



***”De är inte så farliga som
människor tror”***

**- Hur man som personal kan möjliggöra delaktighet
för patienter inom den psykiatriska tvångsvården**

Helena Johansson

**Examensarbete 15 Hp
Socialt arbete och socialpedagogik, 61 – 90 Hp
Socialpedagogiska programmet
Institutionen för individ och samhälle
Vårterminen 2018**

Tack!

Jag vill rikta ett stort och varmt tack till min fantastiska familj som har stöttat mig genom hela uppsatsarbetet! Tack för ert tålamod och överseende med mig när jag har varit fullt fokuserad på skrivandet och inte riktigt hunnit med er därhemma! Utan er hade min uppsats aldrig blivit färdig! Varmt tack till yngste sonen Johannes som vid ett kämpigt tillfälle tittade mig djupt in i ögonen och sa: "Du kommer att fixa det här, mamma!" De orden bar mig många gånger! Jag vill även rikta ett stort tack till mina goa vänner i bönegruppen i Skepplanda, "bönetanterna", som har lyssnat på mig och stöttat mig från början till slut! Tack även till mig goda vän Suresh i Indien som har stöttat mig och hela tiden trott att jag skulle klara det här!

Tack för att ni alla trodde på mig!

Jag vill också rikta ett stort och innerligt tack till alla er som medverkat i studien! Tack för att ni delade med er av er kunskap till mig! Utan er medverkan hade studien inte blivit av. Ytterligare ett tack till Ann Liss på Högskolan Väst som gav mig bra tips i början av uppsatsen så att jag fick inspiration att komma igång. Slutligen tack till Göran Adamson för bra och konstruktiv handledning mot slutet av skrivandet, vilket gjorde att uppsatsen fick ett annat djup än den annars skulle ha fått!

Sammanfattning

Titel: *"De är inte så farliga som människor tror"* - Hur man som personal kan möjliggöra delaktighet för patienter inom den psykiatriska tvångsvården

Engelsk titel: *"They are not as dangerous as people think"* - How the staff can make patients in compulsory psychiatric care involved in their own care

Sidantal: 35

Författare: Helena Johansson

Handledare: Göran Adamson

Examinator: Anna Henriksen

Datum: November 2018

Sammanfattning

Bakgrund: Bakgrunden till studien grundar sig i ett intresse av att ta reda på hur patienter inom den psykiatriska tvångsvården upplever delaktighet, mitt i den situation som personerna befinner sig i. Av etiska skäl kunde dock inte patienterna själva intervjuas. Därför har jag valt att istället intervjua personal som dagligen arbetar nära patienter inom tvångsvården, för att ta reda på hur personalen upplever att man kan skapa delaktighet i patienternas vardag. Personer som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården är en grupp som inte syns ute i samhället och därför kan de personerna lätt glömmas bort. Delaktighet är ett centralt begrepp inom socialpedagogiken och någonting som alla människor har rätt till. Med anledning av det här valde jag att göra en studie med den här utgångspunkten.

Syfte: Syftet med studien är att undersöka hur personalen kan göra patienter inom den psykiatriska tvångsvården delaktiga i sin vardag. Vidare att undersöka vilka utmaningar de stöter på inom ramen för lagstiftningen.

Metod: Studien har en kvalitativ metod där halvstrukturerade intervjuer har genomförts med tre sjuksköterskor och tre skötare som dagligen arbetar med patienter inom den psykiatriska tvångsvården.

Resultat: Resultatet visar att ett tydligt säkerhetstänk från personalens sida styr väldigt mycket hur utformningen av arbetet sker. Vidare att personalens tillgänglighet och möjlighet att lyssna på patienterna är viktiga komponenter i det delaktighetsfrämjande arbetet. Resultatet visar också att patienternas förutsättningar och psykiska mående är några av faktorerna som kan skapa svårigheter när det gäller att uppnå delaktighet för patienterna. Dessutom finns hela tiden lagstiftningen med dess begränsningar med; vilket givetvis påverkar både hur arbetet sker, samt i vilken mån patienterna kan vara delaktiga.

Nyckelord: Psykiatrisk tvångsvård, delaktighet, säkerhet, tillgänglighet.

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1.1 Förförståelse	2
1.2 Bakgrund	2
1.3 Definitioner.....	4
1.4 Avgränsningar	4
2 Syfte och frågeställningar.....	4
3 Tidigare forskning	5
3.1 Delaktighet för patienter inom den psykiatriska tvångsvården	5
3.2 Dialogens betydelse mellan personal och patienter	6
3.3 Patienternas delaktighet i planeringen – finns den?	7
3.4 Möjligheter och hinder för delaktighet inom den psykiatriska tvångsvården	8
4 Teoretiska utgångspunkter	9
4.1 Socialpedagogiskt perspektiv	10
5 Metod	12
5.1 Metodologisk ansats	12
5.2 Urval.....	12
5.3 Datainsamling.....	13
5.4 Bearbetning av data och analys	14
5.5 Studiens tillförlitlighet.....	15
5.6 Etiska ställningstaganden	16
6 Resultat och analys.....	18
6.1 Utformning av arbetet	18
6.2 Delaktighet	20
6.3 Svårigheter	26
7 Diskussion	29
7.1 Vad studien tillför socialt arbete och socialpedagogik.....	32
7.2 Förtjänster och brister med studien	33
7.3 Förslag på vidare forskning.....	33
8 Referenslista	34
9 Bilagor	
9.1 Informationsbrev	
9.2 Intervjuguide	

1 Inledning

Alla människor har rätt att få vara delaktiga i sina egna liv och i de beslut som rör den enskilda individen, det här är en mänsklig rättighet. När människor befinner sig inom den psykiatriska tvångsvården innebär det att deras frihet begränsas. Att som personal arbeta med patienter inom den psykiatriska tvångsvården kan vara en stor utmaning. Att dessutom försöka hitta vägar där patienterna blir delaktiga i det lilla de kan vara delaktiga i kan verka som en ännu större utmaning. Ur ett samhälleligt sammanhang och i ett socialpedagogiskt perspektiv är det av största vikt att varje människa har möjlighet att få vara delaktig och kunna påverka så mycket det går i sitt eget liv.

Socialstyrelsen (2015) skriver att när det gäller att skapa en god vård för patienter är det viktigt att vården sker både i samråd med patienten, men även av respekt för patientens självbestämmande. Här handlar det om att patienten får möjlighet till inflytande genom bl.a. information, delaktighet och valmöjligheter. Vidare skriver Socialstyrelsen att om man har en patient som är delaktig är det lättare att målen med vården kan uppnås samt att man på ett annat sätt kan förebygga säkerhetsrisker (ibid).

Socialstyrelsen (2015) skriver vidare att alla människor genom lag skall skyddas mot alla former av påtvingade kroppsliga ingrepp (2 kap. 6 § regeringsformen). Här handlar det om att patienten själv ska kunna avgöra om man vill ta emot den vård som erbjuds eller inte. Det finns dock vissa undantag från det här skyddet som begränsas genom lagen. Om en patient är inskriven enligt LPT, *Lag om psykiatrisk tvångsvård* (SFS 1991:1128) eller LRV, *Lag om rättspsykiatrisk vård* (SFS 1991:1129) så gäller de bägge lagarna över regeringsformen (ibid.) Här kan man tydligt se hur lagarna styr vilken delaktighet människor kan få, allt utifrån vilken lag man vårdas enligt. Även om patienten enligt lag ska skyddas mot påtvingade kroppsliga ingrepp så måste personalen arbeta utifrån den tvångslag som patienten vårdas enligt. Man kan alltså inte som personal bara arbeta utifrån den ena lagen, utan man måste hela tiden vara medveten om vilken lag som står över andra lagar.

Det finns en lag som heter PL, *Patientlag* (SFS 2014:821), vars syfte är att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården, samt att ge patienten möjlighet till självbestämmande och delaktighet (PL 1 kap. 1§). I nyss nämnda lag står det uttryckt att patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd, vilka metoder som finns vid undersökning och vård samt när patienten kan förväntas få sin vård (PL 3kap. 1§). Även när det gäller PL, *Patientlag* (SFS 2014:821), skriver Socialstyrelsen (2015) att LPT och LRV gäller över PL.

Hur kan personalen i den här situationen ändå lyckas hitta vägar som gör det möjligt för patienten att känna delaktighet mitt i den situation som råder? Hur får man ihop ekvationen tvång och delaktighet? Det här kan verka som ett nästan omöjligt uppdrag, men hur gör personalen egentligen för att uppnå delaktighet för patienter i en sådan situation? Eller tänker personalen inte alls i banorna av delaktighet? Det var frågor av den här karaktären som väckte mitt intresse för att studera just det här området. Jag är intresserad av att kunna få en inblick i hur personalen hanterar de här komplexa situationerna där man dels ska försöka involvera patienter i att känna sig delaktiga, samtidigt som patienterna vårdas utifrån någon av tvångslagarna. En spännande utmaning och något som jag har valt att söka svar på i min studie.

1.1 Förförståelse

Innan studien påbörjades hade jag liten förförståelse för ämnet. Jag hade varken kommit i kontakt med målgruppen inom mitt yrkesverksamma liv eller under den socialpedagogiska utbildningen på Högskolan Väst. Av etiska skäl ville jag inte gå ut och påbörja intervjuerna utan att veta mer vilket fält jag befann mig inom. Därför tog jag i början av uppsatsskrivandet kontakt med en av lärarna på Högskolan Väst som är expert inom området. Efter det samtalet samt inläsning av tidigare forskning, bedömde jag att min förförståelse för ämnet blivit större. Med anledning av den förförståelsen har jag också valt att använda den hermeneutiska analysmetoden, vilken förutsätter att man har en viss förförståelse för ämnet man ska studera.

1.2 Bakgrund

För att förstå i vilken kontext studien hamnar inom är det viktigt att få en bakgrundsinformation som beskriver vilket område personalen befinner sig i, samt vilka lagar som styr deras handlande. För att förstå vad delaktighet innebär måste man först ha en kunskap om lagen och vad som står i den. Inom den psykiatriska tvångsvården kan personer behöva vårdas av olika skäl. De tvångslagar inom psykiatrin som vi i Sverige har idag är LPT, *Lag om psykiatrisk tvångsvård* (SFS 1991:1128) samt LRV, *Lag om rättspsykiatrisk vård* (SFS 1991:1129). De bägge tvångslagarna är tilläggs lagar till HSL, *Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Det innebär att HSL är överordnad de bägge tvångslagarna och gäller alltså även för de personer som vårdas enligt LPT eller LRV. Oberoende av om du vårdas enligt någon av tvångslagarna har du alltid rätt till det som står skrivet i HSL, precis som alla medborgare. I HSL står det att hälso- och sjukvården ska ges på lika villkor till hela befolkningen, samt att vården ska ges med respekt för den enskilda människan (HSL 3:1). Innan jag genomförde mina intervjuer trodde jag att det bara fanns patienter som vårdades enligt LPT eller LRV på den platsen där studien genomfördes, men det visade sig att det även fanns de som vårdades enligt HSL.

För att få vård enligt LPT behöver följande tre kriterier uppfyllas: patienten skall ha en allvarlig psykisk störning, patienten skall vara i behov av kvalificerad psykiatrisk heldygnsvård och dessutom ska patienten motsätta sig all vård på frivillig väg (LPT 3§). Innan en patient får lov att vårdas enligt LPT ska ett vårdintyg, d.v.s. ett speciellt läkarintyg, utfärdas av en legitimerad läkare (LPT 4§). I vårdintyget ska det tydligt framgå att det finns sannolika skäl att patienten uppfyller tidigare nämnda kriterier för vård enligt LPT. När vårdintyget utfärdas ska det grundas på en speciell läkarundersökning som görs endast i syfte att utfärda ett vårdintyg (LPT 4§). Efter att ett vårdintyg har utfärdats skall det skyndsamt avgöras om patienten skall vårdas enligt sluten psykiatrisk tvångsvård eller inte (LPT 6b§). Beslutet måste tas senast 24 timmar efter att patienten har kommit till vårdinrättningen och det får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar (LPT 6b§). Själva beslutet om intagning enligt LPT måste tas av en chefsöverläkare som arbetar på en enhet för psykiatrisk vård, det får dock inte fattas av den läkare som utfärdat vårdintyget (LPT 6b§).

För att få vård enligt LRV behöver något av följande uppfyllas: att patienten har fått ett domstolsbeslut om rättspsykiatrisk vård; att patienten är anhållen, häktad eller har tagits in för rättspsykiatrisk undersökning; att patienten är intagen i eller ska flyttas till kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem (LRV 1§). Rättspsykiatrisk vård kan ges antingen som sluten eller öppen vård (LRV 3§). När patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns det som

sluten rättspsykiatrisk vård och all annan vård benämns som öppen rättspsykiatrisk vård (ibid). Patienten kan dömas till vård med särskild utskrivningsprövning eller vård utan särskild utskrivningsprövning. Vid särskild utskrivningsprövning gäller strängare regler för att beviljas friförmåner och det är alltid chefsöverläkaren som ska besluta om utökade friförmåner. En sådan friförmån kan vara möjligheten att använda elektronik. Vid behov kan patienter som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning, t.ex. vid en förhöjd säkerhetsrisk, hindras att använda elektronisk utrustning (LRV 8a§). Samma typ av inskränkning finns i LPT där chefsöverläkaren beslutar om en inskränkning av patientens rätt att använda elektronisk utrustning (LPT 20a§).

Socialstyrelsen skriver att all tvångsvård enligt LPT och LRV syftar till att patienten på sikt ska kunna samverka till vård på frivillig väg (SOSFS 2008:18/2). Vidare att vården endast ska bedrivas till dess samförstånd uppstått med patienten. När samförstånd uppstått kommer patienten fortsättningsvis att vårdas frivilligt enligt HSL. När det gäller tvångsångripanden både vid LPT och LRV bör personalen bemöta patienten på ett humant sätt (SOSFS 2008:18/2). Innan någon form av tvångsångripanden sker; vilka kan vara tvångsinjektioner, fastspänning med bälte eller avskiljning ska man först se över andra alternativa behandlingssätt. Vidare skriver Socialstyrelsen att patientens delaktighet, om det är möjligt, ska möjliggöras (ibid). Tvångsåtgärderna får enbart utföras om situationen är så pass allvarlig att en läkare bedömer att det inte finns några andra möjligheter än att använda sig av tvångsåtgärder. Fastspänning med bälte får endast användas kortvarigt om det finns fara att en patient skadar sig själv eller andra runtomkring (LPT 19§). Under fastspänningen ska personal finnas närvarande hela tiden (ibid). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd kring psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18/1) står det föreskrivet hur olika tvångsångripanden får lov att utföras. Avskiljning innebär att en patient får hållas avskild från andra patienter i ett eget rum. Det här får enbart ske om patienten är så pass aggressiv eller har ett så pass störande beteende att det anses vara nödvändigt därför att patientens beteende försvårar vården för övriga patienter (LPT 20§). Under tiden för avskiljning ska personalen ha uppsikt över patienten (ibid).

