet (Fogerty, 1994). Portfolioinnehållet är dock inte en heltäckande samling dokument och material som visar den totala lärprocessen, utan är alltid ett urval av en större mängd material. Methodiken innebär en perspektivförskjutning från undervisning till lärande, där det didaktiska mötet är grunden för lärandet. Det innebär alltså en övergång från överordnad styrning till att fokusera på lärprocesser, individualisering och lärmiljön (Ellmin, 2003). Själva portfolioinnehållet skapas av den lärande själv och är ett sätt att arbeta som ger den lärande en möjlighet att på ett tydligt sätt värdera sitt eget arbete och i förlängningen sitt eget lärande. Portfolion bör innehålla information som illustrerar den lärandes utveckling, vilket kan visas på många skilda sätt till exempel text, bild

eller ljud (Paulson et al., 1991). Med portfoliomethodik, eller portföljmethodik, avses det sätt på vilket såväl läraren som eleven utvärderar, bedömer och undervisar i skapande verksamhet. Eleverna får med hjälp av portföljer, det vill säga sammanställningar av sina elevarbeten, lära sig att reflektera över och kritiskt värdera det egna arbetet (Lindström & Lindberg, 2008).

Portfoliomethodiken kan knytas till olika perspektiv på kunskap och lärande, där mappen eller pärmen är redskap utan pedagogisk förankring till någon specifik värdegrund. Detta kan innebära att själva portfolion därför kan användas även om organisationen präglas av olika pedagogisk grundsyn. Portfolion kan på detta sätt vara som en kameleont, som skiftar färg efter vilka pedagogiska grundprinciper som läggs till grund för den praktiska användningen (Dysthe & Engelsen, 2003). Styrkan med portfoliomethodiken är att denna kan fungera som ett praktiskt redskap för att understödja lärandet, där individen blir uppskattad och hittar sin plats för att utvecklas. Det finns dock en risk att portfoliomethodiken blir ett verktyg för individualisering där var och en sysslar med sitt eller att portfoliovärdering/utvärdering fokuserar praktiska tekniker. Det kan innebära att det centrala budskapet med portfoliomethodiken går förlorat eller leda till en reduktion av gemenskapen mellan olika parter i lärandeprocessen och marginalisera interaktionen dem emellan (Dysthe, 2002). Portfolions sociala motiv får därför inte gå förlorat.

Kapitel 3 Tidigare forskning

Patienters förståelse av sin sjukdom

Merparten av forskning om förståelsen av den egna sjukdomen har haft fokus på sjukdomar som diabetes (Meetoo & Meetoo, 2005), obstruktiv lungsjukdom (Weaver, Richmond & Narsavage, 1997), reumatoid artrit (Dein, 2004), hjärtsvikt (Russell, Geraci, Hooper, Shull & Gregory, 1998) och cancersjukdomar (Gregg & Curry, 1994). Forskning om personens förståelse av den egna depressionen är begränsad. Däremot förekommer självbiografiska beskrivningar i ett antal skönlitterära verk (till exempel Agerberg, 2001; Solomon, 2003) av hur personens försöker förstå sin depression.

En avgörande vändpunkt för patientens förståelse av sin sjukdom, är då den medicinska diagnosen ställs. Trots att diagnosen ställts, kan det ta lång tid innan patienten accepterar sin sjukdom och verkligen förstår att de lider av sjukdomen. Den medicinska diagnosen kan på detta sätt ha olika innebörd för olika individer (Koopman & Schweizer, 1999) och ge bekräftelse på det som patienten redan förstått och vetat om, men inte haft ord för att uttrycka. Samtidigt som det kan bli en bekräftelse i positiv bemärkelse, kan det även innebära ett trauma för patienten genom vetskapen av att ha drabbats av en sjukdom (Lundman & Hörnsten, 2002; Hörnsten, Sandström & Lundman, 2004).

Patienters kunskap om den egna depressionen

Forskningen om förståelse av den egna depressionen har haft fokus på att inhämta generella kunskaper om depressionen som tillstånd, framför allt gällande symtom och behandling och information som patienten fått ta del av samt vilken kunskap personen med egentlig depression har om sin diagnos eller sin medicinering (Clary, Dever & Schweizer, 1992; Luderer & Böcker, 1993).

Att lära sig och få kunskap om den egna depressionen har visat sig vara viktigt för återhämtningen genom att denna kunskap ökar personens möjligheter

att söka professionell hjälp, minskar symtomutvecklingen, ökar hanterbarheten och minskar risken för återfall (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004; Thompson, Hunt & Issakidis, 2004; Kronmüller et al., 2007; Roh et al., 2009). Äldre och lägre utbildade personer med egentlig depression har generellt mindre kunskaper om depressionen än yngre och mer utbildade personer. Det finns också ett samband mellan depressionens varaktighet och personens kunskap om sjukdomen. Bristande kunskaper om riskfaktorer och depressionssymtom har även visat sig öka risken för att diagnosens ställs i ett sent skede (Kronmüller et al., 2006; Vargas, 2006). För att göra återhämtningsprocessen effektiv, är patientens förmåga till återhämtning och den egna kunskapen om depressionen viktig (Ridge & Ziebland, 2006). Fenomen som kontroll, förståelse och medvetenhet av de egna problemen och den egna situationen påverkar återhämtningen på ett positivt sätt (Brown, Schulberg & Prigerson, 2000; Dixon, 2000). När dessa fenomen kan omsättas i praktisk handling och fungera som en resurs, kan det leda till att patienten söker hjälp i ett tidigare skede, vilket på sikt kan minska risken för att depressionen fördjupas eller att depressionen blir mer svårbehandlad (Judd et al., 2008).

I depressionsbehandling inom primärvården beskriver patienter att de gjort många besök hos läkare utan att frågor om depression väckts (Saver, Van-Nguyen, Keppel & Doescher, 2007). Många patienter förstår inte att de har en depression och saknar information om vad depressionen innebär samt vilka behandlingsalternativ som finns, vilket kan påverka medverkan i återhämtningen på ett negativt sätt. Risken finns för underdiagnostisering på grund av att patienten inte förstår sina symtom och därmed inte kan beskriva dem (Saver et al., 2007).

Mindre kunskaper om symtom och dess behandling leder också till lägre hanterbarhet av de funktionshinder sjukdomen innebär, tunnare och svagare mellanmännsliga relationer och mer passiva levnadsstrategier. I jämförelse med förstagångsinsjuknande, visar det sig även att patienter som haft tidigare depressionsperioder har större kunskaper om symtom och behandling. Den egna kunskapen om depression är därför central för möjligheten att hantera sina funktionshinder (Kronmüller et al., 2006).

Det finns alltså kunskaper om hur patientens kunskaper om depressionssymtom och behandling av depression ser ut, men gällande patientens förståelse av sin depression och sina problem är dessa kunskaper klart begränsade. Detta är alltså ett område som behöver utvecklas genom forskning. Samtidigt behöver det utvecklas metoder i vårdarbetet för att bättre kunna arbeta med patientens förståelse i avsikt att öka hanterbarheten av den egna depressionen. En metod som möjligen kan hjälpa patienten att bättre förstå sin depression är

portfoliomethoden. Portfoliomethoden kan fungera som ett stöd för reflektion och bli en spegelbild av patientens situation och problematik, såväl i nuet som relaterat till framtiden, och därmed bidra till en fördjupad förståelse av den egna depressionen.

Portfoliomethodik och lärande

Vid databassökning användes ”portfolio”, ”portfoliomethod” i kombination med ”nursing”, ”caring”, ”medicine”, ”occupational therapy”, ”physiotherapy”, ”major depression” med olika böjningsformer av dessa som sökord. Inga publicerade artiklar på studier där patienter har arbetat med portfoliomethoden återfanns, varken allmänt eller specifikt kopplat till egentlig depression eller andra depressionsformer. Således återfanns inga tidigare publicerade studier gjorda med portfoliomethodik och patienter med egentlig depression eller andra patientgrupper i ett vårdande sammanhang. Tidigare forskning om portfoliomethoden är framför allt genomförd bland studenter och lärare i universitetsutbildningar som arbetat med metoden i såväl teoretiska som kliniska sammanhang. Eftersom portfoliomethoden har fokus på lärande kan referenser som hämtas från andra sammanhang där portfoliomethoden används vara relevanta då de visar metodens funktion som lärande verktyg. För att göra koppling till ett vårdande perspektiv beskrivs nedan hur detta kan möjliggöras. Studier som relaterar till vårdverksamhet har sökts men inte återfunnits. Därför har sökningar gjorts för metodens användning i vårdutbildningssammanhang som har en viss koppling till vårdverksamheten. Urvalet i de två följande avsnitten har därför sin grund från studier där portfoliomethoden använts i sjuksköterskeutbildning och läkarutbildning.

Den kunskapsutveckling som studenterna kan få tillgång till via portfolion, kan öka deras reflektiva tänkande och reflektiva förmåga (Nairn et al., 2006). Det kan i sin tur öka förståelsen för vad, varför och hur de lärt under utbildningen, samtidigt som den kommunikativa förmågan och organisationsförmågan utvecklas. Portfoliomethoden som pedagogisk metod möjliggör förståelse för det studerade ämnet (till exempel omvårdnad) som en konst och inte enbart att få tekniska kunskaper om ämnet (Nairn et al., 2006).

Portfoliomethoden har visat sig ha goda effekter när det gäller studenters självbedömning och öka deras självständiga förmåga samt självmedvetenhet och kan samtidigt ge läraren större insikt i deras lärandebehov (Brown, 2002; Bataineha, Al-Karasneha, Al-Barakata, Bataineh, 2007). Portfolion kan på detta sätt fungera som ett verktyg för insamling och värdering och möjliggöra

en samlad systematik för hantering av kunskap som kommer från en mängd olika områden, till exempel kurser och praktik, i studentens lärande vilket kan främja reflektionen (Dannefer & Henson, 2007).

Det finns en övervikt åt det positiva hållet när det gäller studenters utvärdering av portfolioarbetet. Flertalet är positiva till syftet med och användningen av portfolion, men anser att lärarna brister i handledningen av portfolion (Nairn et al., 2006). Studenternas attityder och entusiasm att arbeta med portfolion visar sig övervägande mer positiva under början av utbildningen, för att bli mindre positiva under slutet av utbildningen (Williams et al., 2008). Å andra sidan förekommer det rakt motsatta fenomenet; att portfoliomethoden i början av utbildningen upplevs negativ för att uppfattas som mer positiv under slutet av utbildningen, då studenterna tydligare upplever effekterna av metoden (Davis, Ponnampuruma & Ker, 2009). Portfoliomethoden har också visat sig fungera som kompetensverktyg för färdiga sjuksköterskor genom dokumentationen av den personliga utvecklingen och den kliniska färdigheten (Spence & El-Ansari, 2004; Joyce, 2005).

Införande av portfoliomethodik

Studier (McMullan et al., 2003; Duque et al., 2006) har visat att en undermålig förberedelse och introduktion av portfolioarbetet minskar effekterna av metoden och ökar förvirringen bland studenterna av vad portfolioarbetet går ut på och vad som förväntas av dem. Före införandet av portfoliomethoden krävs att såväl lärare som studenter får utbildning i och kunskaper om hur metoden går till. Utbildningen bör inkludera såväl själva processen, strukturen samt ett tydliggörande av syftet med portfolion. Då portfoliomethoden introduceras för studenterna är det av vikt att skapa ett tydligt mentorskap som bör inriktas på att finnas med under hela portfolioprocessen för att understödja deras förståelse av vilket arbete som ska göras och hur detta ska utföras (McMullan et al., 2003; Wilkes & Howell, 2006; Epstein, 2007). En effektiv portfoliomethodik innebär på detta sätt en ordentlig introduktion och ett tydligt mentorskap. Vidare innebär det en integration av metoden inom den kontext där den ska användas så att den bidrar till en utveckling av tidigare använda metoder. En tydlig information till samtliga berörda och tydliga riktlinjer samt strukturella ramar, utan att ge avkall på studentens frihet och eget ansvarstagande samt ett tidsmässigt utrymme att introducera och förankra metoden, är ytterligare kännetecknen på en effektiv portfoliomethodik (Driessen, van Der Tartwijk, van Der Vleutender & Wass, 2007).

Då det inte finns klart uttalade syften med portfolion eller om lärarna är okunniga i hur portfolioarbetet går till, kan resultat av portfolioarbetet försämrats (Davis, Friedman & Harden, 2001; Pearson & Heywood, 2004; Elango, Jutti & Lee, 2005; Kjaer, Maagaard & Wied, 2006). I vissa fall kan mindre pretentiösa portfolioarbeten, som inte behöver innebära så mycket dokumenterande, ge goda resultat om de präglas av en tydlig struktur och en tydlig avsikt med arbetet (Burch & Seggie, 2008). Portfolions format och struktur visar sig avgörande för hur individuellt präglad portfolion blir. En effektiv portfolion har en tydlig men öppen struktur, vilket möjliggör en ökad individuell prägel på innehållet (Pearson & Heywood, 2004; Driessen, van Der Tartwijk, Overeem, Vermunt & van Der Vleuten, 2005; Amsellem-Ouazana, van Pee & Godin, 2006; Grant, Vermunt, Kinnersley & Houston, 2007).

Då handledningen från lärare, mentorer eller andra personer som stödjer studenten alternativt eleven i portfolioarbetet saknas, minskas de effekter som portfolioarbetet kan leda till (Driessen et al., 2005; Elango et al., 2005). En handledning som stödjer den lärande personens reflektionsförmåga över det dokumenterade leder till en ökad förståelse och kan avsevärt höja effekterna av portfolioarbetet (Ryland, Brown & O'Brien, 2006; Webb, Arahamian, Weigelt & Brasel, 2006).

I kombination med problembaserat lärande (PBL), visar sig portfoliomethodiken vara för krävande för studenterna. Metoden är å andra sidan mer framgångsrik när den inte använts isolerat utan ingår som en del i andra pedagogiska verksamheter (Oberski, Matthews-Smith, Gray & Carter, 2004). Om inte portfolioarbetet underhålls och portfolioinnehållet bearbetas formativt och regelbundet under kursen eller utbildningen, riskerar portfolion att tyna bort. Här är även det externa stödet från läraren eller mentorn avgörande för hur portfolioarbetet kommer att fortskrida (Driessen et al., 2007).

För att portföljen ska bli ett lärande verktyg och fungera som en länk mellan teori och praktik, bör det finnas en tydlig anpassning mellan metoden och yrkespraktiken. Denna anpassning kan gälla såväl den individuella nivån som studenten befinner sig på som den specifika praxis hon eller han ska utveckla kunskap om (Scholes et al., 2004). I studier bland sjuksköterskestudenter har det visat sig att portfolion behöver vara anpassad till och understödja det kliniska lärandet för att inte riskera att förminska detta (Tiwari & Tang, 2003) samtidigt som studenterna behöver ha såväl utbildning som handledning i hur portfolion kan användas för att kunna göra kritisk reflektion och självvärdering utifrån denna (Coffey, 2005).

Portfolioarbetet har visat sig ta mycket tidsresurser i anspråk och kräver kunskap av såväl lärare som studenter om hur själva portfolioarbetet går till. Genom portfoliomethoden görs samtidigt studenterna i högre grad ansvariga för sitt lärande. Ett arbete som tar mer tid för dem eftersom de är vana vid traditionella och mer lärarstyrda undervisningsmetoder (Oberski et al., 2004; Buckley et al., 2009). Dessutom kan tidsutrymmet för strukturerade reflektioner samt dokumentationen av portfolioinnehållet minska på grund av det ökade ansvarstagandet för sin professionsutveckling som de får ta, särskilt under slutet av sin utbildning (Williams et al., 2008).

Sammanfattningsvis kan konstateras att tidigare forskning inte i tillräcklig grad fokuserat på patientens förståelse av sin depression. Bedömningen är att portfolio kan vara en metod som underlättar för patienten att utveckla ökad förståelse för sin depression i avsikt att bättre kunna hantera sina funktionshinder och sin vardagssituation. På så sätt bör patienten få bättre möjlighet att tillvarata sina resurser under vård och behandling. Samtidigt behöver metoder utvecklas som stödjer vårdpersonalens pedagogiska arbete med att stödja patientens förståelse av sin depression.

Kapitel 4 Problem och syfte

Egentlig depression är, som beskrivits i inledningen, ett ökande problem för många personer i samhället, trots att förbättrade behandlingsmetoder, såsom antidepressiva läkemedel och olika terapeutiska behandlingsmetoder används allt mer. Detta visar att det behövs ytterligare forskning på hur hälso- och sjukvården kan stödja patientens återhämtning. Patientens egna förmåga är betydelsefull i återhämtningen från depressionen. En förmåga som i hög grad är kopplad till fenomen som kontroll, förståelse och hantering av funktionshindren. Patienten har en underordnad ställning i vården. Det är vårdpersonalen som av tradition innehar och förvaltar kunskaperna och behärskar metoderna, inte patienten. Metoder behöver därför utvecklas på patientens egna villkor för att stödja samhällets intentioner med att utforma vården i samråd med patienten och göra patienten mer delaktig i denna (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763, 2§; Socialstyrelsen, 2010c).

Tidigare studier av patienters kunskaper om sin depression har visat sig framför allt vara inriktade på kunskaper om symtom och behandling och är dessutom inte fokuserade på patientens förståelsemässiga kunskaper (Christensen et al., 2004; Thompson et al., 2004; Vargas, 2006; Kronmüller et al., 2006, 2007; Roh et al., 2009). Patientundervisningen följer dessutom ofta institutionellt förutbestämda kunskapsideal, vilka överförs till patienten. Om patienten ska öka sin förståelse för sin depression och använda denna förståelse som en grund för att hantera problemen, är det väsentligt att utveckla metoder som kan stödja detta lärande och samtidigt kan fungera som pedagogiskt verktyg för vårdpersonalen. Risken finns att det annars är en överförd och memorerad kunskap som skapas hos personen, inte en kunskap som kan leda till förståelse, ökad kunskap i handling och förbättrad hanterbarhet av funktionshinder. Det handlar således dels om brister i pedagogisk metodutveckling, dels om brister i kunskaper om patienters förståelse av sin sjukdom. Därför behövs såväl forskning som bidrar till utveckling av pedagogiska metoder som forskning som bidrar till patienters förståelse av sin sjukdom. Denna avhandling avser att bidra med kunskaper om hur patienter med egentlig depression och vårdpersonal använder och erfar portfoliomethoden. Genom att portfoliomethoden används i en avgränsad grupp patienter och vårdpersonal

Problem och syfte

under en avgränsad tidsperiod, kan dessa respondenters sätt att erfara och använda metoden fokuseras och leda fram till att utveckla kunskaper om portfoliomethodens användbarhet i psykiatriskt vårdarbete.

Syftet med avhandlingsarbetet är att följa och beskriva hur patienter med egentlig depression och vårdpersonal erfar och använder portfoliomethoden inom psykiatrisk öppenvård samt att följa och beskriva patienternas hälsosituation under studietiden

De frågeställningar som avhandlingen söker svar på är:

- Hur erfars och används portfoliomethoden av patienter med egentlig depression?
- Hur ser patienternas hälsosituation ut under studietiden med utgångspunkt i depressionssymtom, negativa automatiska tankar, självtillit och kontrollfunktioner?
- Hur uppfattar vårdpersonalen portfoliomethoden och hur erfar och använder de portfoliomethoden som pedagogiskt verktyg i vårdarbetet?
- Vilka hinder och möjligheter kan identifieras för att använda portfoliomethoden inom psykiatrisk öppenvård?

Kapitel 5 Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel presenteras social konstruktivism, vilket utgör avhandlingens teoretiska utgångspunkt, samt hur lärande kan betraktas genom detta perspektiv.

Social konstruktivism

Social konstruktivism tar sin utgångspunkt i hur individens tankemässiga förståelse av hur verkligheten konstrueras i förhållandet till omvärlden med stöd av de sociala relationer som han eller hon ingår i. Den sociala konstruktivismen har utvecklats ur den kognitivistiska traditionen och dess syn på mänskligt tänkande och lärande. Denna uppfattning innebär att all mänsklig, mental aktivitet uppfattas som processer i vilka individen skapar eller konstruerar något. Det kan exempelvis vara begrepp, minnen och förståelse (Piaget, 1973, 1974). Den sociala konstruktivismen har sin grund i Vygotskys (1962, 1978, 1987), Bruners (1986, 1990) och Moscovicis (1984) teorier.

Bruner (1991) anser att människan kognitivt strukturerar vardagliga erfarenheter narrativt genom att skapa inre berättelser om sig själv, andra personer eller omvärlden. Individen använder detta berättande (såväl i tanken som i praktisk handling, verbalt och skriftligt) för att förstå omvärlden. Bruner lyfter fram hur berättandet kan skapa länkar mellan det exceptionella och det vanliga. Grunden i förståelsen av omvärlden skapas dels i förståelsen mellan det som upprepar sig, dels följer vissa normer och är accepterat. Berättandet hjälper individen att finna en mening i det ovanliga. Tankar och föreställningar, vilka människan delar i bestämda sociala grupperingar, utgör så kallade sociala representationer, en slags gemensam föreställning om den sociala världen (Moscovici, 1984).

En viktig företrädare för den sociala konstruktivismen är, som tidigare nämnts, Vygotsky. Han studerade samspelet mellan individens egna inre medvetenhet och samhället det vill säga det yttre perspektivet. Vygotsky

menar att lärandet föregår utvecklingen hos individen och att den sociala konstruktivismen handlar om ett samspel med andra där såväl språk som kultur gör att individen konstruerar föreställningar om sig själv och sin omvärld.

Enligt den sociala konstruktivismen bildas kunskapen genom att den konstrueras i individens tankevärld och omsätts samt vidareutvecklas i sociala handlingar. Detta sker genom att individen befinner sig i en slags konflikt, en tvivlande situation, och försöker få svar. De kunskaper som utvecklas av dessa situationer, och som bäst är anpassade till verkligheten, blir de som utvecklas till idéer som ligger till grund för en organiserad, kollektiv kunskap, som förmedlas via medierande verktyg, språk eller andra symboler, och överförs från generation till generation. Denna kunskap kan i sig inte direkt införlivas i individen, utan måste förstås individuellt och konstrueras av den enskilde för att bli användbar (Sjöberg, 2005). Kunskap ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv är således inte något som passivt införlivas från omgivningen, utan innebär en aktiv tankekonstruktion hos individen. Erfarenheterna blir begripliga genom tolkningar och meningsskapande aktiviteter. Förståelse kommer som ett resultat av tidigare konstruktioner som bearbetats på detta sätt, och är alltid individuellt betingade. Kunskap kan utifrån social konstruktivism även ses som en byggnadsprocess där själva råmaterialet utgörs av individens egna och bearbetade erfarenheter (Gergen, 1999).

Kunskap skapas alltså i individens tankevärld, vilken utvecklas i ett socialt samspel mellan individer. Den förståelse av verkligheten vi fått kommer av samtal, diskussioner och resonemang vilket lett till ett tänkande tillsammans med andra. Den sociala konstruktivismens företrädare menar att den mänskliga tanken konstruerar uppfattningen om verkligheten i förhållande till omvärlden där dessa kognitiva varseblivningar påverkas av sociala relationer (Gergen, 1999).

Utveckling genom zoner

Ett sätt att få individen att utvecklas utifrån sitt eget historiska sammanhang är att denne blir medveten om de utvecklingsmöjligheter som finns. Vygotsky (1978, 1987) beskriver hur den mänskliga kunskapsutvecklingen kan ske och drivas framåt med hjälp av så kallade utvecklingszoner. Vygotsky beskriver dels en nära zon, en kunskap som individen behärskar på egen hand, och en potentiell utvecklingszon. Den potentiella utvecklingszonen innebär en utvecklingsnivå som individen kan nå med hjälp av ökad kunskap. Differensen mellan individens nuvarande kunskapsnivå och den potentiella nivån, be-

nämns för den proximala zonen. Denna är så att säga ”språngbrädet” över till nästa utvecklingsnivå. Individer har olika proximala zoner. De med större, har lättare att lära av andra, till exempel genom undervisning. Den potentiella utvecklingszonen är inte direkt tillgänglig för individen, utan behöver bli medvetandegjord för att bli synbar. För att nå denna zon, menar Vygotsky att det oftast krävs handledning eller undervisning, men en individ kan också på egen hand bli varse den högre utvecklingsnivån. Här är människor olika. Individer med mycket intellektuella eller emotionella hinder behöver i större utsträckning stöd för varseblivandet.

Det är viktigt att inrikta undervisningen mot högre utvecklingsnivåer än de som individen redan uppnått, om undervisningen ska bli effektiv. Det är den konkreta handlingen i kombination med problemlösning som utvecklar det abstrakta tänkandet. En viktig del för inläring är fantasin. Det är genom denna som individen kan bli kreativ och finna fokus för sitt lärande (Vygotsky, 1987).

Lärande som konstruktion av kunskap

Lärandet kan inte någon utomstående individ påverka då en individuell konstruktion formas i relation till omgivningen (von Glaserfeld, 1998; Bauersfeld, 1998). Combs och Freedman (1998) grundar sig på det socialkonstruktivistiska antagandet då de menar att lärandet alltid består av två delar. För det första består det av konfrontationen med ny information eller nya erfarenheter och för det andra upptäckten av en personlig, individuell mening i förhållande till den inledande konfrontationen. Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv handlar lärandet därför om en dialektisk process där individens erfarenhet står i centrum för konstruktionen av ny kunskap (Combs & Freedman, 1998).

I lärande som utgår från ett social konstruktivistiskt perspektiv är den lärandes aktivitet och metakognitiva perspektiv, det vill säga reflektion över och medvetenhet om sitt lärande och sin kunskap, i fokus. Samtidigt grundar sig den nya förståelsen i individens förförståelse (Hermansen, 2000). Lärandet med utgångspunkt i den sociala konstruktivismen grundas i en progressionsprocess; från det enkla till det mer komplexa. Det tar sin utgångspunkt i den holistiska uppfattningen av ett fenomen, situation eller område där kopplingen mellan teori och empiri eller praktik är essentiell. Enbart den lärande själv kan bli konstruktiv och konstruerar sin uppfattning om ett fenomen och om verkligheten. Att lära i samspel, innebär gemensamt konstruerande av mening

där utformningen av lärsituationen stödjer olika sätt att få kunskap (Hermansen, 2000).

Då människan beskriver och pratar om känslor eller intentioner, finns således en möjlighet för lärande genom att individen delar med sig av erfarenheten till någon annan, vilket i sin tur möjliggör att andra får tillgång till det beskrivna och då kan reflektera över och ge respons på detta. I dessa reflektioner kan nya insikter nås som kan leda till att nya visioner eller alternativa framtidsscenarier utkristalliseras. Detta är ett led i den emancipation som kan bli effekten av lärandet genom att det kan frigöra individen från tidigare föreställningar genom självreflektion och andras reflektion (Gergen, 1999).

Scaffolding

Ett centralt begrepp i socialkonstruktivistisk teori är scaffolding. Det har sin grund i Vygotskys (1987) definition av den nära utvecklingszonen. Vygotsky använde scaffolding i sin teori för att beskriva hur en individ kan lära sig mer effektivt när han eller hon interagerar eller stöds av andra personer. Det kan möjliggöra att erfarenheten och kunskapen mer effektivt förs vidare till nya förståelsenivåer. Scaffolding kan jämföras med en ”byggnadsställning” av kunskap som byggs upp kring den lärande. Cazden (1979) var den som explicitgjorde kopplingen mellan Vygotskys proximala utvecklingszon och scaffolding. I denna koppling framkom tre grundläggande koncept som karaktäriserar scaffolding som fenomen. För det första är scaffolding en social process med sociala interaktioner som grund. För det andra grundas scaffolding genom sociala verktyg och symboler, där språket är ett viktig sådant. För det tredje är målet att den kunskapsmässiga byggnadsställningen, utanför den lärande, på sikt ska dras tillbaka och införlivas hos den lärande själv.

Wood, Bruner och Ross (1976) använde begreppet scaffolding i hantering av problemlösningssituationer i undervisning. De menar att den sociala kontext där lärandet ingår, är någonting mer än enbart modellinläring och imitation. Den lärande behöver denna byggnadsställning eller ram som verktyg då han eller hon möter situationer som han eller hon inte har tillräcklig kunskap om för att kunna behärska. Wood et al. (1976) beskriver detta på följande sätt:

involves a kind of scaffolding process that enables a child or novice to solve a problem, carry out a task or achieve a goal which would be beyond his unassisted efforts (sid. 90).

Scaffolding kan fungera som en vägledning genom att strukturera en uppgift på ett sätt som underlättar fokus på de aspekter av uppgiften som är relevanta för de lärandemål som eftersträvas, samtidigt som detta kan minska den kognitiva belastningen i lärandesituationen (Hmelo-Silver, Duncan & Chinn, 2007).

Scaffolding innebär alltså att i ett socialt lärande sammanhang skapa byggnadsställningar som lärande verktyg. Scaffolding skapas i meningsfulla, sociala relationer där målet är att ett lärande ska ske, till exempel mellan vårdare och patient. Det är dessa relationer som utgör grunden och därmed också för lärandet ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv (McCaslin & Hickey, 2001).

Social konstruktivism och psykisk ohälsa

Med utgångspunkt i den sociala konstruktivismen, kan hälsa och sjukdom beskrivas som föränderliga mönster och relationer. Det pågår diskussioner om huruvida den sociala konstruktivismen är att anse som ett paradigm eller inte. Därtill diskuteras huruvida detta perspektiv kan användas som utgångsläge i det psykiatriska behandlings- och vårdarbetet, framför allt inom rådgivning och som grund för olika terapeutiska behandlingsformer. Dessa utgångspunkter är ännu ovanliga, men kan bli ett alternativ till andra traditionella, psykologiskt teorigrundade behandlingsmetoder inom den psykiatriska vården (Cottone, 2007). Det finns exempel på hur psykisk sjukdom och psykiatriska diagnoser kan ses ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv. Diagnosen borderline kan till exempel beskrivas som överdrivna motsägelser sprungna ur en social kontext (Björklund, 2006) och depression som en enskild konstruktion av världen och de relationer som finns i denna värld (Benet, Boon, Romans & Grootendorst, 2007).

Portfoliometoden ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv

Kan ett socialkonstruktivistiskt perspektiv utgöra en teoretisk grund då portfoliometoden används av personer med egentlig depression med stöd av vårdpersonalen? Ett aktivt portfolioarbete innebär dels att dokumentera, dels att reflektera. Den process det leder till kan bidra till lärande som i sin tur kan leda till kunskap i handling och som i sin tur kan ge patienten möjligheter att hantera sina funktionshinder bättre. Genom dokumentationen kan andra personer än personen själv få tillgång till det dokumenterade. I dokumentation och reflektion kan individen strukturera vardagliga erfarenheter narrativt och

på detta sätt underlätta förståelsekonstruktionen av till exempel sin sjukdom och sin situation (Bruner, 1991). Detta kan möjliggöras genom reflektiva frågor och olika dokumentationstekniker, vilka kan underlätta den kognitiva bearbetningen av det dokumenterade. Det kan handla om att skriva, att spela in (CD/DVD), videofilma eller fotografera. Genom dokumentationen kan berättelsen delas med vårdpersonalen, som kan få tillgång till personens konstruerade förståelse. Härigenom kan vårdpersonalen i en social interaktion stödja patientens förståelse genom att ställa frågor och reflektera tillsammans med patienten. Kunskapskonstruktionen kan på detta sätt bli såväl individuellt som socialt konstruerad. Portfoliometoden kan bli den lärande byggnadsställning (scaffolding) som patienten och vårdpersonalen kan stödja sig på i pedagogiska samtal med mål att patienten ska lära sig om sina problem (McCaslin & Hickey, 2001). Portfolion kan på detta sätt fungera vägledande genom att strukturera uppgifter eller utmaningar för patienten. Detta kan möjliggöra en ökad fokusering på det som kan vara mer aktuellt att arbeta med för tillfället samt utgöra grund för att forma mål på såväl strävans- som uppnåendenivå (Hmelo-Silver et al., 2007). Portfolion kan således utifrån ett progressivt förhållningssätt bli patientens verktyg som han eller hon kan använda och få stöd av i förståelsen av sin situation.

Kapitel 6 Metodologi

I detta kapitel behandlas avhandlingens metodologi. Först beskrivs studiens metodologiska utgångspunkt: aktionsforskning, därefter beskrivs metodens design. Sedan följer en redogörelse för de kvalitativa och kvantitativa datainsamlingsmetoder som använts, studiernas upplägg och genomförande samt de i studierna ingående respondenterna; patienter och vårdpersonal. Hur data bearbetats, analyserats och tolkats följer därpå. Därefter redovisas de etiska ställningstaganden som funnits med i studien. Avslutningsvis görs en redovisning och diskussion av studiens trovärdighet och tillförlitlighet.

Metodologiska utgångspunkter

Aktionsforskning

Aktionsforskning är en ansats som har praktiken som utgångspunkt samtidigt som forskningen fokuserar på ett samarbete mellan forskare och praktiskt verksamma personer. Centralt i denna forskningsansats är relationen mellan tänkandet om praktiken och handlandet i praktiken (Greenwood & Levin, 2007). Aktionsforskningen karaktäriseras av en process där människor påverkar och påverkas av varandra där aktionsforskaren bör ha en god empatisk förmåga och en förmåga att hantera de komplexa situationer som kan uppstå under aktionsforskningsprocessen (Tiller, 1999; McNiff, 2002).

Aktionsforskning som begrepp utvecklades från början av Kurt Lewin (1946) som byggde sitt kritiska forskningsparadigm på en kritisk realism. Den kritiska realismen studerade hur politiska, historiska och socioekonomiska faktorer påverkar våra liv (Higgs, 2001).

I aktionsforskningen ställs frågor till praktiken samtidigt som handlingar initieras och påbörjas. I föreliggande studie innebär det att frågor gällande uppfattningen om portfoliomethoden och dess användande ställs till praktiken.

Genom att följa och studera de processer som då initieras, kan ny kunskap erhållas. Den relation som utvecklas mellan handlandet å ena sidan och förståelsen av vad som sker i detta, görs praktikern delaktig i vad som sker och kan därmed utveckla en bättre grund att agera från. På detta sätt är grunden i aktionsforskning deltagarstyrd, så kallat "bottom-up-perspektiv" (Rönnerman, 2004).

Street (2003) menar att den aktionsforskande processen i en vårdande kontext är problem- och resultatbaserad, där aktionsforskningens mål är att utveckla specifika kunskaper och strategier för att förbättra vårdandet i en vårdorganisation. I föreliggande studie innebär detta att portfoliomethoden problematiseras i avsikt att undersöka hur metoden erfars och används av patienter och vårdpersonal i en vårdkontext. På detta sätt är aktionsforskningen pragmatiskt styrd och förväntas i föreliggande studie leda till en kunskap om metodens användbarhet i en öppenspsykiatrisk vårdkontext. Aktionsforskning innebär även ett deltagande ur ett demokratiskt perspektiv, där aktionsforskning inbegriper samtliga deltagare som kommer att beröras av de nya kunskaperna. De blir på detta sätt en slags biträdande forskare genom att de observerar, reflekterar och återför informationen om det resultat som den nya kunskapen leder till. Genom detta är deltagarna involverade i beslutsfattande, undersökningar, kunskaper och handlingar samtidigt som de också är förvaltare av det resultat som kommer fram.

Aktionsforskning är dynamisk till sin karaktär och präglas av att forskningen genomförs i formativa processer där själva processen i sig följs, analyseras, utvärderas och vidareutvecklas. Genom detta förändras arbetet under processens gång, vilket möjliggör för forskaren att anpassa arbetet eller utbildningen på ett sätt som stämmer överens med empirin.

Ett centralt perspektiv i aktionsforskningen är att utveckla kunskap i handling. Genom den regelbundna testning och teoretisering som aktionsforskningen bygger på, är målet även att minska gapet mellan teori och praktik. Aktionsforskningen innefattar såväl utbildning, utveckling som eget ansvars-tagande genom att deltagarna aktivt arbetar med och omsätter den nya metoden och kunskapen i det egna arbetet. Aktionsforskningen innebär på detta sätt ett lärande genom att omsätta något i handling (learning by doing). Detta kan verka utvecklande på organisationen i den meningen att om förändringen ska bli varaktig, måste andra utanför den aktionsforskande gruppen också utbildas i och få kunskaper om den nya metoden. Ett annat perspektiv i aktionsforskningen är att deltagarna får finjustera och anpassa den nya metoden utifrån den verksamhet de deltar i för att på detta sätt öka överförbarheten till områden utanför själva aktionsforskningsstudien (Street, 2003).

Design

Studien har sin utgångspunkt i förhållandena studieobjekt och kunskapsobjekt. Med studieobjekt avses den person eller det sammanhang eller område som studeras. Studieobjektet kan alltså betraktas som det fenomen som ska studeras utifrån ett visst perspektiv. Med kunskapsobjekt avses den teoretiska ram som används för kunskapsproduktionen. De verktyg som används för att komma till ett resultat. Kunskapsobjektet kan ses utifrån en specifik teoretisk bild, i denna avhandling social konstruktivism. Termerna karta och territorium är metaforiska termer för att beskriva distinktionerna mellan dessa begrepp (Fransson & Lundgren, 2003).

Kunskapsobjektet är alltså den karta som används för att studera ett visst territorium det vill säga studieobjektet. Ibland brukar också de kognitionspsykologiska metaforerna fond respektive figur användas för att definiera dessa perspektiv. Fonden är alltså kunskapsobjektet medan figuren utgör studieobjektet. I denna metaforik ligger betydelsen av att kunna identifiera figuren i förhållande till fonden och vice versa.

Lindblad, Kyndel och Larson (2004) beskriver utbildningsvetenskapens studie- respektive kunskapsobjekt som komplementära enligt följande:

- som studieobjekt med ett antal olika områden som är avgränsade på olika sätt, ofta utifrån administrativa inledningar som skolform, administration, rekrytering.

- som kunskapsobjekt vilka baseras på olika idétraditioner, metoder och begrepp som på olika sätt konstituerar objektet ifråga. (Sid. 14).

I föreliggande studie är det alltså de deltagande patienterna, vårdpersonalen samt portfoliomethodiken som konstituerar studieobjektet. Kunskapsobjektet i avhandlingen består av den ontologi och epistemologi som bygger upp ramen kring studieobjekt och som framför allt utgörs av den sociala konstruktivismen.

Studien har en kvalitativ ansats (Lincoln & Guba, 1985; Patton, 2002) med inslag av kvantitativ metodologi (Bryman, 2004; Polit & Beck, 2008) och är deskriptiv till sin design. Eftersom portfoliomethoden primärt inte är utvecklad för en vårdkontext och endast i undantagsfall är prövad i vårdarbete, finns även en explorativ intention dels genom att studera utfallet av portfoliomethoden som sådan och vad användningen genererar i termer av lärande, dels

genom att analysera det deskriptiva resultatet med utgångspunkt i den socialkonstruktivistiska teorin. För att kunna beskriva hur patienterna erfar och använder portfoliomethoden utifrån en utvecklingsprocess, planerades att samla in data från patienterna genom individuella intervjuer och skattningar före, under och efter portfolioanvändningen och för vårdpersonalen i form av regelbundna gruppdiskussioner under studietiden samt individuella intervjuer efter portfolioanvändningen (se tabell 2 och 3). Intentionen med patienternas skattningar är att studera eventuella förändringar i patienternas hälsosituation med utgångspunkt i de använda skattningsinstrumenten (se vidare under ”skattningsinstrument”).

Datainsamlingsmetoder

Intervju

Att välja intervju för datainsamling är resultatet av den avvägning av datainsamlingsmetod som görs innan insamlingen av data påbörjas. Avvägningen består av en bedömning och ett val av vilken metod som kan anses vara lämpligast att samla in data på i förhållande till det ämne som ska studeras och det syfte som förväntas uppnås (Silverman, 2007). Valet av intervju som datainsamlingsmetod i föreliggande avhandling grundades på ett intresse av att studera hur portfoliomethoden fungerade såväl utifrån individuella som kollektiva föreställningar. Dessa föreställningar var viktiga i denna studie, där en pedagogisk metod användes i en för metoden ny kontext. Bedömningen var att det var väsentligt att forskaren, i en aktionsforskande process, vara med och deltog eftersom forskningspersonerna annars kunde riskera att känna sig övergivna i arbetet med en metod som de inte behärskade.

Intervjun som datainsamlingsmetod är ett naturligt sätt att samla in kvalitativ data på, även om denna naturlighet alltid är konstruerad och situerad. Intervjupersonernas utsagor, vare sig det handlar om individuella intervjuer eller gruppintervjuer, är mer eller mindre tillrättalagda och anpassade och kopplade till en bestämd frågeställning och situation som kan påverka innebörden i meningarna. I föreliggande avhandling är det användningen av portfoliomethoden som varit i fokus, såväl i individuella intervjuer med patienter och vårdpersonal som i gruppdiskussionerna med vårdpersonalen. Den kvalitativa forskningsintervjun innebär att forskaren försöker förstå intervjupersonerna och de fenomen som studeras samt formulera innebörden i dessa människors upplevelser för att kunna göra en vetenskaplig tolkning och beskrivning av

fenomenen (Kvale & Brinkmann, 2009; Silverman, 2007). Genom detta kan tidigare okända eller mindre kända fenomen, i denna studie användning av portfoliomethodik, komma fram (Dalen, 2008).

Den kvalitativa intervjun tar sin utgångspunkt i ett möte mellan forskaren och intervjupersonen. I detta möte sker en verbal interaktion där forskaren med utgångspunkt i ett visst fenomen försöker få fram tankar, känslor, erfarenheter och upplevelser av fenomenet hos intervjupersonen. Den kvalitativa intervjun är därför ett professionellt samtal och inte ett vardagligt eller terapeutiskt samtal som har ett annat fokus och ett annat syfte. Samtalet innebär en ömsesidig konstruktion av mening mellan intervjupersonen och forskaren. Intervjun kräver att det finns en balans mellan struktur och öppenhet där strukturen inte får bli för dominerande och öppenheten inte får gå förlorad. En semistrukturerad intervjuguide som innehåller såväl slutna som öppna frågor kan vara att föredra dels för att få svar på forskningsfrågorna men också för att nå ett visst djup och få fram det oväntade eller nya perspektivet i fenomenet (Mishler, 1986; Silverman, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009).

