



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# Personalens upplevelse vid bältesläggning

Med fokus på

unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende inom psykiatri

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp  
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits  
Kandidatnivå HT 2013  
Författare: Lovisa Bimstrand  
Handledare: Karin Barron

Tack

Jag vill börja med att tacka de sjuksköterskor och skötare som tog sig tid att låta sig intervjuas om sina erfarenheter och upplevelser. Utan er hade denna uppsats inte vart möjlig att genomföra. Jag vill även tacka min sambo och min mamma för stöd och uppmuntrande ord, samt ett tålmodigt lyssnande. Ett stort tack vill jag även ägna min kollega Sara Pöntönen Diding för hennes engagemang och feedback, som kom som en frisk fläkt när jag som mest behövde det.

## Abstract

Titel: Personalens upplevelse vid bältesläggning - Med fokus på unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende inom psykiatri.

Författare: Lovisa Bimstrand

Nyckelord: Tvångsåtgärder, Bältesläggning, Personlighetsstörning, Självskadeproblematik.

Denna uppsats syftar till att undersöka och beskriva hur personal på en psykiatrisk intensivvårdavdelning upplever och förhåller sig till bältesläggning. Jag har även valt att fokusera på hur personalen upplever och förhåller sig till bältesläggning av patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende. För att få svar på mina frågor har jag valt att göra kvalitativa intervjuer med personal på en psykiatrisk intensivvårdavdelning. Jag har sedan analyserat min empiri utifrån ett maktperspektiv, då detta synsätt ger en intressant vinkel på de olika dilemman och svårigheter som personal möter i samband med tvångsåtgärder. Jag har tagit del av tidigare forskning för att få kunskap om ämnet men även för att fördjupa min analys.

Resultaten visar att personalen upplever att de i många fall har svårt att hjälpa patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende på ett sätt som känns värdigt och etiskt försvarbart. Uppsatsen visar också på vad personalen tror hade kunnat förändra och förbättra vården för dessa patienter samt belyser vikten och fördelarna med att personal får tid att diskutera och reflektera över sitt dagliga arbete och de svårigheter som de möter.

## Innehåll

1. Inledning .....	5
1.1 Bakgrund och begreppsdefiniering .....	5
1.2 Problemformulering .....	7
2. Syfte .....	7
2.1 Frågeställningar .....	7
3. Avgränsningar .....	7
4. Teori .....	8
4.1 Skaus tankar om makt .....	8
4.2 Paternalism .....	9
4.3 Pastoral makt .....	10
4.4 Fält, doxa och symbolisk makt .....	11
4.5 Maktperspektivets styrkor och begränsningar .....	13
5. Tidigare forskning .....	13
6. Metod .....	15
6.1 Urvalet .....	16
6.2 Utförande av intervju .....	16
6.3 Utförandet av analys .....	17
6.4 Förförståelse .....	18
6.5 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet .....	18
7. Resultat och analys .....	19
7.1 Personalens syn på bältesläggning som en tvångsåtgärd inom psykiatri .....	20
7.2 Bältesläggning och patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende .....	22
7.3 Patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende .....	25
7.4 Om en psykiatrisk intensivvårdsavdelning är rätt avdelning för den här patientgruppen .....	26
7.5 Personalens behov inför framtiden för att förbättra vården .....	27
8. Reflektion och slutord .....	28
9. Referenser .....	31
10. Bilagor .....	33
10.1 Bilaga 1 .....	33
10.2 Bilaga 2 .....	34

# 1. Inledning

Jag vill med denna uppsats lyfta ett ämne som jag upplever att det sällan talas om utanför psykiatrins låsta dörrar. Ett ämne som människor som aldrig varit i kontakt med psykiatri inte tror existerar utan istället tillhör psykiatrins mörka historia. Ämnet är bältesläggning, en tvångsåtgärd som berör och väcker negativa känslor. Jag anser att det är viktigt att tvångsåtgärder så som bältesläggning granskas och diskuteras utifrån olika perspektiv inte minst för att öppna upp för förståelse för åtgärdens orsak, men även för nytänkande och förändring.

Jag anser att ämnet är relevant för socialt arbete av flera skäl. Dels för att många av de klienter vi möter inom socialt arbete har eller har haft kontakt med psykiatri. En del av dem kanske har blivit utsatta för olika tvångsåtgärder eller på annat sätt kommit i kontakt med tvång i samband med vård och behandling. Att som professionell besitta kunskap om tvångsvård och tvångsåtgärder kan då vara av stor vikt för att förstå och kunna bemöta dessa patienter på ett bra sätt. Jag tänker också att det är relevant för socialt arbete hur människor behandlas i vårt samhälle. Inte minst då de som lider av psykisk ohälsa inte alltid har förmåga eller ork att uttrycka sin upplevelse av vården på ett adekvat sätt, utan kan behöva stöd och hjälp ifrån professionella. I nästa kapitel kommer jag redogöra för relevant bakgrundsfakta och tydliggöra några av de begrepp jag kommer använda i uppsatsens olika delar.

## 1.1 Bakgrund och begreppsdefiniering

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)(1982:763) har man som patient rätt att antingen godta eller tacka nej till erbjuden vård och behandling, likaså avbryta redan påbörjad vård. Dock finns det undantag till rätten att avstå ifrån vård, detta då en patient uppfyller något av kriterierna för att vårdas under lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (1991:1128). Dessa kriterier innebär att tvångsvård får ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och är i behov av vård men motsätter sig det. Det skall även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Sjukvården kan utifrån dessa förutsättningar med stöd av LPT vårda patienten mot dennes vilja. Denna vård kan ske genom slutna psykiatrisk tvångsvård, så som att bli intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Det kan också ske genom öppen psykiatrisk tvångsvård då patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningen men med särskilda villkor så som skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling. LPT reglerar också hur och av vem beslut om vård får tas, hur tvångsvården skall bedrivas samt patientens rättigheter under vårdtiden (Olofsson, 2008). Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får inte fattas utan att ett läkarintyg utfärdats. I detta läkarintyg även kallat vårdintyg skall de framgå att de finns sannolika skäl för att förutsättningarna för slutna psykiatrisk tvångsvård(LPT) av patienten är uppfyllda. Vårdintyget skall grundas på en och samma läkarundersökning och får enbart genomföras om det finns skälig anledning till det. Undersökningen måste genomföras av legitimerad läkare och om patienten inte samtycker till undersökningen, får patienten tas om hand för undersökningen. Vårdintyget få endast utfärdas i omedelbar anslutning till undersökningen. Vårdintyget gäller i fyra dagar och får därmed inte ligga till grund för intagning efter det. Beslut om intagning fattas utav cheföverläkaren på en enhet för psykiatrisk vård och får inte fattas av samma läkare som utfärdat vårdintyget (Lag om Psykiatrisk Tvångsvård. SFS 1991:1128).