Om man letar efter synonymer till ordet delaktig kommer det upp ord som: inblandad, medansvarig, medskyldig osv. De här orden visar att ordet delaktig inte enbart handlar om något positivt, utan det kan också innebära att någon är delaktig i något brottsligt eller är medskyldig till något annat olagligt. Det innebär alltså att delaktig och delaktighet kan användas både i positiv och i negativ bemärkelse. Socialstyrelsen (2015) skriver i handboken ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig” att en patient som känner sig delaktig i vården har en positivare inställning till de rekommendationer som vårdpersonalen ger än om patienten inte känner sig delaktig. Vidare mår en patient som känner sig delaktig bättre och svarar bättre på behandlingarna än om patienten inte upplever delaktighet (ibid). I min studie är grundtanken att orden delaktig och delaktighet ska vara något positivt för patienterna. Man kan också vända på det och fråga sig om delaktighet alltid är något positivt? Finns det patienter som upplever delaktighet som något negativt, som något kravfyllt som patienten just i det måendet han eller hon befinner sig i inte orkar ta ansvar för. Finns det patienter som mår så psykiskt dåligt att man helt enkelt inte har förmågan att vara delaktig och fatta de beslut som krävs om man ska vara delaktig?

1.3 Definitioner

När arbetet med studien påbörjades funderade jag mycket på vilket ord man använder för de personer som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården. Under ett samtal med en av avdelningscheferna frågade jag därför vad personalen kallar personerna som är intagna inom tvångsvården. Jag fick då till svar att man kallar dem patienter. Utifrån det svaret har jag valt att konsekvent använda ordet patienter om de personer som är i fokus för min studie, alltså de som av någon anledning är under psykiatrisk tvångsvård, d.v.s. frihetsberövade mot sin egen vilja.

I studien nämns personalen som skötare respektive sjuksköterskor. De som benämns som skötare är utbildade undersköterskor eller vårdbiträden, fast anställda som skötare på platsen där intervjuerna skedde. Sjuksköterskorna är anställda som sjuksköterskor. Personalen kan säkert benämnas olika på olika arbetsplatser, men där den här studien genomfördes var det skötare och sjuksköterskor som arbetade.

1.4 Avgränsningar

Vid första mailkontakten med verksamhetschefen fick jag frågan om studien skulle göras inom rättspsykiatri eller inom allmänpsykiatri. Chefen informerade om att patienter inom rättspsykiatri vårdas under en längre tid än vad man gör inom allmänpsykiatri, varför min studie skulle vara väldigt viktig och relevant inom just rättspsykiatri. Chefens tanke togs i beaktande, men jag valde senare att studien ändå skulle greppa över både rättspsykiatri och allmänpsykiatri. Det hade varit intressant att göra en jämförelse av resultaten mellan de olika områdena, men eftersom studiens syfte och frågeställningar inte säger något om det har jag valt att redovisa resultaten tillsammans utan att göra någon jämförelse eller åtskillnad mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri.

I början av studien var syftet följande: ”Syftet med studien är att undersöka hur personalen kan göra patienter inom den psykiatriska tvångsvården delaktiga i sin vardag. Vidare att undersöka vilket handlingsutrymme personalen har inom ramen för lagstiftningen och vilka utmaningar de stöter på.” Av olika anledningar har syftet ändrats något under tiden för uppsatsskrivandet. Skillnaden är att jag har tagit bort delen som handlar om personalens handlingsutrymme från syftet och därför ändrat syftet något. Men eftersom den här ändringen gjordes under slutet av skrivandet så står det gamla syftet med i informationsbrevet (se bilaga 1).

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur personalen kan göra patienter inom den psykiatriska tvångsvården delaktiga i sin vardag. Vidare att undersöka vilka utmaningar de stöter på inom ramen för lagstiftningen.

Det här ska jag söka svar på genom följande frågeställningar:

- Vad styr utformningen av det vardagliga arbetet med patienterna i den psykiatriska tvångsvården?
- Hur görs patienterna delaktiga i sin egen vardag?
- Vilka svårigheter ställs personalen inför när det gäller att skapa delaktighet för patienter inom ramen för lagstiftningen?

3 Tidigare forskning

Under det här kapitlet presenteras tidigare forskning inom området. Forskningen spänner över både nationell och internationell forskning. Kapitlet är uppdelat i fyra underrubriker för att ge en överskådlig presentation. Inledningsvis görs en genomgång av hur delaktighet kan se ut för patienter inom den psykiatriska tvångsvården. Därefter följer en redogörelse för dialogens betydelse mellan personal och patienter. Nästa del handlar om hur patienternas delaktighet i planeringen ser ut. Slutligen belyses möjligheter och hinder för delaktighet inom den psykiatriska tvångsvården. Studiens syfte är att undersöka hur personalen kan göra patienter inom den psykiatriska tvångsvården delaktiga i sin vardag. I kapitlet återfinns forskning både med personal, men även forskning som gjorts med patienter som själva vårdas eller har vårdats inom den psykiatriska tvångsvården. Eftersom det inte har gjorts så många studier med patienterna själva och därför inte är så lätt att hitta den forskningen, har jag valt att ta med både forskning som rör personalen men även forskning som rör patienterna själva. Dessutom var det, som tidigare nämnts, just den här informationen från patienterna själva som jag från början önskade få fram. Som framgår av resonemanget återfinns därför forskning som beskriver delaktighet både från personalens och patienternas sida i min studie.

En brist i forskningskapitlet kan vara att en av artiklarna är från 1994, men eftersom det var en litteraturstudie och den lyfte fram intressant fakta valde jag ändå att ha med den i forskningskapitlet. Samtidigt som det kan ses som en brist, kan det också ses som en tillgång i och med att forskningen på så vis sträcker sig över tid. Under studiens resultat och analyskapitel, men även i diskussionen, görs en återkoppling till tidigare forskning för att empirin på ett tydligt sätt ska vävas ihop med forskningen.

3.1 Delaktighet för patienter inom den psykiatriska tvångsvården

Glenister (1994) har i sin artikel gjort en litteraturstudie kring hur delaktighet inom den psykiatriska vården har sett ut över tid. Han studerar både patienternas och sjuksköterskornas perspektiv på hur delaktighet har sett ut. Författaren konstaterar att patienterna tidigare har förväntats vara passiva mottagare från sjukvårdens sida, medan patienterna själva har velat vara aktiva och delaktiga i sin behandling. Författaren drar slutsatsen att patienterna i större utsträckning vill vara mer delaktiga; inte bara i behandlingen, utan även i planeringen av behandlingen. Det här kan ibland upplevas hotande från personalens sida. Vidare skriver författaren att personalen inte alltid har varit positiv till att dela med sig av sitt beslutsfattande till patienterna, då personalen både varit rädda för att förlora sin makt, samtidigt som de varit skeptiska till att patienterna skulle få större delaktighet (ibid).

Engström (2008) har i sin avhandling *Delaktighet under tvång* fått möjlighet att intervjua ungdomar som befinner sig inom tvångsvården. Studien har gjorts med ungdomar som hon träffat på fem olika barn- och ungdomspsykiatriska kliniker i Sverige. Författaren beskriver i avhandlingen hur hon definierar delaktighet med själva mötet mellan människor, hon skriver att mötet mellan ungdomarna och vårdpersonalen är själva kärnan för att förstå vad delaktighet egentligen är. Sedan utvecklas delaktigheten olika beroende på hur mötena blir samt vilket förhållningssätt som finns mellan de två personerna, men utgångspunkten i hennes resonemang bygger på att mötet mellan personerna är kärnan för att förstå begreppet delaktighet (ibid).

Biering & Jensen (2011) har gjort en studie genom att intervjua 14 tvångsintagna ungdomar på Island. De önskade ta reda på vad som kan göras för att förbättra kvaliteten inom den psykiatriska tvångsvården. Under de senaste decennierna har kraven ökat på större delaktighet för patienter inom den psykiatriska vården. För att möta det här behovet behöver personalen inom psykiatrin få kunskap om vad patienterna upplever som god kvalitet i vården. Det har gjorts väldigt få studier som förklarar hur ungdomarna själva upplever den psykiatriska vården. Av de undersökningar som gjorts har de flesta gjorts i öppenvården och bara några få inom tvångsvården. Syftet med den här studien var att få en större förståelse för vad som var viktigt för ungdomarna själva och vad som skulle kunna bidra till en bättre kvalitet inom tvångsvården. Resultatet av Biering & Jensens (2011) studie visade att ungdomarna både var nöjda och missnöjda med vårdens kvalitet. Ungdomarna ansåg att psykiatrin å ena sidan var en säker plats att vara på där de kände sig trygga, samtidigt som de på sjukhuset blev isolerade från omvärlden. Ungdomarna uttryckte att det var bra med aktiviteter; främst fysiska aktiviteter, eftersom de då inte tänkte på alla sina problem utan kunde koppla bort det för en stund (ibid). Även Glenister (1994) lyfter fram att aktiviteter är något som är positivt för patienterna. Han skriver att patienterna föredrog aktiviteter som kunde stärka deras självkänsla snarare än att delta i aktiviteter där de bara föstes ihop med andra patienter för att det skulle bli en sysselsättning (ibid).

Samtidigt som man på många håll strävar efter att patienterna ska kunna uppnå delaktighet pekar Linhorst m.fl. (2002) på att det i vissa fall inte är självklart att patienterna kan vara delaktiga. Författarna skriver att det krävs att patienten har en grundläggande psykisk stabilitet samt en möjlighet att kunna fatta beslut för att patienten ska kunna vara delaktig. Studien visar att vid vissa tider i livet är en del patienter så svårt psykiskt sjuka att de är oförmögna att fatta beslut. Första steget mot större delaktighet är att patienten har en psykisk stabilitet och en förmåga att fatta välgrundade beslut (ibid). Man kan fråga sig vad välgrundade beslut är och vem som avgör om ett beslut är välgrundat eller inte? Linhorst m.fl. (2002) skriver att i de situationer i livet som en patient mår såpass psykiskt dåligt att han eller hon inte kan ta egna beslut, behöver någon annan hjälpa patienten genom att tillfälligt fatta vissa beslut i patientens ställe.

Sammanfattningsvis kan man se att det över tid har funnits olika tankar kring hur delaktiga patienter inom den psykiatriska tvångsvården ska få vara. Samtidigt finns det i vissa fall så svårt sjuka patienter som, även om personalen skulle vilja skapa större delaktighet, inte har möjlighet till det pga. sitt psykiska mående.

3.2 Dialogens betydelse mellan personal och patienter

Hällgren m.fl. (2014) lyfter i sin studie frågan om dialogens betydelse mellan personal och patienter inom den psykiatriska tvångsvården i Sverige. Resultatet visar att sjuksköterskorna i undersökningen ofta upplevde motsättningar mellan sina egna ideal om att kunna föra dialoger med patienterna och den verklighet de möter i den psykiatriska tvångsvården. Resultatet visar också att den här situationen leder till en otillfredsställande arbetssituation för sjuksköterskorna, där de kände sig otillräckliga och att deras mål var ouppnåeliga. Vidare visar resultatet att det är viktigt att ledningen prioriterar dialogen med patienterna och meningsfulla aktiviteter för att

kvaliteten på vården ska förbättras, men även för att välmåendet hos både patienter och personal ska öka. Sjuksköterskorna beskrev också att de ofta hade motstridiga känslor kring hur dialogen med patienterna skulle prioriteras. De underströk att dialog var väldigt viktigt, samtidigt som de kände sig skyldiga gentemot annan personal och patienter om de prioriterade dialog, eftersom de då inte utförde andra praktiska sysslor, som för en del ansågs viktigare. Dessutom fanns en stor otydlighet från ledningen huruvida dialogen med patienterna var viktig eller inte. Bakgrunden till studien visar att alltför ofta upplevde patienterna att de blev behandlade enbart utifrån sin diagnos och kände att de snarare fick mediciner istället för mänsklig kontakt (ibid). Biering & Jensens (2011) studie visar att en del av ungdomarna önskade att personalen hade lyssnat mer på dem. De uttryckte att det var väldigt positivt att de fick möjlighet att kunna uttrycka sina känslor och smärtsamma erfarenheter tillsammans med någon annan; både i gruppterapi, men också i enskilda samtal. En nyckel för att kunna utveckla en terapeutisk relation var dock, enligt ungdomarna själva, att man blev behandlad som en person och inte som en patient (ibid).

Hällgren m.fl. (2014) skriver att en del sjuksköterskor uttryckte sin frustration över att inte kunna leva upp till sina ideal att kunna ha mer dialog med patienterna. Vad var det då för ideal sjuksköterskorna hade? I studien framkom att sjuksköterskorna bara ville göra ett så bra jobb som möjligt. De ville helst av allt ägna mycket tid åt patienterna därför att de märkte att patienterna behövde det. En del av sjuksköterskorna uttryckte att efter några år inom arbetet vågade de närma sig patienterna på ett annat sätt än tidigare, de kunde även gå in i dialoger om känsliga frågor med positiv respons från patienternas sida. En önskan från många av sjuksköterskorna var just att kunna finnas där för patienterna, medan kraven på att vara så effektiva och göra en massa praktiska saker hela tiden fanns där (ibid). Vidare skriver Hällgren m.fl. (2014) att när sjuksköterskorna inte hade tid fick de hänvisa patienterna till att titta på TV eller prata med någon annan av patienterna, vilket inte kändes bra för sjuksköterskorna. Någon av sjuksköterskorna uttryckte svårigheter att hantera patienternas ångest och menade att en strategi var att inte bry sig, men att det inte fungerar så bra om man vill göra ett bra jobb. Författarna konstaterar att trots att sjuksköterskorna verkligen ville göra det som är bäst för patienterna, samt ville prioritera dialogen så var de hela tiden begränsade av tiden, det otydliga ansvaret och bristande stödet från ledningen (ibid). Glenister (1994) pekar på att det fanns en kluvenhet hos personalen att en större delaktighet för patienterna skulle leda till en närmare relation mellan personal och patienter, vilket upplevdes hotfullt. Samtidigt kom det fram att en större delaktighet skulle kunna utvecklas om det bara fanns tillräckligt med tid (ibid).

Sammanfattningsvis kan man i forskningen se att samtalet är en viktig del i arbetet, men att det alltför ofta inte prioriteras därför att det finns annat som också måste göras. Det här leder till en kluvenhet för personalen som å ena sidan vill prioritera samtalen med patienterna, men samtidigt inte känner att de har tid med det. Patienterna efterfrågar mer samtal och skulle må bättre om de fick möjlighet att i större utsträckning prata med personalen.

