

DET HAR BETYDELSE HUR DU SÄGER DET
PATIENTERS OCH SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSE AV
MAKTUTÖVNING INOM SLUTEN PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD

IT MATTERS HOW YOU SAY IT
PATIENTS' AND NURSES' EXPERIENCE OF THE USE OF POWER IN
COMPULSORY PSYCHIATRIC TREATMENT

Magisterprogrammet i omvårdnadsvetenskap,
60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå

Examinationsdatum: 2013-06-17

Författare: Ola Fogelquist

Handledare: Bjöörn Fossum
Examinator: Ingela Rådestad

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND.....	1
Inledning.....	1
Lagen om psykiatrisk tvångsvård.....	1
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar.....	2
Foucault.....	2
Foucaults maktanalys.....	3
Former av makt.....	4
Motstånd.....	6
Psykiatrisk tvångsvård och maktutövning.....	7
PROBLEMFORMULERING.....	10
SYFTE.....	10
METOD.....	10
RESULTAT.....	13
Patienter.....	13
Sjuksköterskor.....	18
DISKUSSION.....	23
Resultatdiskussion.....	23
Metoddiskussion.....	25
Betydelse.....	27
SLUTSATS.....	27
REFERENSER.....	28
BILAGOR	
Bilaga I. Inbjudan till intervju (patient)	
Bilaga II. Inbjudan till intervju (sjuksköterska)	

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Ett flertal studier visar att makt i olika former utövas gentemot patienter inom psykiatrisk tvångsvård, samt att sjuksköterskor är en del av denna maktutövning.

Syfte

Att beskriva patienters och sjuksköterskors upplevelse av maktutövning inom sluten psykiatrisk tvångsvård.

Metod

Som metod för insamling av data har kvalitativ intervju av halvstrukturerad karaktär använts. Fyra patienter och fyra sjuksköterskor knutna till en psykiatrisk klinik i en större stad i Sverige har intervjuats. Intervjuerna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med fokus på både manifest och latent innehåll. Foucaults maktanalys har inspirerat till syfte och frågeställningar, och utgör den huvudsakliga teoretiska referensram med vilken intervjuerna tolkats.

Resultat

Patienter och sjuksköterskors upplevelse av maktutövning presenteras i form av nio respektive fem kategorier.

Tvångsvårdade patienter befinner sig i stabilt underläge i förhållande till vårdpersonal. Huvudsakliga fynd handlar om upplevelse av frustration, ilska och motstånd i olika former. Situationen präglas av förlorad autonomi, svåröversäglig vårdtid, begränsat inflytande över medicinering samt rädsla för tvångsåtgärder. Bemötandets betydelse lyfts fram och erfarenheter av kränkande och dirigerande bemötande beskrivs. Patienterna betonar respekt, samtal, att bli lyssnad på och inte bara tilltalad, något som även utmärker deras upplevelse av acceptabel maktutövning.

Sjuksköterskor utövar makt men är även föremål för andras maktutövning. Huvudsakliga fynd handlar om en ambition och ett ansvar att utöva makt på ett bra sätt, för patientens bästa, med respekt och inom ramen för en förtroendefull relation. Sjuksköterskorna beskriver även brister och tillkortakommanden, prövningar och svårigheter i samband med maktutövning.

Slutsats

Det har betydelse hur makt utövas inom psykiatrisk tvångsvård och hur man bemöter den som befinner sig i underläge. Det krävs en medvetenhet hos sjuksköterskor om det egna överläget i maktrelationen, samt det motstånd och den känslighet som patientens underläge kan föra med sig. Vikten av respekt, lyssnande, att samtala och inte bara tilltala understryks i föreliggande arbete.

Nyckelord: psykiatrisk omvårdnad, tvångsvård, makt, upplevelse, Foucault.

ABSTRACT

Background

Several studies show that various forms of power are exercised over patients in compulsory psychiatric treatment, and that nurses are a part of such demonstrations of power.

Aim

To describe patients' and nurses' experience of the use of power in compulsory psychiatric treatment.

Method

Data was collected using qualitative, semi-structured interviews. Four patients and four nurses connected to a psychiatric clinic in a major city in Sweden were interviewed. The interviews were analyzed using qualitative content analysis with a focus on manifest and latent content. Foucault's power analysis was the source of inspiration for the purpose and formulation of questions, and provided the theoretical frame of reference by which the interviews were interpreted.

Findings

Patient and nurse experiences of power are presented in two groups of nine and five categories each.

Patients in compulsory psychiatric treatment are in a disadvantaged position in relation to health care staff. The main findings are about frustration, anger and resistance in different forms. The situation is characterized by lost autonomy, unpredictable length of care, limited influence over medication and fear of coercive measures. The significance of how people are treated is highlighted and experiences of offending and directing treatment described. Patients emphasize respect, conversation, being listened to and not just spoken to, which also characterizes their experiences of an acceptable exercise of power.

Nurses exercise power but are also subject to the power of others. The main findings are about the ambition and responsibility to use power in a good way, in the patient's best interest, with respect and within the framework of a trusting relationship. Nurses also describe faults and inadequacies, challenges and difficulties associated with the exercise of power.

Conclusion

It matters how power is exercised in compulsory psychiatric treatment and how one treats those who are in a position of disadvantage. It requires an awareness among nurses regarding their superior position, as well as the resistance and sensitivity created by the patients' disadvantage. The importance of respect, listening, and dialogue rather than just speaking is emphasized in the present work.

Key words: Psychiatric nursing, involuntary commitment, power, experience, Foucault.

BAKGRUND

Inledning

Grönwall och Holgersson konstaterar med avseende på psykiatrin att det på ett sjukhus finns en uppdelning av människor i två grupper, ”nämligen personal och patienter. Den ena gruppen är frisk och den andra sjuk, och dem emellan finns ett maktförhållande” (Grönwall & Holgersson, 2006, s.48). Tanken med det här arbetet är att undersöka maktrelationer inom sluten psykiatrisk tvångsvård, att beskriva så väl patienters som sjuksköterskors upplevelse av maktutövning. Michel Foucaults maktanalys har inspirerat till syfte och frågeställningar samt använts för att belysa och tolka resultatet.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård

Psykiatrisk tvångsvård i Sverige regleras av lagen om rättspsykiatrisk vård (SFS 1991:1129) och lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128), vanligen förkortade LRV respektive LPT. År 1992 ersatte dessa lagar den dåvarande psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen, lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, LSPV (SFS 1966:293). Under 1970 och 1980 talet hade kritiken växt sig allt starkare mot LSPV, inte minst inom patientrörelsen. Man såg en koppling mellan lagen och de stora mentalsjukhusen; miljöer där föreställningen om tvångsvård som en naturlig följd av psykisk sjukdom var vedertagen, med en vård präglad av kontroll, förvaring och patriarkalt omhändertagande. Med den nya lagstiftningen fanns förhoppningar om ökad rättssäkerhet för de intagna och en betoning av tvånget som något övergående, en akut åtgärd i syfte att hantera ett krisläge (Grönwall & Holgersson, 2006).

Den 31 december 2010 vårdades totalt 1065 patienter med stöd av LPT. Under hela 2010 skrevs cirka 10800 patienter ut efter vård enligt LPT och av dessa var ungefär hälften kvinnor. Bland männen var den vanligaste diagnosen schizofreni emedan kvinnorna i något högre utsträckning vårdades för bipolär sjukdom. Flest patienter fanns i åldersspannet 25-54 år (Socialstyrelsen, 2012). Mer ingående socioekonomiska uppgifter saknas i Socialstyrelsens rapport. Herlofsson menar emellertid att psykisk störning ofta sammanfaller med social och ekonomisk problematik, i värsta fall social utslagning (Herlofsson, 2010).

Vård enligt LPT kan ges som öppen respektive sluten psykiatrisk tvångsvård. I det senare fallet skall patienten vara intagen på någon form av sjukvårdsinrättning. ”Tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver”. I syfte att genomföra vården kan tvångsåtgärder användas, men ”endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård”. Vidare skall tvångsåtgärder ”utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten”, samt ”endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden” (SFS 1991:1128, 2§). En tydlig definition av begreppet tvångsåtgärd saknas i lagtexten. I Socialstyrelsens Baslista (2011) för klassifikation av vårdåtgärder utgör medicinering under fasthållande/fastspänning, avskiljning av patient från övriga patienter, fastspänning, inskränkning av elektronisk kommunikation samt övervakning av försändelser en miniminivå av tvångsåtgärder som skall rapporteras in till Socialstyrelsens patientregister.

Villkor för vård med stöd av LPT

För sluten psykiatrisk tvångsvård krävs att patienten ”lider av en allvarlig psykisk störning”, har ett ”oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård”, samt ”motsätter sig sådan vård” (SFS 1991:1128, 3§).

Vidare skall det även beaktas huruvida ”patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa” (SFS 1991:1128, 3§). Allvarlig psykisk störning är ett omdiskuterat begrepp. Socialstyrelsen konstaterar att det i första hand bör omfatta ”tillstånd av psykotisk karaktär, således tillstånd med störd realitetsvärdering och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring (---) Till allvarlig psykisk störning bör också räknas allvarliga depressioner med självmordstankar. Vidare bör dit föras svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar), exempelvis vissa invalidiserande neuroser och personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykoskaraktär” (Socialstyrelsen, 2009:15).

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), med sin betoning av respekt för patientens självbestämmande, integritet och värdighet gäller även inom psykiatrisk tvångsvård, och LPT/LRV är i sammanhanget kompletterande lagstiftning.

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska lyfts omvårdnadens teori och praktik fram som ett huvudsakligt arbetsområde. Omvårdnaden skall genomsyras av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt, och man pekar bl.a. på bemötandets betydelse och förmågan att kommunicera med patienten och andra ”på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt” (Socialstyrelsen, 2005, s.11).

Psykiatriska riksföreningen och Svensk sjuksköterskeförening utgår från Socialstyrelsens text och fördjupar resonemanget i sin kompetensbeskrivning för sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk vård. Omvårdnadens relationella karaktär lyfts fram och omvårdnadsinsatser beskrivs som ”en process där sjuksköterskan tillsammans med vårdtagaren bedömer, planerar och åtgärdar problem och förändringar som har lett till psykisk ohälsa”. Omvårdnaden uppfattas som bestående av ”två integrerade delar, uppgiften som utförs och relationen inom vilken den utförs. (---) Uppgiften och relationen är alltså varandras förutsättningar och alltid närvarande samtidigt” (Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2008, s.4).

Foucault

Få har påverkat den moderna diskussionen om makt i samma utsträckning som den franske teoretikern Michel Foucault (1926-1984) (Börjesson & Rehn, 2009).

Foucaults gränsöverskridande och nydanande arbeten rör sig över så väl humaniora som det samhällsvetenskapliga fältet. Hans inflytande ”har idag trängt så djupt in i vetenskapen och kulturdebatten att många av hans tankegångar – om t.ex. makt, diskurs, disciplin, och sexualitet – har blivit en del i den akademiska och kulturella diskussionen på ett sätt som gör att vi inte längre har klart för oss varifrån de kommer” (Nilsson, 2008, s.9).

Det är inte ovanligt att dela in Foucaults gärning i tre perioder: En diskursteoretisk, ”arkeologisk” period under större delen av sextiotalet, en maktanalytisk, ”genealogisk” period på sjuttioalet, och en mer subjektorienterad period mot slutet av livet. Gränserna är emellertid flytande, och indelningen bör ses som ”ett försök att urskilja vissa tyngdpunktsförskjutningar”, i ett författarskap präglad av återkommande positionsbyten, rikttningsförändringar och ständig transformation (Nilsson, 2008, s.15).

Foucaults diskursbegrepp kan beskrivas som regelstyrda formationer av utsagor kopplade till ett visst kunskapsområde, intimt förknippat med praktisk verksamhet samt en grupp företrädare vilka artikulerar diskursen. Diskursen kan urskiljas utifrån sina ingående språkliga regelbundenheter, men även definieras genom vad den utesluter. Diskursens gränser blir gränser för språk och tanke, för vad man kan säga och inte säga (Nilsson, 2008).

Foucaults allt större intresse för makt under 1970-talet innebar en förändring av diskursbegreppet. Från att varit autonoma system av utsagor blir diskurserna allt mer betraktade som produkter av maktförhållanden (Howarth, 2007).

Flertalet av Foucaults texter har en idéhistorisk prägel. Det är i analysen av historiska händelser och fenomen samtiden kan anas. Foucault var kritisk mot sin tids dominerande, utvecklingsinriktade historiesyn; historien som en kontinuerlig process, med tydliga utvecklingslinjer och inre logik. Mot denna framhölls diskontinuitet, det slumpmässiga, oberäknliga och oförutsägbara i historiens vändningar och händelser, en historiesyn som tillsammans med ett fokus på kropp och beteende blev framträdande i hans maktanalys. Intimt förknippat med en utvecklingsinriktad historiesyn såg Foucault uppfattningen av subjektet som drivande aktör, vars intentioner och viljeakter formar historien. Foucault menade tvärtom att subjektet självt var en produkt av historien, via diskurser och maktrelationer, och därför inte kunde uppfattas som dess utgångspunkt (Nilsson, 2008). ”There are two meanings of the word *subject*: Subject to someone else by control and dependence, and tied to his own identity by a conscience or self-knowledge. Both meanings suggest a form of power which subjugates and makes subject to” (Foucault, 1982, s.212).