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. Målet med tvångsvård är att den så snart som möjligt skall övergå till frivillig vård. Om chefsöverläkaren bedömer att de fyra veckor som tvångsvården gäller inte är tillräckligt kan en ansökan om förlängning göras till förvaltningsrätten. Medgivande ifrån förvaltningsrätten får lämnas för högst sex månader åt gången. Denna ansökan skall göras innan fyraveckorsperioden av tvångsvård löpt ut (Lag om Psykiatrisk Tvångsvård. SFS 1991:1128).

Inom den psykiatriska vården kan patienter som vårdas under lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) utsättas för olika typer av tvångsåtgärder. En av dem är *bältesläggning*, vilket innebär att patienten med tvång läggs på en bältesäng varefter patientens armar och ben spänns fast i sängen med hjälp av bälten. Bältesängen kan placeras i patientens rum eller så finns sängen i ett särskilt rum. Metoden används som en sista utväg när inget annat fungerar för att hindra patienten ifrån att skada sig själv eller andra. Givetvis måste alla andra sätt att hjälpa patienten ha provats innan någon form av tvångsåtgärd används. Det kan dock förekomma i akutsituationer där personal agerar i självförsvar och inte har möjlighet att använda någon annan metod. Patienten bör informeras om orsaken till bältesläggningen och så fort patienten har lugnat sig skall bältena lossas (Tännsjö, 2002). Tvångsåtgärder, så som bältesläggning, regleras i LPT (1991:1128) och skall alltid ordineras av psykiatriker samt journalföras och då skall åtgärden motiveras samt klockslag då bältesläggningen började och slutade anges (Lag om Psykiatrisk Tvångsvård. SFS 1991:1128).

I de fall en bältesläggning pågår längre än fyra timmar måste avdelningen rapportera detta till Socialstyrelsen, den instans som för statistik över antal bältesläggningar. Under 2011 rapporterades mer än 3300 bältesläggningar. Enligt Socialstyrelsens statistik framgår det att unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende är den patientgrupp som oftast utsätts för denna tvångsåtgärd (Dagens Nyheter, 2012).

*Personlighetsstörning* är en samlingsbeteckning för ett antal psykiatriska diagnoser. Gemensamt för människor med personlighetsstörning är att de har en personlighetsproblematik som kännetecknas av störningar i känsloliv, sociala relationer och impuls kontroll. Dessa störningar är varaktiga och kan därför komplicera patientens vardagsliv. Borderlinepersonlighetsstörning är ett exempel på en vanlig diagnos, mest förekommande bland kvinnor. Vanligast bland män är diagnoser som paranoid personlighetsstörning och tvångsmässig personlighetsstörning (Näslund, 1998).

Det är inte ovanligt att patienter med personlighetsstörning och ofta just borderlinepersonlighetsstörning även lider av *självskadeproblematik*. Dessa personer känner ofta en inre smärta som de kan lätta på genom att skada sig själva. Inte sällan börjar självskadebeteendet i mindre skala för att med tiden öka, vilket gör att patienten utsätter sig för värre och värre skadehandlingar. Det kan handla om att skära sig med kniv, rakblad eller andra vassa föremål. Det är heller inte ovanligt att bränna sig med cigaretter eller dunka huvudet mot en vägg. Om patienter har sår efter att ha skurit sig kan de gräva i dessa sår och dra bort stygn, vilket kan skapa svåra infektioner. Personer med denna typ av störning kan även svälja olika föremål, såsom batterier och glasbitar, vilket gör att de kan behöva opereras (Näslund, 1998). Jag kommer i denna uppsats använda mig av begreppen *personlighetsstörning* och *självskadeproblematik* då det är de begrepp som används inom de artiklar och forskning som jag tagit del av kring ämnet. Det är också begrepp som jag känner mig bekant med och som jag vet används inom psykiatrin.

En *psykiatrisk intensivvårdavdelning* är en avdelning som skall ta emot dem som är i behov av akut vård och som behöver befinna sig i en lugn miljö med hög personaltäthet. Meningen är att de skall vårdas här en kort tid tills den akuta fasen är över, för att sedan överföras till annan avdelning eller skrivs ut. Dessa avdelningar har oftast begränsat med platser. Här arbetar sjuksköterskor samt mentalskötare med undersköterskeutbildning. Det finns också läkare och ibland även en psykolog eller kurator knuten till avdelningen (Skårderud m.fl., 2010). På denna typ av avdelning vårdas patienter under Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) men vården kan också ske med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatriskvård (LRV), beroende på patientens psykiska tillstånd och deras medverkan till vård och behandling.

Jag har själv arbetat som mentalskötare inom psykiatrin, bland annat på en psykiatrisk intensivvårdavdelning. Jag har själv varit med vid bältesläggningar och har träffat på en del patienter med personlighetsstörning och självskadebeteende. Detta gör att jag har viss kunskap och egen erfarenhet. Jag har läst om psykisk ohälsa under socionomprogrammet och därmed skaffat mig ytterligare kunskap. Detta tillsammans blir min förförståelse.