3.3 Patienternas delaktighet i planeringen – finns den?

Linhorst m.fl. (2002) genomförde en studie på ett sjukhus i USA där behandlingen utgick från fyra olika behandlingsprogram. Ett av programmen kallar de för "cottage program". Där använder man en speciell rehabiliteringsstrategi för de patienter som är psykiskt stabila, har

förmågan att delta i en behandlingsplanering samt visar en låg säkerhetsrisk. Resultatet av studien visade att patienterna som var med i ”cottage program” upplevde en större delaktighet i sin planering än de som deltagit i de övriga programmen på sjukhuset. Patienterna från ”cottage program” beskrev att patienter och personal skrivit planen tillsammans, medan patienter från övriga program på sjukhuset lyfte fram att det var personalen som skrev planen och sedan fick patienterna bara skriva på den (ibid). Samtidigt kan man fråga sig om det alltid är bäst för patienterna att vara delaktiga i utformandet av planen, eller om det finns situationer när det faktiskt är bättre att personalen skriver planen själva? Linhorst m.fl. (2002) konstaterar att en del patienter är så svårt sjuka att de inte kan vara med och fatta de beslut som krävs när planerna görs. Vidare kom det i studien fram att en del patienter vägrade att delta i planeringen därför att de inte upplevde det som meningsfullt eller därför att de var omotiverade att komma från sjukhuset (ibid). Glenister (1994) gör i sin litteraturstudie en annan slutsats, nämligen den att patienterna vill vara delaktiga på ett annat sätt än de tidigare har tillåtit att vara. Han konstaterar att patienterna inte bara vill vara delaktiga i behandlingen utan också i själva planeringen av behandlingen. Patienterna vill alltså få en betydligt större möjlighet att påverka sin egen situation än de tidigare har fått möjlighet till. Tidigare har patienterna förväntats passivt ta emot det som personalen har planerat, men den uppfattningen stämmer inte med vad patienterna egentligen vill (ibid). Hällgren m.fl. (2014) får i sin rapport fram svårigheten för sjuksköterskorna att få till patientdelaktighet vid upprättandet av planer gällande patienterna. När sjuksköterskorna inte har tid att skriva planen tillsammans med patienten skriver de den själva. Sedan talar de om för patienten att här har vi en bra plan, som patienten förväntas acceptera. Patienten skriver därefter under planen, fast hon eller han inte alls har varit med i utformandet (ibid). Engström (2008) skriver i sin avhandling att flertalet av ungdomarna inte känner sig delaktiga i planeringen av sin behandling. De upplever inte att de får vara med och fatta beslut, utan får reda på vad som ska hända först efter att besluten är tagna. Någon av ungdomarna uttrycker däremot att de själva har valt att överlåta vissa beslut till läkaren därför att de själva inte är tillräckligt insatta i vad de behöver (ibid). Här kan man fråga sig varför ungdomarna inte är insatta i vad de behöver? Om de inte är insatta så är det läkarens ansvar att försöka få ungdomarna att förstå så att de i alla fall får möjlighet att vara delaktiga och inte säga nej därför att personen tror att han eller hon inte kan bidra med något.

Sammanfattningsvis kan man se att delaktigheten vid upprättandet av planer varierar i forskningen. Tidigare förväntades patienterna vara passiva deltagare som inte var med i planeringen, medan de själva ville vara mer delaktiga. I flera studier visar det sig att personalen ofta pga. tidsbrist skriver planen själva och sedan får patienten bara skriva under den.

3.4 Möjligheter och hinder för delaktighet inom den psykiatriska tvångsvården

Linhorst m.fl. (2002) belyser i sin artikel att det både finns möjligheter och hinder när det gäller att få patienter med allvarlig psykisk sjukdom att kunna vara mer delaktiga i sin behandlingsplanering. Villkoren för en ökad delaktighet grundar sig på både psykologiska och organisatoriska faktorer. För att patienten ska kunna vara mer delaktig krävs en grundläggande förmåga att kunna fatta beslut samt en grundläggande psykisk stabilitet. Dessutom behöver patienten ha förmåga att kunna välja mellan olika alternativ, samt ha tillgång till informationen. Ett avgörande psykologiskt hinder var svårighetsgraden av den psykiska stabiliteten. Personalgruppen i studien uttryckte att patienternas tankestörningar, koncentrationssvårigheter

och personlighetsstörningar hindrade dem från att kunna sätta upp realistiska mål. Vidare uttryckte personalgruppen att patienterna ibland vägrade att delta därför att de inte tyckte det var meningsfullt eller därför att patienterna saknade motivation att komma ifrån sjukhuset (ibid). Linhorst m.fl. (2002) lyfter även en annan faktor som kan innebära ett hinder för patienternas delaktighet. Han skriver att rent organisatoriskt krävs att det finns en organisationskultur som är positiv till delat beslutsfattande och som också är villig att kunna avsätta de resurser som krävs för att patienten ska kunna få en större delaktighet. Bland de organisatoriska hindren var rent praktiskt att personalen behövde följa med patienter till olika aktiviteter, detta kunde leda till att patienterna inte hade samma möjlighet att välja egna aktiviteter. Brist på personalens tid uppgavs som det allra största hindret för delaktighet. Det gick fortare för personalen att skriva planerna själva än att skriva dem tillsammans med patienterna. En del patienter upplevde även att det fanns ett motstånd hos personal mot att patienterna skulle få större delaktighet. Vad som också krävs av organisationerna är att ledningen ser till att personalen verkligen har tid att kunna engagera patienterna i planeringen, samt att man jobbar med personalens attityder så att de behandlar patienterna med respekt (ibid). Personalgruppen i studien som Hällgren m.fl. (2014) intervjuade lyfter fram att tidsbrist är det största hindret för att kunna skapa större delaktighet för patienterna. När sjuksköterskorna hade tid att samtala med patienterna kände de sig ofta tvungna att ställa ledande frågor för att det skulle gå fortare, det här ledde till att patienterna inte fick möjlighet att prata fritt i den utsträckning som de kanske skulle ha behövt. Det visade sig också att patienterna efterfrågade mer samtal med sjuksköterskorna, men att de upplevde att sjuksköterskorna inte hade tid för samtal. Patienterna fick höra att de skulle komma till personalen och prata, men när de försökte hade personalen inte tid. Sjuksköterskorna var överens om att dialogen med patienterna var en av deras viktigaste uppgifter, men att de sällan hade den tid de behövde. Dialogen med patienterna var också en förutsättning för att kunna skapa ökad delaktighet bland patienterna (ibid).

Sammanfattningsvis kan man se att det finns olika faktorer som påverkar hur delaktiga patienterna får lov att vara. En del forskning talar för att patienten behöver ha en grundläggande förmåga att fatta beslut och även en grundläggande psykisk stabilitet för att kunna vara delaktig i vissa beslut. Vidare framkommer att det krävs en viss organisatorisk möjlighet för att patienterna skulle vara mer delaktiga. Här ser man att tidsbrist är det största hindret för att patienterna ska få ökad delaktighet. Personalen beskrev att det gick fortare att planera själva.

4 Teoretiska utgångspunkter

Man kan beskriva ett teoretiskt perspektiv som de glasögon jag använder för att se med när jag försöker förstå och beskriva verkligheten och det jag vill studera. I studien har ett socialpedagogiskt perspektiv använts. En grundläggande tanke inom socialpedagogiken är att arbeta för att alla människor ska känna delaktighet och integrering i samhället. Ett viktigt begrepp inom socialpedagogiken är delaktighet, varför jag har valt att använda det begreppet i studien. Ovanstående perspektiv och begrepp anses vara relevanta att utgå från då syftet med studien är att undersöka hur personalen kan göra patienter inom den psykiatriska tvångsvården delaktiga i sin vardag.

4.1 Socialpedagogiskt perspektiv

Eriksson (2013) skriver att man kan se på socialpedagogiken utifrån många olika sätt. Det är inte möjligt, eller ens önskvärt, att försöka enas om att hitta ett enda sätt att förstå dess innebörd (ibid). Utifrån den beskrivningen kan det ses som en nackdel att använda ett socialpedagogiskt perspektiv i studien. Men, enligt Eriksson (2013), ger det också en möjlighet för den som vill använda perspektivet att hitta sin egen förståelse bland de olika beskrivningarna. I studien kommer jag att utgå från Bent Madsens perspektiv på socialpedagogik.

I enlighet med Madsen (2006) finns inom socialpedagogiken två viktiga innebörder, nämligen inklusion och exklusion. Madsen skriver att inklusion innebär att medräkna någon, medan exklusion innebär att hålla någon utanför. Personer som förlorar mer och mer av kontrollen över sina liv förlorar också möjligheten att kunna påverka sociala situationer, vilket i sin tur leder till en exkludering i samhället. Inom socialpedagogiken finns en strävan efter att alla människor ska kunna inkluderas i samhällsgemenskapen (ibid). Eftersom patienter inom den psykiatriska tvångsvården är en grupp som lätt kan hamna i ett utanförskap genom exkludering finner jag det socialpedagogiska perspektivet ur Madsens synvinkel lämpligt att utgå från.

Madsen (2006) diskuterar socialpedagogiken utifrån tre olika diskurser som vunnit genomslag under olika tidsperioder; nämligen begreppen *behandling*, *handling* och *förhandling*. Det handlar om vilket förhållningssätt som har funnits kring socialpedagogiken och hur man har talat kring lösningar av olika problem runt utanförskap och svårigheter med inkludering i samhället. I behandlingsdiskursen är det socialpedagogen som är experten som förväntas hjälpa den behövande. Här handlar det till största del om kollektiv fostran där den behövande förväntas inrätta sig och anpassa sig till de regler som sätts upp. Nästa diskurs, handlingsdiskursen, går emot behandlingsdiskursen och menar att de behövande genom behandlingsdiskursen blir kvar i ett avvikarbeteende istället för att komma ur det. I handlingsdiskursen däremot är inte socialpedagogen expert utan tillsammans med den behövande är de medborgare som skapar gemensamma intressen som ska leda till att den behövande genom praktiska aktiviteter kan komma ur sina egna problem. I sista diskursen, förhandlingsdiskursen, står den behövandes individuella behov i centrum. Socialpedagogen ska inte i förväg bestämma vilken hjälp den behövande ska få utan man diskuterar tillsammans som två jämlika parter. Förhandlingsdiskursen riktar fokus på mötet mellan socialpedagog och den behövande där relationen står i centrum (ibid).

4.1.1 Delaktighet

Delaktighet kan beskrivas på många olika sätt. Ringsby Jansson (2013) beskriver delaktighet som ett slags självbestämmande att avgöra hur mycket samspel personerna i hennes studie ville ha med andra. Författaren lyfter vidare fram att just kravlösheten och möjligheten att få vara delaktig i samspelet utifrån sina egna villkor är viktiga inslag i delaktighetsprocessen (ibid). Gustavsson (2010) menar att delaktighet är ett svar på problematiken kring utanförskap i dagens samhälle och att man genom delaktighet kan inkludera människor i gemenskapen. Vidare skriver författaren att sociala problem ofta har setts utifrån vad som är normalt eller inte, men att man istället behöver se hur delaktighet och utanförskap konstrueras i vårt samhälle (ibid). Här kan man göra en jämförelse med Madsens tankar kring inklusion och exklusion i socialpedagogiken.

I min studie kommer jag att utgå från delaktighet utifrån Ann Catrine Eldhs (2006) avhandling *Patient participation – what it is and what it is not*. Eldh har samlat in det empiriska materialet från både patienter och personal på en hjärtsviktsmottagning samt på en akutmottagning i Sverige. Eldh vill med sin studie undersöka vad delaktighet är, men också vad det inte är. En nackdel för min studie kan vara att avhandlingen är gjord inom den somatiska vården och inte inom psykiatrin, men man kan också tänka sig att den här studien troligen inte hade gått att göra inom psykiatrin. Jag bedömde att resultaten från studien var så pass intressanta att jag kunde använda mig av den i alla fall.

Eldh (2006) vill med sin avhandling försöka förstå och beskriva vad det är som gör att patienter känner sig delaktiga respektive inte känner sig delaktiga i vården, utifrån patienternas eget perspektiv. För att patienter ska känna delaktighet behöver de få kunskap om sin egen kropp, sin sjukdom, vilka symptom man har samt känna tilltro till personalen. Patienterna behöver också få chans att delge information till personalen så att patienten ses som en viktig resurs och partner i den egna behandlingen. Man behöver få information som kan användas i det dagliga livet. Patienten behövde inte bara få information från personalen, utan även få hjälp att förstå informationen. Likaså visade det sig att förståelse från personalens sida är viktig för patienterna. I de fall där patienten hade känt delaktighet visade det sig att en viktig bit varit att patienten känt sig respekterad av personalen samt att man fått vara en aktiv del i planeringen, att ha blivit räknad med. Vidare framkom att för att patienten ska uppleva delaktighet behöver det finnas en kommunikation mellan patient och personal som präglas av respekt för den enskilde.

Resultatet visade att de viktigaste sakerna för att patienter ska känna delaktighet är följande:

- Att personalen lyssnar på patienten
- Att patienten får förklaringar på sina symptom
- Att personalen berättar om patientens symptom
- Att personalen berättar vad som kommer att hända
- Att patienten får veta vad som är planerat
- Att patienten vet vem man kan kontakta

Vidare visade studien att från personalens sida trodde man att delaktighet enbart innebar att patienterna försågs med information så att patienterna kunde agera utifrån den information personalen hade delgivit dem, medan delaktighet för patienterna innebar mer än att bara få information. Något som framkommit från patienterna sida vad gäller att inte känna sig delaktig är när man inte förstår informationen man får eller inte har kontroll vare sig över sin sjukdom, behandling eller symptom. Personalen däremot upplevde icke-delaktighet när patienten inte följde de direktiv som hade getts till dem. Dessutom framkom det att patienternas upplevelser av delaktighet kan variera beroende på hur deras sjukdomssituation ser ut. Ytterligare ett resultat vad gäller att patienten inte kände sig delaktig var när man blev behandlad som ett symptom och ett problem som måste lösas (ibid). Här visar Biering & Jensens (2011) studie vikten av att ungdomarna blev behandlade som en person och inte som en patient, för att de skulle kunna uppleva större delaktighet.

5 Metod

5.1 Metodologisk ansats

I studien har en kvalitativ intervjuansats använts, vilket anses vara den bästa metoden om man vill att informanterna ska få möjlighet att kunna uttrycka sina tankar om ämnet. Det här gör också att man skapar en djupare förståelse för människors upplevelser kring studiens syfte. Om jag istället hade valt en kvantitativ metod hade jag kunnat få fram information från ett större antal personer, men jag hade inte kunnat få fram djupet och den enskilda människans tankar kring just mitt ämne. Kvale & Brinkmann (2009) menar att målet med att använda den kvalitativa intervjun är att man då som forskare får tillgång till informanternas livsberättelser som man sedan skapar en tolkning utav. Det här kan ses både som en möjlighet, men också som en brist med den kvalitativa forskningen. En brist blir det genom att det är jag som forskare som tolkar både vad som sägs i intervjuerna, men även hur transkriptionerna utläses. Hur mycket jag än vill försöka förstå informantens livsvärld så görs det ändå en tolkning innan den färdiga texten kommer fram. Även om det här kan ses som en brist med den kvalitativa metoden, har jag trots det kommit fram till att en kvalitativ metod lämpar sig bättre än en kvantitativ metod i min studie.

Inom den kvalitativa intervjun har det i studien genomförts halvstrukturerade intervjuer. Att använda sig av halvstrukturerade intervjuer innebär att man ställer samma frågor till alla informanterna, det här gör att intervjuerna får en tydlig struktur. En fördel med halvstrukturerade intervjuer är också att intervjuaren har lättare att kunna jämföra intervjuerna efteråt då alla intervjuerna går åt samma håll, samtidigt som det finns en större flexibilitet för informanterna att delge djupare information än vad som kan fångas vid en enkätundersökning. Intervjuerna har gjorts med skötare och sjuksköterskor som arbetar direkt med patienterna inom den psykiatriska tvångsvården.

5.2 Urval

Studiens urval har gjorts utifrån studiens syfte och frågeställningar. Samtliga informanter arbetar dagligen med patienter inom den psykiatriska tvångsvården. Urvalet har gjorts med tanke på att informanterna har betydelsefull kunskap och kompetens inom området för studiens syfte och frågeställningar, samt att de arbetar nära patienterna. Nilsson (2014) skriver att det både i kvalitativa intervjuer likväl som i enkätundersökningar är viktigt att det görs ett noggrant urval.