Foucaults syn på subjektet har beskrivits som antihumanism och placerats i ett post-strukturalistiskt sammanhang. Mot slutet av sitt liv kom han emellertid att till viss del revidera sin ståndpunkt. Subjekt formerade inom diskurser och maktrelationer har ett visst utrymme att genom självreflektion skapa och utöva makt över sig själv (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Foucaults maktanalys

Makt är ett omdiskuterat och mångtydigt begrepp. I en genomgång av internationell vårdvetenskaplig forskning med fokus på makt finner Rundqvist ett flertal definitioner och tolkningar. Sammanfattningsvis beskrivs makt som ”en interpersonell process dels uttryckt som makt över, att härska, och dels att ha makt att göra något, det vill säga som personlig förmåga och kapacitet där människan genom förändringar och avsiktlig handling kan nå uppställda mål och genomföra sin vilja” (Rundqvist, 2004, s.29).

I nationalencyklopedin beskrivs makt som ”antingen *handling*, dvs. maktutövning, eller *förmåga*, dvs. maktresurser. Makt utövas direkt när en aktör A får en aktör B att handla enligt A:s vilja, även om handlingen strider mot B:s vilja eller intressen, men kan också utövas på indirekt väg” (www.ne.se/lang/makt/249137. 2013-05-27).

Foucault uppfattar makt i betydelsen maktutövning. ”Makten utgör för honom inte något slags abstrakt egenskap som kan isoleras och studeras i sig. Den saknar essens och låter sig inte mätas, utan existerar endast i relationer och när den uttrycks i handling” (Alvesson & Sköldberg, 2008, s.370). Makt beskrivs av Foucault som ”inneboende” i sociala relationer, vilka till följd av ”lättrubbade, olikartade, ostadiga och spända styrkeförhållanden” är instabila, föränderliga och rörliga. Varje social relation är en maktrelation, ett potentiellt föränderligt styrkeförhållande (Foucault, 2002, s.104). Hörnqvist konstaterar att Foucault med avseende på styrkeförhållande, individer eller grupper emellan, inte definierar styrka, vilket ger begreppet en vid innebörd. Det kan röra sig om vad som helst som i en given relation medför ett övertag gentemot den andra parten (Hörnqvist, 1996).

Ytterst är makten en nättlik mångfald av maktrelationer, mer eller mindre ojämna styrkeförhållanden, ständig kamp och oupphörliga konfrontationer, vilka ”omvandlar dem, förstärker dem, kastar om dem”. Det rör sig om en ständigt närvarande makt, skapad ”i varje ögonblick, på varje punkt, eller snarare i varje relation mellan en punkt och en annan. Makten är överallt; inte därför att den omsluter allt, utan därför att den kommer överallt ifrån” (Foucault, 2002, s.103).

Makten har ingen central eller förhöjd källa från vilken den emanerar ut och ned i samhället. Den utgår från det lokala planet; mångfalden av sociala relationer, i familjen och på arbetsplatsen. Där kan styrkeförhållandena länka samman, finna stöd och bilda underlag för spridningar upp genom samhällskroppen (Foucault, 2002). När makten tar central och suverän form, när statsapparaten grenar sträcker sig genom samhället, rör det sig i själva verket om en effekt och ett ”resultat av en mångfald av kuggar och härdar, vilka i sin tur befinner sig på en helt annan nivå och utgör en ’maktens mikrofysik’” (Deleuze, 1990, s.58). Den mikrofysiska, lokala nivån är maktens ursprung. Centrala och suveräna, till synes fixerade och entydiga källor till makt – kungen, staten, lagen mm – är ”bara en uppsamlingsanordning av mikromakter” (Alvesson & Sköldberg, 2008, s.371).

Vidare menar Foucault ”att maktrelationerna på samma gång är målinriktade och icke-subjektiva”. När makt utövas så görs det vanligen medvetet, i syfte att påverka styrkeförhållandet inom en relation. Det finns en intention, handlingen är målinriktad. ”Ingen makt utövas utan en hel rad avsikter och mål. Men det betyder inte att den lyder ett individuellt subjekts val eller beslut” (Foucault, 2002, s.105). När lokala maktrelationer hakar i och fortplantar sig blir de mer långtgående effekterna av lokal maktutövning svåra att överblicka (Foucault, 2002).

Foucaults fokus på det mikrofysiska och hans ointresse för det suveräna och centrala har väckt kritik. Alvesson & Sköldberg menar att ”en del till synes väsentliga fenomen undflyr ett Foucaultianskt perspektiv, tex maktförhållanden förknippade med ekonomiska förhållanden eller staten” (Alvesson & Sköldberg, 2008, s.378). Strukturella former av makt kommer i skymundan, och hur de mer specifikt relaterar till makt på den mikrofysiska nivån förblir oklart (Nilsson, 2008). Hur kan, till exempel, ”de instabila styrkeförhållanden, som byggts upp i de lokala konfrontationerna, skapa och återskapa de vittförgrenade och relativt stabila maktstrukturer som trots allt återfinns i samhället?” (Hörnqvist, 1996, s.58). Därtill kan somliga maktrelationers lättföränderliga karaktär på den mikrofysiska nivån ifrågasättas. Hörnqvist exemplifierar med prostituerade kvinnors situation i sydostasien; ”Här hotar inga ’tillfälliga omkastningar av styrkeförhållandena’, förtrycket är kompakt och stabilt” (Hörnqvist, 1996:46). Vidare har Foucault uppfattats som alltför vid i sin definition av makt. ”Om alla sociala processer är makt, finns det inte längre någon makt” (Engelstad, 2006, s.33).

Former av makt

Foucault beskriver under 1970 och början på 1980-talet ett antal kompletterande former av makt.

Suverän makt

Den juridisk-negativa eller suveräna makten är enligt Foucault en äldre form som anknyter till föreställningen om maktens centrala utgångspunkt (kungen, staten mm), med en spridning ut i samhället via framförallt lagen. En dylik makt förbjuder och säger nej, den sätter gränser och upprätthåller dessa med kraft. Den avskiljer och åtskiljer, tillåtet från otillåtet. Den kan skapa lydnad och underkastelse men är inte produktiv (Foucault, 2002. Hörnqvist, 1996).

Disciplinär makt

Med borgerskapets allt mer dominerande ställning och en kraftig befolkningsökning växte i slutet av 1700-talet den disciplinerande makten fram som ett modernt, kostnadseffektivt och nyttomaximerande alternativ till den suveräna makten. Disciplinen fokuserar på kroppen; beteendet och prestationen. Den beskrivs av Foucault som en form av dressyr, vars framgång kan förklaras av dess enkla men effektiva tekniker; övervakning, normalisering och examination (Foucault, 2003).

Övervakningstekniken utvecklades enligt Foucault efter mönster från det militära; rummets utformning och indelning utifrån en princip om maximal insyn i varje vrå från en central position. Institutioner som sjukhus, skolor, fängelser och sedermera arbetsplatser kom härigenom att få en utformning som medgav kontinuerlig övervakning. När de grupper som behövde övervakas växte ökade behovet av överblick och övervakningsfunktionen spreds ut, även bland föremålen för övervakningen. Det bildades "nät" av "ständigt övervakade övervakare" (Foucault, 2003, s.178).

Den normaliserande tekniken syftar till att korrigera beteende gentemot en norm via mer eller mindre subtila sanktioner och belöningar. Det kan handla om uppförande, tiden det tar att utföra ett visst arbetsmoment eller graden av inläring. "Allt som befinner sig inom det icke-överensstämmandes oändliga område" (Foucault, 2003, s.180). Tekniken verkar homogeniserande mot normen, men individualiserar och rangordnar samtidigt i sin betoning av skillnader, nivåer och avvikelser (Foucault, 2003).

Examinationen innebär en undersökande och värderande granskning och är den maktteknik i vilken övervakning och normalisering sammanstrålar. Den är intimt förbunden med dokumentation, den disciplinerande maktens omfattande bokföringsapparat. Människan blir ett studieobjekt, föremål för observation, registrering, utvärdering och bedömning. Hennes individualitet klassificeras och kategoriseras (Foucault, 2003).

I de disciplinära institutionernas förening av maktutövning och kunskapsproduktion kan den speciella relation mellan makt och vetande ses som Foucault underströk och som ofta upprepats, att de förutsätter och förstärker varandra. Genom disciplinär maktutövning genereras kunskap, vilken i sin tur effektiviserar och förstärker maktutövningen (Foucault, 2003). "Knowledge and power are integrated with one another (---) It is not possible for power to be exercised without knowledge, it is impossible for knowledge not to engender power" (Foucault, 1980a, s.52).

I den engelske filosofen Jeremy Bentham's skisserade fängelsebyggnad från slutet av 1700-talet, Panopticon, såg Foucault den disciplinerande maktens arkitektoniska och principiellt fulländade uttryck; En rund våningsbyggnad med ett torn i mitten. Via ett strategiskt ljusinsläpp är varje cell upplyst och synlig från tornet, som i sin tur förblir osynligt från de från varandra avskilda cellerna. "All that is then needed is to put an overseer in the tower and place in each of the cells a lunatic, a patient, a convict, a worker or a schoolboy" (Foucault, 1980b, s.147). I cellen syns man utan att kunna se och från tornet ser man utan att synas, vilket innebär att det inte nödvändigtvis behöver vara någon som övervakar. "Den som ingår i ett synlighetsfält och som vet det, axlar maktens tvång och låter det spontant gå ut över sig själv; han upptar i sig en maktrelation, inom vilken han åtar sig båda rollerna; han blir principen för sitt eget underkuvande" (Foucault, 2003, s.203). Vidare kräver det panoptiska maskineriet inga större kostnader eller resurser. "There is no need for arms, physical violence, material constraints. Just a gaze. An inspecting gaze, a gaze which each individual under its weight will end by interiorising to the point that he is his own overseer" (Foucault, 1980b, s.155).

I sin optimala form saknar maktens öga absolut utgångspunkt. Oberoende av position inom den panoptiska organisationen finns alltid någon eller några som ser vad man gör. Den som vakar är själv övervakad, ingen står utanför (Foucault, 1980b).

Biomakt

Biomakten växte enligt Foucault fram jämte den disciplinära makten. De utgör tillsammans en makt över livet i sin helhet, där disciplinen har ett större fokus på individen jämfört med den mer artcentrerade biomakten. Där disciplinen i den mänskliga kroppen ser en maskin, möjlig att dressera till foglighet och nytta, uppfattar biomakten en ”bärare av livets mekanik och utgångspunkt för biologiska processer: förökning, födelser och dödlighet, hälsonivå, livslängd med alla de omständigheter som kan få dessa att variera; de påverkas genom en rad ingripanden och *regelerande kontroller: en bio-politik för befolkningen*” (Foucault, 2002, s.141).

Styrningsrationalitet

Med styrningsrationalitet (eng. governmentality) avser Foucault en maktform som inkluderar ett flertal olika tekniker, vilka påverkar och styr människors beteende samtidigt som de erbjuder en viss handlingsfrihet inom givna ramar. ”To govern, in this sense, is to structure the possible field of action of others” (Foucault, 1982, s.221). Styrningsrationaliteten utvecklades i slutet av 1970-talet, samtidigt som Foucault kom att intressera sig för staten, tänkt som en funktion av olika styrningstekniker. Begreppet kan emellertid appliceras på olika områden och nivåer (Nilsson, 2008).

Pastoral makt

Den pastorala makten har sina rötter i judisk och sedermera kristen tradition. Den verkar på individuell nivå och har sitt fokus på individens frälsning, vilket i det moderna samhället kan förstås som hälsa, välbefinnande och trygghet. Foucault använder sig av herden och flocken som metafor för att beskriva pastoral makt. Den goda herden drivs av plikt, är hängiven och beredd att uppoffra sig. Hen ser till flocken men även den enskilda individens bästa. Pastoral maktutövning förutsätter ingående kunskap om en människa, dennes historia och behov. Herden känner sina får. Hen har en djupare insikt i den enskildes medvetande och självuppfattning, vilket ger en möjlighet att styra och påverka. Relationen präglas av ansvar och välvilja, förtroende och lydnad. Pastoral maktutövning återfinns inom statsapparaten många grenar och institutioner, utbildning, vård, men även i civilsamhället och inom familjen (Foucault, 1988, 1982). Nilsson konstaterar att den pastorala maktens utövare inte längre i första hand är ”präster utan läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, terapeuter och socialarbetare, professioner starkt förbundna med välfärdsstaten och dess praktiker men också politiker och administratörer (---) Den pastorala makten arbetar ofta med hjälpande, stödjande och vårdande tekniker, tekniker som genom sin ’mjukhet’ och formbarhet gör dem till effektiva disciplinerande redskap” (Nilsson, 2008, s.147).

Motstånd

Maktutövning bär alltid med sig en viss osäkerhet, en svårighet att överblicka konsekvenserna av egna och andras handlingar. Därtill kan den som utövar makt alltid stöta på motstånd. ”There are no relations of power without resistances” (Foucault, 1980c. s.142). Hörnqvist pekar på hur maktrelationer ”ger upphov till både maktutövning och motstånd. Maktutövning förutsätter ett överläge i styrkeförhållandet och avser handlingar inriktade på att befästa styrkeförhållandet och neutralisera motståndet, medan motstånd förutsätter ett underläge i styrkeförhållandet och avser handlingar inriktade på att utjämna styrkeförhållandet och neutralisera maktutövningen” (Hörnqvist, 1996, s.233).

Motståndet är motparten i maktrelationen, och det kan ta sig en mängd olika former, ”möjliga, nödvändiga, osannolika, spontana, vilda, isolerade, kompromissvilliga, egennyttiga eller beredda till offer” (Foucault, 2002, s.106). Det kan länka samman, motståndspunkter bli knutar och hårdar. Det är emellertid på det lokala planet Foucault har sitt fokus. ”En konsekvens av koncentrationen på maktens mikrofysiska dimension är betoningen på att motståndet är lokalt; det är i det lilla som vi kan göra motstånd. Makten liksom motståndet finns i det lilla, i det dagliga livets alla möten, händelser och situationer” (Nilsson, 2008, s.94). Förutsättningarna för motstånd ser dock olika ut. Maktrelationer är mer eller mindre obalanserade, somliga relationers styrkeförhållanden mindre lättroliga än andras. ”Fångvaktaren, chefen, läkaren och läraren” har genom att ”hämta stöd i byråkratiska strukturer i regel mer fördelaktiga strategiska positioner än fången, den anställde, patienten eller eleven”(Nilsson, 2008, s.94).