## 1.2 Problemformulering

Efter att jag via Socialstyrelsens hemsida tagit del av en debattartikel om det faktum att unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende är den grupp som utsätts för flest bältesläggningar, väcktes mitt intresse för detta ämne. Jag hade själv upplevt att denna grupp ofta var föremål för bältesläggning och att det inte kändes som att det var en bra metod i längden. Jag trodde dock att jag var ganska ensam i denna upplevelse och att det bara var på den avdelning jag arbetade som detta var ett problem. Artikelns väckte även frågan av vilken anledning det såg ut så här. Eftersom personalen dagligen träffar denna patientgrupp tänkte jag att de skulle vara intressant att få ta del av deras upplevelse, hur de upplevde själva bältesläggningen och hur de förhöll sig till denna metod.

## 2.Syfte

Syftet med uppsatsen är att belysa ämnet bältesläggning, då detta sällan diskuteras. Jag vill med uppsatsen undersöka hur personal med erfarenhet av bältesläggning på en psykiatrisk intensivvårdsavdelning upplever och förhåller sig till bältesläggning av patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende.

### 2.1 Frågeställningar

- Vad är personalens erfarenhet av bältesläggning och hur förhåller sig personalen till denna metod?
- Hur upplever och förhåller sig personal med erfarenhet av bältesläggning till att bälteslägga unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende?

## 3.Avgränsningar

Jag har valt att enbart fokusera på bältesläggning även om tvångsmedicinering inte sällan sker i samband med detta. Jag har även valt att endast fokusera på unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende även om det finns en del studier och rapporter om att även unga män har samma problematik. Det senare är mycket intressant och det finns en del forskning kring genus och självskadeproblematik, men med tanke på tidsramen för

denna uppsats fick jag avgränsa mig. Även om det finns en koppling mellan borderlinepersonlighetsstörning och självskadebeteende kommer jag inte att fokusera på denna diagnos utan använda mig utav samlingsbeteckningen personlighetsstörning. Dels för att inte fastna i diskussionen om diagnosen och dess betydelse men även för att informanterna inte skall behöva diskutera enskilda patientfall, utan kan tala mer generellt om patientgruppen. Jag har i min uppsats valt att fokusera på unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende. Med "unga kvinnor" menar jag kvinnor mellan 18 och 25 och jag grundar dels denna definition på vad tidigare forskning som jag tagit del av definierar som ung kvinna. Samt att den avdelningen som mina informanter arbetar på har en undre åldersgräns på 18 år.

## 4. Teori

*Maktperspektivet* är alltid aktuellt i relationen mellan klient och hjälpare, i större eller mindre omfattning. Maktaspekten på en psykiatrisk intensivvårdavdelning är dock mycket påtaglig och jag finner det därför ytterst relevant då jag utifrån mitt syfte vill finna hur personalen upplever och förhåller sig till bältesläggning. Att enligt lag ha rätt att spärra fast någon i en säng måste ändå anses som en form av maktutövning vare sig syftet med det är att hjälpa eller inte.

Jag har dels valt att föra en diskussion om *paternalism* och dess koppling till professionell makt. Vidare kommer jag att utgå ifrån Michel Foucault och hans begrepp *pastoral makt* men också Pierre Bourdieus begrepp *fält*, *doxa* och *symbolisk makt*, då jag anser att dessa ger ett intressant perspektiv på hur professionell makt kan yttra sig. Jag kommer dock att inleda med Greta Marie Skaus tankar om makt, vilka jag tycker skapar en bra förståelse för hur makt kan yttra sig i mötet mellan den professionella och klienten. Jag återkommer även senare till hennes tankar när jag presenterar ovan nämnda begrepp då det finns tydliga kopplingar däremellan.

### 4.1 Skaus tankar om makt

I boken *Mellan makt och hjälp* (2007) beskriver och belyser Greta Marie Skau olika typer av makt i mötet mellan den professionella och klienten. Skau beskriver hur det i interaktionen mellan de professionella och deras klienter alltid finns en form av makt. Begreppet makt förknippas ofta med något negativt såsom maktmissbruk och maktlöshet. Detta gör att vi människor inte sällan förnekar att vi skulle vara utsatta för makt eller att vi själva utövar någon form av makt. Skau menar att grunden till makt är olikheten mellan människor, dels på grund av att vi människor frivilligt omedvetet och undermedvetet underkastar oss någon annan, dels genom hot. Hon menar att makt kan användas i hjälpsyfte, men även för att skada (Skau, 2007). Skau utgår ifrån Max Webers definition av makt, vilken innebär att makt inte behöver utövas för att existera. Att möjligheten finns är tillräckligt för att få sin vilja igenom, även om den bemöts av motstånd (Weber, 1960).

Skau belyser svårigheten att finna en balans mellan professionalitet och medmänsklighet, då båda är viktiga beståndsdelar i ett vårdande yrke. Att måna om och hjälpa andra bör vara själva drivkraften i ens professionalitet. Dock får det inte övergå till obegränsade känslolösa handlingar, då dessa kan vara minst lika förödande som känslolöshet. Tillsynes kan begreppen hjälpa och skada tyckas vara varandras motsatser. Dock kan inte sällan en handling i



hjälpande syfte också tillfoga skada. Denna form av sammanflätning förekommer ofta inom psykiatrin (Skau, 2007).

## 4.2 Paternalism

I boken *Profesjonsstudier* (2008) av Anders Molander och Lars Inge Terum ges en översikt av professionsstudier som forskningsfält. Författarna belyser centrala aspekter av professioner och professionsutövande och diskuterar begreppet paternalism, vilket är intressant utifrån ett maktperspektiv (Molander & Terum, 2008). Det finns inte någon allmän accepterad definition av paternalism men man utgår ifrån John Stuart Mills diskussioner om begreppet, huruvida och i så fall i vilken grad en människas handlingsfrihet rättmätigt kan begränsas med hänvisning till dess eget bästa. Man förklarar hur vårt samhälle i olika situationer begränsar individernas handlingsfrihet genom diverse paternalistiska regler och åtgärder såsom att vi t.ex. måste ha bilbälte. Denna lag finns för att förhindra och skydda individen för allvarliga skador vid en olycka. Det kan också handla om att vi som privatpersoner skyddar varandra genom paternalistiska handlingar såsom att gömma undan alkohol ifrån en missbrukare eller på annat sätt hindra denne att inta alkohol. Detta görs i syfte att hjälpa personen men kan dock upplevas som kränkande utav den som får sin handlingsfrihet begränsad. Samma dilemma uppstår i mötet mellan den professionella och patienten då den professionella å ena sidan har till uppgift att göra det som är bäst för patienten men samtidigt måste respektera patientens egen vilja och dennes rätt att bestämma över sig själv. Även om den professionella besitter kunskap och kompetens som gör att hon befinner sig i ett överläge betyder inte det automatiskt att hon har rätt att bestämma vad som är bäst för patienten (Molander & Terum, 2008).