Den första kontakten togs genom att mail skickades till verksamhetschefen samt till alla sex avdelningschefer. I det mailet bifogades informationsbrevet (se bilaga 1) samt intervjuguiden (se bilaga 2). Ganska omgående kom det svar från verksamhetschefen som var positiv till studien. Några dagar efter att första mailet hade skickats till cheferna, tog jag kontakt via telefon, vilket hade informerats om i mailet. Samma dag fick jag kontakt med alla utom en av cheferna, senare fick jag även kontakt med den sista chefen. Alla var positiva till min studie. Cheferna skulle ta upp min förfrågan med personalen på ett APT eller ett avdelningsmöte. Senare fick jag återkoppling från fyra av de sex cheferna, det fanns sex personer på de fyra avdelningarna som var intresserade av att delta i studien. Av dem arbetade tre inom rättspsykiatri och tre inom allmänpsykiatri. De övriga två cheferna gjorde ingen återkoppling

till mig och eftersom jag hade fått ihop antalet informanter hörde jag inte heller av mig till dem. Det här kan ses som en brist i studien, att jag inte gjorde en återkoppling till de cheferna som av någon anledning inte hörde av sig.

5.3 Datainsamling

5.3.1 Utformning av intervjuguide

Vid utformandet av intervjuguiden skrevs först några bakgrundsfrågor som gav information om intervjupersonen samt om arbetsplatsen. Därefter skapades fyra olika teman som utgjorde själva grunden för intervjuguiden (se bilaga 2). Rubrikerna på de olika temana var följande: vardagen, rutiner/riktlinjer, patienternas delaktighet samt utmaningar/svårigheter. Intervjuguiden skapades utifrån studiens syfte och frågeställningar och frågorna skrevs för att kunna fånga upp så mycket som möjligt av den information som förväntades bli relevant för min studie. Frågorna skrevs också så att de skulle vara bekväma att kunna svara på för informanterna. Kvale & Brinkmann (2009) menar att en bra intervjuguide bör syfta till att skapa både en god tematisk och dynamisk atmosfär. Den tematiska genom att få svar på vad man undersöker och den dynamiska genom att skapa en god stämning under intervjun. Varje intervjusekvens avslutades med att ställa frågan: "Är det något mer du vill tillägga?" Det här gjordes för att informanten skulle få chans att utveckla svaren ytterligare, men även för att kunna uttömma om det fanns delar som jag hade missat att fånga in under det området. Det här sättet att avsluta varje del i intervjun med frågan "Är det något mer du vill tillägga?" är något som Nilsson (2014) menar är ett bra sätt att fånga in information som annars kunde gått förlorad.

5.3.2 Genomförande av intervjuer

Jag intervjuade sex personal, tre av dem var sjuksköterskor och tre var skötare. Skötare var titeln på dem som var undersköterskor eller vårdbiträden. Fördelningen män och kvinnor i min undersökning blev hälften av varje. Den här fördelningen var inte något som jag själv kunde påverka, utan cheferna frågade personalen som sedan fick anmäla sitt intresse till cheferna. Därefter fick jag intervjupersonernas namn samt telefonnummer till avdelningarna så att jag kunde ta kontakt och boka tider för intervjuerna. Jag valde att fråga var och en personligen vilken tid som passade bäst för dem, allt för att informanterna skulle känna sig bekväma och att intervjun inte skulle ta för mycket av deras tid i anspråk (Kvale & Brinkmann, 2009). En brist kan vara att jag aldrig frågade var de ville att vi skulle genomföra intervjun, utan tänkte att det blir smidigast att vi gör det på deras arbetsplats. Det här gjordes dels för att det skulle ta bort minsta arbetstid för informanterna, men också för att det skulle vara en trygg miljö där de kände sig hemma. När vi kom in i rummet där intervjun skulle genomföras lät jag informanten välja plats först för att informanten skulle känna sig trygg i rummet, vilket Kvale & Brinkmann (2009) menar är ett bra sätt för att skapa en dynamisk atmosfär under intervjun. Något som också togs i beaktande var den maktasymmetri som ofrånkomligt förekommer vid en intervju eftersom det är jag som intervjuare som leder intervjun och även har tolkningsföreträde. Det här behöver man på ett ansvarsfullt sätt vara medveten om under hela intervjun. Innan varje intervju påbörjades informerades samtliga informanter om studiens upplägg och deras frivillighet att delta. Alla informanter har gett sitt samtycke till att delta. Informationsbrevet (se bilaga 1) delades ut där det står beskrivet om vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer samt annan information som informanterna behövde få ta del av. Redan vid kontakten med

verksamhetschefen samt med avdelningscheferna mailades den här informationen ut, men för att vara säker på att alla fått del av informationen innan intervjun påbörjades gick jag igenom det igen.

5.3.3 Litteratursökning

För att söka rätt på tidigare forskning inom området började jag med att söka på Google Scholar genom bibliotekets sida på HV. Jag sökte bl.a. på orden delaktig, tvångsvård, vårdarens upplevelse. Jag kombinerade de olika sökorden samt använde mig av trunkering i flera fall. Där hittade jag en hel del intressanta c-uppsatser som jag kunde få inspiration av, men inte något som jag kunde använda som forskningsunderlag i uppsatsen. Däremot kunde jag hitta intressanta artiklar samt avhandlingar genom att leta i referenslistorna på de uppsatser som hade liknande ingång som min studie. När jag sökte i Google Scholar fanns det gott om studier kring delaktighet inom olika tvångsåtgärder och delaktighet i vården, men det var svårt att hitta så mycket om just delaktighet i vardagen, som är själva huvudfrågan i mitt syfte och frågeställningar.

Därefter gick jag vidare till att söka i bibliotekets olika databaser såsom ProQuest, PsycInfo, PsycArticles och Diva. Jag gjorde en lista med lämpliga sökord och översatte den till engelska så jag skulle ha en del ord att kunna söka på. Engelska ord som jag sökte på var bl.a. patient involvement in psychiatric care i kombination med staff, participation, compulsory care, compulsory treatment. För att få relevant svensk forskning sökte jag även i SwePub.

5.4 Bearbetning av data och analys

5.4.1 Transkribering

Alla intervjuer har spelats in med en diktafon, efter samtycke från samtliga informanter innan intervjuerna började. Därefter transkriberades varje intervju noggrant. Att transkribera en intervju innebär att man omvandlar det muntliga språket till skriven text (Kvale & Brinkmann, 2009). Det här görs för att materialet lättare ska bli tillgängligt för analys. Alla intervjuerna har återgetts ordagrant och även pauser, suckar mm har skrivits ner allt för att skapa ett så trovärdigt material som möjligt (ibid). Det här ledde till totalt 95 A4 sidor utskrivna text. Varje intervju har organiserats så att det tydligt framgår vad jag som intervjuare säger och vad informanten säger. Dessutom när utskrifterna av transkriberingen gjordes så skrevs de ut på papper med olika färg beroende på om det var intervjuer från rättspsykiatri eller allmänpsykiatri. Senare insåg jag att det inte hade behövts eftersom det inte skulle göras någon åtskillnad vid analysen av intervjuerna. Kvale & Brinkmann (2009) menar att transkriberingen är en del av analysen eftersom man redan då bearbetar sitt material utan att man kanske är medveten om det.

5.4.2 Analysmetod

Utifrån syftet och frågeställningarna har en hermeneutisk analysmetod använts. Den hermeneutiska analysmetoden utgår från att tolka meningen med människors upplevelser utifrån erfarenheter och teori (Kvale & Brinkmann 2009). Utgångspunkten under analysarbetet har varit mina tolkningar av det empiriska materialet. Analysprocessen började med att jag läste igenom alla intervjuerna flera gånger, först lite överskådligt och sedan noggrannare. Under de här genomläsningarna blev jag mer och mer bekant med mitt material. Under andra inläsningen noterades specifika ord, meningar eller stycken som framställdes som extra viktiga för

informerarna. De här orden, meningarna eller styckena kan man jämföra med det Kvale & Brinkmann (2009) kallar för *kategorier*. Kategorierna gavs olika namn t.ex. säkerhetstänk och försiktighet, det som författarna benämner för *koder*. När alla intervjuerna hade kodats, klipptes koderna isär och sorterades i olika grupper utifrån syfte och frågeställningar. De olika grupperna innehöll citat samt annan information där informanterna talade om samma ämne. Utifrån de här grupperingarna av koder växte sedan olika *teman* fram, utifrån studiens syfte och frågeställningar. Det här kallar författarna för tematisering. Hela tiden under analysprocessen har de koder och teman som bildats relaterats tillbaka till helheten i informanternas berättelser, för att söka djupare förståelse för informanternas berättelser, allt i enlighet med den hermeneutiska analysmetoden (Kvale & Brinkmann, 2009). Under den här processen har också irrelevant information kunnat sorteras bort. Det här arbetet att växla mellan delarna och helheten är det som kallas den ”hermeneutiska spiralen” (ibid). Processen fortsatte tills resultatet bedömdes vara ordentligt styrkt och pålitligt och en mättnad uppnåts (Lindgren, 2014). Slutligen utkristalliserades nio teman, vilka analysen och resultatet bygger på. De nio teman är följande: *säkerhet och rutiner, lagen, tillgänglighet, samtal, information, delaktighet i det lilla, patienternas förutsättningar, patienternas mående och tid.*

Följande bild beskriver hur de olika temana har vuxit fram genom att det först skapades kategorier, som sedan ordnades upp i olika koder som slutligen blev de teman som resultatet bygger på:

Kategorier	Koder	Teman
... inte går in på rummet och ställer sig i ett hörn...	Försiktighet	Säkerhet och rutiner
... det är så mycket låst... tänka på att låsa efter sig...	Rutiner	
... säkerhetstänk styr ju hela tiden hur vi arbetar...	Säkerhetstänk	
... personalen vet alltid var alla andra i personalen finns...	Samarbete, säkerhet	

5.5 Studiens tillförlitlighet

5.5.1 Validitet

Validitet handlar om vilken giltighet som finns i en studie. Det rör sig om huruvida en studie undersöker det som den är tänkt att undersöka; d.v.s. hur valid, hur giltig, studien är. Validering bör ske under hela forskningsprocessen och inte bara på slutet (Kvale & Brinkmann, 2009). Under hela arbetets gång har studiens syfte och frågeställningar stått i centrum. Intervjuguiden utformades med ett vardagligt och enkelt språk, för att i största mån undvika missförstånd. Det här vardagliga språket användes även under intervjuerna. För att säkerställa att validiteten blivit så hög som möjligt skapades intervjuguiden utifrån studiens syfte och frågeställningar. Vid analys av det insamlade empiriska materialet har en kritisk fråga hela tiden funnits med huruvida det här materialet är relevant utifrån studiens syfte och frågeställningar. Genom att den här frågan funnits med som utgångspunkt både vid intervjuguiden men även vid

intervjuerna anses den empiri som framkommit ligga i linje med det som studien syftar till att undersöka.

5.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om vilken tillförlitlighet som återfinns i en studie. Det handlar om huruvida en studie skulle kunna återskapas av andra forskare vid ett senare tillfälle, och ändå ge samma resultat. Det handlar om ifall informanterna skulle ge samma svar på intervjufrågorna till en annan forskare eller om det skulle bli andra svar. Reliabiliteten i en intervjustudie handlar också om huruvida utskrifterna av intervjuerna skulle bli likadana ifall någon annan forskare skrev ut dem (Kvale & Brinkmann, 2009). Studien bygger på halvstrukturerade intervjuer med ett färre antal informanter, vilket kan göra det svårt för andra forskare att återskapa exakt samma empiriska material vid ett senare tillfälle. Eftersom det här är en kvalitativ studie utgår den från människors individuella berättelser kring olika situationer. Under intervjuerna ställdes frågor kring hur personalen uppfattar patienternas möjligheter att vara delaktiga i vardagen samt vad personalen gör för att skapa delaktighet för patienterna. Här får man ha med i beaktande att personalen kan ha ändrat arbetsmetoder utifrån nya tankar inom området. Det här skulle kunna leda till att svaren blir annorlunda vid ett senare tillfälle även om samma intervjuguide används. Eftersom jag har gjort min studie på egen hand har jag inte haft någon att diskutera utfallet av studien tillsammans med, vilket jag kritiskt funderat över om det har gjorts rättvisa åt mitt resultat.

5.6 Etiska ställningstaganden

Att göra en studie med och om människor kräver stor etisk medvetenhet under hela arbetets gång. När jag först började tänka på vilket område och vilka personer jag ville intervjua fanns en vilja att få höra patienternas egna röster, d.v.s. de personer som är i fokus för min studie, patienter som av någon anledning tvångsvårdas inom psykiatri i Sverige idag. Jag ville kunna få ett inifrånperspektiv av vad patienterna själva upplever att delaktighet är för dem. Jag ville kunna nå själva kärnan, hur patienterna som är så begränsade av lagen ändå kan uttrycka vilken delaktighet de upplever mitt i sin situation. Det här var de första tankarna jag hade kring hur jag skulle samla in mitt empiriska material. Jag undersökte om det fanns möjlighet att göra en sådan studie, men av etiska skäl fick jag ganska snart tänka om och välja en annan målgrupp för mina intervjuer eftersom en sådan studie inte var tillåten att göra. Personligen känns det lite orättvist mot de patienter som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården, att deras röster inte får höras bara för att vetenskapsrådet gör den bedömningen att det kan vara skadligt för de personerna att bli intervjuade. Samtidigt kan jag förstå att det finns en sådan restriktion. Nikku (2013) skriver att patienter som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården redan från början är en svag och utsatt grupp, varför det inte är etiskt försvarbart att göra den här typen av studie med patienterna själva.

Som forskare får man hela tiden vara medveten om att de val man gör kan få stora konsekvenser för de personer som ingår i forskningen. Vetenskapsrådet (2017) pekar på att det finns två krav som man måste förhålla sig till vid all forskning på människor, nämligen forskningskravet och individskyddskravet. Forskningskravet innebär att man som forskare vill få fram ny kunskap inom området medan individskyddskravet innebär att man som forskare har ett ansvar för hur personer som deltar i studien behandlas. Ibland kan de här två kraven gå emot varandra och då

är det alltid viktigast att skydda den enskilda individen. Man får aldrig som forskare riskera att någon person far illa pga. att man vill få fram ny forskning. Med beaktande av det här valde jag alltså en annan målgrupp än den jag först hade tänkt att intervjua. Jag funderade på vem eller vilka som kunde ha bästa förutsättningar för att kunna förstå patienterna på bästa sätt. Jag kom fram till att skötare och sjuksköterskor som dagligen träffar patienterna troligtvis har den bästa förutsättningen för att förstå patienterna, och det skulle då leda till att min studie ändå skulle kunna få fram den kunskap som jag från början sökte efter. Med det resonemanget i bagaget gjordes istället intervjuerna med skötare och sjuksköterskor. För att undvika att någon person skulle drabbas har jag hela tiden tagit hänsyn till både forskningskravet och individskyddskravet. Redan från början när intervjuguiden skapades togs varje fråga i beaktande huruvida den skulle kunna uppfattas som känslig för informanten eller inte. Om jag uppfattade någon fråga som känslig så skrevs den om eller togs bort helt och hållet. Jag har hela tiden varit medveten om forskningskravet och individskyddskravet och försökt att förhålla mig till dem på ett välbalanserat sätt. Samtidigt är jag väl medveten om att en fråga som jag inte trodde skulle vara känslig, ändå kan var det för någon av informanterna. Olika frågor kan väcka tankar till liv som jag omöjligt i förväg kan vara medveten om. Jag har under intervjuerna varit vaksam på om någon av frågorna har upplevts svår att svara på och har i sådana fall inte pressat informanten att svara utan istället gått vidare i intervjun. En annan sak som också är viktig att vara medveten om är maktasymmetrin som ständigt är närvarande vid en studie. Vid en intervju är det hela tiden jag som intervjuare som leder intervjun och jag har även tolkningsföreträdet (Kvale & Brinkmann 2009). Eftersom jag har valt att göra kvalitativa intervjuer och sedan analysera dem enligt den hermeneutiska analysmetoden är det också jag som tolkar både vad som sägs i intervjun, men också hur transkriberingen görs och därefter tolkas. Arbetet har gjorts med största noggrannhet, men samtidigt med en medvetenhet om att det finns en risk att informationen har kunnat tolkas på ett felaktigt sätt.