Psykiatrisk tvångsvård och maktutövning

Foucault beskriver ett antal kompletterande former av makt, vilka använts inom psykiatrisk omvårdnadsforskning för att belysa maktrelationer mellan vårdpersonal och patienter. Här följer en översikt av forskning med fokus på maktrelationer inom slutna psykiatrisk vård. Sökningar har gjorts i databaserna Pub Med och CINAHL. Sökord som använts är Power (psychology), i olika kombinationer med Psychiatric nursing, Commitment of Mentally ill, Restraint (physical), Involuntary Commitment samt Foucault. Begränsningar: Forskning ej äldre än tio år, på engelska eller svenska. Forskning som refereras är sådan som anses ha relevans för uppsatsens upplägg och syfte.

Makt genererar motstånd, vilket kan ta sig en mängd olika former. Stevenson och Cutcliffe exemplifierar med den psykiatriska patienten under konstant övervakning, vilken så fort sjuksköterskan med övervakningsuppdrag satt sig ner reser sig och söker upp en annan plats (Stevenson & Cutcliffe, 2006).

Hamilton och Manias beskriver vad man uppfattar som en inom hälso- och sjukvård dominerande biomedicinsk diskurs. Med sitt fokus på kropp, symptom och diagnos producerar diskursen ett objektifierande, standardiserat språk, vilket präglar även psykiatrin. I psykiatrisjuksköterskors tal och skrift finner man inslag av ett mer vardagligt, empatiskt och metaforiskt språk, en alternativ diskurs och ett slags motstånd (Hamilton & Manias, 2006). Även Biering tar upp det psykiatriska språket. Genom att gå över huvudet på patienten utgör det en disciplinär teknik som förstärker ett redan ojämnt maktförhållande. Motstånd är dock möjligt och förhållandevis enkelt att utföra: ”We do this every time we avoid language our patients do not understand and every time we explain professional jargon to our patients” (Biering, 2002, s.69).

Roberts beskriver en psykiatrisk diskurs och hur dess antaganden och kategorier både möjliggör och begränsar tänkandet kring den psykiatriska patienten, vad så väl andra kan uppfatta som vad patienten själv kan tänka och förstå sig som. Diskursen kan via kategorier som psykiskt sjuk och schizofreni sägas producera subjektets identitet. I linje med Foucaults syn på subjektet och den oupplösliga kopplingen kunskap-makt skapas ”psychiatric subjects” (Roberts, 2005, s.38). Genom att med Foucault betrakta diskursen som historisk produkt, bunden till tid och plats och inte en objektiv spegelbild av patienten, möjliggörs emellertid en kritisk hållning och reflektiv dialog mellan vårdgivare och patient, en sorts ömsesidig belysning av den senares situation. Därtill finns alltid möjligheten att patienten gör motstånd; motsätter sig den identitet som diskursen erbjuder och anammar alternativa diskurser (Roberts, 2005).

Holmes pekar utifrån en rättspsykiatrisk kontext på hur olika former av makt – suverän, disciplinär samt pastoral – samverkar och genomsyrar samtliga relationer. Insnärjd i nätet av maktrelationer återfinns sjuksköterskan. ”While power is exercised to mold nursing professionals, they, in turn, exercise power upon inmates in numerous ways” (Holmes, 2002, s.87). I det terapeutiska arbete sjuksköterskor bedriver i syfte att påverka patienters förhållningssätt och beteende ser Holmes en pastoral form av maktutövning. Denna kräver en förtroendefull relation och en ingående kunskap om patienten. Suveräna och disciplinära inslag i sjuksköterskans uppdrag försvårar dock. Fysiskt tvång som yttersta sanktion vid gränsöverskridande beteende, övervakning och kontroll, gör att förtroendet får svårare att infinna sig. Patienten blir mindre benägen att bidra till sjuksköterskans kunskap, vilket kan förstås som en form av motstånd (Holmes, 2005).

Perron och Holmes beskriver hur sjuksköterskor vid en rättspsykiatrisk enhet genom sin dokumentation reproducerar en dominant diskurs präglad av disciplinär maktutövning, och därigenom formar så väl sin egen som sina patienters subjektivitet. I neutral ton förmedlar man observationer av patienters beteende med fokus på det normöverskridande. En bra patient är lugn och disciplinerad. Tecken på avvikelse, oordning och riskerad säkerhet hanteras via medicinering och sanktioner. Patienters upplevelse, åsikter och erfarenheter lyser med sin frånvaro, liksom all form av djupare interaktion mellan sjuksköterska och patient. Ett flertal diskurser cirkulerar dock på enheten, och i intervjuer och observationer av sjuksköterskors faktiska arbete tycker man sig se något annat. En underläggets och motståndets diskurs, ”a discourse of care”, präglad av samtal, respekt, förtroendefulla relationer och en annan form av maktutövning. ”Nurses power over patients, which leads to the learning of new, acceptable behaviours, and patients’ developing disposition to govern themselves, fall within Foucault’s (2000) analysis of pastoral power” (Perron & Holmes, 2012, s.201).

Roberts menar att en psykiatrisk vårdavdelning genomsyras av disciplinär makt. ”Varying levels of client observations, record keeping, the ongoing assessment, planning, implementation and evaluation of ’nursing interventions’, individual and group therapy, ongoing risk assessments, regular ward reviews, and so on, can all be understood as examples of Panopticism” (Roberts, 2005, s.36). Därtill innebär tillämpning av multidisciplinära team, samarbete mellan öppenvård, socialtjänst, boendestöd och anhöriga att patienten är mer eller mindre kontinuerligt observerad även utanför avdelningen. Mångfalden av blickar gör maktutövningen diffus och anonym samt genererar en känsla av ständig övervakning, vilket leder till att patienten själv övertar övervakningsfunktionen (Roberts, 2005).

Hamilton och Manias understryker vikten av och fördelarna med social kontroll och övervakning på psykiatriska vårdavdelningar. Man exemplifierar med konstant övervakning av den enskilda patienten och återkommande observationer av samtliga patienter. Där det förra räddar liv är det senare en disciplinär form av maktutövning som stöttar patienten att korrigera och normalisera sitt beteende, ”a mobile panopticon” (Hamilton & Manias, 2008, s.182). Den självkontroll och det socialt acceptabla beteende som produceras är förenligt med tillfrisknande och väsentligt för möjligheten att bli utskriven (Hamilton & Manias, 2008).

Rydon undersöker vilka egenskaper, attityder och färdigheter hos sjuksköterskor inom psykiatrin som uppskattas bland patienter. Här beskrivs en förväntan på god och ansvarstagande maktutövning; övertagande av kontroll när patienten inte förmår upprätthålla normala gränser för sitt beteende, riskerar att skämma ut sig etc. Det finns en förståelse för att mental ohälsa ibland gör att kontrollen över en människa för en tid måste tas över av andra (Rydon, 2005).

Bowers konstaterar att manipulativt beteende väcker starka känslor hos vårdpersonal inom psykiatri och kan vara ett framträdande drag hos patienter med personlighetsstörning. Manipulativt beteende kan även vara ett sorts lågmälat motstånd, en normal reaktion hos patienter som vårdas med tvång och som upplever ett underläge, en obalans i maktrelationen till vårdpersonalen. ”Such are the relationships between the powerful psychiatric professionals on one side, and patients on the other” (Bowers, 2003, s.331).

Forskning i svensk miljö

Salzmann-Erikson och Eriksson beskriver hur sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård utifrån olika syften – information, kunskapande, bekräftelse, tröst och kontroll – använder sig av huvudsakligen två typer av övervakning. En latent form, så smidig och omärklig som möjligt och med varierande fysisk distans, är i princip ständigt pågående då man rör sig i samma lokaler och deltar i gemensamma aktiviteter. Denna ger en allsidig kunskap utan onödigt obehag för patienten. Latent kan snabbt bli manifest då patienten görs medveten om övervakningen. Sjuksköterskan kan söka kontakt, bekräfta och lindra oro och ångest, men även göra den patient vars beteende är självdestruktivt, störande eller hotfullt uppmärksam på att hen är observerad. Salzmann-Erikson och Eriksson noterar vidare att övervakning är intimt förknippat med normalisering och kan generera obehag och känslor av kränkt integritet, men konstaterar att sjuksköterskan genom att anpassa sitt tillvägagångssätt kan undvika obehag och upprätthålla en nära vårdrelation Salzmann-Erikson & Eriksson, 2011).

Salzmann-Erikson och Erikson (2012) fokuserar på rummets betydelse vid övervakning och konstaterar att en sluten psykiatrisk vårdavdelning, sjuksköterskans anpassningsförmåga och goda intentioner till trots, utgör ett panoptiskt maskineri. Blickarna är många och patienten potentiellt synlig i varje vrå. Utrymmen utanför avdelningen – frigångsområden, sociala aktiviteter tillsammans med personal utanför avdelningen mm – möjliggör dock en mindre intensiv övervakning, en form av asyl.

Kontroll som en form av maktutövning är det genomgående temat i Johansson, Skärsäter och Danielssons studie av vårdmiljön på en sluten psykiatrisk vårdavdelning. Vårdpersonal utövar kontroll över patienters beteende, tillhörigheter och möjligheter att röra sig utanför den låsta avdelningen, vilket hos patienterna genererar en upplevelse av att vara i underläge, utlämnad till och i händerna på vårdpersonalen, en känsla av att vara beroende och kontrollerad. Vidare beskrivs patienters olika motståndsstrategier, vilka man menar är ett sätt att återta kontroll och balansera den ojämna maktfördelningen. Passiva strategier som vägran att samarbeta och delta. Aktiva strategier som framförande av klagomål och kontroll av vårdpersonalens kontroll – är genomsökningen ordentligt gjord? Är den övervakade patienten verkligen under full uppsikt? En bitvis öppen kamp om kontroll mellan vårdpersonal och patienter pågår på avdelningen, med sitt ursprung i patienters upplevelse av en alltför ojämn maktrelation (Johansson, Skärsäter & Danielsson, 2006).

Johansson, Skärsäter och Danielsson (2012) beskriver vårdpersonals upplevelse av arbete vid en sluten psykiatrisk vårdavdelning. Man finner ett behov av kontroll över patienter – vad de gör, var de befinner sig, vilka föremål de har tillgång till. Kontroll, menar man, genererar en känsla av säkerhet, sin egen så väl som patienters. Till denna bidrar även en viss kännedom och kunskap om den enskilda patienten.

Hörberg beskriver vården vid en rättspsykiatrisk enhet och finner att den till stor del präglas av fostran och disciplin snarare än vård. Genom straff och belöningar förmås patienterna anpassa sitt beteende till rådande normer och regler. Styrkeförhållandet mellan patienter och vårdpersonal är ojämnt, vilket genererar en känsla av maktlöshet hos patienterna, men även motstånd. Bland patienters strategier för motstånd urskiljer Hörberg aggressivitet och en vägran att anpassa sitt beteende, men även strategisk, skenbar anpassning i syfte att uppnå fördelar och frihet. Vidare är patienterna synliga för vårdpersonalen i alla utrymmen utom de egna rummen, där personal emellertid kan komma in utan förvarning. Hörberg beskriver en känsla av ständig övervakning hos patienterna, ett internaliserande av övervakningen, en anpassning och en självkontroll. Hon tycker sig inte se ”någon grundläggande skillnad mellan dagens fostrande vård och Foucaults (---) beskrivning från 1800-talets disciplinering inom institutioner, utan skillnaden ligger i hur det tillämpas” (Hörberg, 2008, s.150).

PROBLEMFORMULERING

Ett flertal studier visar att makt i olika former utövas gentemot patienter inom psykiatrisk tvångsvård, samt att sjuksköterskor är en del av denna maktutövning (Johansson, Skärsäter & Danielsson, 2006, 2012. Roberts, 2005. Hamilton & Manias, 2008. Hörberg, 2008. Salzmann-Erikson & Eriksson, 2011. Perron & Holmes, 2012). Maktutövning som upplevs som svår och påfrestande behöver belysas för att kunna förändras.

SYFTE

Att beskriva patienters och sjuksköterskors upplevelse av maktutövning inom sluten psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Frågeställningar

- Vilka former av maktutövning upplever patienter respektive sjuksköterskor?
- Förekommer motstånd? Om så, hur och i vilka former?
- Förekommer bra eller acceptabel maktutövning? Om så, hur och i vilka former?

METOD

Datainsamling

Som metod för insamling av data har kvalitativ intervju av halvstrukturerad karaktär använts. Uppsatsens utgångspunkt är patienters och sjuksköterskors upplevelse, verkligheten utifrån studiesubjektens perspektiv, vilket enligt Alvesson och Sköldberg (2008) är ett särmärke för de kvalitativa metoderna. Bland dessa metoder är enligt Kvale och Brinkman den kvalitativa intervjun särskilt lämplig ”när man vill studera människors syn på meningen hos sina levda liv, beskriva deras upplevelser och självuppfattning, och klargöra och utveckla deras eget perspektiv på sin livsvärld” (Kvale & Brinkman, 2009, s.133).

Den kunskap som produceras under intervjun konstrueras i interaktionen mellan intervjuare och intervjuad. Det rör sig dock inte om någon helt jämbördig relation. Intervjuarens ledande och organiserande funktion samt det slutgiltiga tolkningsmonopolet gör intervjun till en asymmetrisk maktrelation (Kvale & Brinkman, 2009).