Begreppet delas också upp i mjuk paternalism och hård paternalism där den mjuka innebär ett ingrepp över en person som av olika skäl saknar eller har nedsatt förmåga att ta egna beslut. Hård paternalism innebär ett ingrepp som inskränker på en persons handlingsfrihet även om hon är förmögen att själv ta beslut i frågan (Molander & Terum, 2008). Här är personens kompetens att fatta egna beslut (på norska *beslutningskompetens*) central då dennes förmåga att göra rationella och adekvata beslut avgör huruvida paternalistiska ingrepp kan anses vara legitima eller inte. Detta innebär att om en person har förmågan att ta beslut, är paternalistiska handlingar i syfte att skydda personen från sig själv inte försvarbart. Är personen istället inte kompetent att fatta egna beslut kan det i vissa situationer anses försvarbart att ingripa och begränsa personens handlingsfrihet med syfte att hindra denne att skada sig själv. Vad krävs då för att en person skall anses vara kompetent nog att fatta avgörande beslut? I boken lyfts fyra viktiga förutsättningar fram: Personen måste (1) ha nödvändig och relevant information, (2) kunna bearbeta informationen, (3) förstå innebörden av informationen och ha insikt i vad det betyder för eventuella handlingsval samt (4) kunna uttrycka sina önskemål på ett adekvat sätt. Det är dock inte helt oproblematiskt då dessa förutsättningar är mycket generella och kan vara svåra att tolka från fall till fall. Sammanfattningsvis kan man ändå säga att hård paternalism utövas då personen utifrån ovan beskrivna förutsättningar anses vara kompetent att fatta ett eget beslut och sjukvårdspersonalen trots detta anser att det val patienten gör inte är det bästa för henne själv. Mjuk paternalism är när personen inte anses ha denna kompetens och personalen därför begränsar hennes handlingsfrihet med hänsyn till patientens eget bästa (Molander & Terum, 2008).

Boken ger också exempel på hur man inom den slutna psykiatriska vården har möjlighet att enligt lag tvångsinlägga patienter mot deras vilja om detta är nödvändigt för att hindra patienten att på grund av sitt psykiska tillstånd (A) få minskad eller helt reducerad möjlighet

till förbättring eller att få sitt tillstånd väsentligt försämrat inom den närmsta tiden eller (B) utgöra en närliggande och allvarlig fara för sitt eget eller andras liv och hälsa. Den sistnämnda faktorn (fara för annans liv eller hälsa) skiljer sig från socialtjänstens tvångsbestämmelser då dessa enbart tar hänsyn till faran som en person utsätter sig själv för. För att kunna vårda patienter som lider av psykoser och psykosliknande tillstånd är lagen om psykiatrisk tvångsvård många gånger nödvändig. Om en person hålls tillbaka på en institution på grund av sitt missbruk oavsett sin egen kompetens att fatta beslut har vi att göra med hård paternalism. Det är faran patienten utsätter sig för genom sitt missbruk som avgör, inte vilket mentalt tillstånd patienten befinner sig i när patienten motsäger sig psykiatrisk vård. Det kan också ses som att patienten är så berusad att denne inte anses vara i stånd att besluta om vård är nödvändigt eller inte. Att personen inte samtycker till vård ses därför inte som ett kvalificerat beslut, utan man förutsätter istället att patienten i ett kompetent tillstånd skulle ha önskat vård. Då talar vi istället om mjuk paternalism och det svåra med det är hur man värderar patientens mentala tillstånd och hur man kan veta vad patienten hade önskat om han var kompetent att fatta ett eget beslut. Mjuk paternalism förekommer inte sällan i arbetet med människor som lider av psykisk ohälsa, och den stora frågan är då hur man som professionell skall handla när en person med nedsatt beslutsförmåga gör val och handlar på ett sätt som är till skada för personen själv. Är det acceptabelt att använda tvång för att skydda personen från sig själv? (Molander & Terum, 2008). Detta är givetvis det stora dilemmat och leder osökt tankarna in på tvångsåtgärder som bältesläggning, vilket används som en förlängning av tvångsvården.

### 4.3 Pastoral makt

Boken Professionsstudier (Molander & Terum, 2008) tar bland annat upp hur Michel Foucault utifrån sitt begrepp pastoral makt har inspirerat till en del professionsforskningsstudier om profession och makt. Dessa studier har ofta haft som utgångspunkt att belysa hur professioner används för statlig styrning av samhället då det utgör ett mellanled mellan staten och användandet av specialiserad kunskap i samhället. Professioner har därmed blivit en del av samhällets maktapparat då de genomgått en institutionalisering av professionell kunskap. Denna kunskap rättar sig efter disciplinering och kontroll av befolkningen samtidigt som själva professionen i sig är under kontroll (Molander & Terum, 2008). Margaretha Järvinen, en av kapitelförfattarna till antologin *Perspektiv på sociala problem* (2002) beskriver också Foucaults begrepp pastoral makt. Hon jämför hur den pastorala makten såg ut i dess begynnelse med hur den ser ut i dagens samhälle (Järvinen, 2002). Foucault menade att kyrkan och dess kyrkoherde tidigare utgjorde den pastorala makten då de hade en betydande makt över allmänheten. Denna makt utövades för att försäkra frälsning efter döden för de som var troende. Kyrkan använde detta för att dels kontrollera befolkningen, dels hjälpa dem att leva som de ansåg vara rätt och som skulle ge dem frälsning. Järvinen beskriver också hur Foucault ansåg att kyrkan i dagens samhälle helt eller delvis förlorat denna maktfunktion och hur den pastorala makten istället lever vidare genom välfärdsstatens olika institutioner. Därmed har också målet med den pastorala makten förändrats och istället för frälsning är målsättningen nu hälsa, välmående, livskvalitet, trygghet och säkerhet. Genom denna förändring har även utövaren av pastoral makt övergått från att vara präster till andra professioner såsom läkare, sjuksköterskor, domare, lärare, poliser och socialarbetare (Järvinen, 2002). Den pastorala makten finns nu i många delar av samhället och blir därmed mycket svår att undvika då både undervisning, vård och uppfostran genomsyras av denna typ av makt. Grunden i pastoral makt är dock densamma då den fortfarande har som funktion att både hjälpa/kontrollera befolkningen och kontrollera/hjälpa individen. Foucault menar att pastoral makten bygger på en mycket närgående analys av individen, där fokus ligger på att undersöka individens problem, svårigheter och tillkortakommanden. Detta sker genom