Skattningsinstrument

Skattningsinstrumenten i föreliggande studie valdes och användes för att få en förståelse av patientens hälsosituation över tid. Såväl patientens depressiva symtom, kontrollfunktioner, automatiska tankar samt självtillit kartläggs i avsikt att beskriva dessa funktioner och åskådliggöra patienternas hälsosituation under tiden som studien pågick.

Depressiva symtom

För att mäta graden av egentlig depression användes *Montgomery and Åsberg Depression Scale- Self Assessment (MADRS-SA)* (Montgomery & Åsberg, 1979). Instrumentet kan genomföras antingen som självskattning eller bedömerskattning. I föreliggande studie genom självskattning av patienten själv. Instrumentet består av nio frågor och innehåller sex påståenden per fråga om personens sinnesstämning, oroskänslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang och livslust. Påståendena uttrycker olika grader av obehag, från frånvaro av obehag till maximalt uttalat obehag och är av karaktären: ”Tänk efter i vilken utsträckning du ger dig självförebåelser, om du plågas av skuldskänslor, och om du oroar dig oftare än vanligt för till exempel din ekonomi eller din hälsa”. Den svarande kan få mellan 0 till 6 poäng per fråga. Varje poäng står för ett påstående som antingen beskriver frånvaro av symtom (0) eller hög förekomst av symtom (6).

Teoretiskt kan skattningen ge mellan 0-54 poäng totalt. Ju högre poäng desto svårare grad av depression anses personen ha. Poäng mellan 0-11 visar ingen depression, mellan 12-20 indikerar mild depression och poäng över 21 indikerar hög sannolikhet för egentlig depression om tillståndet har varat längre än 2 veckor (Montgomery & Åsberg, 1979).

Instrumentet är väl studerat och används i många vetenskapliga utvärderingar av depression världen över och även i Sverige, såväl enskilt som i kombination med andra skattningsinstrument, och har visat sig ha god validitet och reliabilitet (se till exempel Galinowski & Lehert, 1995; Svanborg & Åsberg, 2001; Zarate et al., 2006; Iannuzzo, Jaeger, Goldberg, Kafantaris & Sublette, 2006).

Kontrollfunktioner

För bedömning av kontrollfunktioner användes *Multidimensional Health Locus of Control Scale*, formulär C (MHLC) (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978). Skattningsskalan konstruerades av Wallston och De Vellis på 1970-talet och består av 17 påståenden om personens nedstämdhetsperiod som ska besvaras. Påståendena är av karaktären: ”Om jag trots min nedstämdhet åter blir sämre beror det på mig själv hur snart jag blir bättre igen” eller: ”Det är andra som ska se till att min nedstämdhet minskar”. Bredvid varje påstående finns en skala som varierar från ”stämmer inte alls” (1) till ”stämmer helt” (6). För varje påstående ska personen ringa in den siffra som bäst svarar mot personens uppfattning. Det finns tre olika formulär för att mäta Multidimensional Health Locus of Control. Formulär A och B innebär allmänna perspektiv på hur väl personen anser sig kunna kontrollera sin hälsa, medan formulär C är tillståndsspecifikt, vilket innebär en tillämpbarhet för alla sorters diagnoser. Genom att ersätta ordet "tillstånd" i varje enskilt påstående med det som ska efterfrågas kan formuläret specificeras till den tillfrågade målgruppen (Wallston, Stein & Smith, 1994). I föreliggande studie har termen ”nedstämdhet” använts. Summa poäng kan variera mellan 17 och 102. Ett högt poängtal på skalan innebär att individen har externa förväntningar på sin hälsa, det vill säga att hälsa ligger utanför den personliga möjligheten att påverka. Ett lågt poängtal indikerar motsatsen vilket innebär att individen använder interna förklaringsmodeller till hälsa. Skalan har kommit att revideras från att ha gått från den egna dimensionen till en skala bestående av tre dimensioner som mäter egen påverkan, påverkan av andra samt påverkan av chans. Den sista dimensionen, chans, avser hur den svarande anser att det som händer påverkas av ödet eller en högre makt.

Skalan innebär inte ett komplett mätinstrument för att beskriva individens kontroll över sin hälsa, utan bör kombineras med andra faktorer, som motivation, socialt stöd eller tidigare erfarenheter (Wallston et al., 1994; Luszczynska & Schwarzer, 2005). Skalan har använts och validerats i olika sammanhang. Till exempel i samband med bedömning av depressioner där ”social support” och ”locus of control” påverkar följsamhet vid antidepressiv medicinering hos äldre har studerats (Voils, Steffens, Flint & Bosworth, 2005) eller vid mätningar av effekter av KBT vid post-strokedepressioner (Thomas & Lincoln, 2006). MHLC-skalan är internationellt accepterad används flitigt, men finns ännu inte i någon validerad svensk version. Däremot är instrumentet testat utifrån svenska förhållanden (Lundgren, Eurenus, Olausson, & Opava, 2007).

Negativa automatiska tankar

I bedömningen av förekomst av negativa automatiska tankar, användes *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ) (Hollon & Kendall, 1980- svensk version i Jansson, 1986). ATQ som utarbetats av Hollon och Kendall (1980), designades för att identifiera förekomsten av automatiska tankar associerade med depression. Det finns två formulär; ATQ-P som mäter positiva automatiska tankar och ATQ-N som mäter negativa automatiska tankar. I föreliggande studie har ATQ-N använts. Den svarande uppmanas att läsa varje påstående och bedöma hur ofta de tänkt den tanke som presenteras i påståendet under den senaste veckan och att sedan göra en bedömning genom att ringa in den siffra som känns rimligast. Formuläret består av 30 påståenden av negativ karaktär. En femgradig Likertskala graderad från 1 (”inte alls”) till 5 (”jämt”) används för svaren. Påståendena är av karaktären: ”jag är inget att ha”, ”jag är värdelös” eller ”jag kan inte göra färdigt någonting”. Instrumentet har validitetstestats och visat sig användbart för att såväl kunna skilja ut positiva (Boelen, 2007) som negativa automatiska tankar (Ingram et al., 2007). Totalsumman av skattningarna kan variera mellan 30 och 150. Höga tal indikerar hög förekomst av negativa automatiska tankar. I olika former av valideringar har skalan på ett signifikant sätt visat sig skilja ut deprimerade personer från icke deprimerade personer (Hollon & Kendall, 1980). Formuläret har bland annat använts för att testa validitet genom att fungera som kontrollinstrument till Beck Depression Inventory (BDI) (Ghassemzadeh, Mojtabi, Karamghadiri & Ebraimkhani, 2006), att jämföra tankestilar (Dudek et al., 2001) där ATQ användes i kombination med ett flertal andra mätinstrument. Instrumentet har även använts för att studera kognitiva förändringar och depressionsförändringar under en utbildningsintervention genom mätningar före, under och eft utbildningen (Furlong & Oei, 2002).

Självförtroende

För bedömning av självförtroende användes *General Perceived Self-Efficacy Scale* (GSE) (Schwarzer & Jerusalem, 1995; Bandura, 1997) i den svenska versionen (Koskinen-Hagman, Schwarzer & Jerusalem, 1999). Skalan utvecklades ursprungligen i Tyskland och har översatts till 28 språk, varav svenska är ett. Skalan består av 10 frågor, med en skattning mellan 1 ("tar helt avstånd") och 4 ("instämmer helt") och mäter olika förmågor vilka kan ge en bild av personens generella känsla av självförtroende. Exempel på frågor är; "Även om någon motarbetar mig hittar jag ändå utvägar att nå mina mål", och "Om jag ställs inför nya utmaningar vet jag hur jag skall ta mig an dem". Totalsumman kan alltså variera mellan 10 till 40. Ju högre poäng en person får på GSE, desto högre nivå av situationsspecifikt självförtroende har personen (Scherbaum, Cohen-Charash & Kern, 2006). En rekommendation är att inte göra en uppdelning i högt och lågt situationsspecifikt självförtroende. Indelningen görs i stället med utgångspunkt från medianen i urvalet, där de individer som har ett medelvärde över medianen bedöms som att ha en hög situationsspecifikt självförtroende, och där de individer som har ett medelvärde under medianen bedöms som ha en låg situationsspecifikt självförtroende (Schwarzer, Boehmer, Luszczynska, Mohamed & Knoll, 2005).

Reliabilitet för skalan har etablerats i ett antal studier inom hälso- och sjukvård (till exempel Leganger, Kraft, Røysamb, 2000) och validitet har visats genom positiva korrelationer med domänspecifikt självförtroende inom ett antal olika områden. GSE har visat en negativ korrelation med depression, samt positiv korrelation med målmedvetenhet, förmåga att omsätta planer till handling och positiva förväntningar på resultat av handlingar, vilket även har visat sig gälla i olika kulturer (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005). Resultaten överensstämmer med Banduras beskrivning av hur självförtroende påverkar människans funktion genom kognitiva, affektiva, motivationsinriktade och beslutsfattande processer (Bandura, 1997, 2002). För depressioner har skalan bland annat använts för att utvärdera effekterna av KBT, antidepressiv behandling och kombinationen av KBT och antidepressiva läkemedel vid behandling av depressionstillstånd hos ungdomar (Melvin et al., 2006) och hur självförtroende påverkar risken att drabbas av depression vid hög ålder (Steuernberg, Beekman, Deeg & Kerkhof, 2006).

Genomförande

Tillträde till forskningsfältet

Studien har genomförts under perioden 1 april 2008 till 18 augusti 2009 på två psykiatriska öppenvårdsmottagningar i västra Sverige.

I januari 2007 tog forskaren kontakt med områdeschefen på en psykiatrisk klinik för att efterhöra om intresse fanns att genomföra en studie för att pröva portfoliomethoden som pedagogisk metod för vårdpersonal och patienter. Områdeschefen gav tillstånd att träffa vårdpersonalen inom kliniken för att presentera studien och portfoliomethoden. Ett möte med de av vårdpersonalen som var intresserade genomfördes i mars 2007. Under detta möte deltog sju personer av olika yrkeskategorier. Under mötet beskrevs kort portfoliomethoden och de argument som fanns att använda denna metod vid vård av personer med egentlig depression. Vårdpersonalen visade intresse för metoden som sådan och vad den kunde tillföra, men menade att de arbetade med att bygga ut arbetet med KBT i verksamheten. Det fanns alltså ett intresse för portfoliomethoden, men också ett hinder att arbeta med ytterligare en metod, framför allt som KBT var under utveckling. All personal hade ännu inte fått utbildning i KBT.

Nästa steg var att få bekräftelse på om att det var tillåtet att starta studien varför diskussioner om metoden och studien fortsatte med områdeschefen. Efter flera sådana samtal, meddelade denne att kliniken inte ville delta i studien och angav som skäl att kliniken hade omfattande internutbildning och en inriktning på KBT. Det fanns inte utrymme för någon ytterligare metod. Efter detta besked tog forskaren kontakt med en annan psykiatrisk klinik i västra Sverige. Vid denna fanns ett uttalat intresse av patientutbildningen som de hade för avsikt att satsa på. De ansåg att studien med portfoliomethoden lät intressant och att den låg inom den inriktning som kliniken ville arbeta. Att de ville satsa på patientutbildning berodde bland annat att de önskade få tillstånd ökat patientdeltagande och patientansvar. På denna klinik genomförde forskaren flera samtal och möten med verksamhetsansvariga och presenterade portfoliomethoden och dess möjligheter för vårdpersonal och personer med egentlig depression. Även vid denna klinik uttryckte ledningen ett intresse för vad portfoliomethodens möjligheter. Trots detta meddelade en av sektionscheferna att kliniken inte kunde delta i studien eftersom de hade andra prioriteringar.

I juni 2007 tog därför forskaren kontakt med en tredje psykiatrisk klinik i västra Sverige. Ett möte med ansvarig verksamhetschef hölls i juni 2007. Verksamhetschefen uttalade att kliniken hade en stark vilja att arbetade med metoder som dels ökade patienternas delaktighet och förståelse och kunskaper om sina psykiska problem och sjukdomar. Detta samtal blev en avgörande vändning i försöken att få tillträde till forskningsfältet. Verksamhetschefen tog beslut om att forskaren skulle få genomföra informationsmöten för vårdpersonalen under hösten 2007. Därför informerade forskaren i september först samtliga specialisläkare på kliniken om den planerade studien och om portfoliomethoden. Under denna information fanns en viss skepsis inför en metod som inte tidigare prövats vetenskapligt i vårdsammanhang. För att studien skulle få genomföras i verksamheten framförde de att portfoliomethoden skulle kombineras med en evidensbaserad kognitiv metod. Detta fanns också primärt med i studiens design och inledande upplägg. Forskaren och verksamhetschefen diskuterade därefter om det skulle vara lämpligt att studien genomfördes inom klinikkens öppenvård. I oktober 2007 fördes därför ett samtal med två enhetschefer på två öppenvårdsmottagningar. Dessa samtal gav positivt resultat. Det bestämdes då att forskaren skulle informera vårdpersonalen på de båda öppenvårdsmottagningarna om studien. I november 2007 hölls därför ett informationsmöte där samtlig personal på de båda öppenvårdsmottagningarna var inbjudna. Under detta möte, där cirka tio av vårdpersonalen deltog, beskrev forskaren vad portfolio innebär, vilka motiv som fanns för forskningen samt hur själva studien var planerad att genomföras. Under denna informationsträff uttalade vårdpersonalen ett klart intresse för att arbeta med metoden. Verksamhetschefen gav efter dessa informationsmöten tillstånd till att genomföra studien på de två psykiatriska öppenvårdsmottagningar som tillhörde kliniken. Ett e-mail med en inbjudan till att delta i studien skickades därefter ut till samtlig vårdpersonal på de båda öppenvårdsmottagningarna. Efter detta kunde vårdpersonalen frivilligt anmäla sitt intresse för att delta i studien. I december 2007 hade åtta personal (en sjuksköterska, tre arbetsterapeuter, en psykolog, tre skötare) anmält sitt intresse. I januari 2008 höll forskaren ett första informationsmöte med dem. Därpå följde ett planeringsmöte i början av februari, där upplägget av studien diskuterades och planerades. Vid detta möte kom deltagarna i studien och forskaren överens om att deltagande vårdpersonal skulle tillfråga sina patienter om de ville delta. Tillsammans med deltagarna bestämde forskaren att officiellt starta studien den 1 april 2008.

Strax före det att studien skulle starta, meddelade en av vårdpersonalen (psykolog) att det inte fanns tid för att delta i den planerade undervisningen eller gruppdiskussionerna på grund av att personen hade mycket övrigt arbete som behövde prioriteras. Nu återstod således 7 vårdpersonal av de som hade an-

mält sitt intresse och gett sitt skriftliga samtycke att delta i studien (se tabell 5, sid. 61). Enhetscheferna på de båda öppenvårdsmottagningarna gav stöd i form av tid för deltagande i gruppdiskussioner och utbildning samt ekonomisk ersättning för till exempel portfoliomaterial och kaffebröd till gruppträffarna. Ingen av vårdpersonalen hade fått klartecken från någon av sina patienter att påbörja portfolioarbetet vid studiens start i april. Det skäl som de angav var att de själva ville få kunskap om portfoliomethoden innan de kunde informera och tillfråga patienterna om deltagande. De hade dock förberett några patienter om att de längre fram kunde bli tillfrågade om att eventuellt delta. Under april 2008 påbörjades vårdpersonalens utbildning i portfoliomethodik (se under ”vårdpersonalens utbildning” sid. 54). De fick då en grundläggande kunskap om metoden. I slutet av maj 2008 genomfördes den första gruppdiskussionen med vårdpersonal. Under denna diskussion meddelade personalen att de informerat och tillfrågat några patienter var, och att de väntade på besked och informerat samtycke om deltagande i studien.

I juni 2008 hade fyra patienter gett sitt samtycke till att delta i studien. Åtta patienter hade tillfrågats, varav fyra tackat nej till att delta. Skälen till att avböja att delta varierade och handlade om att inte förstå vad som skulle göras, tidigare upplevda prestationskrav eller om att KBT erbjudits. De fyra patienter som gett sitt samtycke intervjuades i juni 2008 då samtidigt en första skattningsomgång genomfördes (se tabell 1, sid. 52). Efter sommaruppehållet fortsatte gruppdiskussionerna med vårdpersonalen under hösten 2008. Ytterligare en vårdpersonal (sjuksköterska) avbröt sitt deltagande efter två gruppdiskussioner. Skälet till avbrottet var hög arbetsbelastning och snar pensionering. Nu kvarstår sex vårdpersonal som deltar under hela studien. Vårdpersonalen deltog i totalt nio inspelade och forskarledda gruppdiskussioner. Som avslutning på datainsamlingen genomfördes individuella intervjuer med vårdpersonalen under slutet av juni 2009. Portfolioarbetet med vårdpersonalen följdes upp under gruppdiskussionerna och den individuella intervjun. Analysen av dessa data presenteras i avhandlingens resultat. Se även tabell 2 (sid. 52) som redovisar datainsamling för vårdpersonal.

Under hösten 2008 gav ytterligare en patient sitt samtycke att delta i studien, som då intervjuades och fyllde i skattningsformulären. Två av de tidigare deltagande patienterna avbröt under början av hösten sin medverkan. Den ena patienten flyttade efter tre månaders deltagande till annan ort. En intervju samt fyra skattningar (T^1) före det att portfolioarbetet startade genomfördes med denna patient. I samband med att patienten avslutade sin medverkan i studien genomfördes ytterligare en intervju och fyra skattningar (T^2). Den andra patienten som avbröt sitt deltagande, erbjöds KBT, och valde därför att avbryta sitt deltagande efter en månads medverkan. En intervju och fyra

skattningar (T¹) hann genomföras med denna patient. Under vintern 2008/2009 och våren 2009 genomfördes resterande intervjuer och skattningar med de tre återstående patienterna och avslutande intervjuer med patienterna under juli och augusti 2009. Portfolioarbetet för patienterna följdes alltså upp under den andra och tredje intervjun (tabell 1).

Tabell 1. Översikt av tidpunkter för datainsamling hos patienter (N=5)

Patient	Intervju	Skattning
1	Juni-08	Juni-08(T ¹)
	Februari-09	September-08(T ²)
	Juli-09	December-08(T ³)
		Februari-09(T ⁴)
		Juli-09(T ⁵)
2	Juni-08	Juni-08(T ¹)
	Februari-09	September-08(T ²)
	Augusti-09	December-08(T ³)
		Februari-09(T ⁴)
	Augusti-09(T ⁵)	
3	Juni-08	Juni-08(T ¹)
	September-08	September-08(T ²)
4	Juli-08	Juli-08(T ¹)
5	September-08	September-08(T ¹)
	Augusti-09	Augusti-09(T ⁵)
Totalt	11 intervjuer	62 skattningar

T¹=base-line, innan portfolioanvändningen, T²=efter ca 3 månader efter start av portfolioanvändningen, T³=efter ca 6 månader, T⁴= efter ca 8 månader, T⁵=efter ca 1år efter portfolioanvändningens start

Tabell 2. Översikt av datainsamling vårdpersonal (N=7)

Gruppdiskussion/intervju									Individuell intervju
2008			2009						Juni-09
21/5	27/8	24/9	17/1	21/1	4/3	3/4	15/4	20/5	
9 gruppdiskussioner/intervjuer under ca 18 timmar									6 intervjuer, ca 5 timmar

Beskrivning av personer i studien

Patienter

Som inklusionskriterier valdes att patienten skulle vara över 18 år och ha behandlas för diagnostiserad egentlig depression enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) samt behandlas inom psykiatrisk öppenvård. Patienten skulle ha en vårdpersonal som vårdgivare, vilken genomgått utbildning i portfoliomethodik och som deltog i studien. Patienten skulle dessutom tala och förstå svenska. Av de fem patienter som anmälde sitt intresse av att delta i studien och undertecknade samtyckesavtal, var två män och tre kvinnor (sociodemografiska data beskrivs i tabell 3).

Tabell 3. Sociodemografiska data för patienterna (N=5)

Variabel	Värde
Ålder	
Medel	42.8
Varians	26-57
Median	41.5
Kön	
Man	2
Kvinna	3
Utbildning	
Gymnasieutbildning	3
Universitets-/högskoleutbildning	2
Civilstånd	
Ensamstående	3
Gift/sammanboende	2
Socioekonomisk situation	
Yrkesarbetande	1
Arbets träning	1
Arbetslös	1
Långvarigt sjukskriven	2
Etnicitet	
Född och uppväxt i Sverige	4
Födda i utlandet	1

Vårdpersonal

Inklusionskriterierna för deltagande vårdpersonal var att de skulle vara legitimerad vårdpersonal med specialistutbildning i psykiatrisk vård eller annan vårdpersonal med utbildning i psykiatrisk vård, som tjänstgjorde på psykiatrisk öppenvårdsmottagning och var vårdgivare för minst en av de deltagande patienterna. Sju vårdpersonal (sex kvinnor, en man) gav informerat samtycke

att delta i studien. Sociodemografiska data för vårdpersonalen beskrivs i tabell fyra.

Tabell 4. Demografisk beskrivning av deltagande vårdpersonal (N=7)

Variabel	Värde
Ålder	
Medelvärde	47
Varians	27-63
Median	45
Kön	
Man	1
Kvinna	6
Befattning	
Skötare	1
1:e skötare	2
Sjuksköterska	1
Arbetsterapeut	3
Anställningstid i nuvarande befattning	
<2 år	2
>10 år	5

Portfolioarbetets upplägg och utformning

Intentionerna i användandet av portfoliomethoden var att arbetet skulle präglas av en progressivitet där portfolioarbetet initialt innehöll enklare uppgifter som senare skulle fortskrida med mer komplexa uppgifter i den takt patienten klarade av mer. En annan intention var att portfolion växte fram med utgångspunkt i patientens situation och aktuella behov.

Vårdpersonalens utbildning

De sju vårdpersonal som gett informerat samtycke till deltagande i studien informerades om portfoliomethoden vid två tillfällen före studien påbörjades. I samband med att studien startade, påbörjade vårdpersonalen utbildningen "Specifika pedagogiska metoder inom psykiatriskt vårdarbete", vars kursplan (bilaga 2) var speciellt utarbetad för användningen av portfoliomethoden. Tanken med utbildningen var att vårdpersonalen skulle få en grundläggande kunskap om metoden för att bättre kunna handleda patienten i dennes användande av portfolion. Kursplanen var godkänd och administrerades av Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och häl-

sa, och hade utarbetats av författaren till denna avhandling. Till kursplanen hörde en studiehandledning, vilken innefattade en schemastruktur, arbetsmetoder samt examination. Examinationen skulle utföras som en portfolio och innehöll olika reflektionsmoment och samlande av intryck, som skulle litteraturanknytas. Genom att arbeta med portfolio som examinationsform fanns intentionen att uppnå parallella effekter för att underlätta vårdpersonalens förståelse för metoden. Examinationen innehöll reflektiva uppgifter som låg till grund för gruppdiskussionerna och innebar reflektioner över portfolioarbetet med patienterna. Såväl föreläsningar som gruppdiskussioner genomfördes i lokaler som tillhörde den administrativa enheten på den aktuella psykiatriska kliniken. Deltagarna i utbildningen utgjordes av de sju vårdpersonal som gett informerat samtycke till deltagande. Inga övriga studenter eller övriga personer, förutom föreläsare, examinatorer och forskaren deltog under vare sig föreläsningar, gruppdiskussioner eller examinationer.

I samband med att studien inleddes (april-2008) gjorde vårdpersonalen en ateoretisk reflektion kring sina patienters kunskaper om sin depression och sina tankar om portfoliomethoden. Därefter innehöll kursen föreläsningar om portfoliomethoden och kognitivt förhållningssätt som genomfördes av experter inom området. Föreläsningarna var förlagda till mitten och slutet av april 2008 och omfattade fyra heldagar. I studiens uppläggning var det primärt tänkt att det kognitiva förhållningssättet skulle användas som komplement till portfoliomethoden. På grund av de diskussioner som fördes kom detta att förändras till att enbart handla om arbetet med portfoliomethoden. Forskningsfrågorna inriktades därför på hur denna metod kunde innebära ett stöd för såväl patienterna som vårdpersonalen. Det innebar att det kognitiva förhållningssättet enbart fanns med i föreläsningarna.

Under den period som portfoliomethoden användes, fanns det reflektionsuppgifter i studiehandledningen vilka skulle bearbetas och samlas in i den egna portfolion. En sammanställning av svaren på dessa uppgifter samt en avslutande reflektion skulle lämnas in till en utomstående examinator under slutet av kursen. Kursen avslutades i Juni- 2009 med en muntlig examination, ledd av en extern examinator (som inte var samma person som i den skriftliga examinationen), där vårdpersonalen fick beskriva sina reflektioner över patienters lärande och portfoliomethodens användbarhet. Författaren till föreliggande avhandling deltog inte i bedömning av examinationerna, men medverkade genom undervisning under flera gruppdiskussioner.

Vårdpersonalens arbete med patientens portfolio

Vårdpersonalen tillfrågade, som tidigare angetts, de egna patienterna om medverkan i studien. Efter informerat samtycke fick patienten en egen pärm med de instruktioner som var formade för studien. Vårdpersonalen arbetade med patientens portfolio genom att tillfråga hur han/hon arbetade med portfolion samt svara på frågor som kom upp kring användningen av densamma. Vårdpersonalen arbetade under processens gång, som tidigare angetts, i en diskussionsgrupp som genomfördes i form av träffar vid nio tillfällen under tiden som studien pågick. Under gruppträffarna diskuterades hur patientens portfolio hanterades, kunde hanteras och hur vårdpersonalen på bästa sätt kunde stödja patienten i detta arbete. Gruppdiskussionerna fungerade primärt som datainsamling men hade även en handledande funktion genom att idéer och tips på hur portfolion kunde bearbetas kom fram.

Gruppdeltagarna uttryckte, allt eftersom studien fortskred, behov av mer förståelse för metoden och olika begrepp och perspektiv. Detta ledde till att gruppträffarna formades till att innehålla inslag av undervisning. Denna undervisning hade fokus på portfoliomethodik och begrepp som förståelse, kunskap och lärande och genomfördes av forskaren. Undervisningen uppkom ibland spontant då något som diskuterades behövde klargöras, och ibland planerat då det hade framkommit problem som gruppdeltagarna ville skulle utvecklas på en kommande gruppdiskussion. Forskaren identifierade dessa kunskapsbehov under gruppdiskussionerna och gav förslag om att förbereda en genomgång eller föreläsning som introduktion på nästkommande gruppdiskussion. Dessa inslag upplevdes positivt eftersom de klargjorde ovanstående beskrivna begrepp, vilket även påverkade förståelsen för portfoliomethoden. Denna utveckling var ett led i den aktionsforskningsansats som studien var grundad i (Greenwood & Levin, 2007).

Patienternas portfolioarbete

Efter tillfrågande och informerat samtycke fick patienten en pärm som innehöll ett strukturerat fliksystem som utgjorde en grundstruktur för portfolioarbetet (se beskrivning nedan). Det var även en viktig utgångspunkt för studiens trovärdighet. Under den tid som patienterna deltog i studien arbetade de med portfolion, understödda av vårdpersonalen samt de instruktioner och frågor som utgjorde grunden för detta innehåll. Den innehållsmässiga grundstrukturen för själva pärmen hade utarbetats av forskaren i samråd med Roger Ellmin, som har långvarig erfarenhet från portfolioarbete inom i den svenska grundskolan. De frågor som formulerades i dessa flikar hade sin grund i forskning om expressiv narrativitet där emotionellt berättande genom skrivande visat sig leda till tydliga effekter på såväl fysisk som psykisk hälsa

(Pennebaker, 1997; Ramirez-Esparza & Pennebaker, 2006; Chung & Pennebaker, 2007). Samtidigt fanns intentionen att berättandet kunde ge vårdpersonalen tillgång till en berättelse som även kunde öka deras möjligheter att arbeta med patientens förståelse av sin depression (Pennebaker, 2002; Rude, Gortner & Pennebaker, 2004). Ett problem som fanns med i planeringen gällde nivån i frågeställningarna. De skulle inte vara för svåra att svara på eller att diskutera och inte heller för naiva. Strukturen skulle leda till att ge såväl vårdpersonalen som patienten ett utgångsläge att arbeta utifrån. Vårdpersonalen skulle anpassa innehållet till patientens funktionsnivå och i denna anpassning använda olika former av narrativa metoder för dokumentationen. Vid information till vårdpersonalen om hur fliksystemet skulle användas betonade forskaren att utgångspunkten skulle vara öppenhet och flexibilitet och att de och patienten tillsammans skulle diskutera hur frågorna kunde bearbetas. Detta innebar att vårdpersonal och patient kunde välja om de skulle arbeta med flera flikars innehåll och frågeställningar eller om de skulle prioritera arbetet med en flik.

Fliksystemet i portfoliopärmen hade följande innehåll:

Flik 1: Vem är jag? Under denna flik skulle patienten skriva en berättelse om sig själv. Alternativt en inspelad berättelse på band/CD. Här kunde patienten fritt uttrycka sina tankar och känslor. Att berätta om sig själv och sin situation. Vad är jag bra på? Vad är jag mindre bra på? Hur är jag som person? Vad har jag varit med om?

Flik 2: Jag och andra. Vilka är mina närmaste anhöriga, mina vänner? Vilka övriga personer finns runt omkring mig? Vilken relation har jag till dessa personer? Här ska också finnas en nätverkskarta, som görs vid det första tillfället, avsedd för vidare bearbetning.

Flik 3: Vad innebär min depression? En skriven berättelse, alternativt en inspelad berättelse på band om hur patienten upplever sin depression utifrån reflektion i tidsperspektiven: Hur var jag innan jag fick min depression? Hur är min depression i dag? Hur skulle jag vilja ha det i framtiden?

Flik 4: Reflektionsdagbok/tankedagbok. Egeninitierad, regelbundet skriven dagbok kopplat till tankar, känslor, reflektioner och eventuella hemuppgifter.

Flik 5: Hemuppgifter ("lärande utmaningar"). Hemuppgifterna struktureras av den medverkande vårdpersonalen och diskuteras samt problematiseras i samråd med patienten. Dokumenterade lärandemål och rehabiliterings-/återhätningsmål.

Flik 6: **Övrigt.** Övrigt material som instruktionen för portfolioinnehållet, samtycket för studien, övrig information, anteckningar eller pågående arbete.

Kvalitativ datainsamling

Den kvalitativa datainsamlingen genomfördes således genom intervjuer och gruppdiskussioner. Samtliga intervjuer och gruppdiskussioner i studien är inspelade med en professionell digital inspelningsutrustning med god kvalitet. Denna utrustning användes för att kunna uppfatta nyanser i språket som kunde vara viktiga för tolkningen av utsagorna. I intervjun eller gruppdiskussionerna kunde frågor förtydligas och omformuleras om de inte förstods av personen. Med hjälp av intervjun och gruppdiskussionerna kunde följdfrågor av mer öppen karaktär ställas, vilket bidrog till att utveckla ”hur”- perspektivet, som var väsentligt att få ta del av då en, för de deltagande, helt ny metod användes. Med stöd av följdfrågorna kunde detta tydliggöras och fördjupas. Intentionen med detta var att intervjuerna och gruppdiskussionerna inte enbart skulle vara deskriptiva utan även explorativa till sin karaktär.

Intervjuer med patienter

Med grund i föreliggande avhandlings syfte och frågeställning, genomfördes insamlingen av kvalitativ data genom individuella intervjuer med patienter. Intervjusituationen hanterades på ett varsamt sätt för att kunna fokusera på det studerade fenomenet. Detta innebar en flexibilitet och anpassning till patientens situation, vilket ibland kunde innebära att undvika att genomföra intervjun under den tid då patienten mådde som sämst. Flera patienter bad att få göra intervjun på eftermiddagen eftersom de mådde sämre på förmiddagen och därför anpassades intervjun efter detta. Vid ett tillfälle ville patienten att en vårdpersonal skulle vara med under intervjun, ett önskemål som tillgodosågs. Den erfarenhet som forskaren har från tidigare patientarbete och tidigare intervjuer av personer med egentlig depression, var en viktig grund för att anpassa intervjun eftersom denna erfarenhet möjliggjorde en förståelse av den aktuella sjukdomen som gjorde att forskningsfrågorna kunde fokuseras tydligare (Sandelowski, 1998, 2004; Sandelowski & Barroso, 2007).

Patientintervjuerna gjordes i tre omgångar, dels en intervju före det att själva portfolioarbetet påbörjades, för att få en uppfattning om patientens utgångsläge och förväntningar på metoden, dels en intervju då ungefär halva studien genomförts (T^3) och en avslutad intervju då studien avslutades (T^5). Under den första omgången genomfördes fem intervjuer som varade från 47 till 67 minuter och med en genomsnittlig varaktighet på 55 minuter. Totalt varade

intervjuerna i den första intervjuomgången fyra timmar och 58 minuter. Denna intervju gjordes med stöd av en intervjuguide (bilaga 3) som innehöll frågor om patientens förståelse och hantering av sin depression.

För tre av patienterna gjordes alltså en uppföljande intervju efter cirka ett halvt år. Dessa varade mellan 49 och 70 minuter med en genomsnittlig varaktighet på 58 minuter. Totalt varade intervjuerna i den andra intervjuomgången två timmar och 55 minuter. En avslutande intervju gjordes med dessa tre patienter efter cirka ett år. Dessa intervjuer varade mellan 34 och 52 minuter med en genomsnittlig varaktighet på 40 minuter. Totalt varade intervjuerna i den tredje intervjuomgången två timmar. Totalt genomfördes således 11 intervjuer med patienterna med en genomsnittlig varaktighet på 51 minuter och en total längd av nio timmar och 53 minuter. Under den andra och den tredje uppföljande intervjun, användes en intervjuguide som, förutom frågor om förståelse och hantering, innehöll frågor kopplat till användningen av portfolion (bilaga 4).

Flertalet intervjuer genomfördes på respektive öppenvårdsmottagning i ett avskilt samtalsrum. Vid två tillfällen genomfördes intervjun på en personal-expedition. Vid ett av dessa blev intervjun störd vid två olika tillfällen, vilket verkade hämmande på den patient som intervjuades, som kom av sig i vad frågeställningen gällde. Vid ett tredje försök att återuppta intervjufrågorna var situationen (från såväl intervjuaren som patienten) tydligt påverkad av denna störning. Vid tre olika tillfällen uteblev patienter från intervjun varvid nya kontakter och nya tider för intervjuer bokades i samråd med patientens vårdpersonal tills intervjuerna kunde genomföras.

Gruppdiskussioner och intervjuer med vårdpersonal

Intervjuerna av vårdpersonalen genomfördes dels, som angivits tidigare, i form av gruppdiskussioner, dels genom individuella intervjuer (bilaga 5). Eftersom gruppdiskussionerna hade flera avsikter: reflektion, grund för datainsamling, handledning och utbildning, kunde det även ske en gruppreflektion och ett kollektivt lärande samtidigt som datainsamlingen pågick. Under gruppdiskussionerna diskuterade och reflekterade vårdpersonalen dels kring sin uppfattning av hur portfoliomethoden kunde användas i det psykiatriska vårdarbetet och dels hur de använde metoden med patienterna. Detta skedde genom att vårdpersonalen berättade och beskrev hur deras patienter använde portfolion. Detta innebar att de som inte hade egna patienter med i studien fick tillgång till berättelser om patienters användande av metoden från andra vårdpersonal. Eftersom vårdpersonalen beskrev patienter som de andra inte vårdade, skedde dessa berättelser under sedvanlig sekretess. Merparten av

diskussionsinnehållet hade fokus på tolkningar av och uppfattningar om hur portfolion kunde användas i psykiatriskt vårdarbete med de egna patienterna.

Gruppdiskussionerna, som varade mellan 61 minuter och två timmar och 57 minuter med en genomsnittlig varaktighet på två timmar och 10 minuter, exklusive paus, har genomförts under totalt nio gruppträffar. Gruppdiskussionerna genererade totalt drygt 18 timmars datamaterial och var öppna till sin karaktär. Enbart under den avslutande gruppdiskussionen ställdes några utvärderingsfrågor till vårdpersonalen gällande portfolioarbetet (bilaga 6). Gruppdiskussionerna genomfördes, som tidigare nämnts, i ett avskilt rum på den administrativa enhet på den psykiatriska klinik som de båda öppenvårdsmottagningarna tillhörde. Dessa kunde hållas relativt ostörda, enbart vid ett tillfälle avbröts gruppdiskussionen på grund av att en extern person kom in i rummet och framförde ett ärende som gjorde att inspelningsutrustningen tillfälligt fick stängas av under ca 10 minuter.

Totalt genomfördes sex individuella intervjuer med vårdpersonalen vilka varade mellan 38 och 57 minuter med en genomsnittlig varaktighet på 50 minuter. Totalt fem timmars intervjutid blev resultatet av de individuella intervjuerna med vårdpersonalen. Dessa intervjuer utgjorde avslutning av datainsamlingen med vårdpersonalen och genomfördes i juni 2009. För en översikt av totala datamängden för avhandlingen hänvisas till tabell fem på nästa sida.

Kvantitativ datainsamling

Under studien genomfördes totalt 62 skattningar med patienterna (tabell 2, sid. 52 och tabell 5, sid. 61). En första skattningsomgång med fyra instrument gjordes, som tidigare nämnts, i samband med den första intervjun före det att patienten började arbeta med portfolion. Under denna första skattningsomgång genomfördes sammanlagt 20 skattningar med fem patienter.

En patient avbröt sitt deltagande efter en månad, därför genomfördes enbart en skattningsomgång med denna patient. En annan patient genomförde två skattningsomgångar eftersom denna patient avbröt sitt deltagande efter tre månader (tabell 1, sid. 52). Kvar i studien var då tre patienter, som kom att medverka under resten av studien. Dessa tre patienter följdes upp med nya skattningsomgångar efter tre och sex månaders deltagande (i ett av dessa tre fall enbart tre-månadersskattningen). Sex-månadersskattningen gjordes i samband med den andra intervjun. De övriga skattningarna genomfördes genom att vårdpersonalen lämnade skattningarna med svarsbrev eller att

skattningarna skickades hem till patienten med svarsbrev. Den avslutande skattningen gjordes i samband med den avslutande intervjun. I den sista skattningsomgången orkade inte en av patienterna göra mer än två av de totalt fyra skattningarna, varför dessa två blev ett bortfall (tabell 1, sid. 52).

Tabell 5. Översikt över totala mängden insamlad data för patienter (N=5) och vårdpersonal (N=7)

Deltagare	Individuell intervju (antal/summa tid)	Gruppdiskussion antal/summa tid)	Skattning (antal)
Patienter	11 intervjuer a 9 timmar, 53 minuter		62 skattningar
Vårdpersonal	6 intervjuer a 5 timmar	9 gruppträffar a ca 2 timmar	
Totalt	17 intervjuer a 14 timmar och 53 minuter	Ca 18 timmar	62 skattningar

Analysmetoder och dataanalys

Innehållsanalys

Innehållsanalys är såväl en kvantitativ som en kvalitativ analysmetod men också en teknik som innebär att dra replikerbara och valida slutsatser från texter till dess kontext (Krippendorff, 2004). Metoden går att använda såväl induktivt som deduktivt. Det går att beskriva innehållsanalysen dels som en positivistisk tradition, med företrädare som Berelson (1952), Weber (1990), Downe-Wambolt (1992) och Krippendorff (2004), dels som en hermeneutik, som utvecklats först senare, där ett exempel är Baxter (1994). Även Krippendorff har rört sig mot en innehållsanalys med hermeneutiska inslag.

Det som analyseras handlar om upplevelser, handlingar, skrivna eller uttalande regler/koder eller maktstrukturer. Forskaren kan naturligtvis inte hävda att det som presenteras är det enda sättet att beskriva företeelsen på. Men om forskaren har genomfört analysen väl finns sannolikt en generaliserbarhet (den kvantitativa delen) eller överförbarhet (den kvalitativa delen), genom att forskaren har fångat det universella och att det även är av intresse utanför den

grupp som undersökts. En central idé i innehållsanalys handlar om användande av selektiv reduktion. Med detta menas att texten reduceras till teman eller kategorier vilka består av enstaka/flera ord eller fraser (Milne & Adler, 1999). Detta tillvägagångssätt innebär att identifiera meningsbärande enheter i texten. Forskaren fokuserar därefter på orden eller fraserna och strukturerar upp dessa i de empiriska data. Det är detta som innebär analysens kodning av materialet. Koden är alltså en slags etikett som sätts på den kondenserade enheten (Downe-Wamboldt, 1992; Baxter, 1994; Weber, 2004).

Den som gör analysen behöver inte enbart hålla sig till de ytliga, manifesta innehållet, utan kan även tolka betydelsen av textens innehåll (latent innehåll). Enligt Downe-Wamboldt (1992) används innehållsanalys för att beskriva ett fenomen visuellt, verbalt eller genom text. Det finns två huvudsakliga tillvägagångssätt att innehållsmässigt analysera data. Den ena sättet innebär att forskaren studerar latent/implicita system i texterna. Genom att texten kondenseras kan textens latent delar komma fram. Det andra sättet fokuserar på mer manifesta/explicita system eller nivåer i texten genom att analysera fram meningsbärande enheter och kategorier/subkategorier. Som avslutning på analysprocessen grupperas koderna antingen i teman och subteman eller i kategorier och subkategorier. Dessa utgör den slutgiltiga del som bildar själva resultatet av analysprocessen (Baxter, 1994; Weber, 2004; Silverman, 2007).

Såväl individuella intervjuer som gruppdiskussioner har analyserats med kvalitativ innehållsanalys där tolkning av texternas innehåll, det vill säga de transkriberade intervjuerna, utgjort grund för analysen, så kallad latent innehållsanalys (Baxter, 1994; Marshall & Rossman, 2006; Silverman, 2007). Induktiv innehållsanalys används ofta då det inte finns några tidigare studier gjorda eller dessa är fragmentariska (Elo & Kyngäs, 2008). Eftersom portfoliomethodik i vårdarbete inte tidigare studerats, är detta ett viktigt utgångsläge i föreliggande studie. Därför har analysen gjorts induktivt för att bygga upp det framkomna resultatet i fenomenen som de erfars av respondenterna själva.