Den kvalitativa intervjun i halvstrukturerad form har fokus på bestämda teman, till vilka intervjuaren leder den intervjuade utifrån en flexibel intervjuguide. Samtalet är varken strikt strukturerat eller fritt och obundet. De tematiska frågeställningarna får i intervjuguiden en dynamisk, lättsam och vardagspråklig form, och söker stimulera till rika och spontana beskrivningar på temat. Via uppföljande andrafrågor ges den intervjuade möjligheten att utveckla sina svar – kan du berätta mer? Mer detaljerat? Exempel? Hur upplevde du det? Du säger att.. hur menar du då? Har jag förstått dig rätt? (Kvale & Brinkman, 2009).

Genomförda intervjuer varade mellan 35 och 60 minuter och har alla inletts med att delar av den skriftliga informationen (bilaga I resp II) kort upprepats; att studiens fokus ligger på maktrelationer inom slutenvårdspsykiatri, på om/hur man som patient/sjuksköterska upplever maktutövning. Därefter har den intervjuade tillfrågats om hen skulle kunna berätta om sina upplevelser och erfarenheter. Följdfrågor har varit av typen uppföljande andrafrågor. Någon gång under intervjuens senare del har samtliga patienter fått frågan om de varit med om maktutövning som de skulle kunna beskriva som bra eller acceptabel.

Urval

Forskningspersonerna utgör ett bekvämlighetsurval och är patienter knutna till öppenvårdsverksamheten vid en psykiatrisk klinik i en större stad i Sverige, samt sjuksköterskor verksamma vid samma kliniks slutenvårdsverksamhet. Från början var avsikten att endast intervjua patienter. Det visade sig emellertid vara mycket svårt att förmå patienter att ställa upp på intervju, varför urvalet kom att omfatta även sjuksköterskor. Initialt var tanken ett strategiskt urval, representativt med avseende på kön, ålder, etnicitet, utbildningsnivå och erfarenhet samt psykiatrisk inriktning. Detta för att uppnå en viss bredd och variation, en högre grad av giltighet och generaliserbarhet. I det insamlade intervjumaterialet gäller detta sjuksköterskorna men till mycket begränsad del patienterna. De senare är alla kvinnor och från samma psykiatriska inriktning.

Totalt urval: Fyra patienter och fyra sjuksköterskor. Ytterligare en patientintervju har genomförts, men materialet förstörts då forskningspersonen avböjt vidare deltagande.

Inklusionskriterier - patienter:

- Att forskningspersonen någon gång under de senaste 18 månaderna vårdats under minst två sammanhängande veckor enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård i slutenvården (LPT), men inte längre omfattas av någon form av psykiatrisk tvångsvård.
- Att forskningspersonen efter att ha tagit del av den skriftliga informationen (bilaga I), och om så önskas kompletterande muntlig information, är intresserad och vill delta samt skrivit på ett samtyckesformulär.
- Att forskningspersonen är myndig, samt talar och läser det svenska språket.

Inklusionskriterier – sjuksköterskor:

- Att forskningspersonen är yrkesverksam sjuksköterska inom slutenvårdspsykiatri (LPT)
- Att forskningspersonen efter att ha tagit del av den skriftliga informationen (bilaga II), och om så önskas kompletterande muntlig information, är intresserad och vill delta samt skrivit på ett samtyckesformulär.

Procedur:

Initial kontakt med deltagande patienter har i flertalet fall skett via kontaktsjuksköterska på slutenvårdsavdelning, i något fall via den psykiatriska öppenvården. Patienten har givits en kort information om studien, samt om hen så velat en skriftlig inbjudan (bilaga I). I detta skede, då patienten fortfarande omfattats av LPT, har syftet endast varit att informera om studien samt utvärdera vidare intresse för att delta. All övrig kontakt – ytterligare information, tillfälle att ställa frågor samt påskrift av samtyckesformulär och intervju – har, i den mån patienten varit fortsatt intresserad, skett utanför slutenvården och då hon ej längre vårdats enligt LPT. Deltagande sjuksköterskor har kontaktats av uppsatsförfattaren direkt på respektive avdelning och erbjudits en skriftlig inbjudan (bilaga II).

Samtliga intervjuer har gjorts i aktuell kliniks lokaler. Intervjuerna har spelats in på band och transkriberats ordagrant av uppsatsförfattaren. I transkriberingsprocessen har intervjupersoners namn, ålder och karakteristiska egenskaper dolts eller ändrats på ett sådant sätt att de inte skall gå att identifiera, dock utan att förmedlad mening och upplevelse gått förlorad. Den avidentifierade och anonymiserade texten har givits ett kodnummer. En lista med kodnummer, psykiatrisk inriktning, namn, kön, ålder och utbildning har, tillsammans med de bandade intervjuerna, förvarats inlåst och åtkomlig endast för uppsatsförfattaren. När uppsatsen är godkänd destrueras samtliga band, listan samt de transkriberade intervjuerna. I analysprocessen har de senare hanterats konfidentiellt och endast varit tillgängliga för uppsatsförfattaren samt handledare.

Analys

De transkriberade intervjuerna har, patienter och sjuksköterskor var för sig, analyserats via kvalitativ innehållsanalys. Enskilda intervjuer utgör analysenheter, vilka inledningsvis lästs igenom ett flertal gånger i syfte att skapa en helhetsbild av materialet. Med utgångspunkt i uppsatsens syfte har meningsbärande enheter identifierats, kondenserats till en hanterbar form och försatts med en utifrån innehåll och kontext lämplig kod. Koder/meningsenheter har därefter jämförts med avseende på likheter och skillnader samt sorterats i kategorier. Dessa presenteras i resultatdelen och utgör en strukturering av texternas manifesta innehåll, på en beskrivande nivå och med en låg grad av tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). En mer tolkande ansats presenteras i diskussionsdelen. Här har det gemensamma, underliggande och i kategorierna återkommande lyfts fram i form av teman. Tolkningens kontext präglas av teoretisk förståelse och Foucaults maktanalys utgör den huvudsakliga ram med vilken intervjutexterna tolkats (Kvale & Brinkman, 2009).

Forskningsetiska överväganden

De frågeställningar som varit i fokus under intervjuerna kan vara känsliga, inte minst för deltagande patienter. Obehagliga minnen och associationer kan väckas, det ligger i samtalets och frågornas natur och går inte att fullständigt utesluta. Varje deltagare har haft kontaktuppgifter till uppsatsförfattaren och möjlighet att höra av sig med frågor och funderingar. Patienter har haft en fungerande psykiatrisk öppenvårdskontakt som känt till deras deltagande. De har så kunnat stöttas att vända sig till öppenvården med sådant som gått utanför intervjustudiens ramar och möjligheter. Vidare har intervjumaterial och text hanterats separat och konfidentiellt, och den senare anonymiserats i syfte att minimera risken för integritetskränkning.

För den del av intervjuundersökningen som avser patienter har en ansökan om etisk prövning skrivits och godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm. (Dnr: EPN 2011/775-31/5). Skriftligt godkännande av verksamhetschefen vid aktuell klinik har även inhämtats.

RESULTAT

Patienter

Patienters upplevelse av maktutövning presenteras här i form av nio kategorier, varav några delats in ytterligare i ett par underkategorier:

Kategorier	Underkategori 1	Underkategori 2	
Förlorad autonomi.			
Svårförutsägbar vårdtid.			
Frustration och ilska.			
Tvångsåtgärder.	Rädsla.	Det är inte rimligt.	
Medicinering.	Det är för mycket.	Vägrar du blir det injektion.	
Bemötande.	Kränkande och oacceptabelt.	Erfarenheter av och förhoppningar om ett gott bemötande.	
Acceptabel maktutövning.			
Motstånd.			
Läkarens speciella position.			

Förlorad autonomi

I intervjuerna framgår på olika sätt den begränsning av autonomin som det innebär att vårdas enligt LPT. ”Man får inte gå ut, man får inte dricka kaffe när man vill, man får inte.. måla hur mycket man vill, man får inte göra det man vill liksom. Och det väcker min frustration”.

Restriktionerna kan upplevas som överdrivna och utan rimlig grund. ”Man får inte gå ut, får inte liksom... du får inte ha vissa föremål. Du får... Ja, vad som helst, man gör bara bedömningar att man... man kan skada sig själv, eller skada nån annan å... det finns inget så... sånt i mig, upplever jag själv, men ändå gör man det”.

En patient beskriver upplevelsen och insikten i samband med ett LPT-beslut. ”Då förstår jag.. att jag inte får gå ut igen därifrån. Och den känslan går inte att beskriva liksom. För det är som att man har blivit fråntagen.. allt. (---) Det är.. fasansfull känsla av maktlöshet”.

Svårförutsägbar vårdtid

Att vara vårdad enligt LPT innebär enligt patienterna en svårighet att förutse och påverka vårdens tid och innehåll. ”När du är på LPT kan det bli flera månader, hux flux”.

Man beskriver en avsaknad av ”klara besked om varför eller hur länge man ska vara där”.

Vårdtiden uppfattas inte sällan som onödigt lång. ”Ett, två, hej.. å hå liksom så har de bestämt att nämen du ska bli kvar en vecka till (---) Det räcker ibland med en vecka, regelbunden sömn, regelbunden mat, eh, och så medicinering i tablettform eller vad man är ordinerad sen tidigare, att man följer bara den. Sen är det bra liksom, men dom bara fortsätter”.

Frustration och ilska

En patient beskriver hur hon som sjuk kan ha svårt att kontrollera sina känslor, lätt kan ”ryta tillbaka”. I första hand härleds dock upplevd frustration och irritation till situationen, vårdtiden och ett bitvis ovänligt bemötande. ”Det byggs ju upp. Från, om det liksom pågår från morgonen, till kvällen, till natten, flera dagar, jag hade ju varit inne X månader. Så till slut någonstans, då brister det. (---) Jag blev fruktansvärt arg och jag skällde ut en skötare så hon började gråta på natten. Och det liksom, det liksom eskalerar ju när ingen, ingen tar hänsyn till vad jag säger”.

En annan patient pekar på att det inte alltid är så lätt att ”tassa på tå i korridoren, å inte komma i kläm med nån personal. Det kan ju vara så att jag ber någon personal dra åt helvete för att jag orkar helt enkelt inte vara trevlig eller ha med han eller henne att göra”. Irritation och ilska beskrivs vidare som en för situationen adekvat reaktion. ”Det handlar ju om frustration över att man har blivit tvångsomhändertagen! Att man inte har några rättigheter”.

En patient beskriver en ”maktlös situation” och hur denna genererar starka känslor. ”Jag behöver uttrycka den här frustrationen och ilskan och jag är ganska stark. Och jag tror att det.. skrämmer folk, runt omkring. Och då.. då är det ju.. då hot.. alltså då ligger ju.. hotet om bältesläggning och tvångsmedicinering finns ju alltid”.

Tvångsåtgärder

Rädsla

Många av de upplevelser med koppling till tvångsåtgärder som beskrivs av patienterna präglas av rädsla. En bältesläggning uppfattas som ”jävligt skrämmande”, ett ”fruktansvärt trauma”. En patient beskriver det som ”tur” att man i samband med bältesläggning vanligen får en lugnande injektion. ”För att jag kan få så pass mycket panik, när jag är så förbannad och frustrerad att.. jag, jag får svårt att andas. (---) Jättejobbigt är det”.

En annan patient beskriver stressen och rädslan inför en bältesläggning. ”Jag märker ju på en gång att nu kommer dom och.. göra våld på mig. Och då blir jag ju rädd. Ännu räddare. Och då tar dom till ännu mera våld. Och jag slåss, för mitt liv, liksom. (---) Jag blir jätte jättestark när jag blir rädd. Och då blir ju dom ännu räddare, och då blir jag ännu räddare”.

Tvångsåtgärder kan även ha en avskräckande effekt. En patient beskriver hur hon i en upprörd konflikt med personal förmått reglera sitt beteende, väl medveten om att hon i annat fall riskerat tvångsåtgärder. ”Så att jag tar mina mediciner och jag vill inte ha tvångssprutor och jag vill inte bli lagd i bälte. Och sen lyder jag, och så... men sen... ibland... orkar man inte”.

Det är inte rimligt

Man beskriver hur tvångsåtgärder kan tas till alltför lättvindigt, närmast slentrianmässigt och utan rimlig grund. En patient berättar hur hon blivit arg av vad hon uppfattat som ett oacceptabelt bemötande. ”Då kommer man och är förbannad och så säger man; jag skiter i det här, du kan dra åt helvete och du kan dra åt helvete, och så håller man kaffe på väggen kanske, och då... ja, då är det befogat att man ska ligga i bälte i fem-sex timmar. (---) Jag tycker att det ska mycket till. Då ska det fan vara så att man har slagit någon. (---) Det ska inte bara vara att man är högljudd och kastar.. kastar kanske nån kaffekopp omkring sig eller liksom.. svär. Det är.. det är ju normalt beteende på en.. på en psykavdelning”.

En annan patient konstaterar att det är ”väldigt lätt att dra igång en bältesläggning. (---) Man behöver bara trycka på dom knappar som ska tryckas på, sen är hela maskineriet igång. (---) Min uppvarvning, eh trycker på deras signalknappar, där dom säger; nu måste vi.. ta till våld. För den här tjejen är arg.. eller uppvarvad eller henne kan vi inte prata med”.

Ett alternativt sätt att hantera arga och uppvarvade patienter beskrivs. ”Jag vill ju ha ett möte där. Alltså det är det som läker mig, om jag möter en annan människa som står kvar och säger; shit, va faan liksom. Vad håller du på med? (---) Men, men de.. eftersom det är så mycket rädslor omkring det så.. så fort man går över en gräns, i.. energimässigt, så.. så trycker man på larmet liksom”.