journalföring, registrering och kategorisering av individer, för att både kontrollera att individen är på något sätt avvikande och därmed i behov av hjälp, stöd, uppfostran eller behandling. Pastoralmakten framstår som något positivt som finns för att hjälpa individen att kunna leva det goda livet. Inte minst blir detta tydligt i samhällets hjälpande och stödjande organ såsom sjukvården, vilket gör det svårt för individen att försvara sig mot pastoralmakten (Järvinen, 2002).

I boken Professionsstudier diskuteras också pastoralmakt inom sjukvården och framförallt sjuksköterskans koppling till denna typ av makt. Det beskrivs hur sjuksköterskan ofta ses som en maktlös hjälpare som saknar autonomi och styrs av lagar och regler och inte minst kravet på ständig effektivisering. Att han/hon dessutom ingår i en hierarkisk ordning där läkaren är den som i slutändan styr arbetet gör att sjuksköterskan framställs som maktlös och därmed inte anses besitta någon makt. Givetvis är sjuksköterskans makt begränsad men utifrån Foucaults begrepp blir det också synligt att sjuksköterskan också utövar makt likväl som att hon själv präglas av den. Eftersom sjuksköterskor utgör en stor profession som arbetar nära individerna hamnar de i en position mitt i mellan statens rationalitet och den faktiska individens kropp och själ som att hon själv präglas av den. Eftersom sjuksköterskor utgör en stor profession som arbetar nära individerna hamnar de i en position mitt i mellan statens rationalitet och den faktiska individens kropp och själ (Molander & Terum, 2008).

#### 4.4 Fält, doxa och symbolisk makt

Utifrån maktperspektivet är det viktigt att diskutera hur personalens syn och förhållningssätt påverkar och styr arbetet. Bourdieus begrepp *fält* och *doxa* diskuteras också i samband med makt i antologin *Perspektiv på sociala problem* och belyser viktiga aspekter som påverkar personalens syn på och förhållningssätt till sitt arbete. Margaretha Järvinen beskriver utifrån Bourdieus begrepp hur ett yrkesområde ses som ett fält och att välfärdstaten består av flera olika fält som helt eller delvis skiljer sig från varandra. Hon beskriver även att varje fält har sina egna gemensamma handlingsmönster och uppfattningar om olika saker och dessa har konstruerats under den tid fältet funnits. Det kan handla om hur fältet ser på sig själv, sin egen funktion, hur man bör arbeta och vilka som är lämpliga samarbetspartners. Dessa handlingsmönster och uppfattningar kallas för fältets doxa och blir med tiden helt självklara för dess medlemmar. Ny personal socialiseras in i detta vilket stärker fältets existens och doxa. Problemet är att deltagarna inte längre kan se att systemet är skapat av fältet själv och att det därmed även kan ändras av dem själva. Fältets doxa upplevs vara så självklart att det inte ifrågasätts (Järvinen, 2002).

Innebörden av begreppen fält och doxa påminner om det Skau (2007) benämner som arbetsgruppens norm. Skau diskuterar hur en arbetsplats norm utgör en viktig grund som underlättar och förbättrar möjligheten för personalen att ge en god vård. Hon tar även upp hur denna norm kan bromsa utvecklingen och förhindra att nya metoder utvecklas. Hon beskriver hur ny personal inte bara lär sig en organisations eller avdelnings regler utan även socialiseras in i arbetsgruppens norm. Det finns en mängd oskrivna regler som kan ta tid att lära sig men som blir en självklarhet med tiden. Denna norm är djupt rotad och ny personal riskerar att stängas ute om de ifrågasätter dessa oskrivna regler. Detta gör att ny personal antingen slutar eller anpassar sig efter normen och därmed blir en del av arbetsgruppen. Skau menar att det är svårt att sedan vara kritisk mot den egna gruppen och att man då istället försvarar gruppens norm när den kritiserar utifrån (Skau, 2007).

Järvinen (2002) beskriver hur Bourdieus fältanalyser grundas på tanken att doxa styrs av konserverande krafter då fältet skapat sin doxa genom historiska tillfälligheter. Bourdieu

ansåg också att ett fält konstrueras som ett maktsystem som främjar godtyckliga föreställningar som senare naturaliseras och blir ett med fältets doxa men utan att man minns dess historiska bakgrund. Med detta menar Bourdieu att fältet formats genom att ha utsatts för olika inre och yttre påfrestningar och händelser men sedan inte minns dessa händelser (Järvinen, 2002).

Skau (2007) beskriver att detta fenomen har en positiv sida då det utgör en viktig grund som gör att personalen handlar i enlighet med varandra, vilket skapar trygghet i gruppen. Det kan dock vara negativt då det utgör en tröghet i systemet som gör att fältet har svårt att förändras och utvecklas då en förändring utgör ett hot mot den trygghet som den tidigare normen inneburit. Skau menar att personalen här besitter makt då det enbart är de som kan förhindra att gruppens norm får negativa konsekvenser för patienterna. Här har ett öppet klimat som möjliggör diskussion och reflektion en avgörande betydelse (Skau, 2007).