Samtliga kvalitativa data (såväl individuella intervjuer som gruppdiskussioner) har, som tidigare angetts, transkriberats ordagrant av sekreterare. Under analysprocessen har utskriftorna jämförts med de bandade originalintervjuerna av forskaren. Ibland har korrigeringar gjorts då ord eller kombinationer av ord på inspelningen varit svåra att höra för sekreteraren. Dessa avsnitt har markerats av sekreteraren för att bli lättare att identifiera (Burnard, 1991). Datamaterialet analyserades med hjälp av analysprogrammet QSR NVivo 2.0 (Fielding & Lee, 1991; Bazeley, 2007; Edhlund, 2008). I detta program lades en databas upp genom att samtliga renskrivna intervjutexter importerades

från Word-programmet till NVivo. Databasen strukturerades upp i tre delar: enskilda patientintervjuer, enskilda personalintervjuer och gruppdiskussioner med vårdpersonal. Dessa data analyserades var för sig. Innehållsanalysen i föreliggande studie genomfördes på följande sätt (som en exemplifiering av analysens genomförande används utdrag från en individuell patientintervju, se tabell 6, sid. 64).

I steg ett lästes inledningsvis samtliga texter ett flertal gånger för att skapa en helhetsuppfattning av texten.

I steg två markerades meningar/fraser i texten (illustreras som gråfärgade avsnitt i kolumn 1 i tabell 6) där dessa svarade mot studiens syfte och frågeställningar. En kondensering av denna text gjordes genom att lyfta ur de mest centrala innebördsmässiga enheterna ur den markerade texten. Dessa bildade de meningsbärande enheterna i analysen (kolumn 2 i tabell 6). I NVivo utgjordes dessa av noder i programmet, och sorterades primärt som fria noder utan hierarkisk uppbyggnad. Då samtliga texter hade kondenserats genom noder, flyttades nodsystemet successivt under analysprocessen över till träd-noder, vilket innebar en möjlighet för hierarkiskt uppbyggda strukturer i den fortsatta analysprocessen.

Som steg tre tolkades de meningsbärande enheternas underliggande budskap och etiketterades genom en kort mening eller enstaka ord som karaktäriserade budskapet. Dessa formuleringar bildade koder som de meningsbärande enheterna sorterades under (kolumn 3 i tabell 6). Denna del i analysprocessen är den latenta analysen (Silverman, 2007) och avser att lyfta fram underliggande, implicita innebörder i intervjumaterialet.

Under analysprocessen jämfördes studiens syfte och forskningsfrågorna med grundtexten vilket gjorde att koderna justerades regelbundet för att få en så god samstämmighet som möjligt (Baxter, 1994).

Utifrån de mönster som framkom i analysen och uppbyggnaden av koderna, identifierades och formulerades, under steg fyra i analysprocessen, subtema (kolumn 4 i tabell 6) som avslutningsvis knöts an till övergripande teman som beskriver den latenta innebörden i utsagorna (kolumn 5 i tabell 6).

Tabell 6. Exempel på analysprocess. R= respondent I= Intervjuare

Originaltext	Meningsbärande enhet	Kod	Subtema	Tema
<p>R: Och det har jag märkt också under tiden jag har skrivit, jag har försökt, jag har skrivit så här å så har försökt att gå tillbaka sen å titta på <u>och markerat med rött saker som gått bra</u> och som vart positiva./I: Mm./R: Och jag märker att ju mer jag kommer igenom, längre fram genom året så blir det mer och mer röda markeringar. Det har hjälpt mig att få lite positivare tänkande. R: Mm. Det är så jag tänkt lite med dom röda markeringarna./I: Ja, precis som du har med där. Ja./R: Jag har inte, <u>jag har ju inte markerat dom negativa avsnitten</u>./I: Nä./R: För det behöver jag inte pålysa (skrattar lite) känner jag. R:Ja men det hjälper ju på många aspekter som sagt, att det är skönt att skriva av sig men just det här att man kan analysera å bena upp å. Sen också tycker jag det är så <u>roligt att se dom här röda markeringarna</u>.</p>	<p>och markerat med rött saker som gått bra</p> <p>jag har ju inte markerat dom negativa avsnitten</p> <p>roligt att se dom här röda markeringarna</p>	<p>Rödmarkering av portfoliotext bekräftar positiv utveckling</p>	<p>Att bli bekräftad av framsteg</p>	<p>Portfolio-metoden kan stödja lärandet</p>

Socialkonstruktivistisk analys

Den sociala konstruktivismen används som verktyg för att göra en teoretisk, explorativ analys av de teman som framkommer i resultatet. Grunden i den socialkonstruktivistiska analysen utgörs av den teoretiska referensram som finns beskriven i kapitel 4 ”Teoretiska utgångspunkter” i denna avhandling. Detta innebar att denna analys förbereddes genom att identifiera några av de mest väsentliga begrepp eller fenomen som författaren till föreliggande avhandling anser bygger upp den social konstruktivistiska teorin (Wood et al., 1976; Moscovici, 1984; Vygotsky, 1987; Bruner, 1991; Gergen, 1999; von Glaserfeld, 1998; Combs & Freedman, 1998; Hmelo-Silver et al., 2007). Följande identifierade begrepp/fenomen utgör därför grund för analysen:

- proximal och potentiell utvecklingszon
- abstraktion
- tankekonstruktion
- narration
- tolkning
- dialektik
- scaffolding
- emancipation
- meningsskapande
- social representation
- empowerment
- medvetenhet
- mening
- konfrontation
- pragmatik
- erfarenhet

Begreppen och/eller fenomenen användes som verktyg för en deduktiv innehållsanalys (Downe-Wamboldt, 1992; Baxter, 1994; Weber, 2004) av de teman som framkommit i innehållsanalysen genom att resultattexten lästes i sin helhet och i förhållande till varje begrepp/fenomen. Markeringar i texten gjordes då något beskrevs som kunde härledas till respektive begrepp/fenomen. Med stöd av denna primära analys, abstraherades och tolkades texten ytterligare en nivå. I denna tolkning prövades ett antal överordnade begrepp som skulle kunna sammanfatta några av de underordnade begreppen. Efter det att de överordnade begreppen validerats i förhållande till grunddata (det vill säga intervjutexterna), framstod i denna tolkning fyra betydelsefulla faktorer och en central, överbyggande enhet, som presenteras i resultatet (figur 6, sid. 102). Efter tolkningen utvecklades en stödjande text till varje

faktor med grund i de sedan tidigare använda begreppen. Genom detta gjordes alltså en deduktiv analys som genom valideringen av grunddata också var abduktiv till sin karaktär.

Analys av kvantitativa data

Samtliga kvantitativa data har matats in och hanterats via *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Norusis, 2010). Beskrivande analys genomfördes på sociodemografiska variabler och beskrivningen av de kvantitativa data valdes att visas med grafiska deskriptiva metoder (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2010) då underlaget var för litet för andra analyser.

Etiska överväganden och hantering av data

Etisk prövning är gjord och godkänd av etikprövningsnämnden i Göteborg (Dnr 111-08). För samtliga intervjuer har Etiska riktlinjer antagna av Medicinska forskningsrådet [MFR] (2003) följts. Vårdpersonalen tillfrågade de egna patienterna som ansågs uppfylla inklusionskriterierna och lämnade ett brev med forskningsinformation och samtyckesavtal (bilaga 7). De deltagande patienterna gav informerat samtycke om deltagandet. Intervjuerna genomfördes i för patienten kända lokaler. En intresseförfrågan till vårdpersonalen angående medverkan i studien skickades genom e-post till verksamhetschefen för vidare distribution till vårdpersonalen på två psykiatriska öppenvårdsmottagningar vid den psykiatriska kliniken. Den deltagande vårdpersonalen gav informerat samtycke om deltagandet (bilaga 8). Ett introduktionsbrev med bifogad kursplan samt studiehandledning skickades ut till den vårdpersonal som hade anmält intresse för att delta i studien. De som beslutat att medverka i studien gav skriftligt och muntligt informerat samtycke före intervjuerna ägde rum. Respondenterna informerades av författaren till föreliggande avhandling att medverkandet var frivilligt och att de var fria att när som helst avbryta sin medverkan utan att ange skäl för detta (Vetenskapsrådet, 2010). Resultaten från studien presenteras i form av text, tabeller och figurer i denna avhandling och i dessa kan inga individer identifieras.

Data från såväl patienterna som deltagande vårdpersonal har kodats med nummer. Känsliga uppgifter förvaras på bärbar dator, som kräver speciell inloggningskod. Denna kod är personlig, vilken enbart författaren till denna avhandling har tillgång till. Frågeformulär, banden från intervjuer och grupp-samtal samt utskrifterna har behandlats konfidentiellt och förvaras i låsbart och brandsäkert skåp, så att inga obehöriga fått tillgång till materialet.

Inga ekonomiska ersättningar eller andra förmåner till de medverkande patienterna eller personalen har utgått. Verksamheten garanterade att resurser för genomförande av studien fanns. Ersättning för kurslitteratur samt portfoliomaterial betalades av respektive öppenvårdsenhet. Vårdpersonalen hade bibehållen lön vid föreläsningar, deltagande i gruppdiskussionerna, examinationen och användningen av portfoliometoden. Övriga kostnader för utbildningen stod Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet för. Portfoliomaterialet samt dess innehåll har betraktats som patientens egendom. Patienten har själv avgjort och gett sitt samtycke om vilket material som någon övrig person (vårdpersonal eller forskare) fått ta del av. Efter det att studien avslutats har patienten behållit portfoliopärmen samt dess innehåll. Samtliga andra originalhandlingar sparas under 10 år i låst och brandsäkert arkivskåp. Avidentifiering på samtliga deltagande patienter och vårdpersonal har skett vid studiernas genomförande. Personuppgifterna har hanterats efter personuppgiftslagen SFS 1998:204, punkt 9.

Även om samtliga patienters portfolio har underordnas ett gemensamt innehåll för att skapa en god trovärdighet i studierna, har ändå portfolion haft en personlig prägel. Vid studier av portfolio, finns alltid risk för integritetskränkning. Avsikten har aldrig varit att studera innehållet i portfoliopärmarna. I stället har patienten själv berättat och visat detta innehåll under intervjun när de själva har velat detta. Portfolion har då fungerat enligt de intentioner metoden har med olika nivåer där personen själv kan välja vilket innehåll som ska visas för andra. Patienterna har heller inte förväntats prestera ett visst resultat med portfolioarbetet utan har fått använda portfolion utifrån det som patienten själv klarar av eller anser sig haft nytta av.

Forskaren var medveten om att metoden kunde skapa förväntningar hos såväl patienter som vårdpersonal och som kanske inte alltid kunde infrias. För att minska risken för att förväntningarna blev för höga, var forskaren därför tydlig med att lyfta fram det faktum att portfoliometoden inte var prövad vetenskapligt sedan tidigare inom psykiatriska vårdsammanhang samt att det fanns en osäkerhet om vad det skulle innebära att arbeta med metoden. Detta skedde successivt under hela studietiden genom information till såväl patienter som vårdpersonal. Dock fanns en offensiv hållning från forskaren att framhålla de pedagogiska värden som portfoliometoden visat sig ha samt argumentera för att dessa skulle kunna utgöra ett stöd för såväl patienterna som för vårdpersonalen.

Studiens trovärdighet och tillförlitlighet

Hur trovärdigheten har stärkts i föreliggande avhandling, redovisas dels utifrån kvalitativ trovärdighet där trovärdighet definieras utifrån begreppen tillförlitlighet, pålitlighet, överförbarhet, och möjlighet att styrka och bekräfta resultatet, vilka kan användas som kriterier på en god vetenskaplighet (Lincoln & Guba, 1985; Denzin & Lincoln, 2005; Polit & Beck, 2008). Dels redovisas trovärdigheten utifrån kvantitativ trovärdighet med utgångspunkt från begreppen reliabilitet och validitet (Bryman, 2004; Polit & Beck, 2008).

Trovärdighet i kvalitativ datahantering

Tillförlitlighet kan sägas vara motsvarigheten till intern validitet. Tillförlitligheten (Lincoln & Guba, 1985) skapas genom att forskaren säkerställer att forskningen utförts i enlighet med gällande regelsystem. Detta innebär att forskaren har en skyldighet att informera respondenterna om forskningsstudien på ett sådant sätt att de förstår vad en medverkan i studien innebär (Bryman & Bell, 2007). Respondenterna informerades såväl muntligt som skriftligt och gav informerat samtycke till att delta i studien. Portfoliomethoden har inte tidigare tillämpats för personer med egentlig depression eller för vårdpersonal inom öppenspsykiatrisk vård. Detta faktum i kombination med bristfällig information, för lite utbildningsinsatser och undermålig handledning kan ha påverkat patienters och vårdpersonals förståelse av vad studien gick ut på. Detta kan ha bidragit till vissa svårigheter i tolkningen av hur metoden skulle eller borde användas och som kan ha utvecklat en återhållsamhet från vårdpersonalen, vilket kan ha påverkat rekryteringen av patienter till att delta i studien. Samtidigt har ändå detta utgångsläge bidragit till att ge ytterligare kunskaper portfoliomethodens introducerande och användande, vilket kan användas i kommande introduktioner av portfolio i vårdarbete. För att öka förståelsen för studiens innehåll och därmed öka tillförlitligheten, upprepades informationen gällande studiens syfte och frågeställningar i samband med individuella intervjuer av patienterna och gruppdiskussioner samt individuella intervjuer med vårdpersonalen under hela datainsamlingen.

Att en studie har deltagare med olika erfarenheter, ökar möjligheten att belysa forskningsfrågan från olika perspektiv. I föreliggande studie har tillförlitligheten för det uppkomna resultatet eftersträvat genom att belysa problemet från såväl patienternas som vårdpersonalens sida.

Genom att vårdpersonalen tillhörde olika yrkeskategorier, både med och utan högskole-/universitetsutbildning kunde detta perspektiv ytterligare stärkas.

Samtidigt som vårdpersonalens tid i yrket möjliggjorde en bred variation av erfarenheter från det aktuella området. En svaghet gällande detta är att relativt få personalkategorier finns representerade i studien. Det fanns en strävan att få fler vårdpersonal att medverka och ett flertal försök gjordes att få med såväl sjuksköterskor, läkare samt psykologer i studien. En sjuksköterska anmälde sitt intresse och gav informerat samtycke samt medverkade vid de två första gruppdiskussionerna, men avbröt sedan sitt deltagande på grund av hög arbetsbelastning. Flera psykologer uttalade under en informationsträff att de var intresserade, men ingen av dessa gav samtycke till deltagande. Ingen läkare uttalade intresse i att delta i studien.

Valet av en kvalitativ ansats med intervju som datainsamlingsmetod möjliggjorde ett individuellt perspektiv på de beskrivna erfarenheterna av portfoliomethoden vilket stärker tillförlitligheten i studien. Dock kan det faktum att det var få patienter som deltog ha minskat möjligheterna att styrka tillförlitligheten, då erfarenheterna är begränsade till en mindre grupp deltagare. Under studien gjordes försök att få med fler patienter i studien, och totalt tillfrågades ca 15 patienter om de var intresserade att delta. Flertalet av dessa avböjde alltså att delta i studien. Skälen till detta är oklara eftersom vårdpersonalen inte ville pressa patienten att ange skäl. Här kan dock finnas risk att patienter inte förstod metoden eller vad arbetet gick ut på, varför de i stället avböjde deltagande.

Ytterligare en faktor som berör tillförlitlighet är hur väl teman täcker data. För att stärka tillförlitligheten i föreliggande studie har presentationen av resultatet, har citat frekvent använts i varje subtema. Eftersom båda handledarna granskat analysprocessen och uppbyggnaden av resultatet med utgångspunkt från grundtexterna (transkripten), har även denna process genomgått en kritisk granskning, vilket är viktigt för kongruensen mellan att data och analysprocess.

Pålitligheten i en studie är Lincoln och Gubas (1985) motsvarighet till reliabilitet och handlar om hur pålitliga de framkomna resultaten är i förhållande till de för studien avsedda. Detta visar hur själva forskningsprocessen fortskridit och hur data påverkats och förändrats under studiens gång, dels över tid men även genom den påverkan som forskaren haft på data. Pålitligheten handlar också om att forskningsfrågorna finns kvar under den tid som studien pågår. I föreliggande studie har kontinuerliga revideringar i forskningsplanen skett under studiens gång på grund av att det inte har gått att genomföra vissa planerade aktiviteter som till exempel att få fler deltagande patienter i studien eller att få fler personal av olika yrkeskategorier som deltar. Dock har inte själva intentionen med studien eller forskningsfrågornas grundläggande ka-

raktär förändrats. Revideringar har inneburit att en anpassning av portfolio-metoden eftersträvats under studien, vilket bidragit till en ökad individualanpassning av de utgångsfrågor som fanns med i portfolioen från början. Detta har bland annat inneburit att patienten valt att arbeta med vissa frågor eller att vårdpersonalen har delegerat mer av ansvaret i portfolioarbetet, än det var planerat från början av studien.

Aktionsforskningen som utgångspunkt för studien har underlättat detta arbete. Street (2003) menar att även om forskningen genomförs i en avgränsad kontext, strävar den mot att deltagarna i en studie testat specifika metoder eller teorier för att öka överförbarheten till andra kontexter. Till detta påstående kan en parallell göras till föreliggande studie. Under studiens gång använde vårdpersonalens sina nyförvärvade kunskaper i andra situationer än de som studerats i denna avhandling. Författaren till föreliggande avhandling hade som avsikt att understödja denna process under studien, och anpassa forskningsprocessen därefter. Vårdpersonalen behövde mer kunskap för att förstå och hantera metoden samt kunna stödja patienten, vilket gjorde att forskarens roll förändrades till att även inkludera utbildningsmoment (se ”vårdpersonalens utbildning”). Aktionsforskningens metodologi tillät att vårdpersonal och patienter kunde använda egna, kreativa sätt att tolka och arbeta med portfolioen som inte var planerade från början. Vårdpersonalens kunskaper om metoden och användning av dem tillsammans med patienter som inte deltog i studien, ledde till att forskningen vidgades utanför den exklusiva gruppen genom att vårdpersonal relaterade till dessa patienter under gruppdiskussionerna. Aktionsforskning är på detta sätt trovärdig och giltig om problemen hanteras och deltagarna ökar kontrollen av sin situation (Greenwood & Levin, 2007).

Även om studien hade en tonvikt på en dynamik och anpassning till de personer och fenomen som studerats, var det väsentligt att inte den grundläggande intentionen (det vill säga att arbeta med portfolio-metoden och studera hur denna används) förändrades under studietiden. Det resultat som framkommit i studien har genererats inom den struktur som portfolioen i studien var formad från (fliksystemet). Handledare har dessutom successivt deltagit i och kritiskt granskat såväl datainsamling, analysprocess som framskrivande av text, vilket har stärkt pålitligheten.

Överförbarhet kan sägas motsvara begreppet extern validitet och innebär hur överförbar studien är till andra kontexter, grupper eller sammanhang än i den undersökta. I kvalitativa studier är det i regel relativt få respondenter vilket kan påverka möjligheterna att överföra resultatet till en annan verksamhet än den som är studerad. För att öka denna överförbarhet kan en detaljerad be-

skrivning av det sammanhang, urval, deltagare och den analys som görs i studien underlätta överförbarheten (Lincoln & Guba, 1985). I föreliggande studie har de i studien ingående respondenterna och de kringliggande omständigheterna beskrivits så objektivt och omfattande som möjligt för att läsaren ska kunna bilda sig en egen tolkning som kan bidra till att överföra studiens resultat. På detta sätt är det viktigt att beskriva hur tolkningarna gjorts och på vilken grund slutsatserna är dragna. Detta har eftersträvat i den syntes som gjorts med grund i framkomna teman och det teoretiska ramverk (social konstruktivism) som används för att explorativt analysera dessa teman med. Detta kan möjliggöra en överbrygning till andra sammanhang där kunskapen kan omsättas.

Studien har, som tidigare nämnts, få respondenter, därför går det inte att göra några generaliseringar i förhållande till det uppkomna resultatet. För att öka överförbarheten har det dock funnits en strävan att skapa en bred bild av det studerade fenomenet, dels genom att samla data under relativt lång tid och dels genom att använda olika former av data som kan åskådliggöra fenomenet på ett bredare plan. Den tid som studien genomfördes under utgör en begränsning för att kunna studera portfoliomethodens betydelse för patienter och vårdpersonal. Därför var studiens fokus inriktad på hur respondenterna använder och erfar portfoliomethoden och hade inte avsikten att studera metodens långsiktiga effekter eller effekter på patienternas hälsa eller förändringar i vårdpersonalens förhållningssätt.

En viktig strävan har varit att visa hur portfoliomethoden kan användas på ett för metoden nytt område och därmed studera hur metoden kan fungera i en vårdkontext. Överförbarhet har på detta sätt eftersträvat genom att så ingående som möjligt beskriva den procedur och det tillvägagångssätt som forskningsprocessen gått igenom. Denna beskrivning har framför allt gjorts under rubriken "tillträde till forskningsfältet". Här framkommer det vissa hinder som till exempel att få tillgång till verksamheten och genomföra studien. Först i samband med en förfrågan till en tredje tillfrågad psykiatrisk klinik, visade verksamhetsföreträdarna ett intresse av att aktivt delta i studien. För att öka överförbarheten ytterligare kanske dessa fenomen skulle ha undersökts närmare genom att studera om de på något sätt är signifikativa för den psykiatriska organisationen eller om de är naturliga när en ny metod ska testas och användas. I föreliggande studie fanns inte avsikten att studera och analysera dessa frågor närmare, men frågorna är i högsta grad intressanta och väcks av de svårigheter som det var att få verksamheterna att delta i studien. Å andra sidan krävs naturligtvis en viss djärvhet och utmanaranda att våga pröva något oprövat, som portfoliomethoden i vårdarbete ändå måste anses vara, och kan vara en förklaring till verksamheternas försiktighet.

Med att styrka och bekräfta avses det objektiva förhållningssätt som forskaren måste inta i ett forskningsarbete genom att inte låta personliga värderingar, förväntningar eller teoretiska ansatser påverka. Genom att regelbundet använda citat från respondenterna har intentionen varit att på ett objektivt sätt visa hur subteman har sin grund i empirin och inte är konstruktioner som ligger bortom det som respondenterna sagt. Forskarens förförståelse för och positiva erfarenheter av portfoliomethoden kan ha påverkat objektiviteten och analysen genom att portfoliomethodens positiva inslag har lyfts fram mer än de brister som metoden har. Eftersom det i resultatet framkommit hinder för att använda portfoliomethoden med patienterna, kan dessa erfarenheter ändå ha varit av godo då de fungerat som referenser för hur portfoliomethoden kan fungera, även om dessa exempel kommer från utbildningssammanhang.

Trovärdighet i kvantitativ datahantering

I kvantitativa undersökningar är det alltid viktigt att ställa sig frågor med utgångspunkt i studiens trovärdighet utifrån reliabilitets- och validitetsaspekter. Om forskaren valt en lämplig metod eller mätinstrument som kan anses vara tillförlitlig för den avsedda undersökningsgruppen, hur exakta mätningarna varit, hur mätningresultaten behandlats och redovisats, om liknande resultat har erhållits i tidigare studier eller vilken vikt som forskaren lägger vid resultaten av undersökningarna och hur dessa påverkar resultatet i hela studien, är exempel på sådana frågor (Bryman, 2004; Polit & Beck, 2008). I föreliggande avhandling har fyra olika mätinstrument använts för den kvantitativa datainsamlingen. Samtliga dessa mätinstrument har validitets- och reliabilitetstestats i tidigare studier och visat goda resultat i internationella och svenska studier. I ett fall (MHLC) är inte skalan validerad för svenska förhållanden (Lundgren et al., 2007) vilket naturligtvis kan påverka trovärdigheten för detta mätinstrument i föreliggande studie. Dock har en svensk version med den ursprungliga MHLC-skalan testats i skattningar av patienter med reumatoid artrit och visat sig stämma överens med den ursprungliga skalan gällande innehållsvaliditet, eller som förankring till de begrepp eller den teori som använts (construct validity) samt stabilitet och inre konsistens för dessa patienter.

Trovärdigheten i de använda instrumenten (MADRS, MHLC, ATQ-N, GSE) kan ses ur två perspektiv: reliabilitet och validitet. Reliabilitet innebär att de mätinstrument som använts ska vara så utformade att mätningen inte styrs av inflytande av slumpen. Reliabiliteten kan mätas genom att dels utgå från instruments stabilitet, vilket innebär att resultatet ska bli detsamma vid upprepade mätningar, dels instrumentets likvärdighet vilket innebär att instrumen-

testas parallellt med andra liknande instrument för att se såväl samstämmigheter som differenser (Polit & Beck, 2008). Att utgå från instrumentets homogenitet innebär att göra tillförlitliga jämförelser. I föreliggande studie har detta efterstävats genom att åskådliggöra patienternas individuella skattningar över tid. Eftersom enbart fem personer ingår i studien har det inte genomförts några test för att visa statistiska skillnader. Graferna har presenterats i resultatet för att illustrera hur patienten skattat olika hälsoaspekter under studietiden och hur mätresultaten för varje patient förhåller sig till de övriga i gruppen.

Med validitet avses att mätinstrumentet är utformat på ett sådant sätt att det mäter det som avses att mäta. Validiteten kan gälla såväl studiens validitet som själva mätningens validitet. En studies validitet kan ses såväl internt som externt. I den interna härrör resultatet enbart från effekter som har en direkt orsaksrelaterad inverkan på en annan variabel eller det faktum att resultatet inte enbart går att förklara som en påverkan av yttre variabler (Polit & Beck, 2008). Eftersom materialet är litet håller det inte för icke-parametriska eller parametriska test.

Flertalet skattningar är gjorda i samband med de intervjuer som genomfördes, men i två fall skickades formulären hem till patienten som sedan returnerade dessa i bifogat svarskuvert. Patienten gjorde i dessa fall skattningarna i sin hemmiljö, och hade inte möjligheten att på samma sätt fråga om oklarheter som de hade vid intervjun. Detta kan ha påverkat de skattningar som patienten gjorde. Dock visar dessa skattningar inga anmärkningsvärda skillnader från övriga skattningar. Det kan ha funnits en risk, då så många frågor skulle besvaras, att patienten tröttnade, och att svaren på de frågor som kom sist inte blev lika väl grundade som de i början. Vid ett första mättillfälle (T^1) var detta särskilt tydligt hos en patient som inte orkade genomföra vissa delar i de två formulär som fylldes i sist vid detta mättillfälle (MADRS och MHLC). Det fanns vid detta tillfälle en osäkerhet från patientens sida vad frågorna betydde, varför tid gick åt att informera patienten om frågornas innebörd. I resultatet visar dessa två mätningar låga värden, vilket kan tyda på att patienten inte förstod innebörden i dem eller att omständigheter runt om patienten påverkade patientens skattningar. De fyra skattningsinstrument som användes valdes med tanke på att kunna täcka in hälsosituationen gällande depressionsymtom, negativa tankar, självtillit och kontrollfunktioner och har gett en viss bild av patienternas hälsa gällande dessa fyra tillstånd. Det som inget av mätinstrumenten ger några direkta svar på är patienternas förståelse av sin depression, som kanske är de fenomen som borde ha skattats kvantitativt med tanke på portfoliomethodens primära mål att fungera som ett verktyg för lärande. Överväganden huruvida det skulle vara möjligt att använda någon

form av bedömning av kunskapsabstraktioner (till exempel SOLO- taxonomin eller Blooms taxonomi) som grund för att bedöma förståelse och kunskaper, skedde på designstadiet men övergavs eftersom det ansågs skulle bli svårt att identifiera kunskapernas abstraktion i denna studie.

En viktig ståndpunkt har varit att försöka problematisera hur detta arbete skulle kunna göras genom att lyfta fram exempel från vårdpersonalens vardagliga arbete med de egna patienterna. Avsikten har aldrig varit att vårdpersonalen ska prestera ett visst resultat som visar portfoliomethodens användbarhet, vilket har inneburit att några av dem inte använt metoden aktivt på någon egen patient som ingår i studien. Däremot har inspiration från portfoliomethoden använts i vård av andra patienter. I dessa fall har heller inga krav ställts på att de skulle ha egna patienter som ingick i studien. I stället har de uppmuntrats att aktivt delta med reflektioner och kritiska diskussioner på hur portfoliomethoden kan användas.

Kapitel 7 Resultat

Resultatet presenteras i fyra delar; dels patienters användning av portfoliomethoden, dels en beskrivning av de skattningar som genomförts med patienterna under studien, dels vårdpersonalens uppfattning om och användande av portfoliomethoden som stöd för det psykiatriska vårdarbetet med patienten. Avslutningsvis redovisas en analys av patienternas och vårdpersonalens sätt att erfar och använda portfoliomethoden med utgångspunkt i den sociala konstruktivismen.

Det dominerande i patienternas utsagor härrör från deras användande av portfoliomethoden, medan det dominerande i vårdpersonalens utsagor mer handlar om hur de uppfattar methoden och dess användning inom psykiatriskt vårdarbete.

Patienters användning av portfoliomethoden

I detta första avsnitt presenteras de teman och subteman som framkommit i analysen av datamaterialet och som relaterar till patienternas användning av portfoliomethoden under studien. Detta innebär att de använder portfolion och portfolioinnehållet som stöd för strategier, bedömning och bearbetning. Teman och subteman kommer att presenteras var för sig och följer den ordning som framgår av tabell 7. För att förstärka redovisningen, används citat från intervjumaterialet. Citaten hänvisas som patient nr (till exempel "P 1" som motsvarar patient 1).

Tabell 7. Översikt av patienters (N=5) beskrivning av att använda portfoliometoden

Tema	Subtema
Portfolion används som hanteringsstrategi	Att få stöd för minnet Att planera och förbereda situationer
Portfoliostrukturen påverkar användbarheten	Att utgå från portfoliostrukturen är såväl stödjande som hindrande Att ta sig an och arbeta med portfoliouppgifterna
Portfolioinnehållet används för bedömning och bearbetning	Att använda portfolion på egen hand Att få stöd för reflektion Att bli bekräftad av att ha gjort framsteg

Portfolion används som hanteringsstrategi

Portfolion används som stöd för att utveckla strategier för att hantera den problemfyllda situationen. Strategier utvecklas dock inte automatiskt enbart med utgångspunkt av portfolioinnehållet. Det ger i stället ett underlag vilket genom bearbetning kan leda till att strategier utvecklas som bidrar till att hantera depressionen och underlätta den vardagliga situationen för patienten.

Att få stöd för minnet

Portfolioinnehållet fungerar som ett stöd för minnet. Det dokumenterade (nedskrivna) används för att stödja minnet av vad som hänt under dagen eller veckan. Det kan samtidigt stödja minnet av en händelse, situation eller ett tillstånd som ligger längre tillbaka i tiden, genom att det som skrivits tidigare granskas. Att gå tillbaka och läsa möjliggör en kontakt med bortglömda känslor eller situationer. Det leder till att en värdering av det dagsaktuella tillståndet med stöd av det skrivna kan bli möjlig. Portfolioinnehållet fungerar även som en påminnare för till exempel ett besök som ska göras, för känslor som patienten har men glömt bort eller för att påminna om att det inte alltid är nattsvart.

Man kan bli påmind om att det finns bra dagar. Att det finns tillfällen då saker och ting har gått jättebra. Som man inte tänker på när man liksom har en dålig dag eller man är jätteorolig och känner sig dödsdömd. Men det är svårt att tänka sånt själv när

man är orolig. Men när man ser det på papper, att liksom titta du har haft jättebra dagar (P 2).

Att planera och förbereda situationer

Portfolioinnehållet används för att planera och förbereda olika situationer som till exempel ett kommande besök på försäkringskassan, hos tandläkaren eller olika former av möten med andra människor. Situationer som patienten kan ha ångestfyllda känslor inför. Genom att skriva ner upplevelser inför mötet eller besöket och de som finns efteråt, möjliggörs en bearbetning av dessa. De dokumenterade tankarna och känslorna gör samtidigt att det finns ett underlag som kan användas till att förbereda det kommande besöket eller mötet. På detta sätt kan aktiviteten förberedas såväl tankemässigt som känslomässigt och ge en ökad hanterbarhet av de obehagskänslor som finns inför situationen.

Det kan ju vara att jag var hos tandläkaren och det gick jättebra och jag kände mig väldigt upplyft och då skriver jag om det att wow vilket kanonbesök. Det här gick jättebra och då när jag nästa gång jag är orolig, eller nästa gång jag är nedstämd, så kan jag faktiskt öppnade pärmen och titta, det låter jättedumt, man kan tänka det själv jo men det har faktiskt du har haft gånger som det har gått jättebra. Det är inget som säger att det här besöket behöver bli jobbigt (P 2).

Strategierna kommer genom aktiv användning av portfolioinnehållet. Genom denna aktivering ökar värdet av portfolioinnehållet för användning av de egna strategierna för att hantera vardagen och som är centrala för patientens sätt att på egen hand bemästra situationerna.

Portfoliostrukturen påverkar användbarheten

Portfolion kan användas för bearbetning genom de frågeställningar som finns under varje flik i portfolion. Dessa möjliggör bearbetning utan att vårdpersonal finns med. Dock är strukturen i vissa fall hindrande då patienten inte alltid förstår hur frågorna ska bearbetas eller hur flikarna ska hanteras.

Att utgå från portfoliostrukturen är såväl stödjande som hindrande

Portfoliopärmens förutbestämda flikar med en specifik information och frågeställning för varje flik, möjliggör ett färdigt system för portfolion och ett

ramverk för samtliga deltagande patienter och vårdpersonal. De färdiga instruktionerna och de förutbestämda frågorna underlättar såväl reflektionen, bearbetningen som analysen av det material som finns dokumenterat i portfolion. Eftersom strukturen utgör en yttre ram för portfolion och kan tolkas olika, uppkommer viss frustration över att inte förstå hur den skall eller kan användas. Dessutom leder strukturen till vissa prestationskrav i form av förväntningar på att arbeta med samtliga flikar i portfoliopärmen och en känsla av att pliktroget fylla i alla. Det finns även en osäkerhet för vad som ska finnas under varje flik och hur dessa ska fyllas med material. Frustrationen gäller bland annat de flikar som inte bearbetats eller fyllts med innehåll. Detta leder till frågor om det är tänkt att samtliga flikar och frågor ska vara bearbetade eller om vissa flikar kan vara tomma, utan innehåll.

Ja, vi har inte gjort så, vi har inte gjort alla flikar. Det var så här, att i början när jag fick reda på att vi skulle jobba med det här, så ville jag med en gång ha reda på; Hur ska jag placera papprena, vad ska varje flik heta, vad rubriken var å så där. Jag ville väldigt gärna komma igång och förbereda mig och så här. Och vi har inte arbetat med alla flikar (P 2).

Att ta sig an och arbeta med portfoliouppgifterna

Portfolioarbetet gör sig inte själv, det krävs att patienten tar sig an utgångsfrågorna för att portfolion ska leda till ett aktivt användande. Kognitiv svikt, trötthet, sviktande koncentrationsförmåga eller att depressionssymtomen är för hindrande, är exempel på tillstånd som gör att patientens kraft att ta sig an uppgifterna är låga. En initial uppgift i portfolion innebar att patienten beskrev sin depression, vad den innebar och vad patienten trodde att depressionen berodde på. Tanken med denna uppgift var att den dels skulle ge ett utgångsläge att reflektera mot längre fram under studien och dels få patienten att sätta ord på och verbalisera uppfattningen av sin depression. Denna uppgift var svår för flera av patienterna. I flera fall kan inte patienten skriva någon text alls, eller så blir texten fragmentarisk.

Vad innebär min depression, ja och då var det ju, det var ju det här vi prata om förut att, att jag inte liksom minns hur det var förr, eller så att det så långt jag minns tillbaka så har det vart ungefär likadant. Det har varit ganska jämngrått, så att liksom förr och nu, är för mig ungefär samma (P 3).

Sättet att arbeta med och ta sig an uppgifterna i portfolion ser olika ut. Vissa patienter arbetar med portfolion under ett års tid. En patient arbetar med port-

folion under en månad, varefter denna patient valde kognitiv behandling och därför lämnar portfolioarbetet. I något fall är dokumentationen fragmentarisk och i något annat fall är portfolion väl bearbetad med utgångspunkt i de frågor som strukturerar portfolion. En patient arbetar med portfolion under tre månader, varefter han avbryter sin medverkan i studien för att flytta till en annan ort. Denna patient beskriver under den avslutande intervjun följande:

Ja just det, det var de här jag pratade om förut, här där jag skulle beskriva min depression, den där flik 3, lite med mina relationer så här kontaktnät den biten lite. De va nog ungefär de vi har hunnit (P 3).

Ibland prioriteras portfolioarbetet bort eftersom det finns så mycket andra bekymmer som behöver bearbetas.

Nä jag och NN har väl gjort några blad, men inte så mycket. Ja, vi har väl gjort såna här tankar, eller vad händer om jag tänker så? Ja, du vet såna här, jag kommer inte ihåg dem, lite frågor så sånt (P 1).

Det skiljer sig alltså åt när det gäller att ta sig an portfoliouppgifterna beroende på hur länge patienten arbetar med portfolion och hur patienten tar sig an portfolion. Detta påverkar erfarenheten av huruvida metoden är användbar eller inte. Andra faktorer som påverkar engagemanget och förmågan att ta sig an portfoliouppgifterna är hur svåra funktionshindren är. Dessutom är stödet från vårdpersonalen högst väsentligt, och i vissa fall avgörande för hur patienten tar sig an arbetet med portfolion. Framför allt gäller detta på vilket sätt arbetet introduceras.

Portfolioinnehållet används för bedömning och bearbetning

Portfolioinnehållet kan lägga grund för egen bedömning och bearbetning. Innehållet utgör i sig ett underlag för reflektion genom att det analyseras. Samtidigt kan det vara bekräftande genom att det skapar ett underlag för reflektion över tid och på detta sätt ge grund för att bli medveten om de egna framstegen.

Att använda portfolion på egen hand

Portfoliodokumentationen möjliggör användning av materialet på egen hand. Det kan vara i hemmet eller på någon annan plats. Här kan det dokumentera-

de användas genom bedömning och bearbetning av portfolioinnehållet, vilket det inte fanns utrymme för under det tidsbegränsade besöket på mottagningen. Detta ger utrymme till att patienten själv kan få möjlighet att bedöma sitt eget agerande.

Ja för då absolut för då, man kan sitta och prata om det med NN grunderna och så men jag har ju bara femtio minuter, så det kan bli väldigt forcerat. Hemma kan jag sitta i lugn och ro och mer analysera hur jag själv tänker eller hur jag reagerar, och i vilken situation och, ja i det stadiet jag då brukar jag få hjärtklappning. Så jag kan ju sitta och greja själv med stencilerna (P 2).

Dokumentationen ökar möjligheten till upptäckter av nya perspektiv. Framför allt kommer detta till uttryck då det finns tidsmässigt utrymme att på egen hand bearbeta det dokumenterade, då det ger något mer än att enbart muntligen berätta om det. I vissa fall kunde den fungera som ett eget kontrakt för att uppnå ett mål.

Men om man ser det på papper, det låter jättekonstigt men det är lite annorlunda. Det är som att jag har faktiskt skrivit under på att det gick bra och så här upplevde jag det (P 2).

Det är lättare att uttrycka sig. Jag har lättare att uttrycka mig i skrift än när jag pratar (P 4).

Portfolioarbetet kan på detta sätt möjliggöra att patienten upptäcker nya perspektiv i sin situation, vilket kan underlätta egenvårdsarbetet och ge patienten mer kraft att på egen hand arbeta med sig själv.

Att få stöd för reflektion

Portfolion kan användas som underlag för reflektion. Det innebär att innehållet i portfolion används för att reflektera över det som gått bra, att tänka på till en annan gång eller att bara bli påmind att det finns bra och ljusa dagar och som framför allt utnyttjas när patienten känner sig något sämre. Portfolioinnehållet stödjer även reflektionen över tid. En dagboksanteckning, vilken förvaras i portfoliopärmen, används som reflektions- och värderingsunderlag för att bli medveten om vad som hänt sedan denna anteckning skrevs och vad som förändrats sedan dess. På detta sätt kan personen tydligare se skillnaden. Detta kan såväl gälla vid förbättring som försämring av tillståndet. Själva dokumenterandet som sådant stödjer också reflektionen genom att det tänkta hamnar i en text på pappret.

Får man ner det på papper så blir det mer, hur ska jag säga? Ja för det första så blir det mer uppsorterat, ordentligt. All information man har plus känslor och tankar man har. Sen att man använder det och analyserar positivt, negativt, hur gick det, vad gick bra, vad gick inte bra (P 2).

Att arbeta med reflektionsdagboken möjliggör ett tankemässigt stöd som förbereder ett kommande möte eller besök. Genom att göra en för-reflektion om vilka upplevelser som finns inför mötet eller besöket, får patienten tillgång till de känslor som finns i den förberedande situationen. Efter besöket följs detta upp med utgångspunkt från tidigare reflektioner som dokumenterats. Genom de specifika uppgifter som studien med portfoliomethoden utgår från, reflekterar patienten med hjälp av det dokumenterade. Det kan gälla hur något förändrats under det år som gått sedan de gjorde beskrivningen av sig själv och den egna depressionen. Utgångsläget utgör även ett minnesstöd genom att det hjälper patienterna att minnas hur situationen var tidigare och jämföra denna med dagens situation. Portfolioinnehållet kan samtidigt möjliggöra kontakt med smärtsamma situationer som förträngts men återupplevs i reflektionen över dagboksinnhållet.

Att bli bekräftad av att ha gjort framsteg

Det är viktigt att bli bekräftad i att ha kommit vidare och lyckats hantera en situation på ett bättre sätt än tidigare. Det spelar en viktig roll för att få kraft att orka gå vidare och ta sig an nya problem och hinder som uppkommer i vardagen. Portfolioinnehållet ger patienten en bekräftelse av att ha lyckats övervinna hinder, där de strukturerade uppgifterna som finns i underlaget till portfolion möjliggör detta. Den leder även till en uppfattning av att verkligen ha lyckats klara av svårigheter och att ha kommit vidare i återhämtningen. Bekräftelsen av att ha lyckats kan genom portfolion bidra till självberöm. I något fall hjälpte en rödmarkerad text i kombination med plus i kanten till att se det som var positivt och som patienten verkligen hade lyckats med. Det stärkte ytterligare bekräftelsen av det positiva.

Sen tycker jag också att det är så roligt att se dom här röda markeringarna. Jag ser liksom att där var ett jättestort avsnitt jag tydligen var väldigt positiv och hade positiv anda där med dom här plusen att; wow där har jag tydligen mått jättebra och där har det tydligen gått jättebra. Att kunna se det på papper (P 2).