Medicinering

Det är för mycket

Jämförelser görs med vård enligt HSL och hur man då kan påverka doser och typer av medicinering. På LPT däremot; ”Nej, du ska äta den här medicinen. Och sen, oavsett vilka biverkningar man får, jag fick ju jättemycket biverkningar av neuroleptika och kunde knappt prata, men det var ingen som lyssnade på mig”.

En patient menar att man generellt medicinerar för hårt. ”Du vet dom här avdelningarna, man ser ju folk som.. eh framåt kvällen, innan medicindags, då är dom lite pigga och glada, sen blir de nedproppade med en massa jävla tabletter så att dom börjar dregla och inte kan gå rakt, spiller ut kaffe”.

En annan pekar på att det är ”väldigt individuellt. En del människor tycker att det är bra, och tycker att det känns.. skönt. Jag tycker inte det. Det är ett trauma för mig att bli medicinerad, på det sätt som man gör (---) Man trycker liksom på, på alla möjliga kanaler, med doser som är alldeles för höga. (---) Man blir liksom.. lobotomerad i huvudet”.

Vägrar du blir det injektion

Tre av fyra patienter beskriver begränsade möjligheter att påverka sin medicinering, och en medvetenhet om att man i det fall man vägrar kan ges med tvång via injektion. ”Om jag säger på LPT att jag tål inte och jag kan inte (---) då vet jag att, okey om jag inte tar dom ändå så blir det injektion istället. Så jag har ingen, ingen valmöjlighet”.

En patient beskriver ett beslut att avstå från ordinerad medicin. ”Man känner att det här blir jag ju bara dummare i huvudet av, eh.. och jag liksom.. jag vill vara klar i skallen om det är så att jag ska ha ett läkarsamtal. Jag vägrar att ta medicinen. (---) Nä men då sätter dom ju in injektioner”.

Bemötande

Kränkande och oacceptabelt

Samtliga patienter beskriver möten då de känt sig kränkta. Personal som varit nedlåtande och otrevlig, förolämpat och i något fall blivit våldsamt. En patient beskriver vad hon uppfattar som ett speciellt tonfall. ”Vad jag har upplevt, liksom från personalens sida, så när man är inne på LPT så blir man mera, det liksom, man blir beordrad att göra saker. (--) Det är inte så här, trevlig mjuk ton. Det är mer så här, gå och gör”.

Vidare beskrivs en stark irritation över personal som bara dirigerar och bestämmer utan att lyssna. ”Dom där människorna, som inte tar tid på sig, och som kommer och säger bara, att så här är det, och nu gör du så”. Samma patient beskriver även en känslighet i mötet med personalen, hur hon än idag kan komma ihåg personal som betett sig illa. ”Man har alla känselspröt utanför. Och man drar i sig allt som en svamp när man är.. är där. (---) Jag tror att man observerar även, ännu mera än normalt liksom, mimiken och liksom... Hur någon pratar till mig och liksom... man... man blir extra observant, för det, och tar väldigt illa vid sig i fall... i fall det går snett”.

En annan patient beskriver hur hon blivit handgripligen tillrättavisad efter att ha lagt upp benen i en soffa. ”Sen säger han när han... går ut, att; du, du ockuperar hela rummet. Men vadå, vad menar du, sa jag. Det är ju bara jag här. Just det, ingen vill va här för att du är här. Det anser jag är en väldig ärekränkning. Att säga en sån sak, det sårar mig djupt”.

Att inte bli lyssnad på är en erfarenhet som uttrycks av flertalet patienter. En beskriver hur hon avskyr ”när någon pratar nedlåtande, och får det att låta som att: lilla vän, jag vet så mycket mer än dig. Du ska bara lyssna (---) Jag menar oftast vet man ju själv bäst hur man mår.. själv. Det är ju aldrig nån så här utifrån som kan scanna en och säga; jag vet bättre än dig. Så det här att lyssna faktiskt till patienten och så...”

En annan patient känner ”att ingen lyssnar på mig, för att man har på något sätt ansett att jag är allvarligt psykiskt störd. Och det är inte det, jag är ju sjuk, men det är inget fel på mina tankebanor ändå liksom”.

Erfarenheter av och förhoppningar om ett gott bemötande.

Det goda bemötandet präglas i patienternas beskrivningar av respekt. Personal som är vänlig, tar sig tid, lyssnar och inte bara talar om vad som gäller. ”Att det blir en.. det blir en diskussion. Inte bara monolog av skötaren. (---) Så att jag har också.. jag får också säga hur jag har känt”.

En patient menar att samtalet ”borde stå i centrum, som jag ser det. Alltså enkla saker. Jag hänger med dig in på rummet, vi kan sitta och snacka en stund (---) det ka.. behöver inte vara så komplicerat., egentligen. Men, men det är ganska sällsynt”. Samtidigt konstateras att det ”finns jättemycket människor som jobbar inom psykiatrin som är jättebra (---) som absolut jobbar väldigt mycket med respekt. Och det har gjort också en väldig skillnad för mig”.

Återkommande är tanken att ”oavsett hur tokigt en människa betar sig, så, så finns det alltid nånting som är.. eh.. fungerande bakom det liksom. Det är det man måste försöka ta fasta på och ta kontakt med, och försöka.. liksom möta den här personen. Med respekt”.

En patient menar att personalen lätt glömmer att man även som ”toksjuk” har ”klara stunder (---) När man är sjuk så finns det, det finns, den lilla biten friska i alla människor, och det är det man skall försöka nå och lyfta fram. I stället för att förstärka det sjuka, och det är då det går fel”.

Acceptabel maktutövning

Samtliga patienter har under intervjun fått frågan om de någon gång upplevt maktutövning som kan beskrivas som bra eller acceptabel. Svaren och resonemangen har varierat men det finns i beskrivningarna en acceptans och en förståelse för att psykiatrin ibland måste begränsa någons autonomi, försöka förmå en patient att ändra ett beteende, eventuellt sätta och upprätthålla gränser som patienten inte själv förmår upprätthålla. Man menar dock att makten många gånger kunde ha utövats annorlunda, att det kan göras på ett annat sätt.

”Det är ju liksom patienter som är sjuka, som behöver ramar. Men sen hur man ställer dom ramarna. Det är ju en sak. Det finns ju flera olika sätt. Du kan närma dig en patient med ödmjukhet, och prata och resonera. (---) Om du kommer med ett neutralt, normal röst. Och sen..liksom... Nu måste jag säga till dig, att det här är inte ok, men du förstår väl.. liksom. Så. Då utövar du ju liksom makt, på ett sätt. Men det.. igen liksom bemötandet”.

En Patient beskriver hur man som sjuk kan sakna ”egna väggar” och behöva hjälp att hålla ihop sig själv. ”Det kan ju också.. eh vara en form av.. inom citationstecken, maktutövning. Att en.. att man så att säga lånar en yttre auktoritet, för att man inte kan härbergöra sig själv. Men det kan ju göras på ett mycket vänligare sätt liksom”.

Vidare konstaterar patienten att hon ”i perioder.. haft behov av hjälp som inte jag själv har insett, att jag har haft, liksom, som jag kan se i efterhand. Fast jag är.. eh otroligt lessen över att det har varit så.. smärtsamt att bli omhändertagen. Att det skulle kunna ha gått till på ett helt annat sätt”.

En annan patient beskriver hur hon vid ett tillfälle känt sig kränkt av att ha tvingats till en medicinering hon inte velat ha via injektion, men i efterhand förstått dess fördelar. ”Men det är sånt där som är jättesvårt. I situationen så känns det som att man blir.. både kränkt och att nån faktiskt spelar trumfkort liksom, över en. Men, men sen efteråt, när man väl är hemma och tittar tillbaka på det, då kan man känna; jamen.. what ever, liksom”.

Patienten beskriver vidare hur det kan kännas ”jättejobbigt att bli kvarhållen på avdelningen. Då har man känt; jävla överläkare, vem fan tror han att han är? Bestämna, leka med folks liv, liksom. Men efteråt så ba, visst, hade jag liksom kommit ut för tidigt då hade det bara blivit, då hade jag kanske klampat in på jobbet och gjort bort mig, eh.. och, eller ringt en massa vänner och liksom blivit ovän”.

Motstånd

”När man är LPT’ad (---) får man gå ut med personal om man måste göra bankärenden. Så det har man ju alltid, ett bankärende”.

Det finns i patienternas beskrivningar exempel på demonstrativ vägran, man sätter sig till motvärn, protesterar. Där finns även exempel på ett mindre uppenbart och uttalat motstånd. En motsträvighet och en ovilja att bidra, något undanlidande och strategiskt. En patient beskriver en insikt från sitt första möte med slutenvårdspsykiatrin. ”Okej, jag fattar läget här liksom. Det.. här måste man bara hålla sig.. jävligt på mattan, inte uttrycka vad man känner och vara helt tyst och se ut som att man är stum, och då blir man utskriven”.

En annan beskriver hur skönt det kan vara att sitta ner med en medpatient, ”utan att tänka; ja nu pratar jag med en personal, det här kommer att rapporteras till en läkare. Så man ska hela tiden tänka på vad man säger och vad man inte säger”. Vidare beskrivs vikten av att kunna anpassa sitt beteende. ”Det här går hem med den personen, så här vill den här personen... ska prata, och det här beteendet måste jag helt enkelt styra ett tag om jag vill härifrån. Du vet vi är inte dumma i huvudet, patienterna. Man, man följer ju strategier och man förstår... och visst, man kan manipulera, man kan till och med spela att man är lugn och sansad”.

Det finns i patienternas beskrivningar även utsagor som vittnar om en ovilja och en kritik mot inom psykiatrin vedertagna begrepp. ”Jag föredrar egentligen och kalla dom här episoderna för en kreativ kris. Framför att kalla det för en psykos, eller bipolär sjukdom, därför att jag tycker att dom begreppen är mer laddade och mer.. tyngda av.. nån slags avstånd och dömande och förutfattade meningar och så där. Men om man ska prata psykiatriska så... (skratt) så gick jag in i en väldigt djup psykos”.

Läkarens speciella position

Läkaren framstår i patienternas beskrivningar som en speciell och betydelsefull figur, skild från och höjd över annan ”personal”, med ett stort inflytande. Läkaren bestämmer ”vad som ska ordinerats i medicin, medicinväg, och vad som.. vilka rättigheter man har, om man får gå ut själv eller med personal, om man får åka hem eller inte, eller om man överhuvudtaget har någon utgång, hur länge man skall stanna”.

Läkaren får man emellertid inte tala med ”hur som helst. Han står högst upp i hierarkin. Och då ska man.. va väldigt ödmjuk och snäll och bocka och buga och vänta på sin tur i kön”.

En patient beskriver den oro och nervositet som hon förknippar med veckans enda chans att få träffa överläkaren. ”Då ska man försöka då va så.. eh, klar i huvudet för att kunna föra en dialog och säga vad man vill och vad som har hänt och varför man skall få åka hem och så vidare. (---) Kan man inte förklara eller berättiga varför det är så, att man vill ha det så och så vidare, och inte kan visa ett.. liksom schyst beteende, då är det ju.. då är det aja baja. Då är man ju kvar i avdelningen tills Gud vet när”.

Sjuksköterskor

Sjuksköterskors upplevelse av maktutövning presenteras här i form av fem kategorier:

Att utöva makt på ett bra sätt. När det brister. Andras makt. Tvångsåtgärder. Det har blivit bättre.

Att utöva makt på ett bra sätt.

Att makt kan och bör utövas på ett bra sätt är ett återkommande inslag i sjuksköterskornas beskrivningar. En av dem betonar att detta kräver en medvetenhet och en insikt i hur maktrelationen ser ut. ”Det är ju jag som har makten. (---) Det är jag som har t.ex nyckeln ut och kan öppna och stänga dörren. Det är jag som kan framföra åsikter till läkare eller nån annan. Det är jag som skriver i journalen. Det är jag som.. nånstans.. patienten måste gå via mig, hela tiden. (---) Om man är medveten om det, det är det jag menar, man behöver medvetandegöra det för alla som jobbar för att man.. så att man kan nånstans.. eh.. se vad man själv gör. Och då kan man.. använda sin makt på ett bra sätt”.

En annan sjuksköterska pekar på att makt många gånger har ”en negativ.. eh, stämpel. Och för mig så är inte det.. på samma sätt. Alltså jag tänker att.. eller, jag tycker själv att jag använder makt på ett bra sätt. Att jag försöker liksom.. eh, inte använda det jag kan om lagar, mediciner etc eh, emot patienten, utan jag försöker snarare få.. få med patienten genom att informera och liksom så här.. ja, mer... Och.. så jag ser ju makt som eh.. nånting bra, men att det är ett stort ansvar”.

Att på ett dylikt sätt få med patienten kräver ett samarbete, i vilket sjuksköterskans makt uppfattas som intimt förknippad med kunskap och information. En ”positiv makt (---) jag informerar dig om det här för att.. man.. på nått sätt.. nästan lämnar över lite makt till dom. Så här; den här makten har jag, nu kan du få.. så du kan göra ett bra val. Ungefär så, så man får en bra vårdrelation”.

Vårdrelationen baserar sig på förtroende, att sjuksköterska och patient kan lita på varandra. ”En bra vårdrelation, där skulle det va att patienten känner att den kan prata med mig om varför den inte vill ta sina mediciner, och också känna att den kan lita på mig.. på den information som jag har gällande mediciner. Så att man succesivt då kan förbättra compliance liksom. (---) Eh, det vill säga att patienten följer sin behandling och.. som läkaren.. som läkaren har ordinerat, eller som.. vi har ordinerat. Eh, det baserar sig ju mycket på tillit och trygghet”.