Vetenskapsrådet (2017) pekar på ytterligare några saker som man behöver tänka på när man forskar på människor. En av de sakerna är att det ska göras en etikprövning innan studien påbörjas. Den här formella etikprövningen gäller dock inte för oss studenter som skriver uppsats utan för oss gäller det ett godkännande från vår handledare på Högskolan Väst. Handledaren behöver alltså ge sitt godkännande av intervjuguiden, vilken målgrupp man önskar intervjua samt vad uppsatsen syftar till att ge svar på innan jag som student får gå ut och börja samla in något material överhuvudtaget. Det här godkännandet gavs innan jag tog första kontakten med cheferna inför intervjuerna. Vetenskapsrådet (2017) har även fyra forskningsetiska principer som man måste följa: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. När jag tog första mailkontakten med cheferna på det stället där intervjuerna genomfördes var jag noga med att bifoga mitt informationsbrev, som cheferna sedan lämnade vidare till var och en som skulle bli intervjuad. I informationsbrevet hade jag tydligt och klart skrivit vad studien handlar om samt att materialet enbart skulle användas till min uppsats. Jag hade skrivit ungefär hur lång tid varje intervju beräknades ta samt att intervjuerna skulle spelas in för att sedan transkriberas. Jag informerade även om att deltagandet var frivilligt och att informanten när som helst kan avbryta sitt deltagande utan att ge något speciellt skäl till det. För att vara extra noggrann gick jag igenom informationsbrevet en extra gång innan varje intervju och då fick jag även vars och ens muntliga godkännande. I informationsbrevet, men

även muntligt, så informerade jag om att allt material kommer att avidentifieras så att ingen av deltagarna ska kunna bli igenkänd. Jag informerade även om att allt obearbetat material kommer att förstöras när uppsatsen är godkänd. Förutom de fyra forskningsetiska principerna har jag genom hela studien varit noga med att hålla god ordning på materialet samt försökt vara genomskinlig så att läsaren hela tiden kan följa mina tankar under studiens gång.

6 Resultat och analys

I följande kapitel kommer det analyserade empiriska materialet att presenteras. Analysen av materialet har gjorts utifrån studiens syfte och frågeställningar, som behandlar hur personalen kan göra patienter inom den psykiatriska tvångsvården delaktiga i sin vardag samt vilka utmaningar de stöter på inom ramen för lagstiftningen.

Kapitlet presenteras genom tre huvudrubriker, utifrån studiens frågeställningar. Därefter delas varje huvudrubrik upp i underrubriker, som är de teman vilka framkom under analysarbetet. Rubriken *Utformning av arbetet* syftar till att besvara den första frågeställningen, rubriken *Delaktighet* syftar till att besvara den andra frågeställningen och rubriken *Svårigheter* syftar till att besvara den tredje och sista frågeställningen. Det empiriska materialet tolkas och diskuteras i kapitlet med hjälp av studiens teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning.

6.1 Utformning av arbetet

Den första frågeställningen kopplas till rubriken *Utformning av arbetet* och lyder Vad styr utformningen av det vardagliga arbetet med patienterna i den psykiatriska tvångsvården?

6.1.1 Säkerhet och rutiner

En sak som alla informanter lyfte som det allra viktigaste var säkerhet. Det måste hela tiden finnas ett säkerhetstänk närvarande i arbetet och det påverkar i praktiken allt som görs. Det behöver finnas en viss grundbemanning av personal ute på avdelningarna och personalen måste hela tiden veta var de andra befinner sig. Någon uttryckte det som att man aldrig går in på rummet och ställer sig i ett hörn med en patient, utan man är hela tiden medveten om var i rummet man är. Om en personal behöver gå med en patient in på rummet så ser man till att först få ögonkontakt med någon annan i personalgruppen så de vet att nu går jag in med den här patienten på rummet. Att aldrig vara ensam med en patient på rummet med stängd dörr är en av rutinerna som finns. Samtidigt som säkerhetstänket hela tiden är närvarande så lär personalen också känna patienterna och kan på så sätt veta vilka man kan vända ryggen till och vilka man inte kan göra det med. Men säkerhetstänket är det absolut viktigaste att tänka på i arbetet och det är också säkerhet som väldigt mycket styr hur arbetet utformas.

Följande citat beskriver det här:

"... jag tror en sak jag kan säga som blir... alltså säkerhet... där är det en absolut livsviktig sak där... och det påverkar väldigt mycket vår... hur vi arbetar... våran organisation... vi måste alltid ha ett säkerhetstänk..."

I säkerhetstänket ingår också att personalen tänker förebyggande. De är hela tiden medvetna om hur man rör sig, hur man pratar med patienterna och hur man bemöter dem. Många av patienterna, speciellt de som vårdas enligt LPT, kan också vara väldigt sjuka när de kommer

och då är det viktigt att man som personal bemöter dem genom att lyssna på dem och inte trappa upp konflikter i onödan. En informant lyfte hur viktigt bemötandet är, speciellt när patienterna är upprörda så gäller det att genom bemötandet försöka trappa ner konflikten.

Följande citat beskriver det här:

”... man kan lösa väldigt mycket konflikter med hur man bara pratar och rör sig och bemöter patienter... men det är väl det... de-eskalera situationer istället för att ... det handlar inte om att man ska tillrättavisa nån patient utan det handlar om att lyssna på patienter och...”

Här kan man göra en jämförelse med det Hällgren m.fl. (2014) fick fram i sin studie. Där framkom det att sjuksköterskorna var överens om att det var viktigt att prioritera dialogen med patienterna och att sjuksköterskorna kunde lyssna på patienterna. Vidare kom det fram att dialogen var en förutsättning för att patienterna skulle kunna komma till tals. Trots att sjuksköterskorna ville hinna lyssna mer på patienterna upplevde de att samtal inte prioriterades från ledningen, samt att tiden inte räckte till (ibid). Som det framkom i min studie lyfter personalen att man kan lösa mycket konflikter genom att bara lyssna på patienterna. Jag tänker att samtalets betydelse kan få större konsekvenser även när det gäller säkerhetsaspekten och det förebyggande arbetet med patienterna. Om man som personal får tid och möjlighet att lyssna mer på patienterna kanske man också kan undvika att vissa konflikter uppstår bara genom att patienten får förklara sin syn på situationen. Socialstyrelsen (2015) betonar att om en patient får vara delaktig kan man på ett annat sätt lättare förebygga säkerhetsrisker. Det här går i linje med det som informanterna lyfte i min studie.

I det förebyggande arbetet ingår även att se över den fysiska miljön så att man tar bort föremål som kan vara farliga. Allt på avdelningen är låst, vilket också påverkar säkerheten, men även hur det dagliga arbetet utformas. Det finns speciella rutiner och riktlinjer för hur man ska agera i olika situationer såsom vid våldssituationer eller hotfulla situationer, då finns det tydliga rutiner hur man som personal ska agera. Under intervjuerna framkom det att kommunikationen med patienterna är en nyckel i arbetet. Samtidigt som säkerhetstänket är en central del så poängterade en av informanterna som arbetar med LPT patienter att man också måste vara medveten om att det är människor vi vårdar så att inte säkerhetstänket tar över allting.

Följande citat beskriver det här:

”det handlar att säkerhetstänket ska inte ta över...det handlar om att vårda människor och inte låsa in dem och straffa dem om man säger så...de har ju egentligen inte gjort nånting ...det är vanliga människor...om man tittar på allmänheten så ...så skulle man ju veta hur många som egentligen har varit i kontakt med psykiatrin.”

6.1.2 Lagen

En annan sak som styr utformningen av det vardagliga arbetet är lagen. Eftersom jag både intervjuade personal från rättspsykiatrin och allmänpsykiatrin så kan resultaten i studien påverkas av vilken vårdform patienterna vårdas enligt. Gemensamt för både de patienter som vårdas enligt LPT och LRV är att det är chefsöverläkaren som bestämmer vilka regler som ska gälla för den enskilde patienten. Av intervjuerna framkom det att patienterna kan ha olika restriktioner; en del patienter kan ha indragen elektronik därför att patienten inte klarar av att

sköta det. Personalen får aldrig själva gå in och begränsa patienternas frihet utan det måste alltid vara ett överläkarbeslut på det. Vidare framkom att en del av patienterna inte får gå utanför avdelningen och då måste personalen arbeta utifrån det. Det finns väldigt mycket som personalen måste förhålla sig till runt varje patient, vad man får och vad man inte får göra. Om någon restriktion ska upphävas så gäller samma sak som nämnts tidigare, att det är ett överläkarbeslut som behövs för att upphäva restriktionen.

Följande två citat beskriver det här:

”Vi har ju ganska strikta riktlinjer här... att vi har ju dömda personer så att många FÅR inte gå ut ...de KAN inte delta i aktiviteterna borta i aktivitetshuset under viss tid...det beror också helt på vart de är i vårdprocessen ...”

”... de är ju dömda här enligt lagen och då är det lagen som säger väldigt mycket om hur vi får arbeta också...”

I LRV står det tydligt att en patient kan dömas till vård med särskild utskrivningsprövning eller till vård utan särskild utskrivningsprövning (LRV 8a§). Om patienten döms till vård med särskild utskrivningsprövning kan en sak vara begränsningen av att använda elektronik. En anledning till att patienten får de här restriktionerna kan vara att chefsöverläkaren bedömer att patienten är en större säkerhetsrisk och får därför inte använda elektronisk utrustning (ibid). Även i LPT finns den här begränsningen där chefsöverläkaren kan besluta att patienten inte får använda elektronik (LPT 20a§).

Under intervjuerna framkom att det förutom lagen finns olika säkerhetsföreskrifter som påvisar hur arbetet ska utformas; det finns riktlinjer från socialstyrelsen, PM från ledningen, riktlinjer för avdelningen och andra riktlinjer som personalen måste förhålla sig till.

Följande citat får beskriva det här ytterligare:

”... det är olika regler för vem som får gå ut och göra vad och när och hur... så där är det ju väldigt mycket ibland... man känner att man skulle vilja göra nåt, men vi följ... vi måste vara rigorösa och följa lagen...”

Det som blir väldigt tydligt i arbetet med att vårda patienter inom både LPT och LRV är att det finns mycket lagar och regler som styr arbetet. Det finns ett rättsväsende som ska göra vården säker både för patienterna, men också för personalen som arbetar inom tvångsvården. Socialstyrelsen skriver att vården enligt både LPT och LRV ska syfta till att patienten på sikt ska vara villig att ta emot vård på frivillig väg (SOSFS 2008:18/2). Med anledning av det här ska tvångsvården bara utföras under den tid som patienten motsätter sig vården, sedan ska patienten vårdas frivilligt, alltså enligt HSL (ibid).

6.2 Delaktighet

Den andra frågeställningen kopplas till rubriken *Delaktighet* och lyder Hur görs patienterna delaktiga i sin egen vardag?

6.2.1 Tillgänglighet

Flera av informanterna lyfte hur viktigt det är att personalen är tillgänglig för patienterna och att bara finnas till hands. Att sitta i soffan och titta på TV kan ibland vara det bästa sättet att nå

en patient, för då finns personalen där på ett enkelt och naturligt sätt. På så sätt visar personalen att jag finns här, jag är till för dig just nu. Att finnas tillhands handlar ju också mycket om att personalen ser patienterna och tvärtom. Det kan se ut som om personalen inte gör någonting, men placeringen i TV-soffan är ofta strategisk för att bara finnas där.

Följande citat kan beskriva det här:

”... de bästa samtalen e ju när de blir spontana å inte påtvingade så då ... att va tillgänglig på naturliga platser där folk kommer å sätter sig ... det e väl en grej så...”

Hällgren m.fl. (2014) beskriver hur sjuksköterskorna upplever att de inte har möjlighet att vara tillgängliga för patienterna i den mån de skulle ha önskat. Sjuksköterskorna uttrycker att när de inte har tid att finnas tillhands för patienterna får de hänvisa patienterna till att själva titta på TV eller prata med någon annan patient. Det här upplevs otillfredsställande för sjuksköterskorna, men de har inte möjlighet att göra annorlunda (ibid). I den här situationen kan man se en tydlig skillnad mellan personalen i min studie och sjuksköterskorna i Hällgrens studie. Båda personalgrupperna upplever att det är viktigt att finnas tillhands, men utgången är väldigt olika eftersom personalen i min studie faktiskt har möjlighet att finnas där för patienterna medan sjuksköterskorna i Hällgrens studie inte har den möjligheten.

Någon ur personalen berättade att ibland kan en patient behöva lugn och ro, speciellt när patienten precis har kommit till avdelningen. Då är det extra viktigt att personalen finns tillhands för att kunna fånga upp om patienten ändå vill någonting, fast han eller hon kanske inte säger det. Ibland är bästa strategin att låta patienten vara, så kommer han eller hon till personalen så småningom. Det här går i linje med vad Ringsby Jansson (2013) skriver om delaktighet. Hon skriver att delaktighet är en sorts självbestämmande att få avgöra när och hur mycket kontakt en person vill ha med andra. Vidare skriver hon att det är viktigt att var och en får bestämma utifrån sina egna villkor hur stor delaktighet man vill ha just då (ibid). Personalen lyfte att det har visat sig positivt att kunna ha lite enkla aktiviteter på avdelningen för dem som inte orkar gå iväg på aktiviteter. På så vis kan patienterna själva välja om de vill vara med eller inte, samtidigt som det skapar ett sammanhang där man som personal på ett naturligt sätt kan finnas med.

Personalen beskriver också att när det gäller den dagliga kontakten med patienterna så kan tillgänglighet innebära att man sitter med och spelar kort, löser korsord, löser melodikrysset d.v.s. man gör saker tillsammans som främjar möjligheten för patienterna att kunna få tillgång till personalens tid. Dessutom skapar de här tillfällena möjlighet till delaktighet och att patientens självförtroende växer genom att patienten får vara bra på något som kanske inte personalen är bra på. Att bara finnas tillhands innebär att det är lätt för patienterna att ta tag i någon om man behöver prata om något. En annan sak som kom upp under intervjuerna var att man ibland bara kan fråga patienterna om saker så brukar det komma fram om de vill prata om något speciellt. Personalen beskriver också att det finns en tyst kommunikation där personalen kan observera hur patienterna mår, bara genom att finnas nära dem. Sedan kan man som personal ta upp det man har sett i vårdlaget och prata med kollegorna om det man har noterat.

Följande citat belyser det här:

”... även om han inte säger det själv, att nu är jag lite nedstämd och så där... det är ju vårt jobb att va uppmärksamma på sånt, det är en tyst kommunikation som sker.”

6.2.2 Samtal

Ytterligare en sak som all personal lyfte som en viktig del var just samtalen med patienterna. Som det tidigare har beskrivits belyser Hällgren m.fl. (2014) i sin studie hur personalen eftersträvar mer samtal med patienterna, men att tiden inte räcker till. Där visar det sig att personalen känner sig väldigt kluven och missnöjd med sin arbetsprestation pga. ständig brist på möjlighet till samtal med patienterna (ibid). Till skillnad från Hällgrens studie visade det sig att personalen i min studie upplevde att de hade tid för samtal med patienterna. De förmedlade att just samtalen är så oerhört viktiga för patienterna och att det är en stor del av personalens arbete. Engström (2008) beskriver i sin avhandling *Delaktighet under tvång* hur hon definierar delaktighet med själva mötet mellan människor, det är här som själva kärnan finns. Av hennes beskrivning att döma kan man förstå att samtalet som sådant är viktigt för att kunna nå fram till en delaktighet för patienterna.