Kränkande handlingar är något som ofta diskuteras i samband med begreppet makt. En och samma handling kan av en person uppfattas som mycket kränkande medan den av en annan går obemärkt förbi. Skau menar att människor kan bli föremål för kränkande handlingar men inte besitta förmågan att registrera handlingen som kränkande. Hon beskriver att för att kunna registrera en kränkning måste den kränkta ha någon form av positiv självkänsla (Skau, 2007). Genom att erkänna att kränkningar förekommer så har vi kommit en bit på vägen. Dock tar det lätt stopp där, då de professionella ofta nöjer sig med att bagatellisera och skyller ifrån sig kränkningar och övergrepp som en olycklig men nödvändig del av arbetet. Hon menar att personalen måste ställa sig själv och varandra de svåra frågorna för att undvika att fastna i samma hjulspår. Här är tid för reflektion och diskussion i samband med de dagliga göromålen ett effektivt sätt att förhindra kränkningar. Det mobiliserar även personalen mot kränkingskulturen och de kan föra diskussionen vidare i organisationen för att få till mer övergripande förändringar (Skau, 2007). Även detta kan anses vara en del av ett fälts doxa, då kränkande behandling kan anses vara legitimt för fältet och därmed inte ifrågasätts eller diskuteras.

Järvinen (2002) beskriver hur det kan vara svårt att skilja på hjälp och kontroll och att frivården är ett exempel på hur klienterna kan uppleva kontrollen som ett stöd (Järvinen, 2002). Detta anser jag borde vara överförbart på psykiatrin då det även ingår i dess doxa att hjälpa patienterna genom bland annat kontroll. Genom att kontrollera patienterna med hjälp av olika tvångsåtgärder kan man hindra dem ifrån att skada andra eller sig själva och genom detta tvång behandla dem och därigenom hjälpa dem.

Järvinen beskriver även Bourdieus begrepp *symbolisk makt* eller *symboliskt våld* vilket syftar på mer osynliga eller mildare form av makt. Symbolisk makt uppfattas inte som just makt då den bara kan genomföras med aktiv medverkan från den som blir föremål för den. Detta sker dock inte på ett medvetet plan och behöver inte innebära att den utsatte frivilligt underkastar sig utan att han eller hon upplever att inga andra alternativ finns. Det sker med stöd av vad som anses vara legitimt för fältet, alltså vad som förväntas av de professionella som en del av välfärdsstaten och dess funktion. Symbolisk maktutövning grundas därmed i fältets doxa och denna doxa förstärks varje gång fältet bevisar sin duglighet (Järvinen, 2002). I psykiatris fall handlar det om att fältet bevisar sin funktion då en viss typ av patient skrivs in som stämmer överens med vilka patienter som anses tillhöra avdelningens klienter eller när ny personal socialiseras in i personalgruppens arbetssätt.

Bourdieu menar dock inte att det är individerna inom ett fält som nödvändigtvis vill upprätthålla fältets doxa utan att det ligger i fältets natur att försöka upprätthålla sin struktur för att kunna överleva. Detta resulterar i en tröghet och ett motstånd till förändring vilket säkrar fältet och dess framtid (Järvinen, 2002). Järvinen beskriver även hur människokategorisering, till exempel då det avgörs vilka patienter som anses vara i behov av vård och vart de skall få vård kan anses vara en typ av maktutövning. Likaså om en patient anses vara ”tung” eller ”lätt”, omotiverad eller motiverad. Denna kategorisering grundas inte på forskning och utbildning utan på professionskamper, ideologiska strömningar, ekonomiska förutsättningar och de forskningsresultat som fått mest uppmärksamhet (Järvinen, 2002).

## 4.5 Maktperspektivets styrkor och begränsningar

Utifrån ett maktperspektiv anser jag att man kan få en större förståelse för varför bältesläggning fortfarande används men även för vad som krävs för att metoden inte skall behöva användas. Som Skau beskriver så är makt alltid närvarande i relationen mellan de professionella och i detta fall patienten (Skau, 2007). Jag tänker mig också att maktperspektivet kan synliggöra psykiatripersonalens makt att påverka psykiatrins fortsatta utveckling. Jag kommer i min analys belysa på vilket sätt maktperspektivet är relevant och viktigt att diskutera i samband med bältesläggning men även i vården av patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende.

Givetvis finns det begränsningar med att använda maktperspektivet som teoretisk utgångspunkt. Dels för att makt är ett kluvet begrepp som ofta förknippas med något negativt samt att det kan uppfattas olika beroende på situation. De begrepp som jag valt att använda mig av syftar till hur makten yttrar sig och inte vad makt faktiskt är vilket inte är en självklar och lätt fråga att svara på. Genom att jag presenterar och använder mig av fler olika makt begrepp belyser jag olika perspektiv på makt.

I analysen kommer jag att återkomma till de olika begreppen som jag beskrivit i detta kapitel. På grund av att jag valt att enbart utgå från ett perspektiv kan analysen bli något endimensionell. Jag har dock valt att även visa på när maktperspektivet inte räcker till, som i de fall då personalens upplevelse ger en mer komplex bild av verkligheten som maktperspektivet inte kan fånga.

## 5. Tidigare forskning

Jag kommer i detta kapitel att redogöra för den forskning som jag upplever vara relevant för min studie. Det finns mycket forskning som behandlar ämnet psykiatri men inte så mycket som fokuserar på specifika tvångsåtgärder. Forskning om bältesläggning finns det mycket lite av. Däremot är tvångsmedicinering något som det presenterats en del forskning kring, både ur personalens och ur patienternas perspektiv. Denna forskning kan även vara intressant att koppla till bältesläggning då de båda är tvångsåtgärder. Jag kommer därför inleda med att redogöra för denna forskning. Därefter övergår jag till att presentera en vetenskaplig artikel om patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende, den grupp jag i min studie valt att fokusera på. Jag avslutar sedan med att redogöra för den statistik som socialstyrelsen presenterat kring ämnet.

*Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians* (2000) är en avhandling skriven av Britta Olofsson. Den beskriver sjuksköterskors, mentalskötares, läkares och patienters upplevelser av att använda sig av respektive bli föremål för tvång i

psykiatrisk slutenvård. Syftet är att öka kunskapen och förståelsen för personalens och patienternas upplevelse av situationer där tvång används mot en patient. Studien omfattar sju sjuksköterskor, sju mentalskötare och tio läkare som fritt får berätta om en situation där det förekommit tvång emot en patient. Arton patienter som vårdats under lagen om psykiatrisk tvångsvård tillfrågades i slutet av deras vårdtid om de själva upplevt att de utsatts för någon form av tvång under det aktuella vårdtillfället. Sedan genomfördes även några intervjuer med personal som förekom i några av patienternas berättelse. Personalen fick då berätta om samma händelse och fick då frågan om de trodde att tvång hade kunnat undvikas i just det fallet (Olofsson, 2000).

Studien visade att sjuksköterskorna och mentalskötarna lyfte fram att det var viktigt på vilket sätt tvång genomfördes. De menade att de försökte genomföra tvånget så milt och mänskligt som möjligt. En del lyfte även fram känslor av obehag när de medverkade vid bältesläggning. De upplevde tvånget som negativt samtidigt som de ville vara goda vårdare. Denna motsättning försvårade möjligheten att kritiskt granska sitt eget och sina kollegors agerande och utveckla nya metoder som kunde ersätta tvånget. Sjuksköterskorna och skötarna uttryckte också ett behov av att reflektera tillsammans. Dels för att få en form av avlastning och dels för att finna andra alternativ än tvång. Det framkom även att patienterna upplevde tvånget som kränkande vilket fick dem att känna sig mindre värda som människor. En bra relation mellan patienten och personalen var avgörande för hur de upplevde tvånget. Det framkom även att relationerna personalen emellan också var viktigt för hur tvånget upplevdes utifrån, detta ur både patienternas och personalens perspektiv. Denna studie är relevant för min studie då den bland annat intresserar sig för personalens upplevelse av att utföra tvång (Olofsson, 2000).

*Unga inneliggande patienter med självdestruktivt beteende* är en vetenskaplig artikel som publicerats i Socialmedicinsk tidskrift 2009 och är skriven av Margareta Samuelsson. Här presenteras en studie som genomförts på universitetssjukhuset i Lund i syfte att föreslå åtgärder för patienter med självskadebeteende. Studien omfattar två delar, dels en journalgenomgång av 24 patienter mellan 15-25 år som varit inneliggande på en psykiatrisk vuxen eller barnpsykiatrisk avdelning, dels en intervjuundersökning av 14 av dessa patienter och deras anhöriga. Studien visar att många av dessa patienter haft en svår uppväxt och känt sig övergivna. Att patienterna utsatts för sexuella övergrepp var inte heller ovanligt. Studien visar även att patienterna upplevde att de inte fått någon direkt behandling under denna tid utan att det istället hade varit fråga om en ren förvaring. De som fått dialektisk beteendeterapi (DBT) som en del av behandlingen hade en positiv upplevelse av detta. Denna studie upplevde jag relevant då den ger en bild av hur den patientgrupp jag valt att fokusera på upplever den psykiatriska vården och den behandling de erhåller eller som i detta fall avsaknad av behandling (Samuelsson, 2009).

*Upplevelser av tvångsmedicinering* är en D-uppsats ifrån 1999 skriven av Kristina Haglund. Uppsatsen grundar sig på en intervjustudie med patienter och personal i psykiatrisk vård. Studiens syfte är att dels beskriva hur patienter inom psykiatrin upplever tvångsmedicinering, dels hur personalen tror att patienten upplever det. Syftet är även att jämföra personalens och patienternas upplevelse av själva medicineringstillfället, retroaktivt samtycke och alternativ till tvångsmedicinering. Patienterna uttryckte att vården utsatt dem för onödigt lidande. Personalen uppmärksammade detta lidande hos patienterna förutom de läkemedelsrelaterade obehag som några av patienterna upplevde. Vissa patienter uttryckte att tvångsmedicineringen hade kunnat förhindras om patienten hade fått mer information och mänsklig kontakt. Även denna studie är relevant då den delvis utgår ifrån personalens upplevelse av tvångsåtgärder (Haglund, 1999).

*Tvångsvård med frågetecken* är en debattartikel som publicerats i Läkartidningen 2011 skriven av Emma Björkenstam, statistiker på socialstyrelsen, med flera. Författarna presenterar data som visar att under de senaste 15 åren har vården av unga kvinnor efter självmordsförsök eller allvarlig självskada ungefär fördubblats. Det visar sig också att den dominerande diagnosen bland dessa unga kvinnor är personlighetstörning med symtom som lättväckt ångest, känslomässig instabilitet och självhat. Statistiken visar också på att landets större sjukhus tar emot flertalet patienter med denna problematik. Många av dessa patienter vårdas under tvång då de inte frivilligt önskar vård. Statistiken visar även att unga kvinnor med personlighetsstörning är den dominerande gruppen när det gäller bältläggningar. Författarna uttrycker en stor oro över att denna patientgrupp är så överrepresenterad och konstaterar att det behövs resurser för att hitta alternativ (Björkenstam m.fl., 2011).

I tidningen Dagens Nyheter presenterades 2012 en artikel där läkare Herman Holm, en av författarna till debattartikeln ovan, och medicinalråd på socialstyrelsen Karl Otto Svärd intervjuas. I denna artikel framgår det att Socialstyrelsens statistik har stora mörkertal då den endast redovisar bältläggningar som överstiger fyra timmar. Holm och Svärd menar att det innebär att avdelningarna kan använda sig av bältläggning utan att behöva rapportera detta till Socialstyrelsen så länge denna understiger fyra timmar. De menar även att patientgruppen unga kvinnor med personlighetstörning och självskadebeteende är den grupp som vården bör inrikta sig på för att hitta bättre vårdformer (Dagens Nyheter, 2012).

Jag kommer återkoppla till detta kapitel i min analysdel.