Respekt och vänligt bemötande understryks av samtliga sjuksköterskor. ”Patienter som blir blir mött vad heter det.. respektfullt, jag menar det känns.. säger sig självt va. Dom mår ju bättre alltså. Jag menar eh.. dom känner sig ju också tryggare va än att du går på bara och.. den här typ bossiga.. vad heter det.. man säger eh.. gamla vad heter det.. polisstilen så här va; tyst, sätt dig där, och så vidare”.

En sjuksköterska pekar på hur man genom att underblåsa den ojämna maktrelationen kan skapa problem på en avdelning.

”Hur man säger en sak är väldigt viktigt. Det kan uppstå ganska stora konflikter. Patienterna kan känna sig liksom som att.. eh.. att här står pers.. personalen har all makt (visar med händerna en nivåskillnad), mens jag är liksom ingenting värd. Dom bara säger att det här är en regel. Och förklarar man inte varför, och på.. på ett smidigare sätt, så då blir liksom en.. maktbalansen så här igen (för samman händerna till samma nivå). Att det blir.. vi är på samma nivå. Respekt liksom, att vi är på samma nivå. I stället för att säga; jamen du, det här.. så här.. så här är det på den här avdelningen, och det behöver inte du liksom bry dig om. Jag bara bestämmer hur det är. Du kan förmedla på.. samma sak på två olika sätt. (---) Kan bli en väldigt frustration, irritation.. eh.. aggressiviteten.. att man blir stött och känner sig illa behandlad och.. av en sån sak som att; du måste låsa in det här i ditt skåp. Man kan säga det på väldigt olika sätt”.

Vidare är man bland flertalet sjuksköterskor överens om att bra makt utövas för patientens bästa. En sjuksköterska exemplifierar med en svårt psykotisk patient, hur man krossat medicinen och med milt tvång och stor envishet till slut fått honom att svälja.

”Där hade.. där utövade ju vi väldigt mycket makt på ett sätt mot honom. Men sen så är det ju hur man gör det där, som spelar väldigt stor roll. Och att man visar att det är.. för att vi tror att det är bra för dig. (---) Att man förklarar varför, och att man på nått sätt med hela sin kropp, språk och tonläge och röst och allting visar att man.. eh.. gör det här för patientens skull, för att det skall bli bra. Det är inte för att de är liksom för min skull eller för att det är en regel som bara finns eller.. utan att det är.. varför gör jag det här.. för dig”.

När det brister.

Det händer att makten missbrukas, att patienten behandlas ”som att den inte .. kan nånting och.. eh, att den.. ja men.. att den är dum i huvudet, eller vad man ska säga. Att den inte kan nått och.. ja, att man inte vill ge patienten tid att.. att liksom.. få tid att.. tänka, och.. ta beslut själv. Att man bara kör över”.

Tre av fyra sjuksköterskor kopplar brister i bemötande till inställning och attityd hos enskilda. Omvårdnadspersonal beskrivs som korta och dirigerande i tonen. ”Det är lätt.. en easy way, att liksom bara säga; det här är en regel. Det är lättare, nånstans ibland. För det andra tar längre tid och det är mera liksom.. förklara, det är kanske gå igenom.. diskussion, sitta ner.. alltså det, det är ju mera.. tar mer av dig själv”.

En sjuksköterska konstaterar att somliga inte har tålmod, ”inte vill ge sig tid, och att man inte är intresserad av att faktiskt.. vilja hjälpa nån på ett bra sätt. Alltså att man.. man är bara oengagerad”.

En annan sjuksköterska menar att vissa kan ha jobbat för länge. ”Man vill helst vara ostörd. Det är som.. det är som nån form att man tror att så hära en.. det här.. man vill tillbaka till nån form av.. eh.. så här ska avdelningen se ut. Grunden ska vara så här, för då är det stabilt och bra. En lugn, fin avdelning. Typ när alla ligger och sover. (---) Och.. då.. nä, men gå och lägg dig, eller gör det och det, för att avdelningen ska vara tyst, och det är så det ska.. det.. det liksom.. optimala”.

Vidare pekas på skillnaden mellan att utöva makt för patientens skull och för sin egen. ”När någon säger; men du kan inte ligga här på soffan. In, du ska sova, in, du ska.. alltså där man.. och vem.. för vems skull gör jag det? Jo för att jag tycker att det är jobbigt att patienten ligger i soffan. Så kan det ju också vara naturligtvis”.

Tveksam makt tycks i första hand utövas av andra. En sjuksköterska reflekterar emellertid över hur hon prioriterar. ”Patienter som.. eh.. jag tycker om.. kanske jag lägger mer tid på. Så kan det vara. Där använder jag min makt över patienter. Omedvetet kanske. Och vissa patienter får mindre tid.. för att det inte.. för att man känner nån form av.. man inte når dom eller att jag tycker det är jättejobbigt med dom här personerna eller vad det nu kan vara. Ja.. så kan det vara”. En annan sjuksköterska beskriver hur man kan ha patienter som man tycker mindre om. ”Det där.. får man ju liksom vara medveten om att.. och försöka skjuta det åt sidan, så man inte bestraffar nån på grund av liksom personliga åsikter. (---) Jag försöker.. hålla mig borta från sånt. Men.. eh.. visst kan det väl ha varit så, och då får man ju försöka hejda sig och.. liksom se till patienten.. eh, bästa”.

Ett par sjuksköterskor beskriver situationer där makten inte utövats i tillräcklig grad, där frånvaron av maktutövning fått negativa konsekvenser.

En sjuksköterska berättar om en läkare som ogärna använde någon form av tvång och för vilken patienters självbestämmande var mycket viktigt. Av de patienter som fick frigång var det emellertid flera som inte kom tillbaka. ”Han var ju bra på, på andra.. alltså han.. när man ser hur han tänkte då förstod man på ett helt annat sätt. Men på det sätt vi jobbade så var det ju inte så bra. (---) Nja alltså det blev ju, det blev ju många.. personerna.. dom kom ju tillbaks med buller och bång, oftast polishämtade. (---) Då blir det medicinering igen och... Alltså det är ju ett bakslag för många då, det är det ju. (---) Det är svårt det där, det är både och alltså, just det där med.. det här självbestämmandet”.

En annan sjuksköterska beskriver hur man i linje med en gemensamt formulerad krisplan satt tydliga gränser för en patient. ”Då ville hon inte ha tillgång till telefon, mobil, internet, plånbok etc, så. När hon kommer här så vill hon ju ha det hela tiden men då är det ju jätteviktigt att vi liksom begränsar henne. Hon kan inte skydda sig själv. (---) Hon vart ju rätt ledsen efteråt, när hon mätte bättre, när hon insåg att det var vissa som inte hade satt den där gränsen. Hon hade skrivit saker på facebook som hon liksom verkligen ångrade. Nån som hade varit snäll (visar citationstecken i luften) och inte.. satt den gränsen”.

Andras makt.

Makt flödar mellan ett flertal aktörer på en slutenvårdsavdelning. En sjuksköterska beskriver hur man som nyfärdig lätt påverkas av den skötargrupp man är satt att arbetsleda, hur man är beroende av information och hur den kan selekteras vid missnöje. ”En anledning skulle ju kunna vara liksom att dom tycker att man inte lyssnar på deras synpunkter, att det är ingen ide att berätta. (---) Den där sitter bara på expeditionen och kommer aldrig ut och den.. liksom pratar inte med oss”. Information, menar sjuksköterskan, är makt, ”åt alla håll och kanter. Det ja.. det jag ger ifrån mig. Det patienten ger ifrån sig. Det skötarna ger ifrån sig och läkarna också så där. Det är ju liksom.. man skulle säkert kunna göra nått slags diagram på det där, pilar fram och tillbaka och.. hur det liksom utbyts (skratt)”.

Information lyfts även fram av en sjuksköterska som påpekar att patienter har makt. ”För dom bär ju på kunskap om sitt mående, och får inte jag fram kunskap om deras mående, information om det, hur ska läkarna och jag kunna sätta in rätt.. behandling? Det går ju inte. (---) Jag har ju.. många patienter i början är ju lite.. vill helst inte dela med sig för nån som dom inte känner eller.. eh..ja, så då kan man ju märka att det är svårt och.. och få igång patienterna att börja prata och berätta, vilket gör det.. svårt för mig att leverera bra information till läkarna och.. så att... Men förr eller senare så får man ju det så man får ju inte ge sig”.

Patienters påverkan och inflytande tycks förekomma i ett flertal former och beskrivs av samtliga sjuksköterskor.

En menar att ”det är den tiden. (---) Många är pålästa om sina sjukdomar kanske. Eh.. dom vet mera så.. och dom vet väl sina rättigheter mer. Och det.. alltså det kommer ju.. vet dom det, då måste.. förstår du? Då måste vi verkligen också skärpa till oss (---) Jag menar dom har ju rätt i mångt och mycket. Då får vi köpa det”.

En annan understryker vikten av att förmå patienterna att återta kontroll. ”Att det inte är det här gamla, så att liksom läkaren bestämmer vad som ska sägas och vi bestämmer vad som ska göras och patienten är passiv och ligger där som en liksom.. ok, gör vad ni vill med mig liksom. (---) Dom ska ju ha makt över sin egen.. vård. Så gott det går, naturligtvis”.

En tredje pekar på att patienter kan manipulera i syfte att påverka sin situation och berättar om en kvinna med trasslig bostadssituation. ”Vi kan ju förstå liksom, men samtidigt är.. har det liksom..; ja men det är så besvärligt hemma, jag sku.. ja vi tror nog att hon har ångest över att mista sin bostad men att hon inte är psykotisk. Och då har man liksom uppfattat det som ett manipulerande för att få vara kvar tills bostadssituationen har lösts”.

Läkaren framstår även i sjuksköterskornas beskrivningar som en mycket speciell figur, något av den yttersta makten på avdelningen. En sjuksköterska beskriver konflikter med läkaren, och svårigheten i att tvingas foga sig i situationer som inte känns rimliga.

”T.ex om någon gör någonting, sparkar sönder nånting eller det händer nånting. Och sen går man till läkaren och så talar om det här. Och så säger hon; ja men det är bara att lägga i bälte. Då tänker man; men varför då? Det var ju nånting som hände, och nu är det liksom stilla. Det är inte fog för det enligt egentliga lagar att.. nä. Eh.. och där har varit diskussioner. (---) Flera såna situationer. Och några gånger har vi diskuterat fram och tillbaka ganska mycket, och nån gång ville inte vi göra åtgärden, och det var fram och tillbaka, fram och tillbaka. Eh.. ja, så blev det så i alla fall. Men då.. då är det ju ännu svårare för mig att kunna liksom förklara för patienten varför man ska göra som man gör när man inte själv tror på det. Det är en helt absurd situation. När vi som ska utföra inte tror på det som vi ska göra. Då är det väldigt.. väldigt svårt”.

Tvångsåtgärder

En äldre sjuksköterska jämför med sina erfarenheter från sent sjuttioal på ett av de stora mentalsjukhusen, och konstaterar stora skillnader. ”Då var det ju så oftast att man började medicinera ganska fort va, och det var ju mycket, mycket mer bälten, eh mycket mer tvångs.. injektioner och sånt här”.

Tvångsåtgärder förekommer emellertid fortfarande, och det finns i sjuksköterskornas beskrivningar en insikt om att det ibland kan vara oundvikligt, liksom en medvetenhet om det obehag det kan medföra för patienten. Där finns även en tydlig ambition att undvika fysiskt tvång. En sjuksköterska menar att man i spända lägen ”bör försöka få nån slags relation och prata ner situationen. (---) Man vill ju.. eller man vill ju kunna lösa det på nått sätt så det inte går så långt”.

En annan sjuksköterska beskriver en irritation över en kollega som alltför snabbt ringt till läkare, och inte ”försökt.. eh, lugna ner situationen själv genom att.. bekräfta patienten; jag ser att du är upprörd eller.. ska vi inte gå in på rummet och prata om det, och att man ger sig tid att sitta med patienten i stället för att bara så här; nä nu ringer jag och ordi.. ser till att en läkare ordinerar en tvångsåtgärd”.

I vissa lägen finns emellertid inte något utrymme för samtal. ”Blir det liksom en akut situation, nån börjar slåss.. med mig eller nån annan eller.. kastar saker eller... Då har man kanske inte tid.. och köra allt det här. Men då är det ju nödvärnsrätt. Eh.. så kan man ju ta den diskussionen sen.. vid ett bättre mående”.

Med patienter som vägrar medicin kan tvång aktualiseras. En sjuksköterska betonar tydlig information i dessa lägen. ”Varför läkaren har ordinerat injektion, men också att patienten fortfarande har en möjlighet att ta medicinerna per os. Men att om dom vägrar så.. kommer vi bli tvungna att ge injektion”.

Vikten av att ge tid, försöka övertyga och övertala patienten att fatta ett klokt beslut understryks av samtliga sjuksköterskor. Valmöjligheterna är dock begränsade. ”Jag vill ju liksom inte ljuga. Och bara gå därifrån och så kommer det liksom som en.. stor överraskning att jag har med mig.. ett gäng med personer som tar tag i den här och inte säger nånting och sen.. administrerar man den medicinen som... Alltså de är ju ett.. man kan säga det är ju ett slags.. underförstått hot. Särskilt underförstått är det ju egentligen inte. Utan.. tar du inte den här så då kommer det.. så gör vi det här”.

När fysiskt tvång tycks oundvikligt övergår fokus till att lindra och mildra. ”Försöka liksom.. göra situationen så o.. liksom så lindrig som möjligt trots.. eh dom hemska omständigheterna för patienten”.