Personalen i min studie beskrev att samtalen kunde bli väldigt olika, beroende på i vilken situation man befann sig i. En del samtal var med läkare, där handlade det ofta om medicinering och annat som läkaren styr över. Vissa samtal handlar om att personalen får förklara för patienten var i vårdprocessen patienten just nu befinner sig. De här samtalen kanske kommer efter ett samtal med läkaren därför att det är lättare att fråga personalen på avdelningen om sådana saker. En del samtal kan vara tillrättavisande samtal när någon gjort bort sig på avdelningen och personalen får förklara vad som blev fel. Andra samtal kan bli mer förtroliga samtal med personalen på avdelningen där patienterna undrar över något som personalen får förklara för dem.

Följande citat beskriver det här:

”... med oss på golvet så att säga... för att vi kan förklara ifall det är nånting de funderar på ... å de litar ju såpass på oss att de kommer till oss fall det är nånting å frågar... och jag tror att det gör att de känner sig riktigt delaktiga å att det är ett sätt för oss att göra dem delaktiga...”

En del patienter vill inte ha samtal alls och då får personalen respektera när de vill vara ifred. Någon av personalen uttryckte att ibland får man nästan ”tvinga sig på” en del av patienterna. Det finns också patienter som känner sig obekväma att prata i grupp och då kan det ofta vara lättare att prata när man är ensam med en personal, kanske på en promenad eller liknande. Sedan finns det patienter som vill prata hela tiden, och där får man stoppa dem istället. Det kan vara att de vill prata om mediciner och allt möjligt, då får man som personal stoppa dem och gå åt sidan för att prata. Just när det handlar om mediciner så sätter det gärna igång en kedjereaktion hos andra patienter om det ämnet kommer på tal så då får personalen ta det enskilt med den berörda patienten istället.

I något enstaka fall kunde personalen uppleva att de inte hade tid för samtal just då när patienten efterfrågade det, men det var undantagsfall. För det mesta kunde man prioritera om, även om det var något annat man gjorde just då.

Följande två citat beskriver samtalets betydelse:

”... det som jag har märkt här är så jättestor skillnad att vi lyssnar på patienten och försöker finnas till för patienten”

”Det finns ingen tidssättning att ett samtal ska ta så här mycket tid eller så... utan det är ju hela tiden vad samtalet ger”

Ibland kan det bli väldigt tunga samtal när patienterna mår dåligt. Då kanske det räcker att personalen sitter med och lyssnar utan att säga så mycket. Ofta vill patienterna berätta om sina brott, de funderar på hur det har blivit och varför det blev så.

Följande citat beskriver den här komplexiteten:

”... det är ju inga onda människor vi har utan det är människor som kommit snett... ofta att de inte förstått att de gjort fel å sånt där... det kan bli tunga samtal ... för att det är väldigt svårt å förklara för nån som har begått ett brott men förstår inte varför det är brottsligt...”

Ovanstående citat beskriver att många patienter faktiskt vill prata om sina brott. De vill prata för att på något sätt försöka förstå vad det är som har hänt och varför de är dömda. Men precis som citatet ovan beskriver så är det svårt att förklara för en patient som har begått ett brott, men som inte har förmågan att förstå att det som han eller hon har gjort är fel. Patienten kan ha svårt att se hela bilden, varför just patientens del i handlandet är fel och inte någon annan som varit med.

I Biering & Jensens (2011) studie kom det fram att en del av ungdomarna hade önskat att personalen hade lyssnat mer på dem. Ungdomarna uttryckte att det var värdefullt att få prata om sina känslor och smärtsamma erfarenheter med någon utomstående. Både samtal i grupp, men även enskilda samtal var väldigt viktiga. Ytterligare en sak som förutsätter en god relation mellan ungdomarna och personalen är att ungdomarna blev behandlade som en person och inte bara som en patient (ibid). Även i Hällgrens m.fl. (2014) studie beskriver författarna hur patienterna upplevde att de blev behandlade utifrån sin diagnos som gjorde att de fick mediciner, medan de egentligen ville ha mer mänsklig kontakt. Här överensstämmer forskningen med det som personalen i min studie lyfter fram, nämligen att personalen uppfattar de enskilda samtalen som extra viktiga för patienterna. Även om patienten var arg på personalen så byggdes det upp ett förtroende genom de enskilda samtalen där personalen inte backade undan utan hela tiden fanns kvar.

Följande två citat beskriver det här:

”... det e mycket samtal, det e det allra viktigaste... å att finnas här å inte backa undan, för många utav våra patienter är vana att händer det nånting så försvinner folk... här har de förstått att här försvinner vi inte utan här är vi kvar ... och på det sättet så finner de en tillit till oss”

”... men det viktigaste ä de här samtalen ... förtroliga samtalen man kan ha ...”

6.2.3 Information

Under intervjuerna framkom det att information till patienterna är viktigt för att de ska kunna känna sig delaktiga. Det här är även något som Biering & Jensen (2011) lyfter i sin studie. De

skriver att kraven på större delaktighet inom den psykiatriska tvångsvården har ökat under senare tid (ibid). Jag tolkar det här som att information är en avgörande del för att nå större delaktighet. En informant i min studie berättar att man kan ha en situation där läkaren fattar beslut om en höjning av en medicin, det kan vara en medicin som patienten inte vill ha och då är det viktigt att patienten får information. Även om patienten inte håller med om beslutet, vilket ofta händer eftersom det finns patienterna som vårdas enligt LPT, så är det viktigt att de får den information som behövs. Men informationen kan också ges på olika sätt. Det handlar om att patienterna ska få rätt information. De ska inte få för mycket information, eller information som de inte förstår. Det är viktigt för personalen att ha i åtanke att patienten inte ska få för mycket information som i förlängningen inte gagnar patienten utan blir till ett hinder istället.

Följande citat belyser det här:

”... det lilla man kan göra för en LPT-patient det är ju information. Även om du inte är delaktig i beslutet så blir du ändå delaktig och får reda på vad som händer, för att inte få reda på vad som händer runt omkring en och om det är mediciner eller planeringen framöver eller så då är du ju inte delaktig för fem öre...”

Vikten av att ge patienterna information är något som även framkommer i Eldhs avhandling. Eldh (2006) skriver att för att patienterna ska kunna känna sig delaktiga behöver de få del av informationen. Men de behöver också få hjälp att förstå vad informationen innebär (ibid). Det här styrker resultatet från min studie där personalen menade att information är en viktig del för att patienterna ska kunna känna sig delaktiga. Glenister (1994) menar att patienternas upplevelser av delaktighet är beroende av hur aktiva de förväntats vara. Tidigare har patienterna förväntats vara passiva mottagare av det som personalen har planerat för dem, medan de själva har velat vara aktiva och delaktiga i behandlingen. Vidare skriver författaren att patienterna även har velat vara delaktiga i planeringen av behandlingen (ibid). Det här tolkar jag som att patienterna har velat få mer information om vad som ska hända, samt att de har velat medräknas som en viktig del i sin behandling.

Under en av mina intervjuer framkom det att psykologen hade haft en psykoskola för de patienter som varit intresserade av det. Det var en hel del patienter som var med och tog del av informationen. Genom den informationen kunde också delaktigheten öka för patienterna eftersom man då kunde få större insikt och förståelse för sin egen sjukdom. Det framkom under intervjuerna att många patienter inte uppfattar att de själva är sjuka utan deras situation blir naturlig för dem.

Följande citat beskriver det här:

”... för många lever ju ändå i förnekelse också och uppfattar sig inte som sjuka...”

Även Eldh (2006) skriver i sin avhandling om vikten av att patienterna ska få del av informationen för att de ska kunna känna sig delaktiga. Patienterna behöver få kunskap om sin sjukdom, olika symptom samt hur de yttrar sig (ibid). Det här går helt i linje med den psykoskolan som psykologen i min studie hade haft för att genom information kunna öka patienternas delaktighet. Även Socialstyrelsen (2015) betonar vikten av att patienten genom information, delaktighet och valmöjlighet ska ges möjlighet till inflytande och en god vård.

Vidare skriver Eldh (2006) att patienterna även behöver få möjlighet att ge personalen information om sitt eget mående och att patienterna behöver få bli medräknade som en viktig resurs och inte bara som en passiv patient.

6.2.4 Delaktighet i det lilla

När patienter vårdas enligt LPT är de ofta så sjuka att de inte har någon, eller väldigt liten, sjukdomsinsikt. Det händer att personalen behöver ge patienten en tvångsinjicering. Några av informanterna resonerade kring hur man kan få till delaktighet i den här komplexa situationen. Personalen berättade att även om patienten inte kan få välja bort injektionen kan man ändå skapa delaktighet i det lilla. Som personal får man vara tydlig med att patienten inte kan välja bort sprutan, men patienten kan välja vem man vill ska ge den. Patienten kan få välja om sprutan ska ges i höger eller vänster arm. Här får man som personal vara lyhörd för patienten mitt i den svåra situationen. Även om det inte är stora bitar så är det ändå delaktighet i det lilla, delaktighet i det som går att vara delaktig i.

Följande två citat får beskriva ovanstående:

”Situationen som sådan är kränkande, men det ger en liten möjlighet att va delaktig i den situationen”

”Det handlar om att försöka få med den lilla delaktigheten som går...”

Situationen kring tvångsinjektionen ovan tål att tänkas på ur olika aspekter. Man kan fråga sig vad delaktighet egentligen är i den här situationen? Upplever patienterna verkligen att de är delaktiga eller upplever de bara att det är ett övergrepp och en ännu större kränkning? Den här situationen är förmodligen inte helt ovanlig så därför är det av intresse att vrida och vända på den på olika sätt. När jag först hörde om situationen fick jag en varm känsla av att personalen verkligen vill satsa på att skapa den delaktighet som bara går att få mitt i den här situationen. Att få välja mellan i vilken arm sprutan ska ges kan för många kanske upplevas positivt, medan det för andra kanske bara upplevs som en ännu större kränkning. Mitt i det här får vi inte glömma att det inom den psykiatriska tvångsvården ändå finns så oerhört mycket begränsningar och tvång, vilket ingår i vårdformen. Frågan är om den här situationen enbart uppfattas som positiv från patienternas sida eller om personalen bara tror att situationen uppfattas som positiv? Hur det än förhåller sig så uppfattar i alla fall personalen att även om det inte är någon stor delaktighet så är det ändå delaktighet i det lilla, delaktighet i det som ändå går att vara delaktig i. Om man sedan vänder på situationen igen och tänker att personalen bara skulle gå in till patienten och ge sprutan så blir det absolut ingen delaktighet. Med beaktande av det resonemanget tänker jag ändå att personalen i så stor utsträckning man har möjlighet till verkligen försöker få till delaktighet för patienterna, även i de situationerna där det från början kanske verkar omöjligt att skapa delaktighet.

Socialstyrelsen skriver att personalen bör bemöta patienten på ett humant sätt vid alla former av tvångsinsatser (SOSFS 2008:18/2). Vidare skriver de att andra alternativ ska ses över innan någon form av tvångsinsats görs. Dessutom ska man möjliggöra patientens delaktighet i så stor utsträckning det går (ibid). Här kan man göra en jämförelse med det som personalen ändå försöker skapa i den ytterst svåra situationen, nämligen att patienten i den mån det går ska göras delaktig. Vidare kan man konstatera att personalen arbetar utifrån

socialstyrelsens föreskrifter. I Eldhs (2006) studie kommer det fram några olika resultat kring vad som är de viktigaste sakerna för att en patient ska känna sig delaktig. Två av sakerna är att personalen lyssnar på patienten och att patienten vet vad som ska hända (ibid). Även om det kanske inte helt går att applicera på situationen kring tvångsinjiceringen så kan man ändå se att om personalen lyssnar på patienten och ger information om vad som ska hända så har man ändå gjort något i den svåra situation som är.

Följande tre citat beskriver vad delaktighet kan vara:

"... det är ju en individuell känsla... delaktighet"

"... delaktighet kan va att man blir lyssnad på och blir sedd och trodd och hörd..."

"... att de KÄNNER SIG delaktiga..."

Madsen (2006) skriver att det inom socialpedagogiken finns två viktiga innebörder, inklusion och exklusion. Inklusion innebär att människor medräknas, medan exklusion innebär att de hållas utanför (ibid). Om man sätter in Madsens tankar i exemplet med tvångsinjektionen så kan man se att om patienterna inte får möjlighet att inkluderas och vara delaktiga i det lilla de kan så blir de lätt exkluderade även inom sjukvården. Patienter inom tvångsvården är redan innan en grupp som lätt kan riskera att bli exkluderade varför man bör tänka på att inkludera dem i så många situationer som det är möjligt, även om det inte är så stor delaktighet så är det ändå delaktighet i det lilla.

6.3 Svårigheter

Den tredje frågeställningen kopplas till rubriken *Svårigheter* och lyder Vilka svårigheter ställs personalen inför när det gäller att skapa delaktighet för patienter inom ramen för lagstiftningen?

6.3.1 Patienternas förutsättningar

Personalen beskriver att en utmaning i deras arbete är att försöka förklara en situation för en patient som inte har förutsättningar att förstå vad som har blivit fel. Patienterna kan ha olika funktionsnedsättningar som gör att de inte riktigt förstår varför saker har blivit som de har blivit. Ibland vill patienterna prata om sina brott, då kan det vara svårt att förklara för någon som har begått ett brott, men som inte förstår att det som personen har gjort är brottsligt.

Följande citat (som även återfinns under rubriken samtal) kan förklara det här:

"... det är ju inga onda människor vi har utan det är människor som kommit snett... ofta att de inte förstått att de gjort fel å sånt där..."

En informant berättade om hur viktigt det är att man försöker få patienterna att fungera så gott det går utifrån sina egna förutsättningar och inte utifrån någon annans förutsättningar. Ibland kan det också vara så att en patient är väldigt psykotisk och då får man bara vänta ut psykosens och därefter försöka få till delaktighet när patienten mår bättre.

Följande citat belyser den här svårigheten:

"Men det har ju med patienten... vad den har för bakgrund... med en patient som har en uppväxt som inte är av denna värld e ju svårt å rehabilitera till MIN värld... det som e normalt för mig kan man ju inte gå då ..."

En annan informant berättar att för patienter som vårdas enligt LRV kan det ibland bli en slags växeltrafik mellan boendet och den psykiatriska tvångsvården. Personen kanske är ute i boendet under en längre tid, men helt plötsligt händer det att personen slår sönder något eller slår till någon på boendet och om man då har den här domen om rättspsykiatrisk vård med sig så gäller den väldigt länge. Då kommer personen tillbaka till rättspsykiatrin, samtidigt som personen inte förstår varför det har blivit så här och vad det är som har blivit fel. Då får man som personal försöka förklara vad som har hänt, vilket kan ses som en svårighet. Många av patienterna har också en samsjuklighet med olika psykiatriska diagnoser och ofta missbruk dessutom.

En del patienter kan vara svårmotiverade när det gäller att samtala eller att delta i olika aktiviteter. Flera av informanterna beskrev att en del patienter ibland drar sig undan på sitt rum för att vara ifred. Det här kan dels bero på vilken diagnos patienten har, men också på det psykiska måendet. En utmaning för personalen är just att nå var och en av patienterna utifrån dennes förutsättningar, att anpassa kommunikationen efter personen.