Genom portfolioinnehållet kan fokus läggas på det som verkligen gått bra, det som patienten lyckats klara av under dagen eller som möjliggjort ett ökat

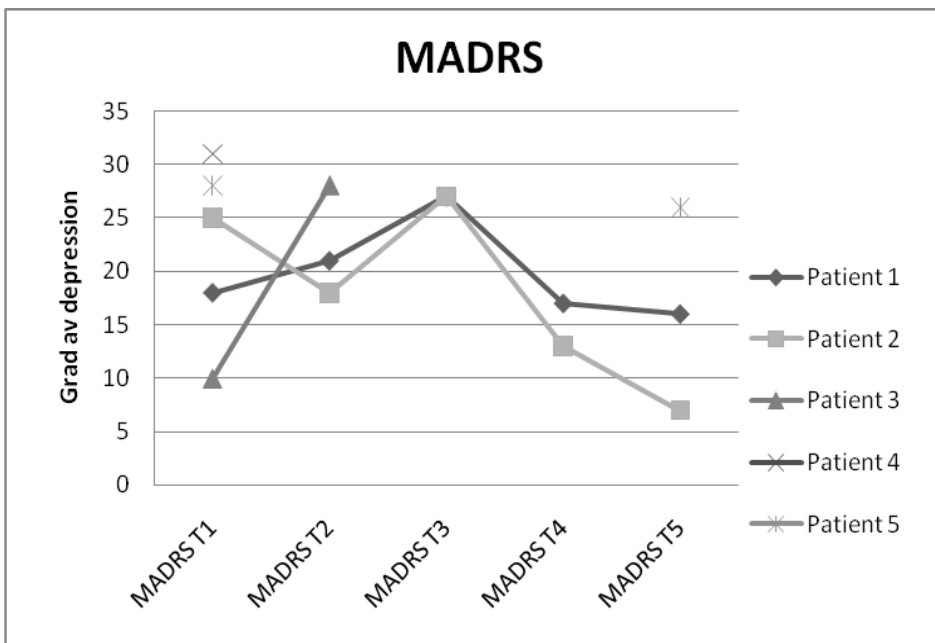
Kapitel 7

positivt tänkande genom bekräftelsen av det som tidigare dokumenterats. Detta är en viktig motvikt till de negativa tankar som är ett stort hinder i tillvaron.

Skattningssammanställning för patienter med egentlig depression

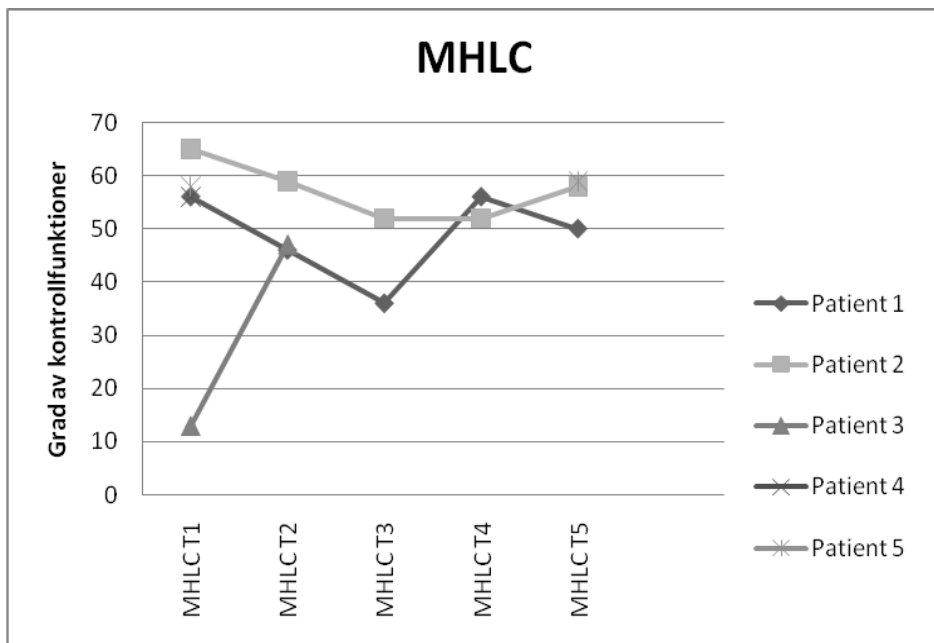
I detta avsnitt, presenteras de skattningar som genomförts för att följa depressionssymtom/funktionshinder, kontrollfunktioner, negativa automatiska tankar och självtillit hos patienterna under året då arbetet med portfoliomethoden studerades. Skattningarna redovisas som grafer där totalsumman för varje patient och respektive skattning anges som en markering på skalan. Patientkoderna motsvarar de som är redovisade i den kvalitativa resultatdelen.

Vid patienternas baseline-skattning uppvisade tre patienter svår grad av depression enligt MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979), en patient mild depression och en patient uppvisade inga tecken på egentlig depression, även om denna patient var diagnostiserad som egentlig depression enligt DSM-IV (figur 2). De två patienter som kan följas under hela studietiden minskar sina depressiva symtom, varav en av patienterna bedöms som frisk vid mätillfälle T⁵.



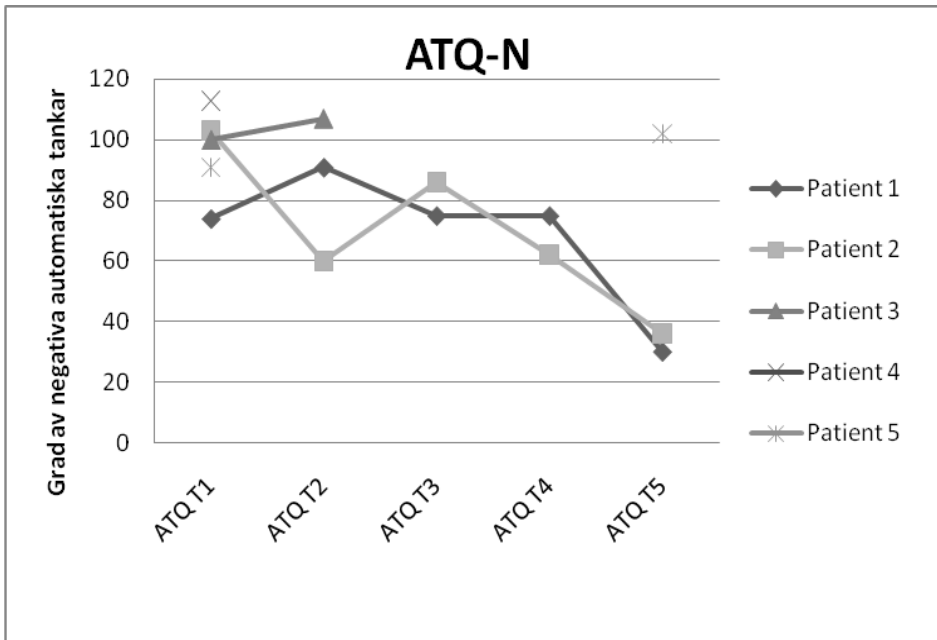
Figur 2. Gradering av depressiva symtom (MADRS) bedömd på personer behandlade för egentlig depression under en ettårsperiod (N=5)

Redovisning av kontrollfunktioner hos de deltagande patienterna under studietiden mätt med MHLC (Wallston et al., 1978) illustreras i figur 3. Resultatet visar, med ett undantag (patient 3), att patienterna har externa förväntningar på sin hälsa, det vill säga att hälsan bedömts ligga utanför den personliga möjligheten att påverka denna. En viss minskning av de externa förväntningarna kan ses hos patient 2 under mättillfällena T², T³ och T⁴ för att sedan öka till T⁵.



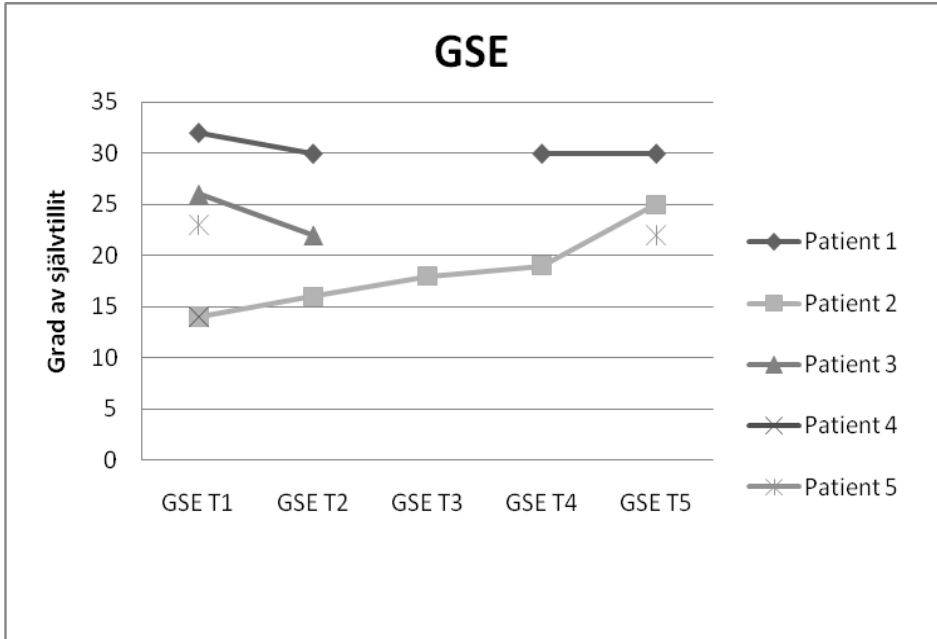
Figur 3. Gradering av kontrollfunktioner (MHLC) skattade av personer behandlade för egentlig depression under en ettårsperiod (N=5)

Patienternas negativa automatiska tankar under studietiden mätt med ATQ-N (Hollon & Kendall, 1980- svensk version, i Jansson, 1986) illustreras i figur 4. Resultatet pekar på relativt höga negativa automatiska tankar, vilket tyder på att patienternas tankar i högsta grad utgör ett hinder för deras funktionsförmåga. I två fall (patient 1 och 2) minskar de negativa tankarna markant från första mätningen (T¹) till sista mätningen (T⁵). För övriga patienter ligger de relativt högt och ökar något mellan T¹ och T² för patient 3 och för patient 5 mellan T¹ och T⁵.



Figur 4. Gradering av negativa automatiska tankar (ATQ-N) skattade av personer behandlade för egentlig depression under en ettårsperiod (N=5)

Patienternas självtillit skattad med GSE under studietiden (Bandura, 1997; Koskinen-Hagman et al., 1999) visas i figur 5. Resultatet visar att flertalet skattningar (med undantag för patient 2) indikerar en relativt hög generell, situationsspecifik självtillit. Vidare visar resultatet hur patient 2 ökat sin generella situationsspecifika självtillit något från T¹ till T⁴ och markant från T⁴ till T⁵.



Figur 5. Gradering av självtillit (GSE) bedömd av personer behandlade för egentlig depression under en ettårsperiod (N=5)

Vårdpersonalens uppfattning om och användande av portfoliomethoden som ett verktyg i det psykiatriska vårdarbetet

I detta tredje avsnitt, är vårdpersonalens uppfattning om och användande av portfoliomethoden som ett verktyg för det psykiatriska vårdarbetet i fokus. De teman och subteman som framkommit i analysen av datamaterialet presenteras även här var för sig och följer den ordning som framgår av tabell 8. Citat från intervju materialet används för att förstärka redovisningen. Citaten hänvisas som enskild vårdpersonal (till exempel ”Vp2” som motsvarar vårdpersonal 2) eller vårdpersonalens diskussionsgrupp (till exempel ”Gd9” som motsvarar gruppdiskussion nr 9 i tidsordning).

Tabell 8. Översikt av vårdpersonalens uppfattning om och användande av portfoliomethoden som ett verktyg i det psykiatriska vårdarbetet (N=7)

Tema	Subtema
Portfolioanvändningen bidrar till nytänkande	Portfoliomethoden kan kombineras med andra metoder Att utgå från portfoliomethodens värdegrund
Portfolion som ett redskap för ansvarsdelegering och allians	Att möjliggöra ansvarsfördelning, delaktighet och inflytande Att stödja egenvårdsarbetet
Portfoliomethoden som lärande verktyg för patienten	Att nivå- och individanpassa portfolioarbetet Att använda portfolioinnehållet för reflektion Att arbeta med skapande verksamhet och struktur Att arbeta med patientens hälsa över tid
Användandet av portfolio i vårdarbetet kräver struktur och engagemang	Att omsätta och anpassa portfoliomethoden till vårdarbete Att få tid till portfolioarbetet Att pendla mellan engagemang och icke engagemang

Portfolioanvändningen bidrar till nytänkande

Eftersom portfoliomethoden inte tidigare är använd i ett psykiatriskt vårdsammanhang, finns inte denna referens för vårdpersonalen, vilket ställer höga krav på deras kreativitet och nytänkande. Det innebär att tidigare kända metoder används som stöd för portfoliomethoden samtidigt som vårdpersonalen inspireras av portfoliomethodens värdegrund.

Portfoliomethoden kan kombineras med andra metoder

Ibland använder vårdpersonalen inslag av andra metoder, företrädesvis den kognitiva, som verktyg i portfolioarbetet. Det kognitiva förhållningssättet är mer bekant för vårdpersonalen och erbjuder tekniker som är väl kända. Portfoliomethoden blir här mer en form av underliggande dokumentationsstöd och blir ett nytt sätt att tänka om användning av de mer etablerade metoderna. Under användning av methoden kombineras således portfoliomethoden med såväl kedjeanalys som nätverkskartor. Resultatet av dessa arbeten förvaras i portfolion för vidare bearbetning.

Jag ser en kombination där med en gång också på nåt sätt, ett komplement. Kognitiva är ju att sortera mycket, portfolio är ju faktiskt att sortera och att samla sin kunskap så man har den sorterad med en gång någonstans där om man nu gör flikar utifrån det eller. Ja så det blir ett sätt att gå till sin pärm (Gd9).

Det finns likheter mellan det kognitiva förhållningssättet och portfoliomethoden. Det upplevs som två kompletterande metoder där portfoliomethoden tillför något mer än vad enbart det kognitiva förhållningssättet bidrar med. Vårdpersonalen kan stödja patientens arbete med portfoliopärmen och i kombination med andra metoder kan portfolion fungera som sorterings- eller samlingspärm eller som strukturhjälp. Den beskrivs på detta sätt som en metod på patientens egna villkor, framför allt genom att den möjliggör för vårdpersonalen att fokusera på patientens lärande, ansvarstagande och aktivitet.

Personen själv har portfolion och det är dennes egendom på nåt sätt. Det har jag känt lite respekt för, att inte vad gör du nu med den eller så liksom det är ju hennes då. Samtidigt så är det ju lite vad har hon fått med sig i den och inte. Så som jag inte har koll på då. Å det är ju lite skillnad tänker jag att ha en egen portfolio än jobba på annat kognitivt sätt (Gd7).

Att utgå från portfoliomethodens värdegrund

Det är inte själva portfoliopärmen som är det som är det centrala, utan portfoliomethodens värdegrund. Under introduktionsföreläsningarna beskrevs den värdegrund som metoden vilar på och det perspektiv som formar portfolioarbetets förhållningssätt. Så länge denna värdegrund finns med kan portfolion ta sig olika uttryck. Värdegrunden inspirerar till att tänka mer i termer av att arbeta med patientens kunskaper om och förståelse av sin depression och hur såväl vårdpersonalen som patienten kan använda denna metod i vårdarbetet.

Egentligen så tror jag att det inte är så mycket portfolion i sig utan det är vad du har för grundsyn som människa, om du är villig till att börja tänka och reflektera över dig själv och ditt mående. Det är nog nummer ett. Sen tror jag att om man kan göra det, så kan man samla information och reflektera över den informationen som man tar till sig och som man själv har för att kunna må bättre (Vp1).

Ett portfolioinspirerat arbetssätt används också i arbetet med patienter som inte deltar i studien. Arbetssättet används i såväl struktur, kartläggning, stöd för minnet och som grund för att patienten ska kunna reflektera. Även om dessa patienter inte har någon ”hel” portfolio som de arbetar med, praktiseras idéerna från portfoliomethoden och i vissa fall har patienten en egen portfolioärm. Patienten arbetar bland annat med dagboksanteckningar, kollegieblock eller anteckningar på blådderblock.

Sen har jag också börjat med andra patienter mer. Jag håller på mycket med blocket å försöker å kartlägga väldigt mycket runt det här, vi pratar om också, hur ser det ut runt omkring, vad är dina resurser, vad vill du vidare, vad ska vi förändra, varför fungerar det inte å så att det här blocket blir någon form av portfolio gentemot mig å patienten (Gd 11).

Att lägga grund för en vårdportfolio utan att ha förebilder eller referenser är en utmaning där det ställs krav på kreativitet och nytänkande. Det som uppfattas som det centrala är den värdegrund som portfoliomethoden vilar på. Portfoliomethodens värdegrund möjliggör ett förhållningssätt som innebär ett komplement till traditionellt använda metoder. Den ger mervärden i form av ett möjliggörande av såväl lärande som ökat ansvarstagande för patienten.

Portfolion som ett arbetsredskap för ansvarsdelegering och allians

Portfoliometoden möjliggör att patienten kan få större utrymme i vårdandet genom att han eller hon på ett tydligare sätt blir involverad i sin vård. Genom att vårdpersonalen låter patienten få ta del av till exempel behandlingsplaner och information på ett mer systematiskt sätt, möjliggörs såväl inflytande som egenmakt. Portfoliometoden möjliggör en maktfördelning, där vårdpersonalen låter patienten få/ta allt större utrymme och ansvar. Maktförhållandet kan därför bli mer jämlikt och bygga på att respektive parter arbetar mer i allians.

Att möjliggöra ansvarsfördelning, delaktighet och inflytande

Själva portfolion upplevs som patientens egendom där portfolioarbetet aldrig får bli så styrande att patientens egen kreativitet och personliga prägel på portfolion går förlorad. Detta innebär att vårdpersonalen har så lite insyn i portfolion som möjligt. I stället är det patienten själv som väljer om han/hon ska berätta om och visa vad han/hon arbetar eller arbetat med. Detta är ett viktigt led i en maktfördelningsprincip där patientens självbestämmande och inflytande i den egna situationen även kan öka patientens motivation och ansvarstagande.

För jag tror ju på det här, att jag tror att det är bra koncept och det är, och jag trivdes med det förhållningssättet till patienten att på nåt sätt ändra lite makt. Mycket handlar ju om maktfördelning på nåt sätt. Att öka patientens kunskap, att dom får mer ansvar, dom blir mer delaktiga. Det är ju att stärka dom (Vp2).

Samtidigt som portfolion uppfattas som patientens egendom, uppfattas den också som patientens arbetsverktyg. Ett verktyg där patienten arbetar med sin egen förståelse och sin hantering av depressionen. Det är först när patienten, med stöd av vårdpersonalen, utformar och utvecklar portfolion som det går att tala om en ”portfoliomethod”. Portfolion bör därför inte vara för ”färdig” och/eller strukturerad. Att delge patienten material som av hävd enbart finns i journalen eller i vårdpersonalens ägo, är ett sätt att ge patienten inflytande, vilket kan bidra till ökad aktivering och ansvarstagande.

Det är rätt så ofta som jag skriver eller ritar några skisser för å illustrera nåt sammanhang som patienten, skriver jag nått att jag GER det mer till, ta med det här hem, liksom, det tänker ja ä nånting bra med de här. För mej är då det då tydligt att här får du, där patienten kan göra själv, som jag börjat göra lite mer. Innan var de mer att jag satt med behandlingsplanen. Men det ä ju

aldrig jag som kan lära patienten göra jobbet, utan det är ju patienten själv. Å det är liksom mer tydligt på ett konkret sätt om jag lämnar över mer. För det har vi skriftlig behandlingsplan där jag skriver, patienten har inte ett eget exemplar, å det ä ju lite dumt (Gd1).

Det ligger i själva portfolion som metod att möjliggöra för vårdpersonalen att delegera ansvar och skapa delaktig samt inflytande. Alla patienter vill dock inte ha inflytande eller är inte beredda att ta detta ansvar. De är vana vid att vårdpersonalen tar ansvaret för deras vård och underordnar sig detta system. Det leder till att de har dessa förväntningar när de möter vårdpersonalen på öppenvårdsmottagningen. Det gör det svårare för vårdpersonalen att få patienten att ta sig an portfolioarbetet. Portfoliomethoden kan här vara ett sätt för vårdpersonalen att tydliggöra en arbetsfördelning mellan dem och patient, där patienten samtidigt kan bli medveten om sitt ansvar i vårdandet. Portfolion kan på detta sätt fungera som ett kontrakt på det som vårdpersonalen och patienten tillsammans beslutat eller planerat. På samma sätt kan portfolion fungera som grund för att formulera mål för vad patienten kan sträva mot eller uppnå.

Jag har ju försökt där med min depressiva patient, annars så har jag ju också använt det med andra patienter å så. För det kändes som lättare också å få in det här å förklara ångest eller hur det ser ut å vilka situationer som är ångestfyllda, skattar dom och kunna arbeta mer utifrån ett mål (Gd 9).

Patientens delaktighet och inflytande i vård och behandling kan underlättas genom olika åtgärder av vårdpersonalen. Att spela in ett samtal där vårdpersonalen och patienten tillsammans lägger upp en behandlingsplan kan vara en sådan åtgärd. Att låta patienten reflektera och skriva ner sina reflektioner under samtalet kan vara en annan. Patientens kan efteråt ha tillgång till materialet som kan vara ett stöd för vidare bearbetning i hemmet.

Det, när jag tänker på det nu så är det, det skulle man ju kunna ha, jag menar vi har ju haft i alla fall behandlingsplan som vi har skrivit då fast när nu när vi har börjat med Mellior så är det lite mer diffust men jag använder mig delvis av det fortfarande. Där man till exempel skulle kunna göra en behandlingsplan, liksom att man spelade in det (Vp3).

Att stödja egenvårdsarbetet

Portfoliomethoden kan hjälpa vårdpersonalen att stödja patientens arbete med sig själv. Portfolion kan byggas upp utifrån patientens perspektiv och ge ett kreativt verktyg att arbeta med på egen hand. Patienten kan då känna igen sig i portfolion så att det mer eller mindre blir en spegelbild av patientens situation och problematik. Fokus ligger på att göra portfolioarbetet så självgående som möjligt och underlätta för honom/henne att fortsätta träningen eller arbetet på egen hand, till exempel i hemmet, eller för att komma ihåg vad som sagts.

Dom behöver nånting mer hemma har jag förstått. En del säger så här; att jag skulle vilja nästan spela in det vi pratar om så att jag kan lyssna på det när jag kommer hem, för jag kommer inte ihåg (Vp4).

Portfoliomethoden är ett sätt att problematisera styrkor och svagheter och kan fungera som patientens handbok över hur han eller hon kan hantera sina problem. Därför menar vårdpersonalen att det är viktigt att vara avvaktande och inte påverka portfoliouppbyggnaden för mycket, eftersom det då finns risk att mycket av dessa perspektiv går förlorade. Portfolion kan utgöra grund för vårdpersonalen att stödja patientens arbete med att strukturera upp sin vardag, där patienten kan få stöd för minnet, förhålla sig till uppsatta mål, eller ha konkreta arbetsuppgifter att arbeta med.

För jag är ju mycket på det här att det ska växa fram nåt eget behov och nåt eget hur man skall lära in. Jag vill nog avvakta med å servera å lära ut själv, utan jag vill se om det är nånting annat i personens resurser som kanske kommer fram. Och då tycker jag det är roligt att se det och liksom poängtera det att det där kanske du ska göra nåt av (Vp5).

Portfoliomethoden kan alltså tydliggöra ansvars- och arbetsfördelningen mellan vårdpersonalen och patienten, men även möjliggöra att patienten får större delaktighet och inflytande i vården och behandlingen. Vårdpersonalen kan med hjälp av portfoliomethoden stimulera patientens egen kraft, där portfolion är ett instrument som ger underlag för egenvårdsarbetet genom att patienten kan få möjlighet att bearbeta sina problem, sina möjligheter och hinder på egen hand utan vårdpersonalens medverkan.

Portfolion som lärande verktyg för patienten

Portfolioarbetet kan inriktas på att enbart samla och förvara material. Det samlade materialet kan fylla ett visst informationssyfte för patienten, men den handlar om så mycket mer än enbart samlande och förvarande. Ett lärande kan komma som en direkt följd av ökad delaktighet och inflytande där patienten även får tillgång till material som i sig kan generera ett lärande. Lärandet kan ske genom själva dokumentationen och den strukturerade reflektion som sker i samband med den. För att ett lärande ska kunna komma till stånd är det väsentligt att ta hänsyn till ett antal förutsättningar som portfolioarbetet anpassas till.

Att nivå- och individanpassa portfolioarbetet

Portfolioarbetet kan anpassas så att såväl struktur, material, arbetsuppgifter som det konkreta arbetet med portfolion gör det möjligt att hantera för patienten. Nivåanpassningen kan innebära att inte ställa för höga krav eller ge för komplicerade uppgifter då patientens depressionssymtom omöjliggör detta arbete. Det får inte heller vara för naivt eller för komplicerat och patienten får inte bli kränkt på grund av att portfolion är för naivt upplagd.

Jag kan tycka att det är svårare, just med portfolio, och sätta det på rätt nivå för patienten så att det inte blir kränkande heller, att flickarna är för lätta, att det liksom är gubbar eller så eller att det blir alldeles för svårt, det är också en avvägning där också, som är viktig att tänka på (Gd7).

Vårdpersonalen spelar en roll avseende att bedöma och anpassa portfolioarbetet till lagom nivå för patienten. Personer med mindre djupa depressioner kan ha mer nytta av metoden. Att arbeta med portfoliomethoden inom primärvården är därför ett verksamhetsområde där den bedöms vara mer lämplig än inom slutenvårdspsykiatrin. En person med personlighetsstörning kan med all säkerhet få hjälp av den struktur som portfoliomethoden erbjuder. Det är viktigt att balansera prestationskraven till en rimlig nivå så att inte patienten får ångest över att inte klara av krav eller uppgifter.

Sen så tror jag också att trots att man kanske kan ha en låg funktionsnivå, så är det viktigt också att lägga det på rätt nivå, så patienten inte blir kränkt... en portfolio där det står; gå upp på morgonen, gå på toaletten, gå och lägg dig (Vp1).

Tillfälliga funktionssvackor som patienten har kan göra portfolioarbetet mindre användbart. Ibland har patienten ansetts vara för sjuk för att kunna

utföra dessa eller att över huvud taget arbeta med portfolion. Patienten har fått med sig uppgiften att försöka skriva ner något kopplat till depressionen, men har inte haft ork eller kraft att skriva något alls. De uppgifter som finns med i portfolion är i vissa fall för komplexa för att patienterna ska kunna tillgodogöra sig dessa på ett bra sätt då dessa från början befinner sig på för svår nivå

Det min patient hade jättesvårt för, det var ju det här att beskriva sin depression. Hur den såg ut förut, hur den ser ut nu och hur han kan tänka, alltså ur tidsperspektiv så. Men han hade ju varit deprimerad i hela sitt liv, vad han kunde komma ihåg. Och då blir det ju en sorts låsning, och då kanske den fliken inte var så bra för honom på det sättet (Vp1).

Att använda portfolioinnehållet för reflektion

Det samlade materialet utgör underlag för samtalet mellan vårdaren och patienten. Det ger även möjligheter att gå tillbaka till en tidigare dokumentation och resonera vad som hänt fram till dagsläget. Likaväl som att det dokumenterade kan användas för att fokusera framåt. Här kan mål formuleras och dokumenteras, som sedan kan utvärderas och reflekteras kring. Det dokumenterade kan bli mer påtagligt för patienten än att enbart beskriva något muntligt och kan användas för att vårdpersonalen ska hjälpa patienten att förstå att han eller hon kommit framåt i sin återhämtning. Vid försämring kan det läge patienten då befann sig i, utgöra grund för reflektion över vad som hänt och hur patienten ska kunna komma tillbaka till detta välmående.

Vilken differens det kan vara. Du kan ju faktiskt se om det har blivit förändringar. Jag tror att det är viktigt att man märker att; nämen jag har ju faktiskt förändrats väldigt mycket nu. Jag kan ju se det på pappret här att jag har förändrats väldigt mycket. Det blir ju så att patienten kan ju komma och säga att nu är jag tillbaka där jag var förut. Och då kan man ju prata utifrån vad det är som har hänt, och är det likadant nu som det var då. Känslan kan ju vara likadan men det är ju inte säkert att det är samma (Vp4).

Eftersom många patienter glömmer av att de verkligen mått bra och kunnat klara vissa situationer, kan dokumentationen hjälpa vårdpersonalen att visa detta för patienten. Dessa perspektiv kan även användas av patienten som en källa eller referens att gå tillbaka och relatera den aktuella situationen till.

Då kan ju också patienten gå tillbaka och titta; vad är det jag har gjort för ett halvår sen? Om det nu blir ett halvår där dom mår

dåligt. Att kunna gå tillbaka till och sortera det här. Eller jag gjorde ju detta, då måste jag ju bra, då måste jag ju bättre å jag kanske ska ta tag i det igen (Vp5).

I ett fall hade vårdpersonalen bett patienten göra en nätverkskarta. Det hjälpte patienten att reflektera över sitt sociala nätverk. Vårdpersonalen ställde reflektiva frågor kring det som patienten hade ritat på bilden. Genom detta kunde patienten få en djupare förståelse för sitt sociala nätverk.

Då skrev hon ner alla som var runtomkring henne å det blev ju väldigt mycket människor. Å så har vi dom å så dom å så har vi dom å. Så jag säger att du kände ju att du är så ensam. Ja sa hon, egentligen är jag väl inte det. Hon fick väl också insikt i att hon har mycket människor omkring sig. Och hon rabblade å rabblade å rabblade, stort nätverk, många vänner å många betydelsefulla människor runt omkring henne. Hon säger ju ofta att hon kände sig så som att hon stod och betraktade världen i ett hörne. Att alla andra var ju så duktiga och hade så mycket gemensamt å. Men hon var ensam. Jag tror att hon blev lite förvånad tror jag. Att det inte var så tomt runt omkring henne som hon trodde (Vp4).

Att arbeta med skapande verksamhet och struktur

Portfoliomethoden möjliggör skapande verksamhet som att arbeta med teckningar, skisser, bilder, färger, former eller inspelning av samtal som förts mellan vårdpersonal och patient. Att arbeta med visuella hjälpmedel kan hjälpa en patient som lider av kognitiv svikt, att reflektera. Den vårdpersonal som i sin utbildning utvecklat detta sätt att arbeta med patienten, har lättare att använda denna möjlighet med portfoliomethoden. Även detta material kan senare användas som reflektionsunderlag eller för att skapa nytt material.

Det kan ju vara bild eller så som jag har jobbat med längre tillbaka. Det är ju också nånting, det händer ju väldigt mycket där som man kanske kan samla bilder eller formulera vad man har fått med sig ifrån dom (Vp5).

Samtidigt som portfoliomethoden möjliggör för vårdpersonalen att arbeta med skapande verksamhet, kan portfolion som sådan stödja patienten att få struktur i sin tillvaro. Det kan uppfattas som styrande med förutbestämda flikar och utgångsfrågor och vad som förväntas finnas eller arbetas med under varje flik. De rubriceringar och utgångsfrågor portfolion i föreliggande studie utgår

från, upplevs till viss del förvirrande, samtidigt som de upplevs konstruktiva eftersom det finns ett system att utgå från. Strukturen underlättar att fokusera på det som är kärnan i problemet. Genom strukturen kan patienten även förstå sitt problem utifrån ett helhetsperspektiv.

Dokumentationen kan användas för att skapa överenskommelser. Det innebär till exempel att göra scheman som visar vad patienten ska träna på i hemmet, då patienten i lugn och ro kan arbeta med dessa scheman och fylla i vad de gör och hur detta arbete går. De dokumenterade överenskommelserna kan tydliggöra ansvarsfördelningen och öka möjligheterna för patienten att ta eget ansvar i återhämtningsarbetet. Då portfoliomethoden använts med andra patienter, utanför själva studien, görs erfarenheten att strukturen som sådan är ett stöd för patienten. Dessa erfarenheter görs bland annat i vårdarbetet av patienter med personlighetsstörning. För dem hjälper portfolion till att strukturera situationen för såväl vårdpersonalen som patienten. Patienter med ångest och fobi som dominerande symtom får hjälp att strukturera i de ångestframkallande situationerna. I ytterligare ett fall fick patienten göra ett schema som bildade en referensram som kunde användas för att förstå svängningarna mellan då hon mådde som sämst och då hon mådde som bäst. Det hjälpte henne att hantera situationen då hon blev sämre.

Hon hade en upplevelse av att hon inte gjorde nåenting alls, å så fick hon göra schema hur det såg ut då, dag för dag och timme för timme. Och sen så när hon väl börja få i ordning på det här då, sova och äta mer regelbundet, så kunde hon använda dom här schemana som en referensram när hon mådde som sämst, när hon mådde som bäst eller när det fungerade som bäst. Och när hon börjar dipa så kan hon ändå använda det att; ”Så här dålig är jag inte”, som en sorts gradering. Så det har hon använt (Vp1).

Att arbeta med patientens hälsa över tid

Portfolioinnehållet hjälper vårdpersonalen att få patienten att följa sin hälsa i ett längre tidsperspektiv. Ungefär på samma sätt som en persons dagbok kan utgöra grund för att följa det dagliga livet. Genom att få tillgång till det som dokumenterats tidigare, kan vårdpersonalen ge patienten insikt i att de faktiskt har gått framåt i tillfrisknandet. Eller så kan detta utgångsläge, som kanske visar att patienten mådde bättre vid ett tidigare tillfälle, utgöra grund för att komma tillbaka till den tidigare nivån. Portfolion kan understödja vårdpersonalens arbete med att hjälpa patienten förstå sitt nuvarande hälsoläge bättre.

Genom att följa hälsan med hjälp av portfolion, kan vårdpersonalen hjälpa patienten att få förståelse för hur orsak och verkan hänger samman och dra egna slutsatser kring detta. Därtill kan patienten få ökad förståelse för hur han/hon mår, vilket ses som betydelsefullt för framtida hantering av depressionen.

Som en karboneffekt, att när man lyfter på olika papper så kanske lättast att säga att det varit hemskt på arbetet men då kanske man samtidigt gick igenom en skilsmässa eller så. På det sättet kunna samla just arbetserfarenheten, vad man lärt sig under behandlingen, hur man hanterar stress, och på det sättet kunna använda portfolion när man sen börjar ta dom här första kliven till att arbetsträna och arbetspröva (Vp1).

I portfoliomethoden kan det pågående vårdarbetet beskrivas genom att det dokumenteras och öka patientens inflytande i arbetet. Detta kan ge en tydlig helhetsbild av situationen för patienten, som kan leda till att han/hon blir mer involverad i behandlingen och vården.

Portfolion är ju liksom ett sätt att hantera det arbete som man gör tillsammans med patienten. Så att säga tydliggöra det dokumenterade å alltså ett handhavande av det arbete som utförs, som sköts i första hand av patienten. Sen kan man ha portfolion som liksom en mapp som man dokumenterar det arbete som pågår (Vp3).

Portfolioarbetet anpassas alltså för att kunna fungera som ett arbetsredskap och som ett stöd för reflektion. Portfolion kan ge utrymme för såväl struktur, kreativitet och skapande, vilket kan hjälpa patienten att se sin situation och sin hälsa i ett tidsperspektiv och ge möjlighet för att patienten kan påverka den egna situationen.

Användandet av portfolio i vårdarbetet kräver struktur och engagemang

Portfoliomethoden går inte att direkt översätta från ett utbildningssammanhang, utan måste utvecklas och anpassas för att bli möjlig att använda i ett vårdssammanhang. Den måste därför formis och anpassas till vårdverksamheten. Detta arbete kräver tid och resurser som till exempel utbildning och handledning.

Att omsätta och anpassa portfoliomethoden till vårdarbete

Ska metoden kunna omsättas och fungera i vårdarbetet krävs en anpassning av den. Under introduktionsföreläsningarna gavs exempel på hur metoden fungerar inom skolvärlden, men eftersom den använts i mycket liten utsträckning inom vården, saknades till stor del referenser i dessa sammanhang. Portfolions form och innehåll, särskilt dess utseende, karaktär och flikarnas innehåll är därför nödvändiga att anpassa så att det fungerar för såväl vårdpersonalen som patienten.

En flik handlar just om det att samla det som är viktigt att ha med vid läkarbesök eller som handlar om det här lite mer konkreta, mitt sjukgymnastikprogram eller vad det nu är. Då kanske en flik är sådant som handlar om det här lite mer praktiska i livet som patienten har svårt att få ordning på (Vp2).

Ett problem är huruvida portfolioinnehållet ska betraktas som journaldata eller inte. Detta diskuteras även med verksamhetens ledning. I denna diskussion görs en överenskommelse om att innehållet inte är journaldata utan patientens material. Information från portfolion kan journalföras om det skulle vara nödvändigt. Ett annat problem när det gäller införandet och användningen av portfoliomethoden i vårdarbetet gäller hur tidigare kunskaper om metoden ska kunna överföras till vårdarbetet.

Som sagt sen var det inget fel på dom här föreläsningarna i sig men liksom det var så väldigt olika världar på nåt sätt. Det var ändå ganska svårt å greppa det där liksom i och med att det blir mycket den där skolvärldsdelen. Så det är väldigt mycket ord som inte jag kunde placera in i någon verklighet riktigt, inte riktigt applicera det i min verklighet (Vp3).

En skola med elever som går i högstadiet eller på gymnasiet, det är liksom en helt annan grej än att sitta med en deprimerad patient (Gd7).

Att ta del av konkreta exempel som visar hur en vårdportfolio kan se ut och hur den används, är en möjlighet att förstå hur den kan användas i vårdandet. Denna avsaknad av referens gör det svårt att veta om vad och hur patienterna ska informeras.

Jag tror att dels så har väl, om jag tar för min egen del så tror jag att jag har varit rätt dålig på att presentera nånting när jag inte riktigt haft full koll vad jag presenterar (Vp1).

I samband med införandet presenterades portfolioexempel från arbete med hjärnskadade patienter. De portfolio pärmar som här används upplevdes enbart som dokumentations- eller informationspärmar, där det saknades tydliga metodiska angreppssätt att bearbeta det samlade materialet.

Sen så kan jag tycka att dom portfolioexemplen som vi har sett inte är tillfredställande. Jag tycker att det är mer som pärmar, mer som att samla dokument (Vp1).

För dom var ju färdiga så, vad jag förstår, färdigtryckta, för mig blev det kanske mer lite bara en samling av bara dokument, alltså dokumentsamlare (Vp2).

En vårdportfolio kan naturligtvis enbart baseras på rent informativt innehåll, som till exempel information om sjukdomen, planerade undersökningar eller återbesök. Samtidigt är det viktigt att den byggs upp med utgångspunkt från patientens behov, där han eller hon som person synliggörs på ett tydligt sätt. Portfoliometoden är mer lämplig att använda då depressionen inte är så djup, till exempel inom primärvården, eftersom det krävs en viss förmåga till reflektion för att kunna arbeta med portfolion. Metoden är möjlig att använda som vårdande verktyg oavsett vilken personalkategori vårdpersonalen tillhör.

Snarare se portfolion som att oavsett vilken yrkeskategori och vad man har med sig, så kan man ju använda portfoliometodik. Sen plockar man in olika saker, i det individuella behandlingsarbetet med patienten, beroende på vad dom vill å hur man ser på det dom skriver. För det kan man ju komma in med psykodynamiska glasögonen på eller man kan jobba kognitivt (Gd 9).

Att få tid till portfolioarbetet

Det tar tid att bygga upp en vårdportfolio. Därför är det viktigt att få tidsmässigt utrymme i det ordinarie arbetet likväl som att arbeta med portfolion under en längre tidsperiod. Det är först då dessa tidsmässiga utrymmen tillgodoses, som det finns möjligheter att den kan fungera som arbetsinstrument för såväl vårdpersonalen som patienten. Även om tid är avsatt för att medverka på introduktionsföreläsningar och gruppdiskussioner, tar portfolioarbetet så pass mycket extra tid att det finns risk att arbetet går ut över andra patienter. Den tid som det tar i anspråk till att arbeta med patientens portfolio är belastande för övriga kollegor och verksamheten i stort.

Fast det är ju ändå det som är väldigt svårt i och med att vi är så pass belastade som vi är. Ska någon annan ta mina patienter?

vem skulle det va då? ska jag belasta mina kollegor då? Då får vi ju glesa ut till var tredje vecka, patienter som ska vara. Så det är ju sån extrem arbetsbelastning. Det är ett problem som man ju inte hittar någon lösning på, då blir man ju extra solidarisk mot varandra (Gd9)

Ibland handlar det om att prioritera eller inte prioritera tid för portfolioarbetet och att inse att arbetet faktiskt kan spara in tid eftersom det innebär ett verktyg som får patienten att bli mer aktiv och kunna arbeta mer på egen hand. Det allmänna patientarbetet prioriteras och eftersom belastningen är hög och arbetet med att använda portfoliomethoden tar så mycket tid i anspråk, prioriteras ofta detta arbete bort till förmån för det "rena patientarbetet". Det dock funnits möjligheter till att planera om för att avsätta tid för portfolioarbetet.

Däremot så har vi sagt att jag tänker sätta upp tid efter, alltså sätta upp tid på flexen. Men då får man ju sitta hemma liksom på kvällar och helger, det är ju det som blir. Så hoppas jag kunna få igen det på flexetid av min chef då. För att det ligger ju på att man tar sig den tiden privat då (Gd9).

Att pendla mellan engagemang och icke engagemang

Engagemanget för att arbeta med portfolion pendlar under studiens gång. Emellanåt upplevs själva arbetet som diffust och svårt att begripa och hantera. Framför allt gäller detta hur den ska omsättas i vårdandet. Detta sviktande engagemang kommer även som en konsekvens av att det inte finns någon aktuell patient att påbörja portfolioarbetet med, vilket då beskrivs som fiktivt och mer på en idéplan än på ett genomförandeplan. Det kanske inte funnits någon lämplig patient eller så har en tilltänkt patient erbjudits annan form av behandling. Engagemanget påverkas samtidigt av brist på handledning av någon utomstående person eller en medarbetare att diskutera och reflektera tillsammans med.