Det har blivit bättre

Det var värre förr menar de sjuksköterskor som gör jämförelser över tid. ”Om man säger att jag har jobbat.. sex, sju.. blir tolv år inom psykiatrin, så är det ju skillnad. (---) Man har satsat alltså här.. med SKL-projekt och allt möjligt. Att man försöker få liksom in så här, hur ska vi göra bättre liksom? Hur gör vi tvångsåtgärder och hur bemöter vi? (---) Hela kliniken har jobbat med dom frågorna, sista året.. två åren”.

En sjuksköterska med lång erfarenhet menar att man jämförelsevis var i ”ett otroligt underläge på sjuttioalet som patient, att det var ett tuffare klimat, och att patienter idag har ett helt annat medbestämmande i sin vård. Den personal som jag började med, ute på (mentalsjukhus) sjuttiosex, alltså det var ju.. ja det går inte att jämföra med.. det var plitar en del. Det går inte att jämföra med det som är idag. Dom skulle inte få jobb”.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatet tolkas med stöd av Foucaults maktanalys. I syfte att nå ytterligare förståelse för patienters och sjuksköterskors upplevelse av maktutövning inom sluten psykiatrisk tvångsvård hänvisas även till Løgstrups (1994) tankar kring etik och maktrelationer.

Mitt i maskineriet

Den psykiatriska slutenvårdsavdelningen framträder i sjuksköterskornas beskrivningar som en maktens mikrofysik, en lokal och nätlik mängd av ojämlika styrkeförhållanden och återkommande konfrontationer. Makt och motstånd skapas i varje relation, flödar mellan ett flertal aktörer. Somliga har en strategiskt fördelaktigare position än andra, men ingen kommer undan. "It's a machine in which everyone is caught, those who exercise power just as much as those over whom it is exercised" (Foucault, 1980b, s.156). I denna mångfald av maktrelationer befinner sig sjuksköterskan. Hen utövar makt men är också föremål för andras maktutövning.

Det finns ett tydligt drag av varaktighet och stabilitet i maskineriet. Detta blir än mer tydligt i patienternas beskrivningar av maktutövning. De är del av samma hierarkiska ordning men har en annan position, ett annorlunda perspektiv.

Underläge

Över en kopp kaffe strax före en intervju beskriver en patient sin relation till psykiatrin i mer allmänna ordalag. "Du vet, man är i ett sånt jävla underläge". Uttrycket "underläge" återkom aldrig under själva intervjun, inte heller i någon av de övriga intervjuerna. Begreppet löper emellertid tematiskt genom texterna och präglar de upplevelser som beskrivs.

Underläge kan med utgångspunkt i Foucaults maktanalys förstås som en positionsbestämning av det genom olika former av maktutövning underordnade subjektet, en beskrivning av den svagare partens situation i en maktrelation. Den starkare har ett övertag, upprätthåller och förstärker i handling den ojämna relationen, emedan den underordnade har att värja sig, stå emot efter förmåga och om möjligt skifta position (Foucault, 1982, 2002).

Patienternas beskrivningar av maktutövning är genomgående beskrivningar av vad det är att vara den svagare parten, av att vara i underläge. Man har blivit fräntagen makt, någon starkare bestämmer och kontrollerar i stor utsträckning ens tid och handlingar, med fysiskt tvång som yttersta sanktion. Upplevelsen präglas i mångt och mycket av ovisshet, frustration, ilska och sorg. Det finns en begränsad fördragsamhet med sådant som uppfattas som respektlöst, en förhöjd och med underläget intim känslighet för oacceptabelt bemötande.

Underläget är motståndets förutsättning. Den mångfald av motståndsstrategier som beskrivs av patienterna indikerar deras underläge, samt visar på motståndets speciella karaktär. Det kan vara kraftfullt och högljutt eller lågmält och strategiskt, men ger som helhet ett uppgivet och utsiktslöst intryck. Man protesterar och sätter sig emot, glider undan och spelar med, försöker neutralisera den makt som utövas, dock utan att på allvar kunna utmana en i grunden ojämn maktrelation. Underläget tycks stabilt, vilket kan tolkas som ett stöd för den kritik som tidigare omnämnts och som riktats mot Foucaults framställning av maktrelationer som något instabilt, lätttrubbade och potentiellt föränderligt (Hörnqvist, 1996).

En sådan kritik i en bitvis annorlunda kontext beskrivs av Johansson (2000). I en studie av normaliseringsprocesser inom läroverken ifrågasätts Foucaults betoning av makten som växlande och cirkulerande. Lärarnas disciplinerings tekniker mötte visserligen ett varierat motstånd, men till följd av en privilegierad position fick motståndet prägel av undanmanöver och manipulation. Eleverna befann sig ”i ett underläge med mycket små möjligheter att sätta in motattacker. Foucaults teser om att makten cirkulerar utan någon fast punkt eller källa är därför otillräckliga. Lärarmakten svävade inte fritt utan den bars upp av både stat och tradition” (Johansson, 2000, s.102). Foucault förnekar emellertid inte att maktutövning på en lokal, mikrofysisk nivå kan ha inslag av stabilitet och varaktighet, organisation och hierarki, men menar att detta är en effekt av och har sitt ursprung i instabila, rörliga och växlande maktrelationer (Foucault, 1980d, 2002).

Gemensamt för elever och patienter är det varaktigt stabila i deras underläge. I de senares fall kan denna stabilitet förstås mot bakgrund av de former av makt som upprätthåller underläget. I patienternas beskrivningar finns ett framträdande inslag av negativ, suverän makt, förankrad i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Den suveräna makten genomsyrar varje möte mellan patient och vårdpersonal. Den särskiljer och avskiljer sjukt från friskt, låser in och säger nej, sätter gränser och upprätthåller dem med kraft, ytterst med stöd av polis. Sjuksköterskan, läkaren och skötaren har genom strategiskt fördelaktigare positioner ett överläge i förhållande till patienten, ett styrkeförhållande som möjliggörs och garanteras av LPT. Lagen reglerar verksamheten och ger den kraft som kan hålla patienters motstånd på en hanterbar nivå och som gör underläget stabilt.

Att ta till vara den andre

Att vårdas inom slutenvårdspsykiatrin med stöd av LPT kan generera starka känslor. Patienterna beskriver en frustration och en ilska, men även en viss förståelse. En inte oväsentlig del av patienternas upplevelse handlar om hur makten utövas, att det många gånger kunnat gå till på ett annat sätt. Vikten av respekt lyfts fram, lyssnande, att man samtalar och inte bara tilltalar. I detta sammanfaller patienternas upplevelse med sjuksköterskornas beskrivningar av bra maktutövning för patientens bästa, ett vänligt och respektfullt bemötande inom ramen för en relation präglad av tillit.

Sjuksköterskornas maktutövning kan beskrivas som en form av pastoral makt. Denna utövas för den andres bästa utifrån en ingående kunskap, med fokus på hälsa, välbefinnande och trygghet. Relationen präglas av förtroende, välvilja och tillit (Foucault, 1988. 1982). Bilden är emellertid komplex. Där finns en ambition att utöva makt på ett bra sätt, att det ska bli så bra som möjligt för patienten. Samtidigt beskrivs svårigheter, prövningar förknippade med påfrestade patienter, brister i bemötande och engagemang, maktutövning för ens egen skull snarare än för patientens.

Enligt Løgstrup finns en naturlig tillit i mötet människor emellan. Genom tillit utlämnar sig den andre, lägger sitt liv i större eller mindre utsträckning i vår hand. Härigenom genereras makt och ansvar. ”Att våra liv med och mot varandra består av att den ene är utlämnad åt den andre betyder, att våra inbördes förhållanden alltid är maktförhållanden. Den ene har mer eller mindre av den andres liv i sin makt” (Løgstrup, 1994, s.83). Ur den andres utsatthet uppstår ett etiskt krav, en tyst uppmaning att ta till vara det som lagts i vår hand och osjälviskt handla i linje med vad som är bäst för den andre (Løgstrup, 1994).

Kravet är uttalat, det ger inga situationsspecifika anvisningar. Den enskilde har att utgå från sin livsförståelse och tolkning, ”sin egen erfarenhet och insikt, sin egen bedömning av den andres situation och deras inbördes förhållande och inte minst måste han använda sin egen fantasi för att bli klar över, vilket ord eller vilken tystnad, vilken handling eller vilken utebliven handling den andre är bäst betjänt av” (Løgstrup, 1994, s.135).

Omsorgen om den andre kan dock urarta. Det etiska kravet innebär en balansgång mellan en överdriven hänsyn, en eftergivenhet och oförmåga att stå upp för det man finner bäst när den andre inte delar ens bedömning, och en hänsynslös vilja att göra om och fullända. Att handla i linje med kravet kan möta motstånd, men får aldrig innebära att man gör sig till herre över den andres vilja, ansvar och individualitet. Viljan att uppfylla kravet ”måste vara kopplad till viljan att låta den andre vara herre i sin egen värld” (Løgstrup, 1994, s.59).

Inte sällan kommer vi dock till korta inför det etiska kravet. I vår motstridiga natur finns en bekvämlighet och en motsträvighet. Vi finner lätt skäl att avvakta eller kringgå det påfrestande och kostsamma i mötet med den andre. Den vi någonstans vet vi bör ta till vara kan vara obekväm och besvärlig, en människa man helst inte vill ha i sitt liv. Inte heller i mer vardagliga situationer och möten, där det etiska kravets efterlevnad för med sig en högst måttlig ansträngning, är vi som regel beredda att rucka på tillvarons behagliga rytm. ”Vi är minst lika bundna vid vår ostördhet, bekvämlighet och självreglerande hållning, som vi är bundna vid våra liv. Mer än gärna låter vi oss därför förslösas av det invanda, förblivande, odramatiska och ohjälpliga i människors nöd” (Løgstrup, 1994, s.193).

Sjuksköterskors vilja att knyta an och ta vara på det av den andres liv som ligger i deras makt kan med Løgstrup förstås som en djupt mänsklig aktivitet. Så även deras brister och tillkortakommanden. Gränsen mellan att efterleva det etiska kravet och att göra sig till herre över den andre, mellan en omsorgsfull makt och maktmissbruk, är flytande enligt Løgstrup (1994). Var den skall dras mer specifikt i relationer präglade av stabilt underläge är möjligt att bedöma först i situationen. Det är en grannliga uppgift som kräver erfarenhet och omdöme, tolkning och livsförståelse, samt en vilja att bortse från sin egen bekvämlighet.

Metoddiskussion

Teori

Alvesson och Sköldberg menar att kvalitativ forskning är en i grunden tolkande verksamhet, och att dess metoder inte kan ”frikopplas från teori, då antaganden och begrepp i någon mening bestämmer tolkningar och gestaltningar av föremålet för studien” (Alvesson & Sköldberg, 2008, s.22). Sandelowski påpekar att teori är ständigt närvarande i den kvalitativa forskningsprocessen, om än inte uttalad. ”Researchers never enter any project tabula rosa but, rather, with the general perspectives of their discipline; with their own research interests and biographies; and with certain philosophical, theoretical, substantive, and methodological orientations” (Sandelowski, 1993, s.215). En fara är emellertid att teori introducerad i ett tidigt skede blir så central att den överröstar teori genererad ur data, vilken därigenom får en mer illustrativ funktion (Sandelowski, 1993). Foucaults maktanalys, menar Alvesson och Sköldberg, är en sådan teori som lätt kan ta överhanden, att man finner det som förutsagts. ”Det är svårt att tänka sig någon observation som skulle kunna säga ’nej’ till Foucaults maktsyn” (Alvesson & Sköldberg, 2008, s.377).

Med detta i åtanke kan även fördelar med en teoretisk förankring i Foucaults teorier lyftas fram. Genom att betona den mikrofysiska nivån, makt som en väsentlig aspekt av sociala relationer och hur enskilda subjekt formeras och underordnas inom dessa relationer, ger Foucault ett fokus och ett verktyg att urskilja och förstå makt på lokal nivå.

Validitet

Syftet med den intervjuundersökning som genomförts har varit att beskriva patienters och sjuksköterskors upplevelse av maktutövning. Enligt Kvale och Brinkman (2009) är intervjun en lämplig metod då man vill beskriva människors upplevelse av ett fenomen. Vidare har de intervjuer som genomförts genererat ett antal spontana och innehållsrika beskrivningar av maktutövning, vilket tyder på ett adekvat val av metod.

Samtidigt kan man tänka sig alternativa och inte minst kompletterande metoder för insamling av data. Någon form av deltagande observation skulle förmodligen bidra med en mer obearbetad information, en direkt inblick i en avdelnings olika maktrelationer och en fördjupad förståelse för forskningspersonernas upplevelse (Justesen & Mik-Meyer, 2011). Ett dylikt tillvägagångssätt för dock med sig en del svårigheter. Att observera patienter med allvarlig psykisk störning vårdade med tvång skulle vara etiskt och praktiskt problematiskt.

Reliabilitet

Man kan argumentera för att den halvstrukturerade intervjuens inslag av kunskapskonstruktion och tolkning ger ett mått av subjektivitet som kan vara svårt att förena med reliabilitet. Kvale och Brinkman skiljer dock på godtycklig och perspektivisk subjektivitet, och menar att det senare bidrar till en berikande och legitim mångfald av tolkningar, förutsatt att perspektiv och tillvägagångssätt noggrant redovisas. Vidare pekar man på möjligheten att via jämförelser mellan olika uttolkare kontrollera graden av intersubjektiv reliabilitet i moment som transkribering, kodning och kategorisering (Kvale & Brinkman, 2009). Så har inte varit fallet i föreliggande arbete, men i syfte att förstärka resultatets tillförlitlighet har intervjuer och analysprocedurens olika moment genomförts av uppsatsförfattaren i samråd med handledare.