Följande citat beskriver det här:

”Ja, det är det väl, men det är... alla patienter har olika förutsättningar... det kan va att man är väldigt sjuk just nu... då får man anpassa kommunikationen efter det...”

Vid en av intervjuerna framkom att det ibland tar lång tid att lära känna en patient, det kan ta upp till ett år innan man känner patienten. Det här påverkar ju också hur patienten vågar anförtro sig till personalen. Patienten har inte tilltro till personalen förrän han eller hon känner personalen väl. Det är också viktigt att man är ärlig mot patienterna. Oavsett hur svåra besked man som personal ska lämna eller vilka förutsättningar patienten har att förstå så behöver man alltid vara ärlig för att kunna nå fram och i längden skapa en god relation. Här kan man se en jämförelse med vad Eldh (2006) skriver att patienten behöver känna tilltro till personalen för att uppleva att de är delaktiga. Vidare framkom att en viktig bit för att en patient skulle känna sig delaktig var just respekten från personalens sida (ibid).

Som tidigare nämnts diskuterar Madsen (2006) socialpedagogiken utifrån tre olika diskurser. Om man sätter in de olika diskurserna i det här sammanhanget med vilka förutsättningar patienterna har kan man se att resultatet blir väldigt olika beroende på vilken diskurs man använder sig av. Om man använder sig av den första diskursen som är behandlingsdiskursen skulle det innebära att personalen är experten som förväntas hjälpa patienterna. Enligt den diskursen förväntar sig personalen att patienterna följer de regler som sätts upp oavsett om patienterna förstår vad som är rätt och fel eller inte. Om man istället använder sig av den andra diskursen som är behandlingsdiskursen skulle det innebära att patienterna stannar kvar i ett avvikarbeteende istället för att komma ur det. Om man prövar att använda sig av den tredje diskursen som är handlingsdiskursen innebär det att personalen inte är experten utan att man tillsammans med patienten ska hjälpas åt att hitta lösningar på patientens problem. Här är det patientens behov som står i centrum och fokus ska ligga på mötet mellan patient och personal. Här är det inte personalen som är experten som i förväg ska bestämma vad patienten behöver utan tillsammans med patienten försöker man hitta lösningar på problemet (ibid). Om vi tänker på situationen när patienten vill prata om vilka brott denne har gjort så finner jag att handlingsdiskursen är den som skulle lämpa sig bäst för att kunna nå fram till patienten. Här

handlar det ju om att patientens behov står i centrum, vilket jag anser att de behöver göra om man ska tänka utifrån att patienterna har olika förutsättningar och behöver bemötas utifrån deras olikheter. Om man istället skulle använda sig av en annan diskurs skulle man inte riktigt nå fram till patienten utan bara bestämma över huvudet på dem. För att kunna förklara för någon som inte riktigt har förutsättningar att förstå varför något är brottsligt behöver vi utgå från patientens egna behov och förmågor för att sedan hitta gemensamma lösningar tillsammans med patienten.

6.3.2 Patienternas mående

Personalen uttryckte att ytterligare en svårighet när det gäller att skapa delaktighet handlar om patienternas mående. Många av patienterna lider av bipolär sjukdom, d.v.s. de växlar mellan depression och mani. När patienten är manisk så mår denne jättebra och vill inte ta sina mediciner, och när patienten inte tar sina mediciner så hamnar patienten lätt i en depression istället. Här beskriver personalen att en utmaning är det motivationsarbete som de får utföra för att få patienten att ändå ta sina mediciner.

Följande citat kan belysa det här:

”... en del det finns de som är så svårt sjuka att de inte kan förstå delaktighet heller... som inte ska ha delaktighet om allting handlar om... om allting är destruktivt... så kan man ju inte ha det heller...”

Här kan man jämföra med det Linhorst m.fl. (2002) får fram i sin studie. Författarna menar att det krävs att patienten har en grundläggande psykisk stabilitet för att kunna vara delaktig. Patienten behöver vidare ha en möjlighet att kunna fatta vissa beslut för att delaktighet ska vara möjlig (ibid). Av citatet ovan kan man få en förståelse för vad det är Linhorst m.fl. menar i sin studie. Om en patient är så sjuk att man bara tänker destruktiva tankar så kanske delaktighet inte är något bra för den patienten just då. Kanske att det vid vissa tillfällen i livet är bättre att patienterna inte är delaktiga därför att de inte klarar av det? Hur långt ska vi gå i strävan efter att nå delaktighet till varje pris? Vidare skriver Linhorst m.fl. (2002) att ibland vägrade patienterna att delta i planeringen därför att de saknade motivation att komma från sjukhuset. Även i den här studien kom det fram att en del patienter är så svårt sjuka att de inte kan vara med och fatta en del beslut (ibid). Det här styrker det resultat som kom fram i min studie att patienterna kan vara så sjuka att de inte förstår delaktighet.

En informant uttryckte att om patienten vårdas enligt HSL, alltså frivilligt, har den patienten en annan rättslig rättighet att vara delaktig. I de fallen försöker man ju få med patienten så att patienten blir delaktig i alla planeringar och upplägg, men när det gäller LPT blir det lite annorlunda. Dessutom kan man se att delaktighet betyder något om det är frivilligt.

Följande två citat beskriver det här:

”Däremot så har du ju LPT... och där försöker man ju få patienten så mycket delaktig som möjligt... men där skiljer det sig från HSL-patienterna att när du har LPT så är du oftast så sjuk att du inte kan ta grundade ställningstagande själv... det gör ju att ibland fattas ju beslut som patienten själv inte håller med om ...”

”... och det känns väl svårare om man har en person som vårdas enligt LTP... där känns det som att där... de är mycket sjukare och de saknar oftast sjukdomsinsikt.”

Något som styrker det här är resultatet från Eldhs (2006) studie som visar att patienternas upplevelser av delaktighet varierar beroende på deras mående. När patienterna upplever att man inte har kontroll vare sig över sin sjukdom, sin behandling eller sina symptom så känner man sig inte heller delaktig (ibid).

6.3.3 Tid

Överlag var de flesta av personalen nöjda med den tid de hade för samtal med patienterna. De upplevde att de hade tid att samtala med patienterna och att stötta dem i det de behövde hjälp med. Personalen uttryckte att de hela tiden fanns tillgängliga så tiden var egentligen inget problem. Det som kunde upplevas som en svårighet var när patienterna inte kunde vänta utan ville ha den omedelbara behovstillfredsställelsen. I de situationerna kunde personalen uppleva att man inte alltid hade möjlighet att just precis nu prata med någon som ville det. Ytterligare någon personal upplevde att om patienter kom och ville prata så fick man lägga allt annat åt sidan, så här var upplevelserna lite delade i personalgruppen. En orsak kan vara att personalen hade olika ansvarsområden.

Följande två citat kan belysa de här olika situationerna:

”... tid kan jag inte säga att det ä några bekymmer för här HAR vi tid... det känns så bra... det är inte som en strokeavdelning utan här läggs det resurser på samtal...”

”Det kan också vara oroligt på avdelningen att jag känner att jag vill inte gå ifrån, utan att jag behöver finnas härute...”

Citaten ovan belyser att personalen ibland upplevde förutsättningarna olika även om alla i grund och botten ansåg sig ha tid för patienterna. Det jag kan förstå utav informanternas svar är dock att en del av personalen ansåg att om någon kom och ville prata så la man direkt allt annat åt sidan bara för att kunna prata med den patienten, medan andra kände sig bundna av vissa ansvarsuppgifter som man just då höll på med. Här kan man ändå se en stor skillnad mellan min studie och den studien som Hällgren m.fl. (2014) genomförde. I Hällgrens m.fl. studie visade det sig att det fanns en stor frustration och otillfredsställelse hos personalen att de inte hade tid att samtala med patienterna eftersom det hela tiden var annat som prioriterades (ibid).

7 Diskussion

I följande kapitel kommer en diskussion att föras kring vad ovanstående resultat har mynnat ut i. Diskussionen kommer att föras utifrån studiens syfte och frågeställningar, som behandlar personalens möjligheter att göra patienter inom den psykiatriska tvångsvården delaktiga i sin vardag samt undersöka vilka utmaningar personalen stöter på inom ramen för lagstiftningen. Därefter kommer resultatet att diskuteras utifrån vilka reflektioner, tankar och slutsatser som har framkommit under studiens gång. Av resultatet att döma har studien gett svar på syftet och de frågeställningar som ligger till grund för studien.

Första frågeställningen behandlar vad som styr utformningen av arbetet. Här kan man se att säkerhet och rutiner är något som på ett väsentligt sätt styr personalens arbete med patienter

inom den psykiatriska tvångsvården. Alla informanter menade att säkerhetstänket är det absolut viktigaste. Här handlar det både om att det finns rutiner för hur arbetet ska utföras, men även att ett förebyggande säkerhetstänk finns med. Eftersom patienterna faktiskt vårdas utifrån tvångsvård så är säkerheten oerhört viktig. Resultatet visade också att de patienter som vårdas enligt LPT ofta är väldigt sjuka när de kommer och då är det viktigt att personalen bemöter dem på ett sätt så att man försöker trappa ner en konflikt istället för att trappa upp den. Det framkom att personalen prioriterar att lyssna på patienterna så att de får komma till tals. Det här ser jag även som ett förebyggande säkerhetsarbete. Hällgren m.fl. (2014) får fram ett annat resultat i sin studie. Där framkommer det att sjuksköterskorna verkligen ville prioritera samtal med patienterna, men att de inte fick den möjligheten pga. att det inte prioriterades.

Vidare framkom i resultatet att även lagen styr hur arbetet utformas. De flesta patienter som vårdades där studien gjordes var antingen där enligt LPT eller enligt LRV. Eftersom bägge de här lagarna är tvångslagar så påverkar det hur personalens arbete får vara att utföras. Personalen lyfte att det finns väldigt strikta regler och riktlinjer för hur de får lov att arbeta. Det kan gälla om patienterna inte får lov att gå utanför avdelningen eller inte får använda elektronik eller andra restriktioner som chefsöverläkaren bestämmer. Här görs individuella bestämmelser för varje patient utifrån vad chefsöverläkaren bedömer.

Andra frågeställningen söker svar på hur patienterna görs delaktiga i sin vardag. Här visar resultatet att personalen har en väldigt medveten strategi där de hela tiden försöker finnas tillgängliga för patienterna genom att sätta sig i soffan och titta på TV eller att finnas med där patienterna är. Personalens ambition med att vara tillgängliga var att patienterna på ett lätt sätt kunde få tag på personalen om det var något de ville prata om. Men även tvärtom, att personalen kunde fånga upp hur patienterna mådde, även om patienterna inte sa något själva. Även här kan man se en jämförelse med Hällgrens m.fl. (2014) studie, där sjuksköterskorna också ville finnas tillgängliga för patienterna, men inte hade den möjligheten. Vidare visar resultatet från min studie att samtalet är en viktig del i personalens arbete, vilket en del av personalen betonade som det allra viktigaste. Samtalen kan handla om väldigt olika saker alltifrån att förklara något som läkaren har sagt i ett läkarsamtal till att patienterna vill prata om vilka brott de har begått. Engström (2008) beskriver att mötet mellan två människor är själva grunden för delaktighet. Här kan man förstå att samtalet är en viktig del som gör skillnad för patienterna. Biering & Jensen (2011) skriver att ungdomarna uppskattade att få prata om sina känslor med någon utomstående och att de hade önskat att personalen hade lyssnat mer på dem. Här kan man av resultatet att döma se att personalen i min studie hade bra förutsättningar från ledningen att prioritera samtalet, men att de också själva valde att göra det. Även att patienterna fick information samt fick vara delaktiga i det de kunde vara delaktiga i framkom som delar i det delaktighetsfrämjande arbetet. Här lyfter både Socialstyrelsen (2015) och Eldh (2006) hur viktigt det är att patienterna får information och möjlighet att vara delaktiga. Det här går i linje med vad min studies resultat visar, nämligen att personalen var måna om att ge patienterna information och möjlighet att känna sig delaktiga genom tillgänglighet och samtal. Bara i något fall kunde personalen uppleva att de inte kunde prata med patienterna just vid det tillfället när patienterna önskade, men det var undantagsfall.

Den tredje frågeställningen söker svar på vilka svårigheter personalen ställs inför när det gäller att skapa delaktighet för patienter inom ramen för lagstiftningen. Här visar resultatet att patienternas förutsättningar samt deras mående spelar en stor roll för personalens möjlighet att skapa delaktighet. Ibland kan en patient ha så begränsade möjligheter att förstå en situation att det är svårt att kunna skapa delaktighet. Begränsningarna handlar både om olika funktionsnedsättningar, men även om patientens sjukdomssituation. I resultatet framkom att ibland kan en patient vilja prata om de brott som han eller hon har begått. Då kan det vara en svårighet för personalen att försöka förklara vad det är som har hänt och varför patienten vårdas inom tvångsvården ifall patienten inte har egna förutsättningar att förstå att brottet är brottsligt. Vidare om en patient är djupt inne i en psykos kan det vara svårt för personalen att hjälpa patienten till delaktighet när patienten själv inte har förmågan att förstå delaktighet. Linhorst m.fl. (2002) skriver att patienten behöver ha en grundläggande psykisk stabilitet för att kunna vara delaktig. Det här går i linje med vad resultatet i min studie pekar på vad gäller svårigheter att göra patienter delaktiga.

Sammanfattningsvis kan jag se att de slutsatser studien har gett visar på att säkerhet och lagen är det som i största grad styr utformningen av arbetet. Vidare att personalens tillgänglighet, möjlighet att lyssna på patienterna, ge dem den information de behöver samt försöka få till delaktighet i den mån det går är saker som bidrar till det delaktighetsfrämjande arbetet inom tvångsvården. Slutligen att patienterna förutsättningar, mående och de begränsningar som finns pga. den vårdform de vårdas enligt är faktorer som påverkar vilka svårigheter personalen kan ha att skapa delaktighet för patienterna.

Under studiens gång har olika reflektioner och tankar kommit fram. Innan jag gick ut och samlade in mitt empiriska material trodde jag att det största hindret för att skapa delaktighet var tidsbrist. Efter att ha studerat tidigare forskning framkom det i flera av artiklarna att personalen hade svårt att hinna med att prata med patienterna samt att patienterna efterfrågade mer samtal och att någon lyssnade mer på dem. När jag sedan genomförde mina intervjuer var det slående rakt igenom i stort sett alla intervjuerna att personalen faktiskt upplevde att de hade tid att prata med patienterna, vilket jag tycker var väldigt positivt att höra.