Gruppdiskussionerna upplevs som kreativa där fokus på patienternas kunskaper och lärande engagerar vårdpersonalen och upprätthåller tankarna på och kring portfolioarbetet. Ibland uppkommer tvivel på vad som egentligen avses med kunskaper hos patienten och i några fall finns ett motstånd mot forskningen och de texter som finns skrivna i såväl information som samtyckesavtal. Emellanåt uppträder en viss uppgivenhet för att patienten inte orkar skriva något eller ta sig an portfolioarbetet, vilket leder till en slags resignation där vårdpersonalen ger upp fortsatta försök att arbeta med portfolion.

Jag har försökt det på olika sätt, det här att han skulle skriva. Det var ju den utgångspunkten då, sa att han skulle skriva om sitt tillstånd och vi diskuterade det sen, men det blev ingenting av. Jag tog ju upp det ett antal gånger, han kom ju liksom aldrig med nåt skrivet, så det blev liksom inget med det (Gd9).

Ibland finns inte engagemanget att lägga ner den tid som behövs för att använda en metod som det inte finns någon klar rutin för. Samtidigt upplevs mängden nerlagt arbete inte ge motsvarande resultat, varför detta arbete inte känns särskilt motiverande.

Då går det ut över mina patienter liksom, nä det är för mycket jobb för lite resultat på nåt sätt (Gd9).

Portfolioarbetet påverkar alltså det ordinarie vårdarbetet. Arbetet med att forma en vårdportfolio kräver resurser i form av tid, tydliga referenser och engagemang. Detta arbete bör ha sin utgångspunkt i patientens behov. Engagemanget påverkas under införandet av metoden dels på grund av att det inte finns tydliga exempel eller tillräckliga kunskaper, dels på grund av en osäkerhet om hur portfolion ska användas i vårdarbetet.

Socialkonstruktivistisk analys av portfolioarbetet

I detta avslutande resultatavsnitt görs en tolkande analys av portfolioarbetet, det vill säga patienternas och vårdpersonalens sätt att erfara och använda portfolio metoden, med stöd av socialkonstruktivistisk teori. Patienternas sätt att erfara och använda portfolio metoden framträder framför allt i hur de uttrycker sina individuellt formade tankar, men också genom interaktionen med vårdpersonalen. Uppfattningen om portfolio metoden och metodens användande framträder genom vårdpersonalens konstruktioner av den. Dessa tydliggörs framför allt genom beskrivningar av sociala representationer under gruppdiskussionerna där tankar och föreställningar om vad portfolio metoden innebär uttalades. Den analys och syntes som gjorts av dessa delar har utmynnat i en modell som visar hur patienterna använder portfolio och hur vårdpersonalen uppfattar samt använder metoden (se figur 6). Den centrala delen i denna modell är *lärande*. Utsagor som handlar om lärande återkommer regelbundet från såväl patienter som vårdpersonal. *Struktur, makt, process* och *förståelse* har framkommit som betydelsefulla faktorer för lärandet. I den följande texten redovisas och klargörs dessa fem delar var för sig. Sist i detta avsnitt görs en beskrivning av hur dessa delar relaterar till varandra. Här beskrivs även hur lärandet understöds av de fyra beskrivna faktorerna.



Figur 6. Modell över den socialkonstruktivistiska analysen av portfolioarbetet

Lärande

Lärandet är centralt i portfoliomethodens användning hur detta arbete erfars. Det visar sig framför allt i de utsagor som handlar om hur metoden kan stödja lärandet. Patienternas utsagor om att de blev bekräftade med stöd av portfoliointeraktionen har tolkats som lärande. De förutbestämda frågor som fanns i portfolions struktur var för några patienter svåra att bearbeta. Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv innebar svårigheten att bearbeta dem att förhållandet mellan den nuvarande, den proximala och den potentiella utvecklingszonen var för stort eller osynligt. Svaren på dem kanske fanns i den potentiella utvecklingszonen, och var då inte direkt tillgängliga för patienten. För att bli synliga hade patienten behövt guidning från vårdpersonalen. För att få tillräcklig guidning hade det krävts att vårdpersonalen kunde stödja patienten i insikten av den nuvarande utvecklingszonen och möjliggjort den proximala övergången till den potentiella nivån. Det i sin tur krävde att vårdpersonalen hade erforderliga kunskaper om såväl metodens användande som lärande och kunskapsutveckling. Om patienten skulle kunna skapa och konstruera förståelse, behövde de ett tydligt stöd av vårdpersonalen. Av vad som framgår av det tematiska resultatet hade patienterna i allt för hög utsträckning lämnats själva att arbeta med frågorna. Den proximala övergången försvårades därmed och lärandet minskades.

Användandet av portfolion kan dock generera ett lärande för patienten. Detta upptäckte vårdpersonalen under tiden som gruppdiskussionerna pågick. Vårdpersonalens erfarenheter av att pröva portfoliomethoden med patienterna fungerade som en parallell process och förstärkte insikten om metodens möjligheter. Konfrontationen med nya erfarenheter möjliggjorde upptäckter av en personlig, individuell mening i förhållande till den inledande konfrontationen med portfoliomethoden som ledde till nyfikenhet och intresse för vad metoden kunde innebära. Såväl arbetet med patienter som ingår i studien som andra patienter medförde progressiv reflektion av hur portfoliomethoden kunde användas som ett kreativt lärande verktyg för patienterna. Identifikation av metoden som lärande verktyg krävde sin tid, samtidigt som förändringarna och utvecklingen hos patienten krävde tid för att bli synliga för vårdpersonalen.

Genom att abstrahera erfarenheter av portfoliomethoden kom nya idéer fram hos vårdpersonalen. Gruppdiskussionerna fungerade som arena för att möjliggöra dessa abstraktioner men hade primärt sin grund i individuella reflektioner och föreställningar. De förberedande reflektioner som vårdpersonalen gjorde inför gruppträffarna bidrog till att utgöra en proximal utvecklingszon för dem. Abstraktionerna gav vårdpersonalen insikt om möjligheten att kombinera portfoliomethoden med kända kognitiva metoder. Den konflikt som uppstod mellan de sedan tidigare kända metoderna och portfoliomethoden

startade en dialektisk reflektion med en prövning av de gamla metoderna mot den nya. Tidigare erfarenheter prövades genom samspel mellan inre perspektiv (egna tankekonstruktioner och förståelse) och yttre perspektiv (andras berättelser). Eftersom det inte fanns några tidigare referenser hur portfoliometoden fungerade i vården av personer med egentlig depression, sökte vårdpersonalen på detta sätt att finna mening i att använda portfoliometoden. Att våga pröva något ovanligt med oväntade effekter innebar på detta sätt en konfrontation.

Patienterna strukturerade de vardagliga erfarenheterna genom att skapa narrativa konstruktioner med stöd av planerade och förberedda situationer inom ramen för arbetet med portfolion. På så sätt kunde patienten lära sig om sina symtom och sin situation genom att använda portfolion. Patienterna skapade således inre berättelser om sig själva, andra personer eller om världen runt omkring. Detta tankemässiga berättande blev påtagbart när det dokumenterades och då blev mer tillgängligt för patienten och kunde därmed leda till praktisk handling, vilket även kunde utvecklas till handlingsstrategier.

Portfolion hjälpte åtminstone tre av patienterna att få stöd för minnet genom att dokumentationerna återberättade för patienten sådant som patienten glömt bort eller förträngt. För att bearbeta erfarenheterna förutsattes att de blev medvetna. För detta krävdes en aktiv tankekonstruktion genom eget aktivt tankearbete. Patienter gjorde sina pågående erfarenheter begripliga genom att tolka dem i relation till tidigare erfarenheter. Patienter konfronterade, tolkade och medvetandegjorde på detta sätt den tidigare situationen eller upplevelsen. Detta bidrog till att öka den metakognitiva reflektionen av förändringen över tid. Samtidigt möjliggjorde detta förstärkt fokusering framåt i lärandet eller återhämtningen och blev en viktig utgångspunkt i en dialektisk process som underlättade lärandet hos patienten, samtidigt som denna effekt också gav stöd för patientens självinsikt.

Struktur

Metodens struktur utgjorde ”byggnadsställningen”, det vill säga scaffolding, för patienternas lärande. Den förutbestämda strukturen skapade en lärande byggnadsställning genom systematiken i frågorna. Denna byggnadsställning hjälpte dem att reflektera över vad de varit med om eller upplevt. För att strukturen skulle fungera som lärande verktyg krävdes att de uppgifter och moment som patienterna skulle genomföra, hade en lämplig svårighetsgrad. För några av patienterna visade sig uppgifterna vara för svåra att arbeta med. Då miste strukturen den stödjande funktion som den var avsedd att vara och påverkade även den balans mellan struktur och öppenhet som var nödvändig

för att portfolion skulle bli ”patientens eget verktyg” och bidra till emancipation, delaktighet och inflytande. Samtidigt var strukturen nödvändig för att bidra till att patienten fick stöd i sitt lärande vilket på sikt kunde rendera en bärande scaffolding för patienten. Det centrala var att råmaterialet i denna kunskapsmässiga byggnadsprocess utgjordes av patientens egna och bearbetade erfarenheter.

Patienter och vårdpersonal försökte finna mening i strukturen för portfolion (det flikssystem som byggde upp innehållet). Vårdpersonalens reflektioner präglades av dikotomier över att å ena sidan uppleva att portfolions struktur gav stöd för patienten och å andra sidan var ett institutionellt medel som riskerade att inte styras av patientens själv. Om vårdpersonalen var oförmögna att involvera patienterna i sociala processer och sociala interaktioner blev portfolion således enbart ett instrumentellt verktyg. Samtidigt visade en del av vårdpersonalens utsagor om portfolions struktur att den inte var helt genomtänkt och klar från början. Den frustration de upplevde kan ha menligt inverkat på patienternas möjligheter att lära eftersom de inte blev vägleda till att behärska den frihet portfolion gav möjlighet till.

I patienternas utsagor finns inte någon uttalad kritik mot portfolions struktur, men en viss frustration över vad som respektive flik skulle innehålla fanns initialt. De reflektiva utgångsfrågor som fanns i portfoliostrukturen hjälpte patienterna att berätta och dokumentera vardagliga händelser vilket gav en struktur där patienten kunde bearbeta händelserna vilket underlättade tolkning och meningsskapande aktiviteter. Det var möjligt för patienten att gå ett steg vidare och skapa egen struktur genom att inte arbeta med alla flikarna utan i stället fokusera på någon av dessa. De omtolkningar av innehållet som då skedde ledde till en egen föreställning om hur de kunde bearbetas. I dessa fall utnyttjade patienterna den frihet och de möjligheter som ramverket (scaffolding) gav utrymme för.

Makt

Ytterligare en faktor som kommit fram genom analysen är maktförhållanden mellan patient och vårdpersonal. Hos vårdpersonalen innebar detta framför allt en medvetenhet om att dessa förhållanden existerar. Föreställningar om makt framkom redan under de inledande gruppdiskussionerna i form av insikter i hur patienterna inte delgavs viktigt material som skulle kunna vara användbara för att bättre förstå sin depression. De sociala representationer som formades i gruppsamtalen ökade insikterna under studiens gång och ledde till en viss självvrannskan av hur maktdelegering och deltagarstyrt vårdande kunde underlättas och användas i det vardagliga arbetet med patientens

portfolio. Dessa insikter kom av tolkningar som skedde i sociala representationer i gruppdiskussionerna och i meningsskapande aktiviteter i samband med patienternas användning av portfolion. Vårdpersonalen upptäckte på detta sätt portfoliomethodens intention att fungera som lärande verktyg på patientens villkor.

Förskjutningen i maktrelationerna finns inte explicit beskrivna av patienterna, däremot framkom i handlingar hur portfolion fungerade som ett medel att ”ta sig makten” genom att den bidrog till att patienten tar kontroll över sin situation. Särskilt tydligt var detta då patienten hade nytta av dokumentationen i portfolion. Då skapades självständigt inre föreställningar om att portfolion gick att använda och omsätta i handling. Att på detta sätt använda portfolion innebar att patienten skaffade sig egenmakt eller empowerment och konstruerade en föreställning om att portfolioarbetet gav utrymme för det. I de fall då patienten tog denna kontroll, hade vårdpersonalen från början en föreställning om att portfolion var patientens verktyg och hade överlämnat arbetsprocessen till patienten. Vårdpersonalen introducerade och understödde patienten i dessa fall och uttryckte explicit att de inte ville ha insyn i patientens portfolio, även om de frågade patienten hur själva arbetet med portfolion fortskred. Den maktförskjutning som vårdpersonalen här medverkade till, bidrog till att patienten kunde utnyttja samspelet mellan sin inre medvetenhet och företeelsen portfolio på ett konstruktivt sätt. För flera patienter var detta ansvarstagandet lågt eftersom maktövertagande var beroende av en förståelse av hur portfolion skulle användas och bearbetas. Eftersom det fanns svårigheter att tydligt beskriva portfolioarbetet för patienterna, försvårades förståelsen av den. Erfarenheterna av portfolioarbetet blev därför inte begripliga som en meningsskapande aktivitet.

Vårdpersonalens utsagor om hur portfoliomethoden kunde användas för att förskjuta makten till patienten och öka patientens delaktighet i vårdandet var tudelade. Å ena sidan uttrycktes farhågor om att metoden kunde vara ett maktinstrument som patienten skulle underordna sig och å andra sidan en föreställning om att portfolioarbetet gynnade patientens självbestämmande och inflytande. Portfolion förväntades således kunna medverka till att patienten fick ökade kunskaper om sin sjukdom och sina problem, men vårdpersonalen ville inte ha för mycket inflytande eller påverkan på den. Om portfolion utvecklades till ett verktyg där patienten skulle underordna sig, fanns alltså risken att patienten inte kunde använda portfolion för att utveckla ökad förståelse för sin depression, utan lärandet skulle då stanna vid memorerade kunskaper som var institutionellt förutbestämda.

Process

Arbetet med portfolion karaktäriserades av en process med en tydlig progression där den egna uppfattningen förändrades och utvecklades över tid. Särskilt tydlig var detta hos vårdpersonalen. Under de inledande gruppdiskussionerna berörde frågeställningar, reflektioner och diskussioner detaljer i texterna i samband med att studien introduceras för patienterna. Ett annat initialt problem var huruvida portfolioinnehållet skulle journalföras eller inte och om data och information som förvarades i portfolion kunde kopieras eller överföras att bli journaldata. Begrepp som kunskap, kontroll och lärande var svåra för vårdpersonalen att nå konsensus kring. Det var också svårt att nå konsensus om varför patienten skulle öka sin förståelse för och ha kunskap om sin sjukdom och vad denna ökade förståelse och kunskap skulle leda till. En viss skillnad kunde ses mellan personal som hade högskoleutbildning och de som inte hade det. De högskoleutbildade hade inte lika svårt att tolka begreppen eller att förstå varför patienten skulle ha ökad förståelse eller kunskap om sin sjukdom och sina problem. Vårdpersonalens olika erfarenheter av dessa begrepp innebar att tolkningsnivåerna såg olika ut. För vissa var begreppen självklara, medan andra hade svårare att inse hur dessa begrepp kunde relateras till patientens situation. Vårdpersonalens primärt tvivlande inställning utgjorde en slags konflikt som de försökte finna svar på genom att frekvent ta upp dessa begrepp som frågeställningar under processens gång. Kunskaperna kunde alltså inte direkt införlivas utan var nödvändiga att bli individuellt förståbara och konstruerade av den enskilde för att bli användbara. Då studien fortskred, förändrades diskussionerna och blev mer fokuserade på helheter. Det som understödde denna process var att praktiskt använda metoden på egna patienter. De som fick erfarenheter av hur patienten arbetade med portfolion påverkade andra i gruppen genom de sociala representationer som formades i gruppdiskussionerna. Allteftersom fler och fler erfarenheter beskrevs under gruppdiskussionerna, ökade således gruppens uppfattning av portfolions användningsområde utifrån ett helhetsperspektiv.

Vårdpersonal, som hade egna patienter med i studien där patienten regelbundet och systematiskt arbetade med portfolion, förändrade sitt sätt att uppfatta portfoliomethodens karaktär och funktion och utvecklade en helhetsinriktad och pragmatisk uppfattning starkast. I dessa fall hade metoden en djupare innebörd eftersom vårdpersonalen upplevde att patientens hade nytta av portfolioanvändningen. Först under de avslutande gruppdiskussionerna och i de individuella intervjuerna, beskrev vårdpersonalen hur de uppfattat hur portfoliomethoden kunde användas och på detta sätt gjorde upptäckten av en personlig, individuell mening i förhållande till den inledande konfrontationen av vad portfoliomethoden innebar. De konstruktioner som skedde under studien hade i dessa fall blivit till en erfarenhet som prövats genom aktiv handling.

För att patienten skulle kunna varsebli innebörden av portfoliomethoden behövdes en process över tid, vilket tydligast framkom hos de två patienter som deltog under hela studietiden. För en av dem utgjorde den process, som det innebar att arbeta med portfolion, en möjlighet att jämföra situationen och hälsoläget under en längre tid vilket ökade insikten av förändring. Patienten upptäckte, genom dokumentationen, skillnaden i den första beskrivningen av sin depression jämfört med de senare. Genom dokumenterandet över tid, fick patienten tillgång till det tidigare berättandet, vilket möjliggjorde en reflektion över tid och en bearbetning där patienten kunde skapa en inre föreställning om sig själv baserad på den första berättelsen.

Förståelse

Både patienter och personal utvecklade förståelse för portfolion, dock har den olika innehåll och omfattning på såväl individnivå som gruppnivå. Patienterna utvecklade dels, genom sitt sätt att erfara metoden, en förståelse för hur portfolion skulle användas, dels, genom användandet, en förståelse för den egna depressionen. Vårdpersonalens förståelseutveckling har fokus på portfoliomethoden och dess användande.

För att patienten skulle utveckla förståelse krävdes att vårdpersonalen introducerade portfolion för patienten där de beskrev hur den kunde användas och vad den kunde ge för effekter. Vårdpersonalen gjorde dock inte alltid det beroende på att de själva hade svårt att förstå och applicera portfoliomethoden i vårdarbetet. Några lade mycket tid på att söka förstå vad metoden gick ut på, hur den fungerade och vad arbetet kunde resultera i. Detta sökande pågick under hela studien. Den dialektiska följden av att förstå hur portfolion kunde användas i vården försvårades på grund av att vårdpersonalen saknade pragmatiska referenspunkter för sin förståelse av hur portfoliomethoden kunde användas i vårdsammanhang. De efterfrågade, under hela studien, referenser om hur portfolion kunde användas som ett verktyg för lärande hos patienten. Dessa erfarenheter byggdes successivt upp och bidrog till att skapa mening. Meningsskapandet skedde således genom reflektioner under gruppdiskussionerna. De inbjudna föreläsarnas erfarenheter av att använda portfolion i rehabiliteringsarbete, bidrog till meningsskapandet och blev en referenspunkt för hur portfolioarbetet kunde gå till. Reflektioner i gruppen och tillsammans med föreläsarna medverkade till insikter om en differens mellan det sätt som föreläsarna använde portfolion och de idéer som väcktes hos vårdpersonalen under studien. Denna dialektiska process stärkte deras förståelse av hur metoden kunde användas för patienter med egentlig depression.

Patienten behövde stöd i hur portfolion skulle användas. Vårdpersonalens bristande initiala förståelse för hur metoden skulle användas innebar även brister i den information patienten fick, vilket även påverkade patientens förståelse av hur portfolion skulle användas. Patientens hanterande och bearbetande av frågor och uppgifter påverkades, vilket ledde till att arbetet med portfolion försvarades för några av patienterna. Den patienten som ”tagit sig makten” över portfolion visade att denne hade förstått och bildat egna föreställningar om hur portfolion kunde användas och använde därmed portfolion för att bättre förstå sin depression.

Relationen mellan lärande och bidragande faktorer

Eftersom lärandet var olika för vårdpersonal och patienter i föreliggande studie, innebär det att relationerna mellan lärande och bidragande faktorer var olika sett utifrån respektive grupps perspektiv.

För patienterna var en första förutsättning för lärandet, med utgångspunkt i socialkonstruktivistisk teori, struktur. Strukturen fungerade som ett system och en ram för lärandet. För att kunna åstadkomma en kontroll av denna struktur krävdes egenmakt. Detta möjliggjordes av patientens maktövertagande och ett delegerande av makt från vårdpersonalen. För att göra detta möjligt krävdes en arbetsprocess som möjliggjorde jämförelse över tid. Det ledde i sin tur fram till en förståelse av strukturen. Detta innebar att patienten kunde använda portfolion för att förstå den egna depressionen först då han eller hon hade skapat kontroll av strukturen. Struktur, makt och process var alltså nödvändiga förutsättningar för att patienten skulle kunna använda portfolion för att förstå sin depression. Dessa aspekter utgjorde därmed nödvändiga premisser för patientens lärande.

För vårdpersonalen kan relationen mellan de olika faktorerna ses i form av metodens användbarhet som stöd för patientens lärande. Relationen mellan struktur och förståelse för portfolion som metod var tydlig från början då många initiala problem handlade om dessa faktorer. Idéer om makt och maktförskjutning var en direkt följd av att förstå strukturen i portfolion. Gruppdiskussionerna, som utgjorde en del av datainsamlingen, innebar en process där vårdpersonalens förståelse för portfolions struktur utvecklades. Detta ledde till att vårdpersonalen gjorde individuella tolkningar av hur metoden kunde användas och tog i anspråk de delar av portfoliomethoden som de ansåg vara mest användbara i det vardagliga vårdarbetet. Vårdpersonalen konstruerade egen kunskap av det som de bidragande faktorerna emanerat,

Kapitel 7

vilket utmynnade i ett lärande om portfolion som metod och hur den kunde användas vid behandling av patienter med egentlig depression.

Utifrån socialkonstruktivistiskt perspektiv innebär det att portfolioanvändningens konstruktion skapas genom att lärandet understöds av de bidragande faktorerna; struktur, makt, process och förståelse, vilka tillsammans och i relation till varandra bildar förutsättningarna för lärandet.

Kapitel 8 Diskussion

Syftet med avhandlingsarbetet var att följa och beskriva hur patienter med egentlig depression och vårdpersonal erfar och använder portfoliomethoden inom psykiatrisk öppenvård samt att följa och beskriva patienternas hälsosituation under studietiden

Analysen av kvalitativa data har dels utmynnat i ett deskriptivt resultat vilket beskrivits i de tre patientrelaterade temana: *portfoliointehållet används som hanteringsstrategi*, *portfoliostrukturen påverkar användbarheten* och *portfoliointehållet används för bedömning och bearbetning*, och fyra teman relaterade till vårdpersonalens arbete: *portfolioanvändningen bidrar till nytänkande*, *portfolion som ett redskap för ansvarsdelegering och allians*, *portfoliomethoden som lärande verktyg för patienten* och *användandet av en portfolio i vårdarbete kräver struktur och engagemang*. Därefter följer en beskrivning av patienternas skattade hälsosituation under studien. Slutligen har resultatet analyserats med stöd av socialkonstruktivistisk teori, vilket utmynnat i en socialkonstruktivistisk tolkning av hur patienterna och vårdpersonalen erfar och använder portfoliomethoden som bestående av *lärande* som den centrala delen och de bidragande faktorerna *förståelse*, *struktur*, *makt* och *process*.

Resultatet diskuteras fortsättningsvis under rubrikerna: Portfolioprocessen och portfolioanvändningen, Patienternas användning av portfolion för att förstå sin depression, Portfoliomethoden som lärande verktyg i vårdarbetet, Portfoliomethoden som grund för delaktighet och inflytande och Portfolios användning som stöd för att medvetandegöra återhämtningsprocessen. Avslutningsvis följer en sammanfattning av diskussionen och en redovisning av praktiska implikationer samt förslag till framtida forskning.

Portfolioprocessen och portfolioanvändningen

Föreliggande studie genomfördes under ett drygt år med patienter med egentlig depression och vårdpersonal på två psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Det fanns vid den klinik där studien slutligen genomfördes en tydlig intention

hos verksamhetschefen att arbeta med pedagogiska metoder. De ville och hade för avsikt att förbättra patientens förståelse för sin sjukdom och att patienten skulle vara mer delaktig i sin vård. Detta var en viktig förutsättning för att få tids- och resursmässig möjlighet att arbeta med portfoliomethoden. Under studien fanns även en tydlig strategi att portfolioarbetet skulle präglas av en öppen och dynamisk hållning. Detta gjordes dels genom att förbereda vårdpersonalen genom att de fick utbildning om portfoliomethoden och dels att studien anpassades i förhållande till de möjligheter och hinder som metodens användning genererade. Det innebar bland annat att en del av de intentioner som fanns med från början reviderades och justerades under studiens gång. Detta beskrivs under rubriken ”att få tillträde till forskningsfältet” i metodavsnittet.

Vårdpersonalen strävar under hela studietiden efter att förstå portfoliomethoden som en användbar metod i vårdarbetet. Som framkommer i resultatet präglas denna förståelseutveckling av en process av uppfattningar som går från fokusering på detaljer till ökad fokusering på att förstå helheten i metoden. Det framkommer tydligt att det finns kreativa idéer om hur pragmatiska effekter av metoden ska kunna omsättas i handling, men under pågående studier framträder dessa inte alltid hos de patienter som deltar. För några av vårdpersonalen finns dessa idéer tydligare med i det vardagliga arbetet, när de beskriver hur de utvecklat nya idéer eller omsatt dessa med patienter utanför studien. Hos andra personal aktiveras tankarna på portfolio under gruppdiskussionerna, men underhållas inte under det vardagliga vårdarbetet. Det kan förklaras dels av arbetsbelastningen som personalen befinner sig i, dels att deras förståelse, utvecklad till exempel genom tidigare utbildning, kan ha inverkat menligt på uppfattning om metoden. Det kan också vara så att det finns en osäkerhet att ge sig in i förändringsarbetet hos vårdpersonalen därför att de inte har uppfattat till vad och hur portfolion skulle kunna användas. Att skapa en individuell förståelse byggd på en personlig, individuell mening (Combs & Freedman, 1998), kan förklara en del av dessa skillnader.

Hur kan resultatet av patienternas skattningar av depressionssymtom, kontrollfunktioner, negativa automatiska tankar och självtillit beskrivas? Vad som kan ses i denna utveckling är att gällande graden av depression enligt MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979) visar patient 1:s och 2:s skattningar en viss minskning av depressionsgraden. Patient 3 visar i sina två skattningar en ökning av depressionsgraden och kontrollfunktionerna. Det kan bero på de svårigheter denna patient hade med att genomföra skattningarna. Övriga patienter visar enbart marginella förändringar, vilket kan förklaras med naturliga variationer i dessa patienters liv eller det faktum att de inte kunde tillgodöra sig portfolioarbetet.

Gällande utveckling av kontrollfunktioner bedömda enligt MHLC visar patient 3 en skillnad mellan mätomgång T^1 och T^2 . Första gången använder denna patient egna, personliga förklaringar till sin egen hälsa och andra gången skattat att hälsan ligger utanför den personliga möjligheten att påverka denna. Detta kan naturligtvis ha naturliga, slumpmässiga förklaringar som inte har något samband alls med det portfolioarbete som denna patient genomförde under tre månader. Men något tycks i alla fall ha påverkat denna patient. För de övriga patienterna visar sammanställningen att de ligger relativt högt gällande att ha höga externa förväntningar på den egna hälsan, med vissa variationer under studietiden.

För negativa automatiska tankar enligt ATQ-N (Hollon & Kendall, 1980-svensk version) utmärker sig patient 1 och patient 2 då de skattat en kraftig nedgång av negativa automatiska tankar under studietiden medan de övriga patienterna uppvisar höga värden för dessa skattningar. Patient 2 visar en nedgång från T^1 till T^2 för att vid T^3 visa något högre värde igen och sedan visa allt mer sjunkande värden under skattning T^4 och T^5 . För patienternas självtillit skattad med GSE (Bandura, 1997; Koskinen-Hagman et al., 1999) visar skattningarna mer jämna förskjutningar för samtliga patienter.

Vad säger resultatet gällande portfolioarbetet under studien? Det som framför allt utmärker sig är patient 1 och 2:s beskrivningar av hur de har haft nytta av portfoliomethoden under det år de använt denna. Det var också dessa två patienter som var med i studien längst och som mer systematiskt använde portfolion till skillnad mot de övriga patienterna som mer sporadiskt eller under kortare tid använde portfolion. Det går inte att dra några generella slutsatser om detta resultat eftersom det kan vara många andra faktorer som påverkat användningen av portfolion, men i patient 2:s fall är det uppenbart hur detta återspeglas i det kvalitativa resultatet där denna patient ofta gör beskrivningar om hur portfolioarbetet medverkat till en positiv utveckling. Samma patient har även skapat kontroll av portfolion och använt denna som ett eget verktyg, arbetar självständigt och finner nya sätt att arbeta med portfolion. Patienten har uppenbarligen tagit sig an den öppenhet som finns i portfolion, vilket möjliggjort ökad individuell tolkning av hur denna kan hanteras (Pearson & Heywood, 2004; Driessen et al., 2005; Amsellem-Ouazana et al., 2006; Grant et al., 2007). Resultatet visar att samma patient börjat se sig själv ur mer positivt perspektiv, vilket kan ha gynnat den positiva förändringsspiralen i återhämtningen och minskat den stigmatiserade och sjukdomsorienterade identiteten (Cohen, 2005; Hardiman et al., 2005; Armour et al., 2007). Resultatet visar även att patienten, i diskussioner med sin vårdpersonal om hur portfolion kan bearbetas, använder portfolion som scaffolding genom att portfolion fungerar som vägledning och ger patienten en möjlighet att fokusera på de

känslor som finns inför kommande situationer (McCaslin & Hickey, 2001; Hmelo-Silver et al., 2007).

Ett annat resultat som är värt att lyfta fram är hur patienterna uttrycker portfolions funktion som stöd för minnet. I subtemat: ”att få stöd för minnet” framkommer hur portfolioinnehållet används som en påminnelse eller grund för att minnas vad som hänt under dagen eller tidigare. Portfolion verkar kunna struktureras för att fungera på detta sätt, där olika dokumentationstekniker kan förstärka minneseffekterna. På detta sätt kan portfolion bli ett verktyg som kan fungera på längre sikt och stödja patienten i dennes väg ut ur depressionen och tillgodose de behov av hjälpmedel som finns formulerade (Socialstyrelsen, 2010b). Möjligen kan denna funktion vara ett stöd för de brister i episodiska minnet som ofta förekommer hos personer med egentlig depression (Airaksinen et al., 2004, Airaksinen et al., 2006a, Airaksinen et al., 2006b) och utgöra en ”minnesbank” för patienten. Det går dock inte att dra några sådana slutsatser i förhållande till resultatet av föreliggande studie, men kan utgöra en grund för kommande frågeställningar att söka svar på.

Det är svårt att uttala sig om vårdpersonalens uppfattningar av hurvida portfoliomethoden kan leda till mer bestående användningsmöjligheter för vårdpersonalen. Från början av studien fanns en tydlig tanke från forskaren att examinationen, som vårdpersonalen genomförde under sin utbildning, skulle leda till en parallell lärandeprocess. Idén var att vårdpersonalen skulle utveckla en personlig, individuell mening i förhållande till den inledande uppfattningen om metoden (Combs & Freedman, 1998) och på detta sätt kunna använda denna förståelse i det stödet av patientens portfolioarbete. Tydligt är att vårdpersonalen, vilket framkom i den individuella intervjun, på ett mer explicit sätt uttryckte hur de kunde se ett värde med att arbeta med patientens portfolio och hur de påbörjat ett portfolioarbete med ett flertal patienter utanför föreliggande studie.

Resultatet pekar på att det finns en återhållsamhet att pröva de arbetssätt som finns föreslagna i studiens informationsmaterial (till exempel inspelningar av samtal, att fotografera eller att teckna ner tankar och känslor). Under vårdpersonalens diskussioner och i de individuella intervjuerna framkommer många kreativa och fantasirika idéer gällande hur portfolion kan användas med patienterna. Det var ytterst få av dessa som omsattes i praktisk handling. Här finns alltså en diskrepans mellan idé och handling. Orsakerna till detta kan förmodligen förklaras och beskrivas på olika sätt. En möjlig förklaring är att portfoliomethoden som sådan, under det dryga år som studien pågick, inte hann förankras tillräckligt hos vårdpersonalen för att de skulle få en bra grund att förstå metodens grundläggande idé. Uppenbarligen räckte inte in-

roduktionsföreläsningarna eller den undervisning som hölls av forskaren under vissa gruppdiskussioner, för att lägga en grund till att förstå metoden. Kanske låg undervisningen på för hög nivå. Det kan också vara så att innehållet i undervisningen var otydlig eller ofullständigt. Detta kan ha påverkat motivationen till att lära sig eller få kunskap om metoden (Ellström & Ekholm, 2001).

Vårdpersonalens förståelse för metoden är viktig för att med en stabil grund kunna informera patienten på ett bra sätt, men även för att ”våga” prova det oväntade och det oförutsägbara (Vygotsky, 1987). Den initialt bristande uppfattningen och förståelsen för metoden kan ha påverkat vårdpersonalens information till patienten och bidragit till en osäkerhet hos patienten, vilket kan bli fallet om budskapet är otydligt (Fagermoen, 2002).

Vårdpersonalens förförståelse skiljde sig uppenbarligen åt, vilket kan ha påverkat uppfattningen av metoden. Frånvaron av viktiga referenser tillsammans med den vaga uppfattningen av portfoliomethoden kan menligt ha inverkat på uppfattningen om fenomenet portfolio utifrån ett variationsteoretiskt perspektiv (Marton & Tsui, 2004). Framför allt kan det gälla separationen, då det behövs en tydlig förståelse för en metod för att denna ska kunna urskiljas i förhållande till andra metoder. Möjligen kan vårdpersonalens erfarenhet och olika lärostilar (Kolb, 1982) ha inneburit att den undervisning som studien innefattat, inte passat vissa individer vilket kan ha påverkat uppfattningen av portfolio under större delen av studien. Under den avslutande individuella intervjun beskriver vårdpersonalen hur de börjat tillämpa metoden med ”nya” patienter. Detta tyder på att de förstått de grundläggande intentionerna med metoden genom att de utvecklat en inre gestaltning av metoden som lett till en helhetsuppfattning och funnit den praktiskt användbar (Molander, 1996).

En annan förklaring är att andra arbetsmetoder, som till exempel KBT, har en stark ställning i den aktuella verksamheten. Flera av vårdpersonalen har utbildning eller genomfört en utbildning i KBT, vilket framkommer som argument mot portfoliomethoden under gruppdiskussionerna. Eftersom denna metod är etablerad i verksamheten och innehåller explicita verktyg (till exempel kedjeanalys, motiverande eller problemlösande samtal) står denna i kontrast med portfoliomethoden, vilken upplevs som mer diffus. En tredje förklaring kan vara det faktum att det inte finns några studier eller belegg för portfolions funktion i vården sedan tidigare. Ytterligare en förklaring är frånvaron av synbara pragmatiska resultat av metodens användning. I resultatet framkommer att engagemanget för att använda portfolion sviktar hos personalen. Det finns exempel på hur personalen har gjort olika försök med portfoliouppgifter, men som har avstannat och avbrutits efter ett antal försök eftersom de

inte visat sig vara direkt användbara för patienterna. Detta kan tyda på att den tid som patienterna använt portfolion varit för kort för att se mer djupgående resultat av det lärande som kan komma ut av detta arbete. För att nå detta resultat av portfolioarbetet behöver sannolikt metoden användas under längre tid än som varit fallet för dessa patienter. Ska dessutom mätbara effekter av portfoliomethoden och effekter på återhämtning och hälsa kunna studeras, behövs ytterligare studier vilka ges förslag på i de kommande avsnitten.

Patienternas användning av portfolion för att förstå sin depression

Används portfolion i studie för att förstå den egna depressionen? Den föreliggande studiens resultat tyder på det. Det som formas till portfolioinnehåll verkar ske via olika narrativa dokumentationer, där tankar, känslor och upplevelser uttrycks språkligt. Genom berättandet skapas dokument som kan stödja patientens reflektion över en situation eller händelse vilket kan öka förståelsen, eftersom patienten har något konkret att utgå från och reflektera över. Detta stämmer såväl med Pennebaker (1997), Ramirez-Esparza och Pennebaker (2006), och Chung och Pennebaker (2007) som menar att berättandet kan ge personen ökad tillgång till känslor och tankar genom exponering av händelser vilket kan leda till att personen börjar bearbeta minnen. Som ett resultat av detta kan det ske en kognitiv förändring genom reorganisering av minnen kring traumatiska händelser eller upplevelser. Detta kan mycket väl vara fallet hos åtminstone två av patienterna. Det stämmer även med Bruners (1991) beskrivning av hur en människa kognitivt strukturerar de vardagliga erfarenheterna genom inre berättelser om sig själv. Genom dokumentationerna kan berättelserna bli möjliga att följa under längre perioder, vilket framkommer i studiens resultat, och kan genom detta stödja den metakognitiva förståelsen av den process som personen befinner sig i under återhämtningen från depressionen. Detta kan ge en viktig insikt som personen kan använda för att förstå sin nuvarande situation och hur den framtida situationen kan förberedas. Den metakognitiva funktionen är väsentlig för att skapa medvetenhet om den process som till exempel återhämtningen innebär (Greeno et al., 1996; Ownsworth & Fleming, 2005) och är även central för att en person med egentlig depression ska kunna ta till sig och förstå information (Ingram et al., 2007). Denna studies resultat kan därför vara användbart för att förstå hur den metakognitiva förmågan kan understödjas hos dessa personer. Ett år är visserligen en kort tid för att konstatera att så är fallet, men i särskilt ett fall i denna studie beskriver patienten ett flertal gånger hur tidigare dokumentationer i portfolion stöttat upplevelser av utveckling och förändring. Att skriva ner sina känslor eller förväntningar på ett kommande möte som upplevdes som ångestskapande, gjorde att de tankar och känslor som fanns

inför mötet upplevdes mindre ångestfyllda när patienten rekapitulerade de tidigare situationerna som gått bra, vilket hjälpte till att förbereda det kommande mötet. Det överensstämmer med Gergens (1999) socialkonstruktivistiska kunskapssyn som menar att kunskap är en aktiv tankekonstruktion hos den lärande personen där erfarenheterna blir begripliga genom tolkningar och meningsskapande aktiviteter. Användandet av portfolioinnehållet kan i detta fall ha bidragit till ett expressivt berättande som grundlagt denna patients förändrade föreställningar om sin situation och sitt förhållningssätt till de ångestskapande situationerna (Pennebaker, 1997; Ramirez-Esparza och Pennebaker, 2006; Chung & Pennebaker, 2007). Resultatet visar att det som är nedskrivet sedan tidigare gällande den egna situationen, kan få betydelse för att patientens ska förstå en situation som uppstår senare i livet. Att på detta sätt följa sin hälsa kan bidra till att patienten kan utveckla en förståelse om sig själv och sin depression som kan utgöra en viktig grund för en handlingsberedskap till exempel i olika sociala situationer.

Portfoliometoden som lärande verktyg i vårdarbetet

I resultatet framkommer många exempel på att portfoliometoden stödjer patientens lärande genom att metoden gynnar det reflektiva tänkandet och förmågan, vilket visat sig komma som ett resultat av portfolioanvändningen (Nairn et al., 2006). Reflektion som fenomen kan många gånger vara diffus. En person med egentlig depression kan ha hinder för att reflektera på grund av försämrad kognition, koncentrationssvårigheter och minnesproblem. Resultatet visar att patienten kan få stöd för reflektionen över tankar, känslor och reaktioner och handlar därmed inte enbart om att fakta förmedlas i form av information, vilket överensstämmer med hur patientundervisningen bör fungera (Klang Söderkvist, 2008). Strukturen, med de färdigformulerade frågorna av öppen karaktär, har hjälpt patienten i detta avseende. Dessa frågor har möjliggjort ett stöd i det expressiva berättandet för några av patienterna men inneburit ett hinder för andra genom att de har varit svåra att förstå och svara på.

Det expressiva berättandet kan genom dokumentation också öka möjligheterna att få stöd från vårdpersonalen eftersom de kan få tillgång till det berättade på ett mer strukturerat sätt än då berättandet enbart sker muntligt (Ramirez-Esparza & Pennebaker, 2006; Chung & Pennebaker, 2007). Ett sådant exempel i studien är då en patient visade vad han skrivit i portfolion då han försökte beskriva sin egen depression. Denna uppgift hade varit svårt att genomföra för denna patient. Genom det dokumenterade kunde vårdpersonalen förstå patientens problem och kunskapsbehov och arbeta vidare med att ställa mer

konkreta följdfrågor till utgångsfrågan om depressionen och få patienten att reflektera kring sin depression.

Lärande med portfoliomethoden kan generera egna kunskapskonstruktioner i motsats till de överförda och färdiga kunskapsbilder som präglar mer traditionell patientundervisning (Reddy, 1979). Men det framkommer också i studiens resultat att det krävs såväl en tydlig introduktion och instruktion från vårdpersonalen för att detta lärande ska komma till stånd. Detta stämmer med Davis et al. (2001), Pearson och Heywood (2004), Elango et al. (2005) och Kjaer et al. (2006) som alla visar att en undermålig introduktion med oklara syften med portfolion försämrar resultat av portfolioarbetet. Patienten kan behöva hjälp av vårdpersonalen med de reflektiva frågorna om de ska kunna leda till ett lärande eftersom det kan vara svårt för patienten att själv förstå dem. Framför allt är detta viktigt om patienten ska kunna förnimma och förstå den potentiella nivån (Vygotsky, 1987) eller den *kritiska aspekten*, det vill säga vilken förmåga patienten har och var deras förståelse är i förhållande till förmågan. Samtidigt måste den nya kunskap som lärandet kan leda till, bli tydligt för såväl patienten som vårdpersonalen (Andén et al., 2005; Hansson Scherman & Runesson, 2009). Vårdpersonalen kan inta rollen som pedagog för att åskådliggöra dessa nivåer och medverka till att patienten kan få insikt om dem. Den potentiella nivån kan innehålla resurser eller förmågor som patienten har men inte ser eller upplever. Därför behöver vårdpersonalen kunna stödja patientens möjligheter att bli medveten om dessa. Portfolion kan fungera som ett understödjande instrument där patienten kan få uppgifter att själv arbeta med den potentiella nivån, till exempel i hemmet, och som kan utgöra grund för reflektion. De dokumentationer som här sker kan bli viktiga som underlag för en framtida bearbetning.