Generalisering

Kvale och Brinkman pekar på hur resultat av intervjustudier genom analytisk generalisering kan överföras till andra relevanta situationer och undersökningsspersoner. Denna form av generalisering bygger på en analys av olikheter och likheter situationer emellan, god argumentation samt läsarens möjligheter att bedöma graden av generaliserbarhet. ”Genom att specificera stödande belegg och klarlägga argumenten kan forskaren göra det möjligt för läsaren att bedöma hållbarheten i generaliseringsanspråket” (Kvale & Brinkman, 2009, s.282).

De patienter som intervjuats utgör inte ett varierat och representativt urval med avseende på kön och psykiatrisk inriktning. Vidare finns möjligheten att upplevelsen av maktutövning hos de patienter som tillfrågats men avböjt deltagande i något avseende skulle ha påverkat resultatet. Därtill är det antal sjuksköterskor respektive patienter som intervjuats relativt lågt. Kvale och Brinkman menar att ett lågt antal intervjupersoner kan göra det svårt att generalisera, och beskriver hur man för tillräckligt antal kan ”genomföra nya intervjuer ända tills man når en mättnadspunkt där ytterligare intervjuer ger föga ny kunskap” (Kvale & Brinkman, 2009, s.129). En sådan mättnad har inte uppnåtts i föreliggande arbete.

Vad som detta till trots talar för att resultatet kan överföras till miljöer och sammanhang som i väsentliga avseenden liknar de som beskrivs av patienter och sjuksköterskor, andra avdelningar där patienter vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård i slutenvården, är intervjupersonernas innehållsrika och spontana beskrivningar.

Betydelse

Det finns en avsikt att återkoppla resultatet till aktuell kliniks slutenvårdsverksamhet. Studien kan ge en ökad kunskap om tvångsvårdade psykiatriska patienters och sjuksköterskors upplevelse av maktutövning, och förhoppningsvis bidra till pågående kvalitets- och utvecklingsarbete.

SLUTSATS

För att minimera maktutövning som upplevs som svår och påfrestande inom sluten psykiatrisk tvångsvård har det betydelse hur makten utövas, hur man bemöter den som befinner sig i underläge. För sjuksköterskor krävs en medvetenhet om det egna överläget i maktrelationen, det motstånd och den känslighet som underläget kan föra med sig. Vikten av respekt, lyssnande, att samtala och inte bara tilltala understryks i föreliggande arbete.

REFERENSER

- Alvesson M, Sköldberg K. (2008) *Tolkning och reflektion, vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur, Lund.
- Biering P. (2002) *Caring for the involuntarily hospitalized adolescent: The issue of power in the nurse-patient relationship*. Journal of Child and Adolescent psychiatric Nursing, vol 15, 2, 65-74.
- Bowers L. (2003) *Manipulation: searching for an understanding*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10, 329-334.
- Börjesson M, Rehn A. (2009). *Makt*. Liber AB, Malmö.
- Deleuze G. (1990). *Foucault*. Symposion Bokförlag, Stockholm.
- Engelstad F. (2006). *Vad är makt?* Natur och Kultur, Stockholm.
- Foucault M. (1980a). *Prison talk*. Ur: Gordon C (Red): *Power/knowledge: Selected interviews & other writings 1972-1977*. Pantheon Books, New York.
- Foucault M. (1980b). *The Eye of Power*. Ur: Gordon C (Red): *Power/knowledge: Selected interviews & other writings 1972-1977*. Pantheon Books, New York.
- Foucault M. (1980c). *Power and strategies*. Ur: Gordon C (Red): *Power/knowledge: Selected interviews & other writings 1972-1977*. Pantheon Books, New York.
- Foucault M. (1980d). *The confession of the flesh*. Ur: Gordon C (Red): *Power/knowledge: Selected interviews & other writings 1972-1977*. Pantheon Books, New York.
- Foucault M. (1982). *The Subject and Power*. Ur: Dreyfus HL & Rabinow P. *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Harvester P, Brighton.
- Foucault M. (1988). *Politics and reason*. Ur: Kritzman L.D (Red). *Michel Foucault. Politics, philosophy, culture. Interviews and other writings 1977-1984*. Routledge, Nev York och London.
- Foucault M. (2002). *Sexualitetens historia, band 1, Viljan att veta*. Daidalos AB, Göteborg.
- Foucault M. (2003). *Övervakning och straff*. Arkiv förlag, Lund.
- Graneheim U.H & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 24, 105-112.
- Grönwall L, Holgersson L. (2006). *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning*. Norstedts Juridik AB, Stockholm.

- Hamilton B & Manias E. (2006). *'She's manipulative and he's right off': A critical analysis of psychiatric nurses oral and written language in the acute inpatient setting*. International Journal of Mental Health Nursing, 15, 84-92.
- Hamilton B & Manias E. (2008). *The power of routine and special observations: producing civility in a public acute psychiatric unit*. Nursing Inquiry, 15(3): 178-188.
- Holmes, D. (2002). *Police and pastoral power: governmentality and correctional forensic psychiatric nursing*. Nursing Inquiry, 9, 84-92.
- Holmes D. (2005). *Governing the Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections*. Perspectives in Psychiatric Care. Vol 41, No 1, January-March, 3-13.
- Howarth D. (2007). *Diskurs*. Liber AB, Malmö.
- Herlofsson J (Red). (2010). *Psykiatri*. Studentlitteratur, Stockholm.
- Hörberg U. (2008). *Att vårdas eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*. Acta Wexionensia, nr 133, Vårdvetenskap och socialt arbete. Växjö University Press, Växjö.
- Hörnqvist M. (1996). *Foucaults maktperspektiv*. Carlsson Bokförlag, Stockholm.
- Johansson I.M, Skärsäter I & Danielson E. (2006). *The health-care environment on a locked psychiatric ward: An ethnographic study*. International Journal of Mental Health Nursing, 15, 242-250.
- Johansson I.M, Skärsäter I & Danielsson E. (2012). *The experience of working on a locked acute psychiatric ward*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. PMID: 22845661.
- Johansson, U. (2000). *Normalitet, kön och klass. Liv och lärande i svenska läroverk 1927-1960*. Books-on-demand.
- Justesen L & Mik-Meyer N. (2011). *Kvalitativa metoder: Från vetenskapsteori till praktik*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Kvale S & Brinkmann S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund.
- Løgstrup K.E. (1994). *Det etiska kravet*. Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg.
- Nilsson R. (2008). *Foucault – en introduktion*. Égalité, Malmö.
- Perron A & Holmes D. (2011). *Constructing mentally ill inmates: nurses' discursive practices in corrections*. Nursing Inquiry, 18, 191-204.
- Psykiatriska riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Hämtad på Psykiatriska riksföreningens hemsida 2013-06-23. <http://www.psykriks.se/kompetensbeskrivning-2/>

Roberts M. (2005). *The production of the psychiatric subject: power, knowledge and Michel Foucault*. Nursing Philosophy, 6, 33-42.

Rundqvist E. (2004). *Makt som fullmakt: Ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Rydon S.E. (2005). *The attitudes, knowledge and skills needed in mental health nurses: The perspective of users of mental health services*. International Journal of Mental Health Nursing, 14, 78-87.

Salzmann-Erikson M & Eriksson H. (2011). *Latent or Manifest Observers: Two Dichotomous Approaches of Surveillance in Mental Health Nursing*. Nursing Research and Practice. Article ID 254041.

Salzmann-Erikson M & Eriksson H. (2012). *Panoptic Power and Mental Health Nursing – Space and Surveillance in Relation to Staff, Patients, and Neutral Places*. Issues in Mental Health Nursing, 33, 500-504.

Sandelowski M. (1993) *Theory unmasked: The uses and guises of theory in qualitative research*. Research in Nursing & Health, 16, 213-218.

SFS 1966:293. Lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag.

SFS 1991:1128. Lag om psykiatrisk tvångsvård.

SFS 1991:1129. Lag om rättspsykiatrisk vård.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikel nr: 2005-105-1. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Artikel nr: 2009-126-114. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2011). *Baslista för klassifikation av vårdåtgärder i psykiatrisk slutenvård*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen. (2012). *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa*. Artikel nr: 2012-3-14. Socialstyrelsen, Stockholm.

Stevenson C. & Cutcliffe J. (2006). *Problematizing special observation in psychiatry: Foucault, archaeology, genealogy, discourse and power/knowledge*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13, 713-721.

www.ne.se/lang/makt/249137. 2013-05-27.

Inbjudan till intervju

Hej!

Mitt namn är Ola Fogelquist och jag arbetar som psykiatrisjuksköterska. Jag studerar även omvårdnadsvetenskap vid Sophiahemmet Högskola och genomför nu en intervjustudie med patienter knutna till (Klinik).

Mitt intresse är maktrelationer inom sluten psykiatrisk tvångsvård (LPT), närmare bestämt om och hur patienter på en psykiatrisk vårdavdelning upplever maktutövning. Makt är ett mångtydigt begrepp, men att utöva makt kan beskrivas som att någon får någon annan att vara, känna eller bete sig på ett sätt som denne annars inte skulle ha gjort.

Hur går det till?

Om du är intresserad av att dela med dig av dina upplevelser och kan tänka dig att bli intervjuad så behöver du bara säga till din kontaktsjuksköterska, alternativt höra av dig direkt till mig (se mina kontaktuppgifter längst ner). Jag kan då på det sätt som passar bäst ge ytterligare information om studien och svara på frågor. Om du därefter vill delta bestämmer vi en tid för intervju, förslagsvis i (Klinik) lokaler eller där det passar dig. Jag uppskattar att en intervju kan ta ca 15-60 minuter.

Intervjuerna spelas in på band och skrivs sedan ut som underlag för analys. I denna process kodoas namn, ålder och karakteristiska egenskaper på ett sådant sätt att den enskilde deltagaren inte går att identifiera. Det vi talar om i samband med intervjun är och behandlas strikt konfidentiellt. Dina intervjusvar kommer alltså att behandlas så att ingen obehörig kan ta del av dem, och du förblir anonym i så väl den utskrivna intervjun som i den färdiga uppsatsen. Dina kontakter med hälso- och sjukvården i övrigt påverkas inte på något vis av om du väljer att delta eller inte.

Vilka eventuella risker kan finnas?

De frågor som berörs under intervjun kan vara känsliga. Mer eller mindre obehagliga minnen och associationer kan väckas. Detta är skälet till att jag vill att du som deltar i studien skall ha en fungerande öppenvårdskontakt som känner till ditt deltagande och till vilken du, om du så vill, kan vända dig i förtroende med eventuella tankar och funderingar.

Vilka eventuella fördelar kan finnas?

Resultatet av studien kommer att återkopplas till (Klinik) slutenvårdsverksamhet och kan därigenom bli del av den kunskap som behövs för klinikens fortsatta kvalitets- och utvecklingsarbete.

Frivillighet

Deltagande i intervjustudien är fullständigt frivilligt, och du kan när som helst, utan närmare förklaring, välja att avsluta. Om du så önskar kommer då allt material där du figurerar, inspelade intervjuer så väl som utskrivna texter, att förstöras, och inget av det du sagt kommer att tas med i den färdiga uppsatsen.

Ansvariga för studien

Ansvarig för genomförande
av intervjustudien:

Mag stud Ola Fogelquist.

Tel: 073 8568151.

Mail: ola.fogelquist@sll.se

Huvudansvarig forskare och handledare:
Docent Björn Fossum.

Sophiahemmet Högskola, Box 5605,
114 86 Stockholm. Tel: 08 4062920.

Mail: bjorn.fossum@shh.se

Inbjudan till intervju

Hej!

Mitt namn är Ola Fogelquist och jag arbetar som psykiatrisjuksköterska. Jag studerar även omvårdnadsvetenskap vid Sophiahemmet Högskola och genomför nu en intervjustudie med patienter och sjuksköterskor knutna till (Klinik).

Mitt intresse är maktrelationer inom sluten psykiatrisk tvångsvård (LPT), närmare bestämt om och hur patienter och sjuksköterskor på en psykiatrisk vårdavdelning upplever maktutövning. Makt är ett mångtydigt begrepp, men att utöva makt kan beskrivas som att någon får någon annan att vara, känna eller bete sig på ett sätt som denne annars inte skulle ha gjort.

Hur går det till?

Om du är intresserad av att dela med dig av dina upplevelser och kan tänka dig att bli intervjuad så får du gärna höra av dig till mig (se mina kontaktuppgifter längst ner). Jag kan då på det sätt som passar bäst ge ytterligare information om studien och svara på frågor. Om du därefter vill delta bestämmer vi en tid för intervju, förslagsvis i (Klinik) lokaler eller där det passar dig. Jag uppskattar att en intervju kan ta ca 15-45 minuter.

Intervjuerna spelas in på band och skrivs sedan ut som underlag för analys. I denna process kodoas namn, ålder och karakteristiska egenskaper på ett sådant sätt att den enskilde deltagaren inte går att identifiera. Det vi talar om i samband med intervjun är och behandlas strikt konfidentiellt. Dina intervjusvar kommer alltså att behandlas så att ingen obehörig kan ta del av dem, och du förblir anonym i så väl den utskrivna intervjun som i den färdiga uppsatsen.

Frivillighet

Deltagande i intervjustudien är fullständigt frivilligt och du kan när som helst, utan närmare förklaring, välja att avsluta. Om du så önskar kommer då allt material där du figurerar, inspelade intervjuer så väl som utskrivna texter, att förstöras, och inget av det du sagt kommer att tas med i den färdiga uppsatsen.

Ansvariga för studien

Ansvarig för genomförande
av intervjustudien:
Mag stud Ola Fogelquist.
Tel: 073 8568151.
Mail: ola.fogelquist@sll.se

Huvudansvarig forskare och handledare:
Docent Björn Fossum.
Sophiahemmet Högskola, Box 5605,
114 86 Stockholm. Tel: 08 4062920.
Mail: bjorn.fossum@shh.se