I resultatet lyftes situationen kring ifall en patient behöver få en tvångsinjektion. Här förklarade personalen att det inte gick att välja bort själva injektionen men att personalen ändå försökte ge patienten så stor delaktighet som var möjlig i den här svåra situationen. Den här situationen berörde mig väldigt mycket genom att jag både kunde förstå personalens tankar om att injektionen inte kunde väljas bort samtidigt som patienten ändå kunde få välja i vilken arm injektionen skulle ges. Här är det svårt att veta vad som är rätt eller fel i den här situationen. Att inte ge patienten någon valmöjlighet känns inte rätt, men att ge patienten en valmöjlighet i den tvingande situationen är väldigt komplext. Vad är det för val som patienten får egentligen? Valet mellan i vilken arm sprutan ska ges i, men i grund och botten kanske inte patienten upplever det som något val. Patienten vill förmodligen inte ha sprutan alls och då kanske det kan kvitta vilken arm den ges i. Å andra sidan kanske patienten ändå känner att denne får ett val genom att bli räknad med, genom att bli tillfrågad överhuvudtaget. Det här är av största anledning även en etisk fråga. Vad upplever personalen att patienten får för delaktighet i situationen och vad upplever patienten själv att denne får för delaktighet? Att stanna upp och

reflektera över den här situationen anser jag är viktigt därför att den innehåller så mycket av själva kärnan i min studie. Kärnan handlar om vilka möjligheter personalen har att göra patienter inom den psykiatriska tvångsvården delaktiga i sin vardag samt undersöka vilka utmaningar personalen stöter på inom ramen för lagstiftningen. I den här situationen försöker personalen skapa delaktighet i en ytterst svår situation, samtidigt som personalen hela tiden har lagen att rätta sig efter.

Under studiens gång har jag även reflekterat över hur människor ofta ser på personer som vårdas inom psykiatrin. Under intervjuerna, men även under transkriberingen, dök det upp tankar hos mig hur viktigt det är att vi kan lyfta psykiatrin inom det socialpedagogiska området. Inom psykiatrin kan faktiskt vem som helst av oss hamna, man behöver inte ha någon speciell personlighet för att hamna inom psykiatrin, men däremot är allt som har med psykiatrin att göra väldigt tabubelagt och smutskastat. Människor ute i samhället ser ofta personer inom psykiatrin som farliga och våldsamma, medan de i själva verket oftast är helt vanliga människor, fast de under påverkan av olika sjukdomstillstånd kan hamna i situationer där de agerar våldsamt och farligt mot sin omgivning. Vi behöver möta de här människorna som medmänniskor och ge dem den vård och omsorg de behöver för att de på sikt ska kunna få ett liv som präglas av delaktighet och inkludering i samhället.

Följande citat får spegla en av personalens tankar kring det här:

”Det är väldigt underbara människor. Det är en bild som samhället kan må gott av att höra... att personer med schizofreni och psykoser inte även är farliga människor. Det är därför jag jobbar på den här avdelningen, jag gillar det...”

7.1 Vad studien tillför socialt arbete och socialpedagogik

Den här studien kan tillföra kunskap inom ett område som behöver belysas ytterligare i samhället, nämligen patienter inom den psykiatriska tvångsvården. Personligen tror jag att delaktighet är en väldigt viktig del i det socialpedagogiska arbetet. Vi behöver göra människor delaktiga i sina egna liv, i sin vardag, men även i samhället i stort för att kunna arbeta mot ett utanförskap och exkludering. Vad händer med människor om de inte får bli delaktiga i samhället? Vad händer om de inte får bli delaktiga i sina egna liv? I sin egen vardag? Vem kommer då att bestämma över dem? Jag tror att vi behöver arbeta mer för att delaktighet ska uppnås inom många olika områden och på många olika plan i samhället. Madsen (2006) skriver att det inom socialpedagogiken finns två viktiga innebörder, nämligen inklusion och exklusion. Att inkludera någon menar Madsen innebär att medräkna någon, medan exkludering innebär att hålla någon utanför (ibid). Patienter inom den psykiatriska tvångsvården är en grupp som kan riskera att hamna i ett utanförskap, både i samhället, men även inom vårdens gränser. Studiens syfte och frågeställningar lyfter den komplexa situationen kring hur personalen inom lagstiftningens gränser kan göra patienter inom den psykiatriska tvångsvården delaktiga i sin egen vardag. Här handlar det verkligen om huruvida patienter inkluderas eller exkluderas i sitt eget liv och i de beslut som rör patienten själv. Med beaktande av det här finner jag att studien kan bidra med ny kunskap inom området kring hur man som personal kan möjliggöra delaktighet för patienter som riskerar att hamna i ett stort utanförskap. Ur socialpedagogiskt perspektiv är det av största vikt att de här personernas röster kommer fram. Som jag tidigare diskuterat under etiska ställningstaganden fanns det tyvärr inte möjlighet att göra en studie med

patienterna själva, men jag hoppas att personalens röster på något sätt har kunnat föra fram patienternas tankar inom området. Studien kan bidra till att hjälpa professionella att se vilka faktorer som behövs för att patienter ska kunna känna delaktighet i den situation som de befinner sig i. Vidare att se och förstå vilka svårigheter som kan finnas både inom lagstiftningen, men även begränsningar hos patienterna själva när det gäller egna förutsättningar och mående.

7.2 Förtjänster och brister med studien

Studiens förtjänster visar sig främst genom att ett område där patienter som riskerar att hamna i ett utanförskap har lyfts fram och belysts. Området rör patienter som av någon anledning vårdas inom den psykiatriska tvångsvården. Den här gruppen av människor behöver på ett annat sätt än vad som oftast sker få komma fram i samhället och göra sina röster hörda.

En brist med studien är naturligtvis att jag inte fick möjlighet att intervjua patienterna själva. Självklart hade det varit mer rättvisande att få ett inifrånperspektiv av vad patienterna upplever som delaktighet. Nu har jag istället fått gå genom personalen, som har fått göra en bedömning av hur personalen kan möjliggöra delaktighet för patienterna. Samtidigt får man vara väl medveten om att resultatet kan ha blivit annorlunda om jag fått möjlighet att intervjua patienterna själva. Det här har som tidigare nämnts funnits med som en brist genom hela uppsatsarbetet.

En annan brist kan ses genom att studien är kvalitativ och därför bygger på informanternas upplevelser av studiens syfte och frågeställningar, som jag sedan har tolkat. Jag är medveten om att informanternas svar kan tolkas och analyseras på många olika sätt, varför min tolkning inte behöver vara den enda rätta tolkningen av det empiriska materialet. Under analysarbetet har en medveten reflektion funnits kring det här. Vidare är det en relativt liten studie med enbart sex informanter, varför man inte kan göra någon generalisering av resultatet.

7.3 Förslag på vidare forskning

Under en av intervjuerna kom det upp en tanke från en av informanterna att det vore intressant om man kunde belysa patienternas egna erfarenheter av delaktighet inom tvångsvården. Det här är ju egentligen själva kärnan, det jag ville komma åt i min studie, men som jag tidigare skrev kunde jag inte av etiska skäl komma åt den informationen då vi inte fick lov att intervjua patienter under vårt uppsatsarbete. Jag vet inte om den etiska prövningen kan tänkas om och prövas på ett annat sätt om man som forskare t.ex. gör en större studie där man kan träffa patienterna under en längre tid. Annars är det väldigt svårt att kunna komma åt den här typen av information. Informanten föreslog att man kanske kan göra en enkätstudie istället, för att både kunna få del av patienternas värdefulla information samtidigt som det skulle kunna vara mer etiskt korrekt. Informanten ville väldigt gärna att patienterna själva skulle få möjlighet att yttra sig vad de känner och tycker om delaktighet, dels för att det är viktigt, men också för att patienterna själva skulle få möjlighet att känna större delaktighet. Utifrån informantens tankar är mitt förslag på vidare forskning att helt enkelt undersöka möjligheten att kunna göra någon form av studie där patienter själva som vårdas eller har vårdats inom den psykiatriska tvångsvården får möjlighet att uttrycka sin känsla och upplevelse av delaktighet. Det här skulle vara en oerhört viktig information att kunna nå, om det ur etisk synvinkel skulle vara möjligt.

8 Referenslista

Biering, Páll, PhD, RN & Jensen H, Valgerður, BS, RN (2011). The Concept of Patient Satisfaction in Adolescent Psychiatric Care: A Qualitative Study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 24, 3–10.

Eldh, Ann Catrine (2006). *Patient participation – what it is and what it is not*. Diss. Örebro: Universitetsbiblioteket.

Engström, Karin (2008). *Delaktighet under tvång. Om ungdomars erfarenheter i barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård*. Diss, Örebro: Örebro universitet.

Eriksson, Lisbeth (2013). Inledning. I Eriksson, Lisbeth, Nilsson, Gunilla & Svensson, Lars A. (red.) *Gemenskaper: socialpedagogiska perspektiv*. Göteborg: Daidalos.

Glenister, David, BSc(Hons) RN MSc PGCEA (1994). Patient participation in psychiatric services: a literature review and proposal for a research strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 802-811.

Gustavsson, Anders (2010). Vår tids socialpedagogik. I Molin, Martin, Gustavsson, Anders & Hermansson, Hans-Erik. *Meningsskapande och delaktighet: Om vår tids socialpedagogik*. Göteborg: Daidalos.

Hällgren Graneheim, Ulla, RNT, PhD, Slotte, Anna, RNT, PhD, Markström Säfsten, Helena, RN, MSc & Lindgren, Britt-Marie, RN, PhD (2014). Contradictions between Ideals and Reality: Swedish Registered Nurses' Experiences of Dialogues with Inpatients in Psychiatric Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 35:395–402.

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

Lindgren, Simon (2014). Kvalitativ analys. I Hjerm, Mikael, Lindgren, Simon & Nilsson, Marco. *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys*. 2 uppl. Malmö: Gleerups.

Linhorst, D, Hamilton, G, Young, E & Eckert, A (2002). Opportunities and barriers to empowering people with severe mental illness through participation in treatment planning. [Elektronisk] *Social work*, 47 (4), ss 425-434. Tillgänglig: PsycINFO, EBSCO host [Tillgänglig 2018-07-25]

Madsen, Bent (2006). *Socialpedagogik: Integration och inklusion i det moderna samhället*. Lund: Studentlitteratur.

Nikku, Nina (2013). *Uppsätsetik- Om etisk problematik i studenternas uppsats- och examensarbete*. Nr. 22 [Elektronisk] Linköping: Filosofiska fakulteten, Linköpings universitet. [Tillgänglig:] <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:573610/FULLTEXT01.pdf> [2018-06-29]

Nilsson, Marco (2014). Att samla in kvalitativa data – halvstrukturerade intervjuer. I Hjerm, Mikael, Lindgren, Simon & Nilsson, Marco. *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys*. 2 uppl. Malmö: Gleerups.

Ringsby Jansson, Bibbi (2013). Den lokala offentliga arenan – mötesplats för utveckling av gemenskap och lärande? I Eriksson, Lisbeth, Nilsson, Gunilla & Svensson, Lars A. (red). *Gemenskaper. Socialpedagogiska perspektiv*. Göteborg: Daidalos.

SFS (1991:1128) *Lag om psykiatrisk tvångsvård*

SFS (1991:1129) *Lag om rättspsykiatrisk vård*

SFS (2011:109) *Regeringsform*

SFS (2014:821) *Patientlag*

SFS (2017:30) *Hälso- och sjukvårdslag*

Socialstyrelsen (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* [Elektronisk] Tillgänglig: [2018-07-30]

Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, chefer och personal* [Elektronisk] Tillgänglig: [2018-09-13]

SOSFS (2008:18/1) *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Föreskrifter och allmänna råd* [Elektronisk] Tillgänglig: [2018-09-13]

SOSFS (2008:18/2) *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* [Elektronisk] Tillgänglig: [2018-09-13]

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. [Elektronisk] Tillgänglig: <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningsсед/> [2018-06-29]

9 Bilagor

9.1 Informationsbrev

Till verksamhetschef/avdelningschef

Hej!

Jag heter Helena Johansson och håller just nu på med min c-uppsats, på det socialpedagogiska programmet på Högskolan Väst i Trollhättan. I uppsatsen vill jag undersöka hur personal arbetar för att göra det möjligt för patienter inom den psykiatriska tvångsvården att vara delaktiga i sin vardag, samt vilket handlingsutrymme och vilka utmaningar personal uppfattar att det finns för att kunna skapa delaktighet.

Det är med anledning av uppsatsens ämne som jag hör av mig till er. Jag skulle vilja intervjua 5-6 av personalen för att höra deras tankar om det här ämnet. Deltagandet är naturligtvis helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan någon motivering. Jag önskar få intervjua personal som möter patienterna i vardagen.

Intervjuerna kommer att ta ca 60 minuter och min tanke är att göra individuella intervjuer. Intervjuerna kommer att spelas in, för att sedan transkriberas. Materialet kommer att avidentifieras så att ingen ska kunna känna igen sig i den färdiga uppsatsen. När uppsatsen är godkänd kommer både ljudinspelningarna samt den transkriberade texten att förstöras. Materialet kommer bara att användas till den här studien, och det är bara jag och min handledare som kommer att kunna ta del av det obearbetade materialet under arbetets gång. När uppsatsen är godkänd kommer den att läggas ut på DIVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet), där den blir fritt tillgänglig att läsa och ladda ned på nätet, men då är allt material avidentifierat.

Jag mailar till dig som är verksamhetschef/avdelningschef och önskar få komma tillbaka till dig per telefon _____

Jag bifogar min intervjuguide som en bifogad fil.

Är det något du undrar över är du välkommen att höra av dig till mig!

Med vänliga hälsningar

Helena Johansson

helena.johansson.14@student.hv.se

XXXX-XX XX XX

Min handledare heter

Bo Helsing

bo.helsing@hv.se

9.2 Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Intervjupersonen

- Vilken är din utbildningsbakgrund?
- När började du arbeta här?

Arbetsplatsen

- Vilka olika yrkesgrupper arbetar här?
- Hur är arbetsgruppen organiserad? Team? Vilka ingår i ett team?

Tema 1: Vardagen

- Kan du beskriva hur dagarna ser ut på den här avdelningen. En vecka?
- Hur ordnas vardagsarbetet här? Har ni olika ansvarsområden, i så fall vilka?
- Finns det olika aktiviteter som patienterna är delaktiga i? Vilka då?
- Har ni någon form av veckomöten, boendemöten el liknande? Vilka är med där?
- Är det något mer du vill tillägga?

Tema 2: Rutiner/riktlinjer

- Vad finns det för olika saker som påverkar hur arbetet utformas på avdelningen?
Finns det något annat som kan påverka utformningen av arbetet?
- Vilka rutiner/riktlinjer gör att vardagen organiseras på det sättet?
- Finns det andra saker, som jag inte tänkt på, som påverkar hur ni utformar arbetet?
- Är det något mer du vill tillägga?

Tema 3: Patienternas delaktighet

- Kan du beskriva för mig hur du uppfattar patienternas möjligheter att vara delaktiga här på avdelningen.
- Hur gör ni som personal för att stimulera till patienternas möjligheter att vara delaktiga i vardagen?
- Vad betyder delaktighet för dig?
- Finns det aktiviteter som du uppfattar skapar ökad delaktighet?
- Vilka olika sätt använder ni för att möjliggöra kommunikation mellan patienter och personal på avdelningen? Får ni utveckla olika strategier för olika patienter?
- Skiljer det sig mellan olika patienter om hur mycket kontakt/samtal var och en önskar? Hur då? Hur kommer ni fram till framkomliga sätt att samtala med olika patienter?
- Är det något mer du vill tillägga?

Tema 4: Utmaningar/svårigheter

- Vad finns det för utmaningar när det gäller att skapa delaktighet för patienterna? Kan du ge exempel på sådana utmaningar?
- Vad finns det för olika situationer där ni kan ha samtal med patienterna? Blir samtalen olika i dessa situationer, på vilket sätt i så fall? Vad finns det för svårigheter/utmaningar i de olika situationerna? Vad kan vara hindrande för att ha samtal i vardagen?
- Om du får önska, hur skulle du vilja utveckla arbetet för att bidra till en ökad delaktighet? Kan du ge något exempel?
- Är det något mer du vill tillägga?

Högskolan Väst
Institutionen för individ och samhälle
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se