I resultatet framkommer även hur portfolion kan stödja det abstrakta tänkandet, som är ett viktigt led i att skapa en helhetsförståelse för den egna depressionen. Genom detta kan även det metakognitiva tänkandet underlättas, som kan innebära en viktig motvikt till de konkreta, negativa automatiska tankarna och underlätta en positiv kontroll av dessa (Papageorgiou & Wells, 2003; Singer & Dobson, 2007). Det abstrakta tänkandet kan gynnas av att flera narrativa metoder används i dokumentationen. Ett exempel är den patient som, i den nedtecknade nätverkskartan, förstod sitt existerande sociala nätverk på ett annat sätt än tidigare genom att få stöd av just det visuella intrycket med stöd av vårdpersonalens understödjande frågor. Att använda en bred flora av narrativa tekniker kan på detta sätt öka möjligheterna för patienten att få tillgång till känslor som de inte når enbart med hjälp av tänkandet. En intressant fråga som inställer sig är om interaktionen och alliansen mellan patienten och vårdpersonalen skulle ha gynnats om båda parter fått mer till-

gång till det dokumenterade materialet i portfolion än vad som framkommer i studiens resultat? I några enstaka fall får vårdpersonalen tillgång till det som patienten dokumenterat eller arbetat med i portfolion, vilket gör att personalen kan se det resultat som portfolioarbetet lett till i dessa fall. Dessa fenomen är dock sällsynta i föreliggande studie. I ett fall, då vårdpersonalen var med under patientintervjun (patienten ville inte vara själv under intervjun), uttryckte denna personal hur mycket nytt som framkom då de frågor som ställdes var fokuserade på patientens kunskaper om sin depression och alltså inte de frågor som brukade ställas till patienten. Denna personal önskade att få tillgång till inspelningen som gjordes för att använda för genomgång och reflektion tillsammans med patienten. Eftersom detta material var forskningsdata och primärt inte skulle användas för andra ändamål annat än för vetenskaplig analys, lämnades det inte ut. Men frågan inställer sig vad denna inspelning, om den hade använts som underlag för samtal mellan vårdpersonalen och patienten, hade resulterat i? Hade det bidragit till att patienten uppfattat och fått tillgång till andra perspektiv av sin problematik?

Portfoliometoden som grund för delaktighet och inflytande

Portfoliometoden har bland annat som mål att den lärande personen ska öka sin självständiga förmåga och självmedvetenhet (Brown, 2002; Bataineha et al., 2007). Detta kräver att vårdpersonalen bjuder in patienten till att bli delaktig, samtidigt som patienten själv måste vilja vara delaktig. Det verkar finnas en vilja och strävan hos vårdpersonalen att frigöra sig från traditionella maktfördelningsperspektiv där patienten befinner sig i en underordnad position. Resultatet visar att i ett fall är det tydligt hur vårdpersonalen från början delegerar portfolioarbetet till patienten och får denne att bli delaktig. Samtidigt uttrycker denna vårdpersonal sig inte vilja ha insyn i patientens portfolio, utan försöker få patienten själv att berätta och beskriva arbetet med portfolion. I detta fall verkar patienten tagit kontroll över portfolion och finner egna sätt att arbeta med denna. I andra fall uttrycker vårdpersonalen viljan att låta patienten få mer inflytande och bli delaktig genom att till exempel kopiera upp vårdplaner och andra dokument som finns i journalen, eller att låta spela in samtal med patienten i syfte att denne ska få tillgång till sin egen berättelse på ett annat sätt än att enbart ”leverera” detta verbalt till vårdpersonalen. Men i dessa fall stannar det vid tankar och idéer och går inte vidare till handlingar. En förklaring till att så inte sker kan vara att patienten inte vill vara delaktig utan förlitar sig på att ta emot vård och behandling från vårdpersonalen (Efrimsson et al., 2004; Sahlsten et al., 2005). Detta kan ha påverkat vårdpersonalens arbete med handledning och stöd av portfolioarbetet eller att praktisera de idéer som framkommit under gruppdiskussionerna som att till exempel

spela in ett samtal och använda detta som grund för reflektion med patienten. I dessa fall finns därför inte denna erfarenhet för att utvärdera metodens eventuella användbarhet. Om det funnits hade det kunna ha visat sig påverka den aktuella situationen på ett mer positivt sätt.

Delaktighet skapas av såväl vårdpersonalens ”givande” av makt som patientens ”tagande” av makt för att skapa egenkontroll, och i denna traditionella rollfördelning kan såväl patienten som vårdpersonalen bli ”rollförvirrade” om de traditionella rollerna luckras upp (läkare/vårdpersonal- patient). I resultatet beskriver vårdpersonalen hur de ser portfolio som en metod som gynnar såväl delaktighet, inflytande som eget ansvarstagande. För att kunna vara delaktig och ta ansvar, krävs kunskap (Eldh et al., 2006). Därför är det inte givet att portfoliometoden omedelbart leder till delaktighet. Eftersom denna studie har fokus på metodanvändning handlar kunskapen även om att veta hur metoden kan användas. Men de som arbetar med metoden behöver även förstå vilket syfte denna har samt hur arbetet med materialet går tillväga (McMullan et al., 2003; Duque et al., 2006; Wilkes & Howell, 2006; Epstein, 2007). I resultatet framkommer att informationen till patienterna kan ha varit bristfällig på grund av det faktum att vårdpersonalen inte själva fått eller skaffat sig tillräcklig information. Detta kan ha påverkat patienternas möjligheter att använda metoden på ett sådant sätt att det gynnar delaktigheten. I några fall verkar det dock som patienten kunnat ”ta sig” denna delaktighet genom att på egen hand arbeta med uppgifterna i hemmet och på detta sätt få mer lugn och ro för att reflektera kring materialet i portfolion. I andra fall behöver patienten mer stöd från vårdpersonalen för att kunna arbeta med portfolion.

Portfolios användning som stöd för att medvetandegöra återhämtningsprocessen

Resultatet visar hur portfolion kan användas för att patienten kan bli mer medveten om sin återhämtningsprocess. Samtidigt visar resultatet hur patienter blir medvetna om sin utvecklingsprocess genom att reflektera över portfoliomaterialet, vilket fungerar som stöd för att förstå de framsteg patienten gjort under det år denne arbetat med portfolion. Även om framstegen är små, kan portfolion tydliggöra dessa och understödja planeringen för patienten och vårdpersonalen inför det fortsatta arbetet. Detta är betydelsefullt för patientens metakognitiva tänkande och reflekterande (Palladino et al., 2000) samt metakognitiva förståelse för sin depression som på sikt kan stödja patientens informationsbearbetning och därmed också förståelse för sin situation (Papa-georgiou & Wells, 2003; Ingram et al., 2007; Singer & Dobson, 2007). Portfolios möjligheter som metakognitivt stöd kan vara viktigt för att hantera

tankar och känslor och understödja förmågan att utöva kontroll över dessa (Papageorgiou & Wells, 2003). Samtidigt kan den metakognitiva fokusering, som kan nås genom portfolioarbetet, öka möjligheterna för acceptans av negativa erfarenheter vilket på sikt kan minska de negativa tankarna (Singer & Dobson, 2007).

I synnerhet en patient hade utvecklat sin portfolio så att den blev en bekräftelse på den utveckling patienten hade haft under tiden som studien pågick. Det skedde genom att patienten rödmarkerade det som hade gått bra och som hon upplevde positivt. Portfolion fick därför en positiv innebörd och utgjorde på detta sätt en motvikt för patientens återkommande, negativa tankar. Patienten kunde, då tankarna blev svåra, gå tillbaka till portfolion och läsa det rödmarkerade och bli styrkt och bekräftad av dessa framgångar, vilket även minskade de negativa tankarna. Detta varseblivande tyder på en kvalitativ uppfattning av variation (Bowden & Marton, 2004) genom att patienten jämför det pågående tillståndet med det tidigare.

Resultatet visar portfolions funktion kan användas som ett stöd för vårdpersonalens arbete med att åskådliggöra hur patientens hälsa förändras och utvecklas under återhämtningsprocessen. Detta kan ske genom att vårdpersonalen använder portfolioinnehållet som grund för patientens reflektion. Patienten har genom att använda portfolion för reflektion förstått en situation på ett annat sätt än tidigare och fått ökad insikt i till exempel hur det sociala nätverket är beskaffat. Dessa exempel visar hur patienterna utvecklat nya tanke-mönster (Beck et al., 1979) genom den egna erfarenheten och den dialektik som portfoliomaterialet skapat (Combs & Freedman, 1998). I konfrontation mellan negativa tankar med olustkänslor och portfolioinnehållet, kan portfolioinnehållet fungera som en motvikt och möjliggöra ett frigörande av dessa stereotypa och negativa värderingar och negativa grubblerier (Gergen, 1999) vilket kan användas för att patientens förståelse kan nå en högre och potentiell utvecklingszon (Vygotsky, 1987, Ingram et al., 2007).

Sammanfattande slutsatser

Att förstå sin depression och sina problem är viktigt för att på egen hand kunna hantera funktionshindren. Förståelse är något annat än att enbart ha kunskaper om symtom eller behandling. Det innebär att kunskaperna är individuellt konstruerade och förankrade i individens tanke- och upplevelseperspektiv. Portfoliometoden kan sannolikt stödja denna förståelseutveckling genom det patienten lär sig genom att använda portfolion. Dessa slutsatser

går dock inte att dra från föreliggande studies resultat eftersom förståelseperspektivet inte studerats explicit i studien, men vissa bifynd tyder på att några patienter kan ha ökat sin förståelse för sin depression genom att använda portfolion. Gällande patienternas hälsosituation under studietiden kan inga generella slutsatser dras eftersom de förändringar som kan ses i skattningsinstrumenten kan ha andra förklaringar än att använda portfoliomethoden. Dessutom är den tid då hälsosituationen följts begränsad, vilket i sig gör att de förändringar som kan ses kan vara temporära och inte konstanta i sin karaktär.

I denna avhandling framkommer hur patienter har svårt att förstå och arbeta med portfolions utgångsfrågor, men det är inte säkert att det är patientens kognitiva svikt som är det största hindret eftersom resultatet visar att det brister gällande vårdpersonalens information och stöd till patienten att hantera portfolion.

Inom vårdutbildningar (till exempel sjuksköterskeutbildningen, specialist-sjuksköterskeutbildningen eller läkarutbildningen) är det väsentligt att utbilda studenter i vikten av att bedöma och arbeta med patientens förståelse av sin depression/sjukdom och vilka metoder som finns för att stödja denna förståelse. Detta kräver att vårdpersonalen är intresserade av att lära sig att använda metoden. Vårdpersonalens engagemang är synnerligen viktigt för patientens möjlighet att ta sig an portfoliuppgifterna. Om inte vårdpersonalen aktivt stödjer patienten i portfolioarbetet, minskar patientens möjlighet att använda portfolion. I studien finns exempel på att patienter från början har en stark drivkraft att på egen hand arbeta med portfolion, men i flertalet fall behöver patienterna mycket pedagogiskt stöd av vårdpersonalen för att förstå hur de ska använda portfolion och för att överhuvudtaget ta sig an uppgifterna i denna. Resultatet pekar på en variation i fråga om stöd. Viss vårdpersonal har inte arbetat särskilt aktivt med att stödja patienten i portfolioarbetet, medan andra har verkat för att patienten själv ska ta kontrollen över portfolion. Återhållsamhet i stödet påverkar patienternas aktiva arbete med portfolion och minskar möjligheterna att pröva det oprövade och kreativa arbetet som skulle kunna bli utfallet med portfolioarbetet.

För att fungera som lärande verktyg i vårdarbetet, krävs att portfolion integreras som ett naturligt sätt att arbeta med patientens förståelse, baserad på dennes aktiva medverkan och delaktighet. Om portfolion har en positiv innebörd för patienten kan den utgöra en motvikt till patientens negativa tankar eller ångestskapande situationer. Den kan dessutom fungera som ett stöd i den kognitiva svikt som patienten kan befinna sig i. För att möjliggöra detta stöd är det väsentligt att forma och hantera portfolion på ett strukturerat sätt. Detta

kan ske genom vägledande frågor som kan underlätta arbetet och generera ett lärande genom möjligheter till bearbetning och reflektion. För att ytterligare stärka upp portfolions positiva möjligheter kan den utvecklas utifrån ett salutogent perspektiv. Det vill säga att portfolioinnehållet formas och fokuseras på framgångar, det som fungerar bra eller som patienten lyckas med. Då kan portfolion stärkas som ett verktyg för hälsobringande expressivt berättande, vilket även kan utgöra fokus i de reflekterande diskussioner kring portfolioinnehållet som kan föras mellan patient och vårdpersonal. Samtal där patientens delaktighet i sin egen vård kan stärkas.

En vårdportfolio kan möjligen utgöra ett verktyg för patientens förståelse av sin depression samtidigt som det kan ge vårdpersonalen ett redskap som kan underlätta deras pedagogiska arbete. Dessa slutsatser går dock inte att dra utifrån föreliggande studies resultat. Det krävs därför mer långtgående studier för att uttala sig om dessa möjligheter. Intentionen i studien har inte varit att ge en heltäckande bild av vad en vårdportfolio kan innebära utan i stället, genom att följa och beskriva hur portfoliomethoden erfars och används, bidra till att lyfta fram denna metod som ett redskap i vårdandet och lägga grunden till hur en vårdportfolio kan utformas på bästa sätt.

Utifrån syftet med studien visar resultatet i föreliggande studie att patienter och vårdpersonal erfar och använder portfoliomethoden som ett stödjande verktyg.

För patienterna fungerar portfolion som hanteringsstrategier och för bedömning och bearbetning. Detta innebär att portfolioinnehållet används:

- för reflektion och som bekräftelse på att ha gjort framsteg
- för att skapa struktur i sin situation
- för att minnas situationer och för påminnelser av kommande aktiviteter
- för expressivt berättande genom dokumentation och bearbetning av denna

För vårdpersonalen innebär det att portfoliomethoden:

- erfars som en metod för att möjliggöra ansvarsfördelning, delaktighet och inflytande samt stöd för patientens egenvårdsarbete
- erfars som ett lärande verktyg för det pedagogiska arbetet med att hjälpa patienten att reflektera och förstå sin depression (lärande scaffolding) utifrån ett längre tidsperspektiv
- används för skapande verksamhet och struktur
- används i kombination med andra metoder

För att möjliggöra portfoliomethodens användning i psykiatriskt vårdarbete visar studiens resultat att det krävs att:

- frågeställningar och uppgifter är anpassade till patienternas behov, förståelse och sjukdomsbild
- portfolions innehåll är så utformat att det hjälper patienten att förstå sin sjukdom
- patientens arbete med portfolion stöds av vårdpersonalen och att detta arbete utförs i överenskommelse dem emellan
- vårdpersonalen som ska arbeta med metoden får utbildning i och kunskap om hur portfolioarbetet kan genomföras
- metoden har acceptans bland personalen och professionen och har stöd från ledningen

Implikationer

Resultatet av denna avhandling visar att när metoden ska användas, krävs det att vårdpersonalen accepterar en förskjutning av makten från vårdpersonal till patient, så långt detta är möjligt. Det är en förutsättning för att portfolion och portfolioarbetet ska fungera som ett verktyg på patientens villkor eftersom maktförskjutning krävs för att patienten ska kunna skapa kontroll över sin portfolio. Om patienter och vårdpersonal ska kunna använda portfolion som verktyg för lärande, krävs att portfolion understöds av en tydlig ramstruktur som tillåts bli individuellt anpassad. Såväl patient som vårdpersonal bör vara väl insatta i portfolions syfte samt hur den ska användas och hur den kan utvecklas. För att portfolion ska bli ett verktyg som kan ge patienten ökad förståelse för den egna depressionen, krävs att arbetet med portfolion byggs upp i en form som skapar progression och att processen ger patienten, med stöd av vårdpersonalen, möjlighet att bli medveten om sin utveckling.

Förslag till framtida forskning

Framtida forskning bör dels inriktas på att undersöka hur personer med egentlig depression förstår sin sjukdom, dels hur och om denna förståelse hjälper dem att hantera sina funktionshinder och dels hur portfoliomethoden kan stödja denna förståelse. Med grund av resultatet i föreliggande studie bör portfoliomethoden formas till en vårdportfolio med en tydlig struktur som kan möjliggöra lärande och delaktighet. I framtida studier behöver fler respondenter involveras i såväl patient- som vårdpersonalgruppen. En större bredd bland vårdpersonal vore önskvärt så att även till exempel läkare, psykologer och

sjuusköterskor ingick. För att få mer kunskap om portfoliomethodens användbarhet för patienter med egentlig depression behöver jämförande interventionsstudier genomföras. En sådan studie skulle kunna designas med utgångspunkt i de erfarenheter denna studie gett. Tänkbara målgrupper skulle kunna vara personer med egentlig depression av medelsvår eller lindrig karaktär som behandlas inom primärvården. Med grund i denna utveckling skulle metoden även kunna studeras utifrån vilka effekter den kan generera. För att mäta resultatet av portfoliomethoden som en metod för lärande och ökad förståelse för den egna depressionen, skulle patientens förståelse kunna värderas med hjälp av en modifierad version av SOLO-taxonomi (Biggs & Collis, 1982) som skulle kunna ge svar på hur förståelse och kunskaper utvecklas utifrån ett abstraktionsperspektiv. De mätinstrument som använts i föreliggande studie skulle fortsatt kunna användas, då de kan ge indikationer på om och hur patientens hälsosituation förändras under den tid som portfoliomethoden används. I tillägg till dem bör övriga instrument övervägas för att identifiera andra *hälsofrämjande faktorer* (till exempel fysiskt välmående, relationer och aktivitet). En modifierad version av SOLO-taxonomi skulle även kunna utvecklas och utgöra ett underlag för mätning av kunskapsutveckling hos personalen. Att utveckla nya metoder och hjälpmedel för att stödja dessa patienters hälsa är en viktig framtida utmaning för denna forskning eftersom så många personer fortfarande drabbas trots förbättrade behandlingsmetoder.

Kapitel 9 English summary

A learning tool

How patients with major depression and health care staff experience and use the portfolio method in psychiatric outpatient care

Introduction

Major depressive disorder is an increasing problem in society, and the patient's own abilities, such as problem solving and the control, understanding, and management of depression, play an important role in recovery. Previous studies have demonstrated that, with proper care and treatment, people diagnosed with major depression can recover quite well from their depressive symptoms and regain their social contacts, though the recovery period is often long (Dixon, 2000). The patient traditionally has a subordinate position in health care, with health care staff holding and managing the knowledge. New methods developed in consultation with the patient, however, may support society's intentions to increase patient involvement in their health care (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763, 2§; Socialstyrelsen, 2010c).

Previous studies related to patients' knowledge of their depression have focused particularly on knowledge of symptoms and treatment, and not on patients' understanding of related knowledge (Christensen et al., 2004; Thompson et al., 2004; Vargas, 2006; Kronmüller et al., 2006, 2007; Roh et al., 2009). For patients to improve their understanding of their depression and use this understanding as a basis for dealing with problems, it is essential that both patients and health care staff develop methods that can support this learning. Otherwise, the risk is that the patient gains merely transferred and

memorized knowledge, but no skills that lead to understanding; hence, they are unable to translate this new knowledge into action and improve their management of the disability. Few studies have focused on patients' understanding of their illness, and the pedagogical methods used in intervention programmes and patient education are seldom designed and developed from the patient's perspective. Teaching often follows predetermined institutional knowledge ideals that are transferred to the patient. The deficiencies of such teaching methodologies and our lack of knowledge of patients' understanding of their illness highlight the need for further research and the development of teaching methods that focus on understanding and skills from the patient perspective. The portfolio method, which emphasizes the person's learning, understanding, and personal responsibility, may be useful both in exploring patient understanding of depression and in developing better methods of teaching.

This doctoral thesis describes how patients experience the use of the portfolio method with regard to supporting their recovery and how patients experience their memory function, problem solving, concentration skills, and understanding of their depression. The thesis also investigates how the portfolio method can serve as an educational tool for health care staff. Use of the portfolio method in a distinct group of patients and health care staff for a finite period has allowed the testing of focused studies and the collection of specific results. It is hoped that this dissertation will lead to the development of new knowledge concerning the usability of the portfolio method in health care.

Aim and questions

The aim of this thesis was to follow and describe how patients with major depression and health care staff experience and use the portfolio method in psychiatric outpatient care and to follow and describe patient health for the duration of the study.

The questions which the thesis seeks to answer are as follows:

- How do patients with major depression experience and use the portfolio method?
- What is the patient's health situation during the study period based on their symptoms of depression, negative automatic thoughts, self-efficacy and control functions?

- How do health care staff experience and use the portfolio method as a pedagogic tool when working with patients with major depressive disorder?
- What obstacles and opportunities can be identified in association with introducing the portfolio methodology in health care?

Background and previous research

The development of depression can be described with reference to stress-vulnerability theory (Ciompi, 1994, 1997; Ingram, 2003; Ingram & Luxton, 2005; Gibb & Coles, 2005; Hankin, 2008), in which heredity and environment are seen to interact. According to this theory, individuals are more or less susceptible to external strains depending on their mix of inherited and acquired resistances and vulnerabilities; a marked individual vulnerability can be seen as the basis for developing depression under individually defined stressful conditions. The most common symptoms of major depression are depressed mood, anxiety, lack of pleasure and interest in daily activities, appetite and weight changes, sleep disturbances, changes in motor skills, and fatigue, as well as an emotional ‘frozenness’ or lack of affect. Sometimes thoughts of death and various suicidal behaviours occur, including suicidal ideation and suicide attempts (American Psychiatric Association, 1994).

Recovery can be defined as a process in which the patient actively tries to regain control over the symptoms of depression, as opposed to passively accepting treatment interventions with all their accompanying prejudices and reactions (Topor, 2004). The recovery process can be characterized by ups and downs that the person can handle more or less well. Recovery from depression has been demonstrated to be important for reducing the risk of complications, and the earlier the process is begun, the greater the likelihood of success (Judd et al., 2000). Studies have demonstrated that recovery from major depression is complicated because functioning often does not correspond to symptom severity. Patients can suffer from functional impairment even if their symptoms of depression are alleviated (Judd et al., 2000; Kronmüller et al., 2006; Skärsäter et al., 2006) and their need for social support is high (Skärsäter et al., 2005). It is therefore important to work with each patient’s reflective ability and cognitive understanding of depression, and to involve the patient in the caring process through providing access to information and knowledge of the disease.

Studies (Papageorgiou & Wells, 2003; Ingram et al., 2007; Singer & Dobson, 2007) have demonstrated that there is a link between major depression, metacognition, and information processing, individuals with depressive disorders being subject to negative ruminations as a result of reduced metacognition (Ingram et al., 2007). Metacognition has two functions in this context: managing thoughts and feelings as they arise, and exerting control over what thoughts and feelings to allow.

Knowledge is a prerequisite for patients with major depression becoming involved in their own care and treatment. They must have enough information to make decisions and to learn about their own depression and how to manage it. Knowledge may be acquired through education, information, and advice provided by care workers, and through active learning by the patient (Eldh et al., 2006; Pilhammar Andersson, 2007; Larsson, 2008). For patients, being involved means: establishing trust and having faith, in both themselves and the care; understanding the available information, the illness, and the care and treatment options available to them; and exerting control over the situation (Eldh et al., 2006; Larsson, 2008). In studies of participation among patients with major depression, participation appears to improve both adherence to treatment and clinical outcome (Loh et al., 2007).

Nursing and health research into patient learning tends to focus on what the patient learns, which can lead to a reductive, behaviourist approach. There is no how-centric perspective on patient understanding and knowledge (Marton & Booth, 1997; Friberg, 2007). A starting point of patient learning is to see the meetings between the patient and health care staff as mutual learning situations, presenting opportunities for patients to develop better understanding and management of their depression by both learning from and adding to staff experience and knowledge of the disease. As patients may not always be open to learning something new or be aware of the benefits of improved understanding, motivational work is an important aspect of the educational situation (Säljö, 2009). It is also important that the knowledge gained be useful for the patient in real life, not just in theory. If the goal is better understanding and management of depression, learning must be done on the patient's own terms and based on the patient's previous understanding. Learning must be aligned with patient needs if it is to result in meaningful understanding. To be understandable and useful, medical knowledge of the disease must be reinterpreted and transformed by the patient. If information does not have a personal meaning to the patient or cannot be adapted to the patient's reality, it may not be usable at all (Johansson et al., 2003; Andén et al., 2005; Hansson Scherman & Friberg, 2009).

The goal of a teaching situation is to bring about a change in the learner (Marton & Booth, 1997). In the context of health care, this may mean that the patient achieves a deeper understanding of the illness, in order to better manage the disability and the problems it poses. The starting point for this learning must always be the patient's needs (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004). Therefore, patient education is not just about conveying facts in the form of information; health care personnel must impart knowledge by working with the patient's thoughts, feelings, and reactions in a way that the patient can understand (Pilhammar Andersson et al., 2003; Klang Söderkvist, 2008). For patients to develop an understanding of the disease and its associated problems, teaching must be individualized; patients can then easily translate the knowledge into their own situations. This requires that teaching methods with a high degree of variation and scope for individual adjustment be selected for patient education purposes (Johansson et al., 2003). Health care staff can adjust their instruction to support and strengthen patients' management of their illness, control over their treatment, and ability to cope with everyday life (Klang Söderkvist, 2008). It is essential that health care staff fully understand why the patient needs particular information or knowledge and clearly explain this to the patient in a way that avoids creating uncertainty and anxiety in the patient (Fagermoen, 2002). For patient education to be successful in helping the patient manage their situation, it is essential to use teaching methods that provide experiential learning for the individual (Rosenqvist, 2001).

Patient education for people with major depression has been demonstrated to improve treatment of depressive symptoms as well as patients' problem-solving skills, help-seeking behaviours, and adherence to treatment (Han et al., 2006; Sanford et al., 2006; Seedat et al., 2008). Patient education may reduce the patient's depressive symptoms and it can be effective in individual (Perry et al., 1999; Jindal & Thase, 2003), group (Dowrick et al., 2000), and family (Ong & Caron, 2008) settings.

The portfolio method is both process-oriented (i.e., the patient progresses through various tasks in the portfolio) and product-focused (i.e., the goal is completion of all work). In an educational context, the method can be used as a systematic and organized collection of evidence that both teacher and student can use to monitor the growth of the student's knowledge and skills (Cole et al., 2000). The portfolio method is based on theories of selfregulation, i.e., control of one's thinking and behaviour to achieve a desired objective, and on 'self-efficacy', i.e., self-reliance with a focus on the individual's confidence in being able to handle various life situations (Bandura, 1997; Schunk & Zimmerman, 1998; Zimmerman & Schunk, 2004). A main idea

underlying the portfolio method is that learners should be able to control their own learning and become more actively engaged in learning (Zimmerman, 2000; Ellmin & Ellmin, 2003; Zimmerman & Schunk, 2004). The method involves systematic collection and reflection as the learner works with the portfolio, which gathers together thoughts, reflections, ideas, various forms of work, and representations of learning materials, all of which are aspects of the learner's own process of acquiring and absorbing knowledge and understanding (Taube, 1997, 2000).

The development of the portfolio method was based theoretically on the social construction of thought, which assumes that the learner can take responsibility, can formulate goals, has the opportunity for self-evaluation, and can work independently. A precondition for portfolio work is that there must be conviction on both sides that the portfolio method will help the learner develop skills, strategies, independence, and knowledge with the support of the person in the role of teacher or helper (Paulson et al., 1991). The portfolio is created by the learner via a reflective working process that allows the learner to self-evaluate clearly both the work and the learning that emerges from it. The portfolio should contain information that illustrates the learner's development and that may appear in various ways and forms, including text, image, and sound (Paulson et al., 1991).

The portfolio method has been demonstrated to have good effects on students' self-assessment and to enhance students' independent ability and self-awareness; it can also provide educators with greater insight into student learning needs (Brown, 2002; Bataineha et al., 2007). The portfolio can thus serve as a tool for collecting and measuring knowledge, and can promote reflection by enabling a comprehensive scheme for managing knowledge that comes from a variety of sources (Dannefer & Henson, 2007). Duque et al. (2006) have demonstrated that poor preparation and introduction to portfolio work reduces the impact of the method, increasing student confusion as to what portfolio work entails and what is expected of them. Before introducing the portfolio method, then, both teachers and students require training in and knowledge of how the method works. This training should thoroughly explain and clarify the actual process, structure, and purpose of the portfolio work.

Learning about one's depression has been demonstrated to be important for recovery, as this knowledge increases the person's likelihood of seeking professional help, slows the progress of symptoms, increases manageability, and reduces the risk of relapse (Christensen et al., 2004; Thompson et al., 2004; Kronmüller et al., 2007; Roh et al., 2009). Older and less educated people

with major depression generally know less about depression than do younger and more educated people. There is also a link between depression duration and the person's knowledge of the disease. Lack of knowledge of risk factors and depressive symptoms has also been demonstrated to increase the risk of the diagnosis being made at a late stage (Kronmüller et al., 2006; Vargas, 2006).

Poorer knowledge of the symptoms of depression and their treatment also leads to lower manageability of the disease, which leads in turn to superficial and weaker interpersonal relationships and more passive life strategies. In comparison with patients at first onset, it appears that patients who have experienced previous depressive episodes know more about symptoms and treatment. Their own understanding of depression is therefore central to their ability to manage their disability (Kronmüller et al., 2006).

Theoretical starting point

Social constructivism

Social constructivism, based on the theoretical work of Vygotsky (1962, 1978, 1987), Bruner (1986, 1990), and Moscovici (1984), views the individual's thinking as an understanding of reality produced within social relationships. From a social constructivist perspective, knowledge is not passively absorbed from the environment, but actively conceptualized and constructed by the individual. Knowledge is created in social interaction between individuals, and our understanding of reality is created through talks, debates, and arguments, leading to elements of shared thinking with others. Experience becomes intelligible through interpretation and meaning-making activities. Understanding proceeds from earlier constructions that were also created and processed in this manner, and is always individually conditioned. Knowledge can also be seen from the perspective of social constructivism as a building process in which the raw material is the individual's own and processed experiences (Gergen, 1999).

Vygotsky (1978, 1987) argues that human evolution is driven by 'potential development zones', representing unreached levels of development achievable through improved knowledge. The difference between an individual's current and potential levels of knowledge is termed the proximal zone (Bauersfeld, 1998; von Glaserfeld, 1998). Combs and Freedman (1998) base their

assertion on a constructivist assumption when they say that learning always has two parts. The first consists of the confrontation with new information and experiences, and the second of the discovery of a personal, individual meaning in relation to the initial confrontation. From a social constructivist perspective, learning is therefore a dialectical process in which individual experience is central to the construction of new knowledge (Combs & Freedman, 1998).

A central concept in social construction theory is scaffolding. It is based on Vygotsky's (1987) definition of the zone of proximal development. Vygotsky uses the term scaffolding to describe how an individual can learn more effectively through interaction with or support from other people, which may enable shared experience and knowledge to be developed more effectively into new levels of understanding. In this sense, scaffolding can be likened to a supportive structure of knowledge that is built around and supports the learner while also providing access to higher levels of understanding. This structure can also serve as a guide by facilitating focus on the aspects of the task that are relevant to the learning outcomes sought, which may also reduce the cognitive load of the learning situation (Hmelo-Silver et al., 2007).

Method

This study was conducted between 1 April 2008 and 18 August 2009 in two psychiatric outpatient clinics in western Sweden. During this time, the portfolio method was implemented by health care staff who worked in outpatient clinics (N=7) and patients (N= 5) diagnosed with major depression (MD). Data were collected from the health care staff during nine group discussions and six individual interviews. Patient data were collected during 11 individual interviews conducted before, during, and after use of the portfolio method and through questionnaires. All interview data were audio recorded and transcribed verbatim. Throughout the study, patients completed questionnaires about their self-estimated depressive symptoms (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale– MADRS), control functions (Multidimensional Health Locus of Control Scale– MHLC), presence of negative automatic thoughts (Automatic Thoughts Questionnaire– ATQ-N), and self-efficacy (General Perceived Self-Efficacy Scale– GSE) to describe these functions and illustrate any changes over the course of the study (see Table 1, page 144).

Table 1. Overview of data collection from the patients with major depression (N=5)

Patient	Interview	Self- estimation
1	June-08	June-08 (T ¹)
	February-09	September-08 (T ²)
	July-09	December-08 (T ³)
		February-09 (T ⁴)
		July-09 (T ⁵)
	June-08	June-08 (T ¹)
	February-09	September-08 (T ²)
	August-09	December-08 (T ³)
		February-09 (T ⁴)
		August-09 (T ⁵)
3	June-08	June-08 (T ¹)
	September-08	September-08 (T ²)
4	July-08	July-08 (T ¹)
5	September-08	September-08 (T ¹)
	August-09	August-09 (T ⁵)
Total	11 interviews	62 self-estimate

T¹=baseline, before portfolio work, T²=after approx. 3 months after portfolio work started, T³=after approx. 6 months, T⁴= after approx. 8 months, T⁵= after approx. 1 year.

An action research design allowed the portfolio method to be put into practice, which allowed any questions about the use of the portfolio method to be incorporated and tracked during the ongoing study of the social and thought processes associated with use of the method.

Analysis of data

The qualitative data (i.e., interviews and group discussions) were analysed using latent content analysis (Baxter, 1994; Marshall & Rossman, 2006; Silverman, 2007), in which individual texts are broken down into meaning-bearing units that are coded, sorted, and analysed across all of the texts to reveal the underlying, implicit meanings in the material as a whole. Based on the pattern that emerges when analysing and sorting the coded units, sub-themes are identified, articulated, and finally established and grouped under themes that describe the latent meaning of the overt statements. In addition,

the themes that emerged from the first analysis were subjected to a theoretical and exploratory analysis based on the social constructivist theory described above (under ‘Theoretical starting point’). To validate the analysis as a whole, it was subsequently re-examined in relation to the basic data.

Quantitative data were entered and processed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software (Norusis, 2010). Because only five patients participated in the study, it was impossible to perform a non-parametric test to identify statistical differences; therefore, the present quantitative data are displayed graphically. The qualitative data are arranged according to the themes and the subthemes they capture.

Results

Patients’ use of the portfolio method

The portfolio uses as management strategies

The contents of the portfolio support the development of strategies for managing depression, but these strategies do not emerge automatically or solely on the basis of the portfolio. Instead, the portfolio contents provide a framework for processing new information and understanding, and that process can in turn lead to the development of strategies for managing depression and improving the patient’s everyday situation.

Patients described using the portfolio contents *to support memory* by using the written material to support their memory of what had happened during the day or the week. The portfolio contents could also simultaneously support memories of an event, situation, or condition from further back in time, through what had been written previously. Re-reading the portfolio contents allows patients to revisit forgotten feelings or situations, re-evaluate past experiences, and track their progress on the basis of the evolution of their writing. Portfolio contents can also serve as reminders of upcoming or routine events, of feelings that the patient has had but forgotten, or of the fact that life is not always pitch black. Portfolio contents are used *to plan and prepare for various situations*, such as an upcoming visit to the social insurance office, a dental appointment, or any other type of meeting about which the patient may be anxious. Writing down their feelings and experiences before the meeting or visit, and again afterwards, allows patients to begin proc-

essing them. Their documented thoughts and feelings from before and after an experience provide a foundation on which they can begin to prepare for the next visit or meeting.

The portfolio structure affects the usability

The portfolio enables patients to work with the data and contents on their own; however, the structure can be prohibitive if the patient does not understand the issues to be worked on or how the tabs are handled.

The portfolio structure can be assumed to be both supportive and obstructive. The portfolio binder comes with predetermined tabs, each with specific information and questions, allowing a complete system for the portfolio and a consistent framework for all participating patients and caregivers. The instructions for completion and the predetermined issues facilitate reflection, analysis, and processing of the material documented in the portfolio. However, because the structure of the portfolio is an outer frame to support inner work, it can be interpreted in various ways, frustrating those who are unsure about how to use it. *How to work with portfolio questions* is a key starting point of this work. A preliminary task in the portfolio asks patients to describe their depression, what it means to them, and what they think causes it. The aim of this preliminary task is to provide a baseline for reflection in the later stages of the study and to get the patients to verbalize their understanding of their depression. This task was difficult for the patients: several patients were unable to write any text at all, while other could write only fragments.

Use of portfolio contents for judgement and processing

Portfolio contents can lay the foundation for judgement and self-processing, representing a basis for reflection by means of analysis. At the same time, the contents can be confirmatory, creating a basis for reflecting on time and in this way providing a foundation for awareness of one's success.

By using the portfolio on one's own, the portfolio work is done independently. It creates space for reflection and allows patients to gain deeper insight into their actions. When patients used the portfolio *to support reflection*, they used it to reflect on something that went well, to think of another time, or just to be reminded that there are good and bright days – particularly on days when they are not feeling well. Portfolio contents also support reflection over time. A diary kept in the portfolio binder is used both for reflection and for recording data to help the patient understand what has happened since a par-

ticular note was written and what has changed since then. In this way, patients can gain an understanding of how their health has changed. Self-documentation by definition supports reflection. It is impossible to commit any experience or thought to paper without at least some reflection. *Being reassured by having made progress* plays an important role in motivating patients to move forward and tackle new problems and obstacles that arise in everyday life. Portfolio contents, through their structured presentation of data, acknowledge the patient for overcoming obstacles, which helps them understand how well they really have coped with difficulties and how far they have come in recovery. Confirmation from the successes documented in the portfolio helps the patients learn to praise themselves.

Summary of self-estimate

The patients' baseline estimates identified three patients with severe depression according to MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979), one patient with mild depression, and one patient with no signs of major depression, although this patient had been diagnosed with major depressive disorder according to the DSM-IV. The two patients who could be tracked throughout the study reduced their depressive symptoms, and one patient was deemed healthy at measurement T⁵.

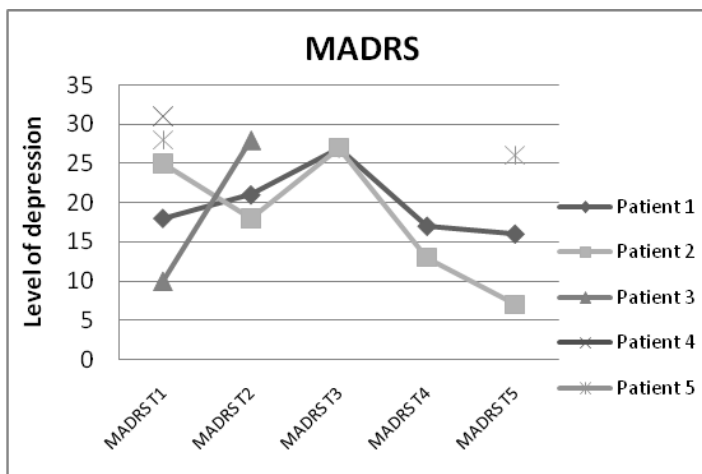


Figure 1. Depressive symptoms (MADRS) estimated by people treated for major depression for one year (N=5)

The results for development of control functions among the participating patients, as measured using the MHLC (Wallston et al.,1978), indicate, with the exception of patient 3, that patients have external expectations for their health, i.e., health is considered beyond their personal ability to influence. Some reduction of external expectations can be seen in Patient 2 at measurement times T^2 , T^3 , and T^4 , but these expectations increase again at T^5 .

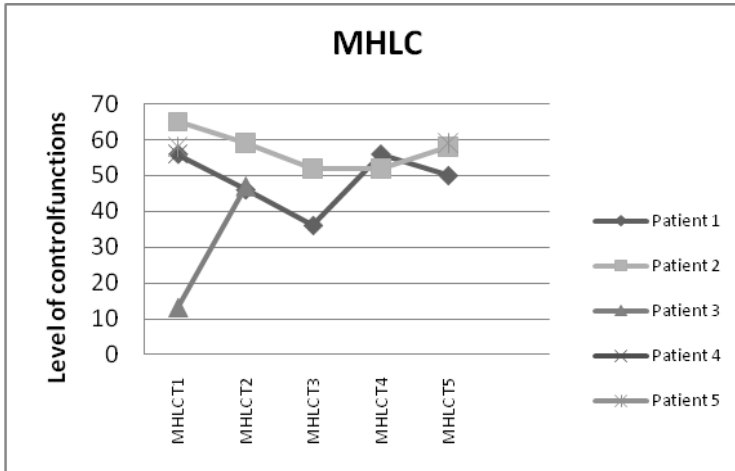


Figure 2. Control functions (MHLC) estimated by people treated for major depression for one year (N=5)

The results for patients' negative automatic thoughts during the study period as measured using the ATQ-N (Hollon & Kendall, 1980; for a Swedish version, see Jansson, 1986) indicate a relatively high frequency of negative automatic thoughts, suggesting that patients' thoughts can pose a considerable obstacle to their ability to function. In two cases (Patients 1 and 2), the frequency of negative automatic thoughts decreases from the first (T^1) to the last (T^5) measurement occasion. For the rest of the patients, negative automatic thoughts are relatively frequent, increasing slightly between T^1 and T^2 for Patient 3 and between T^1 and T^5 for Patient 5.

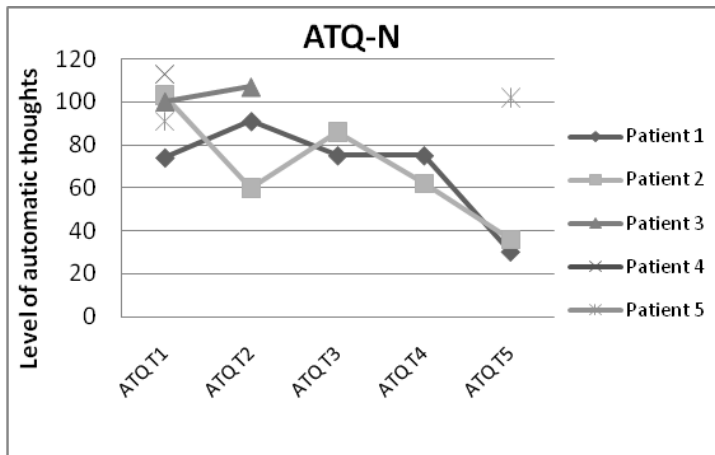


Figure 3. Negative automatic thoughts (ATQ-N) estimated by people treated for major depression for one year (N=5)

The results for patients' self-efficacy as measured using the GSE (Bandura, 1997; Koskinen-Hagman et al., 1999) indicated that patients (except for patient 2) estimate a relatively high general situation-specific self-efficacy. Furthermore, the results indicate that patient 2 experienced a slight increase in general situation-specific self-efficacy from T¹ to T⁴ and a marked increase from T⁴ to T⁵. The overall increase from T¹ to T⁵ for this patient was 11 points.

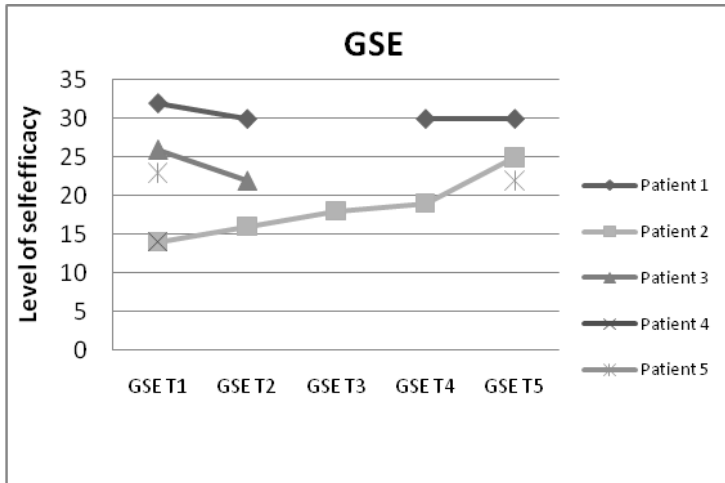


Figure 4. Self-efficacy (GSE) estimated by people treated for major depression for one year (N=5)

Health-care workers' experience and use of the portfolio method as a tool for psychiatric nursing

Contribution of portfolio leads to new thinking

Since the portfolio method had not previously been used in a psychiatric care context, there is no literature specific to portfolio work in psychiatric nursing to which health care staff can refer. Being the first in this field to learn and adopt the new method placed heavy demands on the care workers' creativity and innovation; they relied on older, trusted methods to support the portfolio method, while being inspired by the techniques of the method.

Health care staff sometimes reported that *the portfolio method could be combined with elements of other methods*, especially elements from cognitive therapies, such as chain analysis and network maps, the results of which are kept in the portfolio for further processing. *The values of the portfolio method* inspired health care staff to think more about working with their patients' knowledge and understanding of their depression and about how they could help and encourage their patients to use this method to participate in their own care. The method is based on four interrelated core techniques; the first three, structure, mapping, and memory support, provide the basis for the fourth, the patient's process of reflection.

Portfolio Work as a tool for delegating responsibility and building alliance

By enabling accountability, participation, and influence, portfolio work can help patients gain more control over their care through their obvious involvement. When health care staff allow patients to benefit from treatment plans and information in a more systematized way, as occurs with use of the portfolio method, a form of power sharing is created in which patients and health care staff both take increasing responsibility. Power relationships can become more equitable and the two parties work together in alliance.

Supporting self-care work means that the portfolio method can help health care staff support the patients' independent efforts. The portfolio can be built from the patients' perspective and become a creative tool they can work with on their own. Patients can identify themselves with the help of the portfolio as it becomes a mirror of their situations and problems. The focus is on making the portfolio work as self-sustaining as possible, to make it easier for patients to continue training, working on their own at home, or remembering what was said.

The portfolio method as a learning tool for the patient

For learning to be effective, several factors must be taken into account, and portfolio work can be adapted to accommodate them. By *adapting the level and individualizing the portfolio work*, health care staff experienced that adjustments is important to do so that the structure, materials, tasks, and actual work in the portfolio are at a level appropriate to the particular patient's cognitive or reflective ability. Tasks that are too demanding or complex may be postponed or simplified when the patient's depressive symptoms prevent difficult work, and easy tasks may be made more complex when the patient is feeling well. A balance must be struck so that the work is neither discouragingly difficult nor insultingly simple, and this balance will be different for each patient.

For health care staff, *using the portfolio content for reflection* means that the collected material forms the basis for conversation between nurse and patient. It also offers opportunities to return to previous portfolio entries and discuss what has happened since the entry was made. The portfolio can also be used to focus on the future, to formulate and document objectives, which can later be evaluated and reflected on. The documentation recorded in the portfolio may be clearer and more meaningful to patients than mere verbal descriptions, and can be used by health care staff to help patients understand the progress they have made in their recovery.

Working with creative activity and structure means that health care staff experienced the portfolio method can allow the use of constructive and artistic activities, such as drawings, sketches, images, colours, shapes, or recordings of patients' talks with health care staff. These can add value by supporting the patients' understanding of their situations by giving them different means of expressing their experience. Working with visual media can also help patients suffering from cognitive impairment to reflect on their experience.

In *working with the patient's health over time*, health care staff experienced that the portfolio contents can encourage patients to follow the progress of their health over the long term. Just as a diary charts the ups and downs of daily life, so the portfolio provides an overview of larger patterns over years and decades. By accessing the past documented in the portfolio, health care staff can foster insight into these patterns and show patients that they have actually made progress in recovery. Conversely, a record of a previous occasion when the patient was feeling better may provide hope for a return to that level. The portfolio can support health care staff in their efforts to help patients better understand their current health status, see how cause and effect are related, and draw inferences about how they can best help themselves.

Using portfolio in caring requires structure and engagement

Translating and adapting the portfolio method to health care is a necessary first step, because the portfolio method is not directly transferable from the educational context in which it arose. This step requires time and resources such as training and supervision. The form and content of the portfolio, particularly its appearance, character, and contents in the flaps, must also be adapted to work for both patients and health care staff. The initial contents of the portfolio are often limited to information about such things as the disease itself and planned investigations. The most important aspect of the portfolio is that it is based on the patient's needs, built by the patient's efforts, and constructed to reflect the patient personally, visibly, and clearly.

Having time for the portfolio work refers to both the hours required for the ordinary work sessions and the long-term time commitment required for the work to be effective. Only when these time requirements are accommodated can the portfolio method serve as an effective working tool for both the caregiving staff and the patient. Although time is set aside for staff to participate in the introductory lectures and group discussions, portfolio work takes time, both initially and later in the process. The time committed to working with the patient's portfolio can therefore be seen as a burden on colleagues and a hindrance to general work activity.

Working with the portfolio also means *switching between engagement and non-engagement*. Despite initial engagement, interest, and inspiration, sometimes both the work itself and its incorporation into daily care are perceived as vague, difficult to understand, and unmanageable. Engagement also declines if, following training, staff have no current patient with whom to begin portfolio work. In this situation, health care staff described portfolio work as more of an 'idea' plan than an implementation plan.

Social construction analysis of the portfolio work

Patients' statements that they were reassured by the portfolio contents are interpreted as *learning*. The predetermined questions in the portfolio were difficult for some patients to process. From a social constructivist perspective, the difficulty of processing particular questions stemmed from the large distances between the patient's current, proximal, and potential zones of development in the areas examined by the questions. Answers that might be found in the potential development zone were not directly available to the patient, to whom the potential development zone might be not only distant but invisible. To gain access to answers available in the potential develop-

ment zone, the patient needed guidance from staff, whose role in this was to support the patient in understanding their zone of current development, thereby allowing movement to the proximal zone and transition to the potential level. By abstracting the experience of the portfolio method new ideas was developed among health staff. Group discussions served as an arena to allow for these abstractions, but was primarily based on individual thoughts and beliefs. The preparatory reflections that nursing staff did before the group meetings, helped them to form a proximal development zone. Abstractions gave nursing staff awareness of the possibilities of combining portfolio method with known methods. The conflict that arose between the previously known methods and portfolio method started a dialectical reflection with an examination of the old ways against the new.

The predetermined *structure* of the method provided the scaffolding for patient learning via the scheme of the questions. This scaffolding helped them reflect on what they had experienced or witnessed. For the structure to serve as an effective learning tool, the difficulty of the questions and tasks assigned to the patients had to match each patient's cognitive abilities and health. For some patients, the portfolio questions proved too difficult, which negated the intended supporting role of the structure and affected the crucial balance between structure and openness necessary for the portfolio to emerge as the 'patients' own tools' and contribute to their emancipation, participation, and influence. Health professionals' reflections were characterized by dichotomies that on the one hand, experience that the portfolio structure provided support for the patient and the other hand that there was a risk that the method could be an institutional resource not be controlled by the patient himself.

Another factor to emerge from the analysis was *power*. Among health staff, this meant above all an awareness of the power imbalances inherent in their positions. Perceptions of power emerged as early as the initial group discussions, with insights into how patients were not provided with important material that could help them better understand their depression. Group discussions during the study led to reflections about the delegation of power and ways in which patient participation could be facilitated and used in everyday work with the patients' portfolios. The insights resulted in shared interpretations of the group discussions and meaningful activities in the context of patients' use of the portfolio, as health care staff discovered, through their own interaction, the portfolio method's intended function as a set of learning tools created and used on the patients' terms.

Work with the portfolio was guided by a *process* characterized by a clear progression in which one's own perceptions changed and developed with time. This was particularly clear among the health care staff. As they had different experiences of concepts such as knowledge, control, and learning, their interpretations of the various levels were quite different. The concepts were obvious to some, while others found it more difficult to grasp how these concepts could be related to the patients' situations. As more and more experiences of portfolio use were described in group discussions, group perceptions of the method came to embody an increasingly holistic perspective. For patients to perceive the impact of the portfolio method, the process needed time to unfold. This was most clearly revealed in the two patients who participated in the entire study. For one of them, the process of working with the portfolio allowed comparisons of situations and states of health at various times over the long term, which increased individual awareness of change.

Both patients and staff developed an *understanding* of the portfolio, though the content and scope of that understanding varied on both the individual and group levels. Patients developed understandings both of how the portfolio is used and of their own depression. Health care workers' understanding was focused on the portfolio method itself and on its use. They repeatedly requested references explaining how the portfolio could be used as a learning tool in health care, though such references did not exist. Their experience of using the method was acquired gradually, helping create meaning through reflective group discussions. The patients needed support in understanding how the portfolio would be used to help them understand their depression. Health care workers' lack of initial understanding of how the method could be used included deficiencies in information that were passed down to the patients, which affected their use of the portfolio.

Discussion

The results indicate that the patient's use and experience of the portfolio are shaped mainly by different styles of narrative and verbal documentation of thoughts, feelings, and experiences. This narrative creates documents that can support the patient's reflection on a situation or event, as the patient has something concrete on which to build and reflect. This is consistent with the expressive storytelling concept (Pennebaker, 1997; Ramirez-Esparza & Pennebaker, 2006; Chung & Pennebaker, 2007), as storytelling can provide the patient with greater access to feelings and thoughts by exposing occurrences that can prompt the person to begin processing memories of them. As a re-

sult, a cognitive change could occur through the reorganization of memories of traumatic events or experiences (this may well be the case in at least two of the patients). This is also consistent with Bruner's (1991) description of how people cognitively structure everyday experiences by telling internal stories about themselves. Through the documents in the portfolio, the narrative can be followed for long periods. The results indicate that the portfolio could support health care staff work by illustrating how patient health changes during the recovery process. This could be done by having health care staff use the portfolio contents as a basis for patient reflection, which may provide important insights that help patients understand their current situations and prepare for the future.

The results also indicate how the portfolio method can support abstract thinking, which is an important factor when creating a holistic understanding of one's depression. This can also facilitate metacognitive thinking, which can represent an important counterbalance to negative automatic thoughts and facilitate their positive control (Papageorgiou & Wells, 2003; Singer & Dobson, 2007). The present study's results may therefore be important in seeking to understand how metacognitive ability can be supported in people with major depression. Patients become aware of their developmental processes by reflecting on the material that records their progress over the year they worked on the portfolio. When progress is slow, the portfolio can help identify and clarify it and support the patient and health care staff in planning further work.

When an upcoming social event or meeting provoked anxiety, writing down their feelings or expectations about it in the portfolio often prompted the patients to recall prior thoughts and feelings; when patients recalled past situations that went well, this helped them prepare for the next one. This is consistent with Gergen (1999) and the social construction theory of knowledge, which defines knowledge as the active construction of thought in the learning person, whose experience becomes intelligible through interpretation and meaning-making activities. The present results indicate that using the portfolio to keep records of previous situations, or of reactions to them, could have positive consequences for patients, helping them better understand and prepare for similar situations later.

Health care staff strove throughout the study to understand the portfolio method as a useful method in nursing. As emerged in the results, this understanding was characterized by a process that shifted from a focus on the details of the method to a focus on a holistic understanding of the method. Clearly, there are creative ideas about how the effects of the method can be

translated into clinical action. For some health care staff, those ideas appeared clearly in their everyday practice, when they described how they developed new ideas from their study participation and transferred them to patients outside the study. Other thoughts about the portfolio serve to activate group discussions, but are not maintained in everyday care activities. This can be explained partly by the present staff workload and partly by the possible influence of their pre-understandings (e.g., previous education or other experience). In addition, health care staff may not necessarily desire change, because they do not always understand how the portfolio can be applied. Individual understandings based on personal, individual interpretations (Combs & Freedman, 1998) may also explain some of these differences.

The results exemplify the benefits of the portfolio method. Patients who learn the method are supported in their reflective thinking and ability, and their improvements in these areas have been proved to result from portfolio use (Nairn et al., 2006). The results also indicate that patients, in using the portfolio content, may be helped by reflection on thoughts, feelings, and reactions, and not simply by factual information. The structure of the portfolio, with its fully formulated open-ended questions, helps patients generate their own knowledge structures, in contrast to the transferred knowledge and finished images that often characterize more traditional patient education efforts (Reddy, 1979). This also confirms previous conclusions regarding what constitutes high-quality patient education (Klang Söderkvist, 2008). However, the results also suggest that health care staff should clearly introduce the portfolio concept and instruct patients in its use if the method is to be fully effective. This is consistent with Davis et al. (2001), Pearson and Heywood (2004), Elango et al. (2005), and Kjaer et al. (2006), who all demonstrate that poor introduction of the portfolio concept, with unclear objectives, weakens the effectiveness of portfolio work.

The patient may need help from the health care staff with the reflective questions, which can be difficult for some patients to understand. This is especially important if patients are to perceive and understand at the level of their potential (Vygotsky, 1987), or the critical aspect, where their understanding and abilities intersect. At the same time, the new knowledge that can lead to learning must be clear to both the patient and the health care staff (Andén et al., 2005; Hansson Scherman, & Runesson, 2009). Health care staff can act as teachers to illustrate the levels and help the patients understand them. The level of patient potential can identify resources or capacities that the patient has but cannot recognize or feel; to this end, health care staff can support patients in becoming aware of them. The portfolio can serve as a supportive instrument in which the patient can find and generate information to work

with at the potential level, at home, for example, where it can serve as a basis for reflection.

An interesting question that arises is whether the interactions and alliances between patients and health care staff would have benefited if both parties had had more access to the material documented in the portfolio than was indicated by the study's results. The results here are based on those few cases in which the staff had access to the patients' documentation and could see the results of the portfolio work. There seems to be both willingness and ambition on the part of health care staff to free themselves from their traditional power role in relation to the subordinate patient.

The results indicate one clear case of a health care staff member delegating portfolio work to the patient from the outset, to get her involved in the process. At the same time, this staff member did not want unlimited access to the patient's portfolio, but instead encouraged the patient to relate and describe the work in the portfolio. In this case, the patient had taken control of the portfolio and found her own way to deal with it. In other cases, staff members expressed willingness to let patients exert more influence and become more involved, for example, by copying care plans and other documents into their journals, or allowing conversations with patients to be recorded so patients had access to their own stories in a more deeper way than simply being 'delivered' verbally to health care staff. In these cases, however, the process stops at the thoughts and ideas and does not move on to actions. This may occur because the patient does not want to be involved in the work, and would prefer to continue to rely on care and treatment received from health care staff (Efraimsson et al., 2004; Sahlsten et al., 2005).

Participation is created both by health care staff relinquishing their power and by patients taking power to exert self-control. The results indicate that health care staff perceive the portfolio as a method that supports and encourages patient participation, influence, and personal responsibility. Being involved and taking responsibility requires knowledge (Eldh et al., 2006); therefore, there is no guarantee that the portfolio method will lead to immediate participation. In this study, the knowledge of interest is in how the method is experienced and used, but those who work with the method also need to understand its underlying purpose and how the material should be processed (McMullan et al., 2003; Duque et al., 2006; Wilkes & Howell, 2006; Epstein, 2007). Information provided to patients in the present study may have been flawed because health care staff did not themselves have or acquire sufficient information on the portfolio method. This may have affected patients' ability to apply the method in a way that favoured participation.

The results also indicate that patients, in discussion with their health care staff, use the portfolio to provide guidance and support, so they can focus on their feelings about future situations, define their objectives, and plan their actions and responses (McCaslin & Hickey, 2001; Hmelo-Silver et al., 2007). Another result worth highlighting is the function of the portfolio as a memory aid for patients. The subtheme *to support one's memory* reveals how the portfolio contents can provide reminders of what happened during the day or in earlier situations. This feature may provide compensatory support for the deficiencies in episodic memory often occurring in people with major depression (Airaksinen et al., 2004, 2006a, 2006b) and constitute a 'memory bank' for the patient. It is impossible to draw any such conclusions in relation to the results of the present study, which should instead be regarded as providing suggestive starting points for future research.

The results indicate that there is a lack to use some of the techniques that are suggested in the study information (e.g., recordings of conversations or photographs). During the group discussions with health care staff and in the individual interviews, many creative and imaginative ideas emerged concerning how the portfolio could be used with patients, but very few of these were translated into action. One explanation is that the portfolio method, during the year in which the study took place, did not become well enough accepted by health care staff that they all could be assumed to understand the basic idea of the method. Another explanation is that other practices, such as cognitive behavioural therapy, occupy entrenched positions in the health care organization. A third explanation is suggested by the absence of previous studies of portfolio use in caring, and the absence of apparent pragmatic effects from using the method. This absence of important literature references and clinical references may have affected the willingness of health care staff to translate ideas into action, suggesting that staff commitment to using the portfolio method was wavering.

The most essential characteristics of the quantitative results are the more or less sharp declines in depressive symptoms and negative automatic thoughts in patients 1 and 2. It was these two patients who participated in the study the longest and who most systematically used their portfolios. However, it is difficult to draw general conclusions from these results, because there may be many other influential factors. In patient 2's case, the qualitative improvements were obviously reflected in the qualitative results, in which the patient often described her own improvement and how much the portfolio work contributed to it. This patient also took control of the portfolio and made it into a personal tool, working independently and finding new ways to work with and use it. This patient clearly responded to the openness offered by the portfolio,

which enables individual interpretation of the tasks and how they can be accomplished (Pearson & Heywood, 2004; Driessen et al., 2005; Amsellem-Ouazana et al., 2006; Grant et al., 2007).

Conclusions

Understanding depression and its associated problems is important for the patient with major depression. Understanding goes deeper than mere knowledge of symptoms and treatments. Understanding means that knowledge is individually constructed and based in thought and experience from the individual's perspective, allowing knowledge to lead to both practice and preparedness. The portfolio method can probably support this development through the understanding generated using the portfolio. However, definite conclusions cannot be drawn from this study's results, because the understanding level was not studied explicitly, though incidental findings suggest that some patients may have improved their understanding of their depression by using the portfolio.

In health care education, it is essential to train students in the importance of assessing and working with the patient's own understanding of their depression or illness and in the methods available to bolster this understanding. A care portfolio can be a significant tool to help patients understand their depression; it can also give health care staff a valuable tool that can facilitate their teaching work. The involvement and support of health care staff are important to the patients' ability to deal with data, questions, and tasks in their portfolios.

The intention of the study was not to provide a comprehensive picture of what a portfolio could be, but instead to highlight the portfolio method as an important tool in caring. In view of these intentions, the results of this study indicate that patients and health care staff indeed experience and use the portfolio method as a supporting tool.

For patients, this means that the portfolio is used as management strategies and for judgement and processing. This means that the portfolio uses:

- for reflection and confirmation of progress
- to create structure in their situation
- for remembering situations and to provide reminders of upcoming activities

- for expressive storytelling through documentation and processing

For health care staff, this means that the portfolio method is:

- experienced as a method that allow for accountability, participation, empowerment, and support for patients' self-care work
- experienced as a learning tool for teaching activities to help patients reflect on and understand their depression (i.e. it serves as a learning scaffolding) from a longer-term perspective
- used for creative activities and structure building
- used in combination with other methods

To enable the use of the portfolio method in psychiatric nursing the study results indicate that:

- issues and information should be tailored to patients' needs, abilities, and levels of health
- the portfolio content should be designed so that it helps patients understand their disease
- patients' work with the portfolio is supported by health care staff, and this work is carried out in agreement between them
- health care staff who work with the method gain knowledge of how portfolio work is carried out and of the purpose of such work
- the method has been accepted by health care staff and the nursing profession and has attracted management support

Referenser

Agerberg, M. (2001). *Ut ur mörkret: en bok om depression*. Stockholm: Norstedts.

Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I. & Forsell, Y. (2004). Cognitive functions in depressive disorders: Evidence from a population-based study. *Psychological Medicine*, 34(1), 83–91.

Airaksinen, E., Wahlin, Å., Larsson, M. & Forsell, Y. (2006a). Cognitive and social functioning in recovery from depression: Results from a population-based three-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 96(1-2), 107–110.

Airaksinen, E., Wahlin, Å., Forsell, Y. & Larsson, M. (2006b). Low episodic memory performance as a premorbid marker of depression: Evidence from a 3-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(6), 458–465.

Allen, D. (2000). I'll tell you what suits me best if you don't mind me saying: Lay participations in health-care. *Nursing Inquiry*, 7(3), 182-190.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amsellem-Ouazana, D., van Pee, D. & Godin, V. (2006). Use of portfolios as a learning and assessment tool in a surgical practical session of urology during undergraduate medical training. *Medical Teacher*, 28(4), 356–359.

Andén, A., Andersson, S-O. & Rudebeck, C-E. (2005). Satisfaction is not all – Patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BMC Family Practice*, 6:43.

<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/43>.

Armour, M., Bradshaw, W. & Roseborough, D. (2007). Finding a place in the world: The experience of recovery from severe mental illness. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 6(1), 27-47.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied psychology: An international review*, 51(2), 269-290.

Bataineha, R.F., Al-Karasneha, S.M., Al-Barakata, A.A. & Bataineh F.R. (2007). Jordanian pre-service teachers' perceptions of the portfolio as a reflective learning tool. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*, 35(4), 435-454.

Bauersfeld, H. (1998). Remarks on the education of elementary teachers. In M. Larochelle, N. Bednarz & J. Garrison (Eds.), *Constructivism and education* (pp. 213-232). Cambridge: Cambridge University Press.

Baxter, L.A. (1994). Content analysis. In B.M. Montgomery & S. Duck (Eds), *Studying interpersonal interaction* (pp. 239-254). London: Guilford Press.

Bazeley, P. (2007). *Qualitative data analysis with NVivo*. London: SAGE Publications.

Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Bennet, A.H., Boon, S.H., Romans, E.S. & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: Women's experiences of managing depression during pregnancy – A qualitative study. *BMC Women's Health*, 7:13. <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/7/13>.

Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Glencoe, Illinois: The Free Press.

Biggs, J. & Collis, K.F. (1982). *Evaluating the quality of learning: The SOLO taxonomy*. New York: Academic Press.

- Björklund, P. (2006). No man's land: Gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 3–23.
- Boelen, A.P. (2007). Psychometric properties of the dutch version of the automatic thoughts questionnaire – Positive (ATQ – P). *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(1), 23–33.
- Borg, M., Davidson, L. Marin, I., Mezzina, R., Sells, D. & Topor, A. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17-37.
- Bowden, J.A. & Marton, F. (2004). *The University of learning: Beyond quality and competence in higher education*. London: Routledge.
- Brown, A.L. (1978). Knowing when, where and how to remember: A problem of metacognition. In R. Glaser (Ed.), *Advances in instructional psychology* (pp. 77-166). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brown, A.L., Bransford, J.D., Ferrara, R.A. & Campione, J.C. (1983). Learning, remembering, and understanding. In J.H. Flavell & E.M. Markman (Eds.), *Handbook of child psychology* (4th ed., pp. 77-166). New York: Wiley.
- Brown, C., Schulberg, H.C. & Prigerson, H.G. (2000). Factors associated with symptomatic improvement and recovery from major depression in primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 22(4), 242–250.
- Brown, O.J. (2002). Know thyself: The impact of portfolio development. American association for adult and continuing education. *Adult Education Quarterly*, 52(3), 228-245.
- Bruner, J.S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bruner, J.S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bruner, J.S. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21.

Bryman, A. (2004). *Social research methods*. (2nd ed). Oxford: Oxford University Press.

Bryman, A. & Bell, E. (2007). *Business research methods* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Buckley, S., Coleman, J., Davison, I., Khan, S., Zamora, J., Malick, S., Morley, D., Pollard, D., Ashcroft, T., Popovic, C. & Sayers, J. (2009). The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: A best evidence medical education (BEME) systematic review. BEME Guide Nr. 11. *Medical Teacher*, 31(4), 282–298.

Burch, V.C. & Seggie, J. (2008). Use of a structured interview to assess portfolio-based learning. *Medical Education*, 42(9), 894-900.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466.

Cahill, J. (1996). Patient participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 561-571.

Cazden, C.B. (1979). *Peekaboo as an instructional model: Discourse development at home and at school*. (Papers and reports on child language development PRCLD No. 17). Stanford, CA: Stanford University, Department of Linguistics.

Christensen, H., Griffiths, M.K. & Jorm, F.A. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7434), 265-268.

Chung, C.K., & Pennebaker, J.W. (2007). The psychological function of function words. In K. Fiedler (Ed.), *Social communication: Frontiers of social psychology* (pp. 343-359). New York: Psychology Press.

Ciampi, L. (1994). Affect logic: An integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164(23), 51-55.

Ciampi, L. (1997). The concept of affect logic: An integrative psycho-socio-biological approach to understanding and treatment of psychiatry, *Psychiatry* 60(2), 158-170.

Clark, J.C. & Lan, V.M. (2004). Heart failure patient learning needs after hospital discharge. *Applied Nursing Research*, 17(3), 150-157.

Clary, C., Dever, A. & Schweizer, E. (1992). Psychiatric inpatients' knowledge of medication at hospital discharge. *Hospital Community Psychiatry*, 43(2), 140-144.

Coffey, A. (2005). The clinical learning portfolio: A practice development experience in gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8b), 75-83.

Cohen, O. (2005). How do we recover? An analysis of psychiatric survivors oral histories. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(3), 333-354.

Cole, D.J., Ryan, C.W., Kick, F. & Mathies, B.K. (2000). *Portfolio across the curriculum and beyond*. California: Corwin Press Inc.

Combs, G. & Freedman, J. (1998). Telling and retellings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 405-408.

Cottone, R.R. (2007). Paradigms of counseling and psychotherapy, revisited: Is social constructivism a paradigm? *Journal of Mental Health Counseling*, 29(3), 189-203.

Dalen, M. (2008). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Danderyds sjukhus (2006). Gyllene äpplet till förbättringsprojektet- *Patientdelaktighet- Portfolio i hjärnskaderehabilitering*. DSnytt nr. 13, sid. 3-4. <http://www.ds.se/Upload/Filer/MIK/DS-Nytt%2013.2006.pdf>. Hämtad 23 februari, 2011.

Dannefer, E.F. & Henson, L.C. (2007). The portfolio approach to competency-based assessment at the Cleveland clinic learner college of medicine. *Academic Medicine*, 82(5), 493-502.

Davis, M.H., Friedman, B.D.M. & Harden, R.M. (2001). Portfolio assessment in medical students- final examinations. *Medical Teacher*, 23(4), 357-66.

Davis, M.H., Ponnampereuma, G.G. & Ker, J.S. (2009). Student perceptions of a portfolio assessment process. *Medical Education*, 43(1), 89-98.

- Dein, S. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncology*, 5(2), 119-24.
- Denzin, K.N. & Lincoln, S.Y. (2005). *The sage handbook of qualitative research*. (3:d ed.). London: Sage publications.
- Dixon, W.A. (2000). Problem-solving appraisal and depression: Evidence for a recovery model. *Journal of Counseling and Development*, 78(1), 87-91.
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistisk verktyglåda-samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Doherty, C. & Doherty, W. (2005). Patient's preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 119-127.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications and issues. *Health Care for Women International*, 13(3), 313-321.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos J.L., Dalgard, O.S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., Wilkinson, C., Vazquez-Barquero, J.L. & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321(7274), 1450-1454.
- Driessen E.W., van Tartwijk J., Overeem K., Vermunt J.D. & van der Vleutender, C.P.M. (2005). Conditions for successful reflective use of portfolios in undergraduate medical education. *Medical Education*, 39(12), 1230-1235.
- Driessen, E.W., van Tartwijk, J., van der Vleutender, C.P.M. & Wass, V. (2007). Portfolios in medical education: Why do they meet with mixed success? A systematic review. *Medical Education*, 41(12), 1224-1233.
- Dudek, D., Zieba, A., Jawor, M., Szymaczek, M., Opila, J. & Dattilio, F.M. (2001). The impact of depressive illness on spouses of depressed patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(1), 49-57.
- Duque, G., Finkelstein, A., Roberts, A., Tabatabai, D., Gold, S.L. & Winer, L.R. (2006). Learning while evaluating: The use of an electronic evaluation portfolio in a geriatric medicine clerkship. *BMC, Medical Education*, 6:1. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/6/4/>.

- Dysthe, O. (2002). Om förhållandet mellan individ och grupp i portföljprocessen. I Skolverket (2002). *Att bedöma eller döma. Tio artiklar om bedömning och betygssättning* (sid. 91-108). Stockholm: Skolverket Liber.
- Dysthe, O. & Engelsen, K.S. (2003). *Mapper som pedagogisk redskap. Perspektiver og erfaringer*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Edhlund, B.M. (2008). *Allt om NVivo 8*. Stallarholmen: Form & Kunskap AB.
- Efrainsson, E., Sandman, P-O., Hydén, L-C. & Rasmussen, B.H. (2004). Discharge planning: 'fooling ourselves?' Patient participation in conferences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(5), 562-570.
- Elango, S., Jutti, R.C. & Lee, L.K. (2005). Portfolio as a learning tool: Students perspective. *Annals Academy of Medicine*, 34(8), 511-514.
- Eldh, A.C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13(5), 503-514.
- Ellmin, R. (2003). *Portfolio: Sätt att arbeta, tänka och lära*. Stockholm: Gothia.
- Ellmin, R. & Ellmin, B. (2000). *Elevportfolio: Tankens fönster och handlingens spegel*. DVD-material. Malmö: Gleerups.
- Ellmin, R. & Ellmin, B. (2003). *Portfolio: Teori, förhållningssätt och praktik*. Stockholm: Gothia.
- Ellmin, R. & Ellmin, B. (2005). *Portfolio: Att stödja lärandet i en skola för alla*. Solna: Ekelunds förlag.
- Ellström, P-E. & Ekholm, B. (2001). *Lärande i omsorgsarbete. En studie av hemtjänsten som lärandemiljö*. Linköping: Linköpings University, CMTO Research Monographs.
- Ellström, P-E. (2006). The meaning and role of reflection in informal learning at work. In D. Boud, P. Cressey, & P. Docherty (Eds.), *Productive reflection at work* (pp. 43-53). New York: Routledge.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

- Epstein, R.M. (2007). Assessment in medical education. *New England Journal of Medicine*, 356(4), 387–96.
- Evans, S., Tritter, J., Barley, V., Daykin, N., McNeill, J., Palmer, N., Rimmer, J., Sanidas, M. & Turton, P. (2003). User involvement in UK cancer services: Bridging the policy gap. *European Journal of Cancer Care*, 12(4), 331-338.
- Fagermoen, M.S. (2002). Patientundervisning. I H. Almås, (red.), *Klinisk omvårdnad del 1* (sid.12-30). Stockholm: Liber.
- Fielding, N.G. & Lee, R.M. (1991). *Using computers in qualitative research*. London: Sage Publications.
- Flavell, J. & Wellman, H.M. (1977). Metamemory. In R.V. Kail, Jr & J.W. Hagen (Eds.), *Perspectives on the development of memory and cognition* (pp. 3-33). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Flavell, H.J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
- Fogerty, R. (1994). *The mission: Using portfolio. Student portfolios. A collection of articles*. IRI/Skylight. Illinois: Training and Publishing INC.
- Ford, J.K., Smith, M.E., Weissbein, A.D., Gully, M.S. & Salas, E. (1998). Relationships of goal orientation, metacognitive activity, and practice strategies with learning outcomes and transfer. *Journal of Applied Psychiatric*, 83(2), 218-233.
- Fransson, K. & Lundgren, U.P. (2003). *Utbildningsvetenskap – Ett begrepp och dess sammanhang*. Rapport 2003:1. Stockholm: Vetenskapsrådet. http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/VR2003_1.pdf. Hämtad 23 februari, 2011.
- Friberg, F., Pilhammar Andersson, E. & Bengtsson, J. (2007). Pedagogical encounters between nurses and patients in a medical ward – A field study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 534–544.
- Furlong, M. & Oei, T.P.S. (2002). Changes in automatic thoughts and dysfunctional attitudes following group psychotherapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(3), 351-360.

Galinowski, A. & Lehert, P. (1995). Structural validity of MADRS during antidepressant treatment. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 157-161.

Gergen, K.E. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.

Ghassemzadeh, H., Mojtabi, R., Karamghadiri, N. & Ebraimkhani, N. (2006). Psychometric properties of a persian-language version of the automatic thoughts questionnaire: ATQ-Persian. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(2), 127-137.

Gibb, B.E. & Coles, M. (2005). Cognitive vulnerability–stress models of psychopathology: A developmental perspective. In B.L. Hankin & J.R. Zabel (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability–stress perspective*. (pp. 104–135). Thousand Oaks, CA: Sage.

Grant, J.A., Vermunt, J.D., Kinnersley, P. & Houston, H. (2007). Exploring students' perceptions on the use of significant event analysis, as part of a portfolio assessment process in general practice, as a tool for learning how to use reflection in learning. *BMC Medical Education*, 7:5.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/5>

Greenberg, P.E., Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W., Berglund, P.A. & Corey-Lisle, P.K. (2003). The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1465-1475.

Greeno, J.G., Collins, A.M. & Resnick, L.B. (1996). Cognition and learning. In D. Berliner & R. Calfee (Eds.). *Handbook of educational psychology* (pp. 15–46). New York: Macmillan.

Greenwood, D.J. & Levin, M. (2007). *Introduction to action research: Social research for social change* (2:nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage publications.

Gregg, J. & Curry, R.H. (1994). Explanatory models for cancer among African-American at two Atlanta neighbourhood health centres: The implications for a cancer screening program. *Social Science of Medicine*, 39, 519-526.

- Han, D.Y., Chen, S.H., Hwang, K.K. & Wei, H.L. (2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6), 662–668.
- Hankin, L.B. (2008). Stability of cognitive vulnerabilities to depression: A short-term prospective multiwave study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 324–333.
- Hansson, M., Bodlund, O. & Chotai, J. (2008). Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 235–240.
- Hansson Scherman, M. & Friberg, F. (2009). Patienten gör inte som vi vill. I M. Hansson Scherman & U. Runesson (red). *Den lärande patienten* (s. 15-38). Lund: Studentlitteratur.
- Hansson Scherman, M. & Runesson, U. (2009). Som patienten ser det. I M. Hansson Scherman & U. Runesson (red). *Den lärande patienten* (s. 87-113). Lund: Studentlitteratur.
- Happell, B. (2008). Determining the effectiveness of mental health services from a consumer perspective: Part 1: Enhancing recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 116-122.
- Hardiman, E., Lawson, H. & Mancini, M. (2005). Making sense of it all: Consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48-55.
- Henriksson, S., Boethius, G. & Isacson, G. (2001). Suicides are seldom prescribed antidepressants: Findings from a prospective prescription database in Jämtland county, Sweden, 1985–95. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 301–306.
- Hermansen, M. (2000). *Lärandets universum*. Lund: Utbildningslitteratur.
- Higgs, J. (2001). Charting standpoints in qualitative research. In H. Byrne-Armstrong, J. Higgs and D.D. Horsfall (Eds.) *Critical Moments in Qualitative Research* (pp. 44-67). Oxford: Butterworth-Heinemann.

Hmelo-Silver, E.C., Duncan, G.R. & Chinn, A.C. (2007). Scaffolding and achievement in problem-based and inquiry learning: A response to Kirschner, Sweller, and Clark. *Educational psychologist*, 42(2), 99–107.

Hollon, S.D. & Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383–395.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.

Hörnsten, Å., Sandström, H. & Lundman, B. (2004). Personal understanding of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 174–182.

Iannuzzo, W.R., Jaeger, J., Goldberg, F.J., Kafantaris, V. & Sublette, E.M. (2006). Development and reliability of the HAM-D/MADRS interview: An integrated depression symptom rating scale. *Psychiatry Research*, 145(1), 21–37.

Ingram, R.E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 77–88.

Ingram, R.E. & Luxton, D.D. (2005). Vulnerability–stress models. In B.L. Hankin & J.R. Zabela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability–stress perspective*. (pp. 104–135). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ingram, R.E., Trenary, L., Odom, M., Berry, L. & Nelson, T. (2007). Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: Cognition, hostility, and coping style. *Cognition and emotion*, 21(1), 78–94.

Jansson, L. (1986). *Handbok i kognitiv terapi vid depression*. Stockholm: Natur och Kultur.

Jindal, R.D. & Thase, M.E. (2003). Integration of care: Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve outcomes among patients with mood disorders. *Psychiatric Services*, 54(11), 1484–1490.

Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L. & Salmela, M. (2003). Need for change in patient education: A Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 239–245.

Joyce, P. (2005). A framework for portfolio development in postgraduate nursing practice- Aims and objectives. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 456–463.

Judd, L.L., Paulus, M.J., Schettler, P.J., Akiskal, H.S., Endicott, J., Leon, A.C., Maser, J.D., Mueller, T. Solomon, D.A. & Keller, M.B. (2000). Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1501–1504.

Judd, L.L., Schettler, P.J., Solomon, D.A., Maser, J.D., Coryell, W., Endicott, J. & Akiskal, H.S. (2008). Psychosocial disabilities and work role function compared across the long-term course of bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorder*, 108(1-2), 49–58.

Kelly, M. & Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(2), 245-251.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangsa, K.R. & Walters E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the national comorbidity, survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

Kimeldorf, M. (1994). *Creating portfolios- For success in school, work and life*; Teacher's guide to creating portfolios. Minneapolis: Free Spirit Publishing Inc.

Kjaer, N.K., Maagaard R. & Wied S. (2006). Using an online portfolio in postgraduate training. *Medical Teacher*, 28(8), 708–712.

Klang Söderkvist, B. (2008). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall.

Koopman, W. & Schweitzer, A. (1999). The journey to multiple sclerosis: A qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31(1), 17-26.

Koskinen-Hagman, M., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Swedish version of the general self-efficacy*. <http://userpage.fu-berlin.de/health/>. Hämtad 23 februari, 2011.

Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V.A. (2001). Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098.

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

Kronmüller, K.T., Saha, R., Karr, M., Kratz, B., Hunt, A. & Backenstrass, M. (2006). Psychosocial factors associated with knowledge about affective disorders in patients with depression. *German Pathology*, 39(3), 105-112.

Kronmüller, K.T., Victor, D., Schenkenbach, C. Postelnicu, I. Backenstrass, M., Schröder, J. & Mundt, C. (2007). Knowledge about affective disorders and outcome of depression. *German Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 155–160.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lara, M.E., Leader, J. & Klein, D.N. (1997). The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 478–482.

Larsson, I. (2008). *Patient och medaktör. Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Akademisk avhandling. Göteborgs universitet: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Leganger, A., Kraft, P. & Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behavior research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and Health*, 15(1), 51–69.

Lejsgaard Christensen, S. & Huus Jensen, B. (2004). *Didaktik och patientutbildning*. Lund: Studentlitteratur.

Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2(2), 34-46.

Lincoln, Y.S. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.

Lindblad, S., Kyndel, D. & Larson, L. (2004). *Internationella arenor för utbildningsvetenskaper: Om forskarorganisationer, vetenskapliga tidskrifter och överstatliga organisationer*. Vetenskapsrådets rapportserie, 2004:5. Stockholm: Vetenskapsrådet.

http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/vr_2004_5.pdf

Hämtad 23 februari, 2011.

Lindström, L. (1997). *Portföljen som examinationsform*. Häftet för Didaktiska Studier. Nr 64. Lärarhögskolan i Stockholm.

Lindström, L. (1999). *Portföljvärdering: En metod för skilda syften*. Bild Forum, nr 3.

Lindström, L. (2002). *Produkt- och processvärdering i skapande verksamhet*. I Skolverket. *Att bedöma eller döma*. Tio artiklar om bedömning och betygssättning (s. 91-108). Stockholm: Skolverket Liber.

Lindström, I. (2007). *Patienters delaktighet- En studie om vård i livets slutskede*. Göteborgs Universitet: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Lindström, L. & Lindberg, V. (2008). *Pedagogisk bedömning. Om att dokumentera, bedöma och utveckla kunskap*. Stockholm: Stockholms universitets förlag.

Loh, A., Leonart, R., Will, E.C., Simon, D. & Härter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65(1), 69-78.

Luderer, H.J. & Böcker, F.M. (1993). Clinicians' information habits, patients' knowledge of diagnoses and etiological concepts in four different clinical samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(4), 266-272.

Lundgren, S., Eurenus, E., Olausson, Å. & Opava, C.H. (2007). The Swedish version of the multidimensional health locus of control scales, form C. Aspects of reliability and validity in patients with rheumatoid arthritis. *Advances in Physiotherapy*, 9(1), 16-22.

Lundman, B. & Hörnsten, Å. (2002). Olika perspektiv på sjukdom – Omvårdnad vid diabetes baserad på patienters personliga förståelsemodeller. *Hälsan i Centrum*, 2, 21-23.

- Luszczynska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The general Self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439–457.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2005). Multidimensional Health Locus of Control: Comments on the construct and its measurement. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 633-642.
- Mancini, M. (2007). The role of self-efficacy in recovery from serious psychiatric disabilities: A qualitative study with fifteen psychiatric survivors. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 6(1), 49-74.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. (2006). *Designing qualitative research*. (4th Ed.). London: Sage Publications.
- Martin, C. (2009). Lärande som förändrat deltagande. I M. Hansson Scherman & U. Runesson (red). *Den lärande patienten* (s. 63-86). Lund: Studentlitteratur.
- Marton, F. & Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Ass.
- Marton, F. & Tsui A.B.M. (2004). *Classroom discourse and the space of learning*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- McCaslin, M. & Hickey, D.T. (2001). Self-regulated learning and academic achievement: A Vygotskyan View. In B. Zimmerman & D. Schunk (Eds.), *Self-regulated learning and academic achievement: Theoretical perspectives* (pp. 227–252). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M.A., Jasper, M., Miller, C.M.L., Scholes, J. & Webb, C. (2003). Portfolios and assessment of competence: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 283–94.
- McNiff, J. (2002). *Action research. Principle and practice*. London: Routledge Falmer.
- Medicinska Forskningsrådet (MFR). (2003). *Riktlinjer för etiska värdering av medicinsk humanforskning. Forskningspolicy och organisation i Sverige*. (Rapport nr. 2). Stockholm: Medicinska Forskningsrådet.

- Meetoo, D. & Meetoo, L. (2005). Explanatory models of diabetes among Asian and Caucasian participants. *British Journal of Nursing*, 14(3), 154-159.
- Melvin, G., Tonge, B., King, N., Heyne, D., Gordon, M. & Klimkeit, E. (2006). A comparison of cognitive-behavioral therapy, Sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(10), 1151-1161.
- Milne, M. & Adler, R. (1999). Exploring the reliability of social and environmental disclosures content analysis. *Accounting, auditing and accountability Journal*, 12(2), 237-256.
- Mishler, E.G. (1986). *Research interviewing. Context and narrative*. Cambridge, Ma.: Harvard University Press.
- Molander, B. (1996). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos AB.
- Montgomery, A.S. & Åsberg, M. (1979). New depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Moreau, H. & Wretman, S. (2000a). *Portfolio i skolan: Struktur och uppbyggnad*. Stockholm: Mälartryckeriet.
- Moreau, H. & Wretman, S. (2000b). *Portfolio i skolan: Användning och utvärdering*. Stockholm: Mälartryckeriet.
- Moreau, H. & Wretman, S. (2005). *Portfolio: Om sambandet bedömning – lärande*. Hässleholm: Exakta.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R.M. Farr, & S. Moscovici (eds.). *Social representations* (Pp 3-69). Paris: Cambridge University Press.
- Nairn, S., O'Brien, E., Traynor, V., Williams, G., Chapple, M. & Johnson, S. (2006). Student nurses' knowledge, skills and attitudes towards the use of portfolios in a school of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 15(12), 1509–1520.
- Norusis, M. (2010). *SPSS 17.0 guide to data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Oberski, I.M., Matthews-Smith, G., Gray, M. & Carter D.E. (2004). Assessing problem-based learning with practice portfolios: One innovation too many? *Innovations in Education and Teaching International*, 41(2), 207-221.

Oermann, M.H. (2003). Using health web sites for patient education. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 30(4), 217-223.

Ong, S.H. & Caron, A. (2008). Family-based psychoeducation for children and adolescents with mood disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 17(6), 809-822.

Owensworth, T. & Fleming, J. (2005). The relative importance of metacognitive skills, emotional status, and executive function in psychosocial adjustment following acquired brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20(4), 315-332.

Oxford English Dictionary online (2010) (<http://dictionary.oed.com>). Hämtad 23 februari, 2011.

Palladino, P., Poli, P., Masi, G. & Marcheschi, M. (2000). The relation between metacognition and depressive symptoms in preadolescents with learning disabilities: Data in support of Borowski's model. *Learning Disabilities Research & Practice*, 15(3), 142-148.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3:d ed). Hardcover, California: Sage publications.

Paulson, L.F., Paulson P.R. & Meyer C. (1991). What makes a portfolio a portfolio? *Educational Leadership*, 48(5), 60-63.

Pearson, D.J. & Heywood, P. (2004). Portfolio use in general practice vocational training: A survey of GP registrars. *Medical Education*, 38(1), 87-95.

Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.

Pennebaker, J.W. (2002). What our words can say about us: Towards a broader language psychology. *Psychological Science Agenda*, 15, 8-9.

Perry, A., TARRIER, N., MORRIS, R., MCCARTHY, E. & LIMB, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318(7177), 149–153.

Piaget, J. (1973). *The child's conception of the world*. London: Paladin.

Piaget, J. (1974). *Understanding causality*. New York: Norton.

Pilhammar Andersson, E., BERGH, M., FRIBERG, F., GEDDA, B. & HÄGGSTRÖM, E. (2003). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Malmö: Studentlitteratur.

Pilhammar Andersson, E. (2007). *Patienters och vårdgivares lärande*. I Patientundervisning och patienters lärande, Svensk sjuksköterskeförening. Stockholm: Gothia.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Post, R.M., WEISS, S., LEVERICH, G.S., GEORGE, M., FRYE, M., & KETTER, T.A. (1996). Developmental psychobiology of cyclic affective illness: Implications for early therapeutic intervention. *Development & Psychopathology*, 8(1), 273-305.

Post, R.M., WEISS, S., KETTER, T.A., DENICOFF, K., GEORGE, M., FRYE, M., SMITH, M. & LEVERICH, G.S. (1998). The kindling model: Implications for the etiology and treatment of mood disorders. In A.J. Rush (Ed.), *Mood and anxiety disorders* (pp. 22-42). Philadelphia: Williams & Wilkins.

Ramirez-Esparza, N. & Pennebaker, J.W. (2006). Do good stories produce good health? Exploring words, language, and culture. *Narrative Inquiry*, 16(1), 211-219.

Reddy, M. (1979). The conduit metaphor: A case of frame conflict in our language about language. In A. Ortony (Ed.) *Metaphor and thought* (pp. 284-324). Cambridge: Cambridge University Press.

Redman, B. (2008). When is patient education unethical? *Nursing Ethics*, 15(6), 813-820.

- Ridge, D. & Ziebland, S. (2006). "The old me could never have done that": How people give meaning to recovery following depression. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1038-1053.
- Robeyns, I. (2006). Three models of education: Rights, capabilities and human capital. *Theory and Research in Education*, 4(1), 69-84.
- Roh, M., Jeon, H.J., Kim, H., Cho, H.J., Han, S.K. & Hahm, B. (2009). Factors influencing treatment for depression among medical students: A nationwide sample in South Korea. *Medical Education*, 43(2), 133-139.
- Rorsman, B., Grasbeck, A., Hagnell, O., Lanke, J., Ohman, R., Ojesjo, L. & Otterbeck, L. (1990). A prospective study of first-incidence depression. The Lundby study, 1957-72. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 336-342.
- Rosenqvist, U. (2001). Patient education- New trends in Sweden. *Patient Education and Counseling*, 44(1), 55-58.
- Rude, S.S., Gortner, E-M., & Pennebaker, J.W. (2004). Language use of depressed and depression vulnerable college students. *Cognition & Emotion*, 18(8), 1121-1133.
- Russell, C.K., Geraci, T., Hooper, A., Shull, L. & Gregory, D.M. (1998). Patients' explanatory models for heart failure and COPD exacerbations. *Clinical Nursing Research*, 7(2), 164-88.
- Ryland, I., Brown, J. & O'Brien, N. (2006). The portfolio: How was it for you? Views of F2 doctors from the Mersey deanery foundation pilot. *Clinical Medicine*, 6(4), 378-80.
- Rönnerman, K. (2004). *Aktionsforskning i praktiken- Erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C. & Plos, K. (2005). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 223-229.
- Sahlsten, M., Larsson I., Sjöström, B., Lindencrona, C. & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care: Towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 630-637.

Sandelowski, M. (1998). Focus on qualitative methods. The call to experts in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 21(5), 467–471.

Sandelowski, M. (2004). Using qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366–1386.

Sandelowski, M. & Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer.

Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E. & Oford, D. (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: Feasibility and treatment effect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 386-495.

Saver, G.B. Van-Nguyen, V., Keppel, G. & Doescher, P.M. (2007). A qualitative study of depression in primary care: Missed opportunities for diagnosis and education. *Journal of American Board Family Medicine*, 20(1), 28-35.

SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Rapport nr: 166/1. SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Scherbaum, C.A., Choen-Charash, Y. & Kern, M.J. (2006). Measuring general self-efficacy. A comparison of three measures using item response theory. *Educational Psychological Measurements*, 66(6), 1047-1063.

Scholes, J., Webb, J.C., Gray, M., Endacott, R., Miller, C., Jasper, M. & McMullan, M. (2004). Making portfolios work in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 595–603.

Schunk, D.H. & Zimmerman, B.J. (1998). *Self-regulated learning: From teaching to self-reflective practice*. New York, NY: Guilford.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed E.N. & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 807–818.

Schön, D. (1995). *The reflective practitioner. How professionals think in action* (2nd ed.). Aldershot, UK: Arena.

Seedat, S., Haskins, A. & Stein, D.J. (2008). Benefits of consumer psychoeducation: A pilot program in South Africa. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(1), 31-42.

Silverman, D. (2007). *Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction* (3:d ed.). London: SAGE Publications.

Singer, R.A. & Dobson, S.K. (2007). An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 563–575.

Sjöberg, S. (2005). *Naturvetenskap som allmänbildning: En kritisk ämnesdidaktik*. Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I., Dencker, K., Häggström, L. & Fridlund, B. (2003). A salutogenic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2), 153–162.

Skärsäter I., Dencker K., Bergbom I., Häggström L. & Fridlund B. (2003). Women´s conceptions of coping with major depression in daily life: A qualitative, salutogenic approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(4), 419-39.

Skärsäter, I., Langius, A., Ågren, H., Häggström, L. & Dencker, K. (2005). Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: A one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 258-264.

Skärsäter, I., Baigi, A. & Haglund, L. (2006). Functional status and quality of life in patients treated for first-episode of major depression: A two-year prospective study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(2), 204-213.

Skärsäter, I. (2010). Förstämningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa* (sid 67-93). Lund: Studentlitteratur.

Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J. & Rehnberf, C. (2006). Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy Economy*, 9(2), 87-98.

Referenser

Sobocki, P., Lekander, I., Borgström F., Ström O. & Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, 22(3), 146-152.

Socialdepartementet (2008). *Skrivelse om psykiatri*. 2008/09:185.

Socialdepartementet (2010). *Från ambition till handling - En politik för psykisk hälsa*. S2010.011.

Socialstyrelsen (2005). *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. SOSFS 2005:12. <http://www.socialstyrelsen.se>. Hämtad 23 februari, 2011.

Socialstyrelsen (2006). *Vårdkedjeprojektet, del 2. Framtidens vårdkedja - En motorväg med smidiga av- och påfarter*. <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/nationellpsykiatrisamordning2005-2007/Documents/F11Vardkedjeprojektetslutrapport2006.pdf> Hämtad 23 februari, 2011.

Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för god vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Artikelnr 2009-11-5 Publicerad www.socialstyrelsen.se. Hämtad 23 februari, 2011.

Socialstyrelsen (2010a). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av international classification of functioning, disability and health (ICF)*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010b). *Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – Beslutsstöd för prioriteringar*. <http://www.socialstyrelsen.se> Hämtad 23 februari, 2011.

Socialstyrelsen (2010c). *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande. Läget efter lagändringarna 1 januari 1999*. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-103-5> Hämtad 23 februari, 2011.

Solomon, A. (2003). *Depressionens demoner*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

SOU 2006:100: *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av nationell psykiatrisamordning*. Stockholm: Edita Sverige AB.

Spence, W. & El-Ansari, W. (2004). Portfolio assessment: practice teachers early experience. *Nurse Education Today*, 24(5), 388–401.

Steunenberg, B., Beekman, A.T.F., Deeg D.J.H. & Kerkhof, A.J.F.M. (2006). Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 243-251.

Street, A.F. (2003). Action Research. In V. Minichello, G. Sullivan, K. Greenwood & R. Axford (Eds.) *Handbook for research methods in nursing and health sciences* (2nd ed.). Sydney: Pearson Education Australia.

Svanborg, P. & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck depression inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg depression rating scale (MADRS). *Journal of Affective Disorder*, 64(2-3), 203-216.

Svedberg, L. & Zaar, M. (1998). *Boken om pedagoger*. Stockholm: Liber AB.

Säljö, R. (2009). Institutionella språk och samtal om hälsa. I M. Hansson-Scherman & U. Runesson (red). *Den lärande patienten* (s. 39-61). Lund: Studentlitteratur.

Taube, K. (1997). *Portfoliometoden– Undervisningsstrategi och utvärderingsinstrument*. Stockholm: Gothia.

Taube, A. (2000). *Mappevurdering: Undervisningsstrategier og undervisningsredskap*. (2 uppl.). Oslo: Tano Aschehoug AS.

Thomas, A.S. & Lincoln, B.N. (2006). Factors relating to depression after stroke. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 49–61.

Thompson, A., Hunt, C. & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 810-17.

- Tiller, T. (1999). *Aktionslärande. Forskande partnerskap i skolan*. Stockholm: Runa Förlag.
- Tiwari, A. & Tang, C. (2003). From process to outcome: The effect of portfolio assessment on student learning. *Nurse Education Today*, 23(4), 269–277.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Topor, A., Broström, K. & Strömvall R. (red). (2007). *Vägen vidare – Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa*. Stockholm: Återhämtningsprojektet/RSMH.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(1), 160-170.
- Wallston, K.A., Stein, M.J., Smith, C.A. (1994). Form C of the MHLC scales a condition – Specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63(3), 534-553.
- Vargas, M.A. (2006). Knowledge about depression among patients treated in primary care settings in Bogota, Colombia. Colombian results of the international depression project. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 35(1), 9-22.
- Weaver, T.E., Richmond, T.S. & Narsavage, G.L. (1997). An explanatory model of functional status in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research*, 46(1), 26-31.
- Webb, T.P., Aprahamian C., Weigelt, J.A. & Brasel, K.J. (2006). The surgical learning and instructional portfolio (SLIP) as a self-assessment educational tool demonstrating practice- based learning. *Current Surgical*, 63(6), 444–447.
- Weber, R.P. (1990). *Basic content analysis* (2nd ed.). Series: Sage University papers. Quantitative applications in the social sciences (vol. 49). London: Sage Publications Ltd.
- Weber, R.P. (2004). Content analysis. I C. Seale, *Social research methods: A reader*. London/New York: Routledge.

Vetenskapsrådet (2010). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>. Hämtad 23 februari, 2011.

Viinamäki, H., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K. & Hintikka, J. (2006). Recovery from depression: A two-year follow-up study of general population. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(1), 19-28.

Williams, A.G., Park, R.J., Traynor, V., Nairn, S., O'Brien, E., Chapple, M. & Johnson, S. (2008). Lecturers and students perceptions of portfolios in an English school of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18(8), 1113–1122.

Wilkes, M.S. & Howell, L. (2006). Technology as an instrument to improve quality, accountability, and reflection in academic medicine. *Academic Psychiatry*, 30(6), 456–464.

Voils, C.I., Steffens, D.C., Flint, E.P. & Bosworth, H.B. (2005). Social support and locus of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(2), 157–165.

Von Glaserfeld, E. (1998). Why constructivism must be radical. In M. Laroche, N. Bednarz & J. Garrison (Eds.). *Constructivism and education* (pp. 23-28). Cambridge: Cambridge University Press.

Wood, D.J., Bruner, J.S. & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(2), 89–100.

World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2010). *Depression*. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. Hämtad 23 februari, 2011.

Vygotsky, L.S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press.

Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Vygotsky, L.S. (1987). Thinking and speech. In R.W. Rieber & A.S. Carton (Eds.), *The collected works of L.S. Vygotsky: Vol 1 Problems of general psychology*. (N. Minick, Trans.). New York: Plenum Press.

Zarate, A.C., Singh, B.J., Quiroz, A.J., Jesus, De, G., Denicoff, K.K., Luckenbaugh, A.D., Husseini, M.K. & Charney, S.D. (2006). A double-blind, placebo-controlled study of Memantine in the treatment of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 153-155.

Zeichner, K. & Wray, S. (2001). The teaching portfolio in U.S. teacher education programs: What we know and what we need to know. *Teaching and Teacher Education*, 17(5), 613–621.

Zimmerman, B.J. (2000). Self-regulatory cycles of learning. In G.A. Straka (Ed.), *Conceptions of self-directed learning, Theoretical and conceptual considerations*. New York: Waxman.

Zimmerman, B.J. & Schunk, D.H. (2004). Self-regulating intellectual processes and outcomes: A social cognitive perspective. In D.Y. Dai, & R.J. Steinberg (Eds.), *Motivation, emotion and cognition: Integrative perspectives on intellectual functioning and development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ågård, A., Hermerén, G. & Herlitz, J. (2004). When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients' knowledge of and attitudes toward medical information. *Heart & Lung*, 33(4), 219-226.

Åsberg, M. & Mårtensson, B. (2009). *Förstämmningssyndrom*. I J. Herlofson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (red.). *Psykiatri*, (s. 305–334). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1

Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV

(American Psychiatric Association. Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Översättning av Herlofsson, J. Danderyd: Pilgrim Press; 1998, sid. 123-125)

A. Minst fem av följande symtom har förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomen (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje måste föreligga. Obs: Inkludera ej symtom som uppenbart beror på somatisk sjukdom/skada eller på stämningsinkongruenta vanföreställningar eller hallucinationer.

- 1 nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv (till exempel känner sig ledsen eller tom) eller av andra (till exempel ser ut att vilja gråta). Obs: Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
- 2 klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen, så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen själv eller andra).
- 3 betydande viktnedgång (utan att avsiktligt banta) eller viktupp gång (till exempel en mer än femprocentig förändring av kroppsvikten under en månad), eller minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen. Obs: Ta också med i beräkningen om förväntad viktökning hos barn uteblivit.
- 4 sömnstörning (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt).

Bilaga 1

- 5 psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (observerbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet).
- 6 svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.
- 7 känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuld känslor (vilka kan ha vanföreställningskaraktär) nästan dagligen (inte enbart självföreläelser eller skuldkänslor över att vara sjuk).
- 8 minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen eller av andra).
- 9 återkommande tankar på döden (inte enbart rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.

B. Symtomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression.

C. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

D. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (till exempel missbruksdrog, medicinering) eller av somatisk sjukdom/skada (till exempel hypothyroidism).

E. Symtomen förklaras inte bättre med okomplicerad sorg, det vill säga den depressiva symtomatologin har varat längre än två månader efter en närståendes bortgång eller karaktäriseras av påtaglig funktionsförsämring, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
Sahlgrenska akademien

Kursplan

**OM5020, Specifika pedagogiska metoder i
psykiatriskt vårdarbete, 7,5 högskolepoäng**
**Specific pedagogical methods within psychiatric care,
7,5 higher education credits**
Avancerad nivå – Second Cycle

1. Fastställande

Kursplanen är fastställd av Grundutbildningsutskottet vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa 2007-10-23.

Kursplanen gäller fr o m vårterminen 2008.

Utbildningsområde: Vård

Ansvarig institution: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

2. Inplacering

Kursen ges som fristående kurs.

3. Förkunskapskrav

Grundläggande behörighet för högskolestudier samt yrkesexamen på högskolenivå om minst 180 högskolepoäng inom något av vårdvetenskapens huvudområden eller motsvarande.

4. Innehåll

Den lärande människan samt lärandets strukturella och kulturella villkor

Pedagogikens teoretiska och värdemässiga grunder

Människans kognitiva strukturer och utvecklande tankemönster

Det lärande och utvecklande samtalet och hur människan lär i möten och samtal

Portfoliomethodikens grunder

Kognitivt förhållningssätt och psykoedukativa metoder i psykiatrisk omvårdnad

Pedagogisk dokumentation

Aktuell forskning inom ramen för kursens innehåll

5. Mål

Efter avslutad kurs skall studenten kunna:

Kunskap och förståelse

- förklara och argumentera för pedagogikens teoretiska och värdemässiga grunder
- beskriva hur lärandet kan konstrueras ur ett socialt och kulturellt perspektiv
- förklara och argumentera för portfoliomethodik och kognitivt förhållningssätt som stöd för det pedagogiska samtalet med den deprimerade patienten
- med stöd i portfoliomethodik och kognitivt förhållningssätt, analysera pedagogiska och kognitiva effekter hos egna patienter

Färdighet och förmåga

- tillämpa portfoliomethodik och kognitivt förhållningssätt i det pedagogiska samtalet med den deprimerade patienten
- diskutera och analysera värdet av portfoliomethodik och kognitivt förhållningssätt såväl för egen del som för patientens del

Värderingsförmåga och förhållningssätt

- reflektera och analysera över det pedagogiska arbetets betydelse för patientens lärande och kognitiva funktioner
- reflektera och analysera över det pedagogiska arbetets betydelse för patientens minnesfunktion, problemlösande förmåga och hälsoperspektiv
- reflektera över det egna vetenskapliga och etiska förhållningssättet i kontakten med patienten

6. Kurslitteratur

Se separat litteraturlista.

7. Former för bedömning

Kursen skall bygga vidare på studenternas tidigare kunskaper och praktiska erfarenheter, tid skall ges för reflektion, diskussion och upplevelsebaserat lärande. Studenten får under tiden en egen portfolio, där reflektioner och självvärderingar dokumenteras. Studentens portfolioinnehåll utgör grund för examinationen. Obligatorisk närvaro krävs vid föreläsningar och fokusgruppsdiskussioner. Student äger rätt till byte av examinator efter att ha underkänts två gånger på samma examination, om det är praktiskt möjligt. En sådan begäran ställs till institutionen och skall vara skriftlig. Antal provtillfällen är begränsade till fem tillfällen.

8. Betyg

Betygsgrader är Godkänd och Underkänd.

9.Kursvärdering

I kursen ingår kursutvärdering enligt riktlinjer fastställda av institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Denna skall vara vägledande för genomförande av pågående kurs samt för utveckling för kommande kurser.

Underlag för intervju

Patientintervju nr 1

DEPRESSIONEN

Beskriv lite vad det är för problem du har eller haft!

-hur länge problemen varit?

-hur svåra har problemen varit tycker du?

-hur mår du i dag?

TANKAR

1. Vad tänker du om din situation och ditt liv?

2. Har du några speciella tankar som ofta återkommer?

ÅTERHÄMTNING

Hur länge har du känt av din nedstämdhet/depression?

Tycker du att du känner dig bättre nu?

Om bättre: -Hur tycker du att du mår bättre?- beskriv!

Om sämre: -Hur tycker du att du mår sämre?- beskriv!

Vad tror du att det är som gör att du mår bättre/sämre?

D) KUNSKAP

Vad känner Du till om Din egen nedstämdhet/depression?

- vad beror den på?

- hur den påverkar just Dig?

Vad tror du att din nedstämdhet/depression beror på?

Tycker du att du har/haft någon hjälp av det du känner till om din nedstämdhet/depression?

Har du hjälp av någon för att förstå din situation och dina problem? (Har Du stöd av vårdpersonalen (läkare, sjuksköterska, psykolog, sjukgymnast, arbets-terapeut) för att förstå dina egna problem och din egen situation?)

Vad vet dina närstående om din nedstämdhet/depression?

Vad vet dina vänner om din nedstämdhet/depression?

Vad vet dina arbetskamrater om din nedstämdhet/depression?

Har denna kunskap som dina närstående, vänner eller dina arbetskamrater hjälpt dig på något sätt?

Om JA: I så fall vad?

Om NEJ: Varför tror du inte att detta hjälpt dig?

Skulle Du vilja veta något mer om Din egen nedstämdhet/depression?

Om JA: I så fall vad skulle Du vilja veta mer om?

Om NEJ: Varför anser du att du inte behöver få mer kunskap?

E) MINNE, PROBLEMLÖSANDE FÖRMÅGA

Hur tycker du att din förmåga att komma ihåg saker är? Beskriv!

Har ditt sätt att lösa problem förändrats då du haft/har din nedstämdhet?

I så fall HUR?

F) PORTFOLIOMETODIK- KOGNITIVT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Vad känner du till om portfolio?

Underlag för intervju

Patientintervju nr 2 och 3

DEPRESSIONEN

Beskriv lite av hur din depression är just nu

-hur mår du i dag?

-vad har du för problem?

-hur svåra är dina problem?

-om du jämför med förra gången jag intervjuade dig (i somras/alt höstas), vad tycker du att det är för skillnad?

TANKAR

1. Vad tänker du om din situation och ditt liv?

2. Har du några speciella tankar som ofta återkommer?

ÅTERHÄMTNING

Tycker du att du känner dig bättre nu än förra gången vi träffades?

Om bättre: -Hur tycker du att du mår bättre?- beskriv!

Om sämre: -Hur tycker du att du mår sämre?- beskriv!

Vad tror du att det är som gör att du mår bättre/sämre?

Hur skulle du vilja känna dig eller må om ett år?

4. Vilken hjälp tycker du att du får? Av vem får du denna hjälp?

D) MINNE, PROBLEMLÖSANDE FÖRMÅGA

Hur tycker du att din förmåga att komma ihåg saker är? Beskriv!

Har ditt sätt att lösa problem förändrats då du haft/har din nedstämdhet?

I så fall HUR?

E) KUNSKAP

* Vad känner Du till om Din egen nedstämdhet/depression?

- vad depressionen/problemen på?

-hur den påverkar just Dig?

-kommer du ihåg hur du var då du var frisk? Hur var du då?

-hur var det då du gick in i din depression? Kommer du ihåg då du blev deprimerad?

* Tycker du att du har mer kunskap om dig själv eller din depression nu än vid det föregående intervjutillfället?

F)PORTFOLIOMETODIK OCH KOGNITIVT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

* Vad har du arbetat med?

* Hur har du arbetat med detta?

* Kan du visa något som du har arbetat med?

* Vad har varit bra, mindre bra med dessa metoder?

* Är det något som du tycker du har haft hjälp eller stöd av?

Underlag för intervju- personalintervju

- Hur uppfattar du portfoliomethoden?
- Har du använt portfoliomethoden med någon eller några av dina patienter?
- Kan du beskriva hur du i så fall använt methoden?
- Vad har varit bra, mindre bra med portfoliomethoden?
- Är det något som du tycker du har haft hjälp eller stöd av?

Utvärdering- diskussionsgruppen 2009-05-19

Hinder och möjligheter som varit under det dryga året?

- grundkunskaper för att förstå metoden
- användningen av portfoliomethodik
- patientmedverkan
- att få tid för egen reflektion
- att få tid till att läsa material
- att få tid att gå på föreläsningarna och diskussionsgruppen
- chefer och kollegor
- övrigt

Vad är det viktigaste som ni kommer att bära med er från studien? (april-08 till juni-09)

patientens kunskaper
portfoliomethoden
dina egna kunskaper

Hur vill ni gå vidare med det ni fått med er under studien? (april-08 till juni-09). Vad skulle ni vilja arbeta vidare med?

Information -förfrågan om deltagande i forskningsstudien

”Portfoliomethodik som lärande verktyg i det pedagogiska arbetet med den deprimerade patienten”

-patienter

Bakgrund och syfte

Tidigare studier har visat att det med rätt behandling går att återhämta sig relativt väl från själva symtomen vid depressionen och återetablera de sociala kontakterna, men att återhämtningsperioderna ofta är långa. I vissa fall kvarstår också minnessvårigheter och brister i den problemlösande förmågan. Det är av stor vikt att öka förståelsen av den nedstämda/deprimerade individens kunskap om sin egen depression och hur denna påverkar individens återhämtningsförmåga. Det är också viktigt att få veta vad det är för form av kunskap det handlar om (tankemässig- känslomässig) samt vilka kunskapsbehov som kan finnas. En viktig del handlar om att öka den nedstämda/deprimerade individens möjligheter till självkontroll, det vill säga att få kunskap för att kunna förstå och hantera situationen bättre. Här kan pedagogiska modeller vara en del av de åtgärder som kan hjälpa och stödja nedstämda/deprimerade patienter i deras återhämtning.

Syftet med studien är:

Att utveckla kunskap om den deprimerade patientens lärandebehov, lärande om sig själv, sin egen problematik och sin egen situation

Att utveckla pedagogiska metoder som stödjande verktyg för såväl patientens lärande som vårdpersonalens samtal

Förfrågan om deltagande

Eftersom du har en nedstämdhetsproblematik/depression, tillfrågas Du om att ingå i en forskningsstudie. I denna studie kommer du dels att bli intervjuad, dels få göra en skattning av din depression, din kunskap om din depression och hur väl du anser att du kan kontrollera dina problem. Dessutom kommer du, tillsammans med din kontaktperson, att arbeta med att öka kunskaperna om din situation och ditt lärande med hjälp av en pedagogisk metod. Vi har fått ditt namn av den medicinskt ansvarige läkaren och din kontaktperson.

Hur går studien till?

Du kommer att bli intervjuad av en forskare en gång i början (våren 2008) och en gång i slutet av studierna (hösten 2009). Intervjun kommer att ske på en för dig känd plats och kommer att ta ca 45 minuter. Du kommer vid dessa tillfällen också att få fylla i formulär som rör din nedstämdhet/depression, vilken kunskap som du har om dina problem och vilken förmåga som du

anser att du har att kontrollera dina problem. Mellan dessa tillfällen kommer du och din kontaktperson att föra anteckningar eller på annat sätt dokumentera dina känslor, problem eller förbättringar under drygt ett år. Vid något tillfälle kommer en forskare att närvara och observera något samtal mellan dig och din kontaktperson. Efteråt kommer såväl du som din kontaktperson att intervjuas (separat) om detta samtal. De anteckningar som du skriver ner kommer också, om du går med på det, att analyseras.

Vilka är riskerna?

Det finns inga påvisade risker med de metoder som kommer att användas i studien. Men om du har funderingar eller skulle känna oro, så får du gärna ta kontakt med din kontaktperson eller någon av de undertecknade personerna.

Finns det några fördelar?

Du får en möjlighet att, tillsammans med din kontaktperson, bearbeta dina problem med hjälp av en pedagogisk metod. Du bidrar också, genom deltagandet i studien, till en förståelse för och om denna metod och förhållnings-sätt kan stödja minnet, den problemlösande förmågan samt kontrollfunktioner och hur kunskap kan påverka återhämtningen på ett positivt sätt.

Hantering av data och sekretess

Inga obehöriga kommer att få tillgång till data. Data kommer att kodas så att inga personer kan identifieras. Resultaten från studien kommer att presenteras i text, tabeller och figurer där inga individer heller kommer att kunna identifieras. När studien är genomförd, kommer samtliga personuppgifter att avkoderas.

Hur får jag information om studiens resultat?

Du kommer att få en rapport om studiens resultat, då denna är analyserad, färdigbearbetad och publicerad.

Försäkring, ersättning

Du är enligt vedertagna regler skyddad av patientförsäkringen vid deltagande i vetenskapliga studier. Någon ekonomisk ersättning eller annan ersättning utgår inte.

Frivillighet

Deltagandet i studien är helt frivilligt och påverkar inte sedvanlig behandling eller omhändertagande och Du får när som helst, utan särskilt skäl, avbryta Ditt deltagande.

Personuppgifter

Inga personliga uppgifter kommer att utlämnas i resultatet. All hantering av personuppgifter regleras av personuppgiftslagen SFS 1998:204, punkt 9. Du kan skriftligen begära att få reda på vilka uppgifter som finns registrerade om dig och varifrån dessa uppgifter har hämtats. Framkommer det att det står någonting felaktigt om dig ska den uppgiften ändras. Uppgifterna kan du begära att få av någon av nedanstående. Du kan också ta kontakt med personuppgiftsombudet.

Rolf Johansson, Personuppgiftsombud

Regionens hus

462 80 VÄNERSBORG.

Tel: 0521-275240

Mobiltel: 0708-275240

rolf.johansson@vgregion.se

Information -förfrågan om deltagande i forskningsstudien

”Portfoliomethodik som lärande verktyg i det pedagogiska arbetet med den deprimerade patienten”

-vårdpersonal

Bakgrund och syfte

Tidigare studier har visat att det med rätt behandling går att återhämta sig relativt väl från själva symtomen vid depressionen och återetablera de sociala kontakterna, men att återhämningsperioderna ofta är långa. I vissa fall kvarstår också minnessvårigheter och brister i den problemlösande förmågan. Det är av stor vikt att öka förståelsen av den nedstämda/deprimerade individens kunskap om sin egen depression och hur denna påverkar individens återhämningsförmåga. Det är också viktigt att få veta vad det är för form av kunskap det handlar om (tankemässig- känslomässig) samt vilka kunskapsbehov som kan finnas. En viktig del handlar om att öka den nedstämda/deprimerade individens möjligheter till självkontroll, det vill säga att få kunskap för att kunna förstå och hantera situationen bättre. Här kan pedagogiska modeller vara en del av de åtgärder som kan hjälpa och stödja nedstämda/deprimerade patienter i deras återhämtning.

Den metod som kommer att användas i föreliggande studies innovativa del är en kombination dels av en pedagogisk metod; portfoliomethodik och dels en kognitiv metod; kognitivt förhållningssätt/psykoedukativa tekniker.

Syftet med studien är:

Att utveckla kunskap om den deprimerade patientens lärandebehov, lärande om sig själv, sin egen problematik och sin egen situation

Att utveckla pedagogiska metoder som stödjande verktyg för såväl patientens lärande som vårdpersonalens samtal

Förfrågan om deltagande

Eftersom Du arbetar som vårdpersonal på öppenspsykiatrisk mottagning inom NN upptagningsområde, och möter patienter med nedstämdhet/depression skulle vi vilja tillfråga dig om att ingå i en studie där du dels får utbildning i portfoliomethodik/kognitiv methodik, dels kommer att ingå i en diskussionsgrupp och dels kommer att arbeta med dessa metoder med en eller två av dina patienter. Vid något tillfälle kommer också en forskare att göra en observation av ett samtal mellan dig och din patient, där du också kommer att bli intervjuad efteråt. Vi har fått ditt namn av din enhetschef.

Hur går studien till?

Du kommer att erbjudas deltagande i en utbildning i portfoliomethodik och kognitivt förhållningssätt. Omfattningen är 4 dagars utbildning under våren 2008 och regelbundna gruppdiskussioner under tiden som interventionsstudien pågår (maj 2008 till juni 2009). Du kommer, tillsammans med din patient (som ingår i undersökningsgruppen), att använda portfoliomethodik och de metoder som ingår i de psykoedukativa teknikerna, under den tid som studierna pågår. Dessutom kommer du att tillfrågas om en forskare kan få observera ett av de samtal som du har med din patient, med dessa metoder som grund. Efteråt kommer såväl Du som din patient att intervjuas (separat) om detta samtal.

Vilka är riskerna?

Det finns inga redovisade risker med användandet av portfoliomethodik eller de kognitiva metoder, som kommer att användas i studien.

Finns det några fördelar?

Möjligheter för Dig är att få kunskap om portfoliomethodik, kognitivt förhållningssätt och psykoedukativa metoder. Meningen är också att du ska få praktisk användning av det portfolio- kognitiva verktyget. Du kommer också, i diskussionsgruppen, att få beskriva och samtala om dina tankar, känslor och åsikter om användandet och nyttan av portfoliomethodik och kognitivt förhållningssätt/psykoedukativa metoder.

Hantering av data och sekretess

Inga obehöriga kommer att få tillgång till data. Data kommer att kodas så att inga personer kan identifieras. Resultaten från studien kommer att presenteras i text, tabeller och figurer där inga individer heller kommer att kunna identifieras. När studien är genomförd, kommer samtliga personuppgifter att avkoderas.

Hur får jag information om studiens resultat?

Du kommer att få en rapport om studiens resultat, då denna är analyserad, färdigbearbetad och publicerad.

Försäkring, ersättning

Enhetscheferna vid respektive öppenvårdsmottagning garanterar att du får tidsmässig möjlighet att delta i föreläsningar och diskussionsgrupp. Enhetscheferna har också godkänt inköp av kurslitteratur, portfoliomaterial till patienterna samt lokalhyra. Du har bibehållen lön vid föreläsningar och gruppträffar. Några övriga ekonomiska ersättningar utgår inte.

Frivillighet

Deltagandet i studien är helt frivilligt och Du får när som helst, utan särskilt skäl, avbryta Ditt deltagande.

Personuppgifter

Inga personliga uppgifter kommer att utlämnas i resultatet. All hantering av personuppgifter regleras av personuppgiftslagen SFS 1998:204, punkt 9. Du kan skriftligen begära att få reda på vilka uppgifter som finns registrerade om dig och varifrån dessa uppgifter har hämtats. Framkommer det att det står någonting felaktigt om dig ska den uppgiften ändras. Uppgifterna kan du begära att få av någon av nedanstående. Du kan också ta kontakt med personuppgiftsombudet.

Rolf Johansson, Personuppgiftsombud

Regionens hus

462 80 VÄNERSBORG.

Tel: 0521-275240

Mobiltel: 0708-275240

rolf.johansson@vregion.se

**AVHANDLINGAR
FRÅN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA
SAHLGRENSKA AKADEMIN VID GÖTEBORGS UNIVERSITET,
GÖTEBORG**

Doktorsavhandlingar

Skärsäter, I. (2002). The importance of social support for men and woman, suffering from major depression – a comparative and explorative study.

Ahlberg, K. (2004). Cancer-Related Fatigue – experience and outcomes.

Drevenhorn, E. (2006). Counselling patients with hypertension at health centres – a nursing perspective.

Olsson, L-E. (2006). Patients with acute hip fractures motivation, effectiveness and costs in two different care systems.

Berg, L. (2006) Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård.

Knutsson, S. (2006) Barns delaktighet genom besök hos närstående som vårdas på en intensivvårdsavdelning.

Jakobsson, E. (2007). End-of-life care in a Swedish county – patterns of demographic and social condition, clinical problems and health care use.

Henoch, I. (2007). Dyspnea Experience and Quality of Life among Persons with Lung Cancer in Palliative Care.

Sahlsten, M. (2007). Ömsesidighet i förhandling – Sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet.

Wikström, A-C. (2007). Knowing in Practice – a Tool in the Production of Intensive Care.

Falk, K. (2007). Fatigue in patients with chronic heart failure – Patient experiences and consequences of fatigue in daily life.

Jansson, U-B. (2007). Urinary bladder function and acquisition of bladder control in healthy children.

Lindström, A-C. (2007). "Något som inte längre är" – distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv.

Jerlock, M. (2007). Patients with unexplained chest pain – Pain experience, stress, coping and health-related quality of life.

Melin-Johansson, C. (2007). Patients' quality of life – Living with incurable cancer in palliative home care.

Hedemalm, A. (2007). Immigrants with heart failure – A descriptive study of symptoms, self care, social support, care and treatment.

Patel, H. (2008). Patients with worsening Chronic Heart Failure – Symptoms and aspects of Care.

Larsson, I. (2008). Patient och medaktör – Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras.

Browall, M. (2008). Experience of adjuvant treatment among postmenopausal women with breast cancer - Health-Related Quality of Life, symptom experience, stressful events and coping strategies.

Kenne Sarenmalm, E. (2008). When Breast Cancer Returns – Women's Experiences of Health, Illness and Adjustment During the Breast Cancer Trajectory.

Sparud Lundin, C. (2008). Living with diabetes during transition to adult life – Relationships, support of self-management, diabetes control and diabetes care.

Wickström Ene, K. (2008). Postoperative pain management – predictors, barriers and outcome.

Wigert, H. (2008). Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård.

Westin, L. (2008). Encounters in Nursing Homes – Experiences from Nurses, Residents and Relatives.

Ringdal, M. (2008). Memories and Health Related Quality of Life – in patients with trauma cared for in the Intensive Care Unit.

Janson Fagring, A. (2009). Unexplained chest pain in men and women – symptom perception and outcome.

Hedman Ahlström, B. (2009). Major depression and family life – The family's way of living with a long-term illness.

Johansson, I. (2009). The health care environment on a locked psychiatric ward and its meaning to patients and staff members.

Abdalahim, M. (2009). Postoperative Pain Assessment and Management. The Effects of an Educational Program on Jordanian Nurses' Practice, Knowledge, and Attitudes.

Nolbris, M. (2009). Att vara syskon till ett barn eller ungdom med cancer-sjukdom – Tankar, behov, problem och stöd.

Alsén, P. (2009). Illness perception and fatigue after myocardial infarction.

Olsson, U. (2009). Återhämtning och upplevd livskvalitet efter övre gastrointestinal kirurgi – ett patientperspektiv.

Bisholt, B. (2009). Nyutexaminerade sjuksköterskors yrkessocialisation – Erfarenheter av ett introduktionsprogram.

Lundblad, B. (2009). Skall jag gå, eller är det bättre att jag väntar? – Förutsättningar för barns toalettbesök i skolan.

Fridh, I. (2009). Vårdmiljö, vård och omvårdnad vid livets slut inom intensivvård.

Pennbrant, S. (2009). Äldre patienters, närståendes och läkares erfarenheter av mötet dem emellan. En studie inom sjukhusvård med ett sociokulturellt perspektiv.

Skyvell Nilsson, M. (2010). Nu är det du som är doktor, nu är det du som bestämmer. Studier av yrkeskunnandets utveckling och manifestation hos studenter och läkare.

Pettersson, M. (2010). Livskvalitet och hälsa. Patienters upplevelser i samband med Abdominellt Aorta Aneurysm.

Falk, H. (2010). There is no escape from getting old. Older persons' experiences of environmental change in residential care.

Jansson, I. (2010). Planerad processororienterad omvårdnad – nytta och implementering.

Lindfred, H. (2010). Ungdomars och deras föräldrars erfarenheter av att leva med inflammatorisk tarmsjukdom – fokus på hälsa, självkänsla och egenvård.

Johansson, M. (2010). Life after terminated IVF – experience and quality of life among men and women.

Jangsten, E. (2010). Third stage of labour – studies on management, blood loss and pain in Angola and Sweden.

Dencker, A. (2010). Avvaktande eller aktiv handläggning vid långsam förlossningsprogress hos friska förstföderskor- En randomiserad studie av obstetriskt utfall och förlossningsupplevelse.

Andersson, I. (2010). Health-related quality of life after stem cell transplantation - The first year.

Nilsson, M. (2010). The perceived threat of the risk of graft rejection among organ transplant recipients.

Dahlqvist Jönsson, P. (2010). Living with bipolar disorder – The experiences of the persons affected and their family members, and the outcomes of educational interventions.

Edwall, L. (2011). Rutinbesök hos diabetessjuksköterskan. Vårdmötet och dess innebörd för personer med typ 2 diabetes.

Premberg, Å. (2011). Förstagångsfäderns upplevelser av föräldrautbildning, förlossning och första året som far.

Licentiatavhandlingar

Moene, M. (2006). Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp.

Lindström, I. (2007). Patienters delaktighet – en studie om vård i livets slutskede.