## 6. Metod

I detta kapitel kommer jag först att redogöra för valet av metod. Jag går sedan in på utförandet av metod som jag delat in i urval, intervju samt utförande av analys. Jag har valt att redogöra för eventuell kritik i samband med de olika delarna. Jag avslutar med att föra en diskussion om uppsatsens validitet och reliabilitet.

För insamlandet av min empiri valde jag en kvalitativ forskningsmetod. Detta kändes naturligt, då mitt syfte var att undersöka personalens egen upplevelse av bältläggning. Jag utgår även ifrån ett fenomenologiskt perspektiv, då jag vill förstå intervjupersonernas perspektiv och beskriva hur de upplever sin livsvärld och det är den subjektiva erfarenheten som jag syftar till att analysera. Jag har genom kvalitativa intervjuer möjlighet att fråga mer än det jag på förhand tror mig veta vara intressant (Kvale, 2009).

Jag har valt att kombinera ett induktivt och deduktivt tillvägagångssätt vilket Larsson (2005) benämner som en abduktiv strategi. Det innebär att jag dels har valt att utgå från min empiri för att sedan koppla den till teorin, men även utgått ifrån ett teoretiskt perspektiv för att undersöka verkligheten utifrån detta. Genom detta metodval har jag kunnat uppnå en djupare förståelse då jag både haft en teoretisk och en empirisk utgångspunkt (Larsson, 2005). Jag har således utgått ifrån att maktperspektivet skulle vara närvarande på något sätt men det är först när jag samlat in materialet som jag kunnat se på vilket sätt mitt teoretiska perspektiv är aktuellt.

## 6.1 Urvalet

För att komma i kontakt med potentiella informanter kontaktade jag en avdelningschef på en psykiatrisk intensivvårdsavdelning. Avdelningschefen tillfrågade personalen om det fanns någon som var intresserad av att ställa upp. Vi hade bestämt att intervjuerna skulle ske på arbetstid och att jag skulle anpassa mig efter när personalen ansåg att det var praktiskt genomförbart. Detta kunde givetvis vara svårt för personalen att veta i förväg då deras arbete kan vara mycket oförsägbart. Vi förmodade dock att förmiddagar och nätter skulle vara mest passande men att intervjun skulle avbrytas/pausas om arbetet kallade. Jag önskade att få intervjua omkring sex stycken ur personalen på grund av tidsramen för uppsatsen. Jag önskade också om möjligt informanter ur båda yrkeskategorierna: sjuksköterskor och skötare, då jag ansåg att båda yrkeskategorierna kunde bidra utifrån deras kunskap och erfarenhet. För att jag skulle kunna ta del av deras upplevelse av just bältesläggning var det givetvis ett måste att de varit med vid åtminstone en bältesläggning. Jag fick efter några dagar mejladresser till sex stycken potentiella informanter som var intresserade av att ställa upp. Jag mejlade dem och frågade om det stämde att de ville ställa upp på en intervju angående deras upplevelse av bältesläggning samt vilken dag och tid som skulle passa dem. Jag fick svar av fem stycken, två kvinnliga sjuksköterskor, en manlig sjuksköterska och två manliga skötare. Därefter bokade vi tid för intervju.

## 6.2 Utförande av intervju

Jag valde att göra individuella semistrukturerade intervjuer vilket innebär att jag hade en intervjuguide med en del övergripande frågor med några öppna följdfrågor som jag kunde använda för att få mer beskrivande svar (Bilaga 2). Jag upplevde att det var en stor trygghet att ha en guide att gå efter även om jag inte behövde hålla mig strikt till den. Intervjuguiden utformande jag efter de ämnesområden jag ville undersöka, närmare bestämt personalens allmänna syn på bältesläggning och dess förekomst. Jag fortsatte sedan med frågor om patientgruppen som jag intresserade mig för och avslutade frågor kring vad personalen upplevde som viktigt för att deras arbete skulle kunna utvecklas och bli bättre. Jag försökte utforma intervjuguiden som ett timglas i den mån att jag inledde med mer allmänna frågor för att mjuka upp informanterna inför de mer laddade frågorna för att sedan avrunda och skapa ett perspektiv till det som kommit fram under intervjun. Jag var noga med att låta informanterna uttrycka sina upplevelser gällande huruvida det fanns patientgrupper som bältsades mer än andra och i så fall vilken. Sedan gick jag in på den patientgrupp jag intresserade mig för, detta för att de först skulle få möjlighet att framföra sin bild utan påverkan från min egen utgångspunkt (Dalen, 2008).

På grund av ämnets känslighet var jag noga med att utforma frågorna på ett sätt som inte gjorde att informanterna kände sig kritiserade, detta för att undvika att de hamnade i försvarsställning. Detta tror jag kan ske när personal skall berätta om sitt arbete, kanske i synnerhet inom psykiatrin. Jag upplever också att min förförståelse utgjorde en viss fördel här. Detta då min egen erfarenhet av psykiatrin gör att jag själv har blivit utfrågad om mitt arbete och att de svar jag har givit helt berott på hur frågan ställts. Givetvis är vi alla olika men detta gjorde att jag var uppmärksam på hur mina frågor togs emot (Dalen, 2008).

Innan intervjun började gav jag mina informanter information om syftet med uppsatsen och varför jag ville intervjua just dem. Jag informerade även om hur lång tid intervjun väntades ta och att jag önskade spela in intervjun om de godkände detta. Jag intygade även att materialet skulle behandlas konfidentiellt och att resultatet av intervjun inte skulle presenteras så att



några känsliga uppgifter framkom. Likaså garanterade jag att inspelningen skulle raderas efter att texten skrivits ut och anonymiserats. Jag lämnade kontaktuppgifter till mig och min handledare och förklarade att i de fall informanterna önskade, kunde de få ta del av min färdiga uppsats (Thurén, 2007).

Jag gjorde detta både muntligt och skriftligt i form av ett informationsbrev (Bilaga 1), dock fick några av informanterna del av det skriftliga först efter intervjun på grund av ett tekniskt problem.

På grund av att intervjun genomfördes på arbetstid var det viktigt att personalen kunde avbryta när arbetet kallade, vilket inträffade vid några tillfällen. Intervjun pausades då och fortsatte en stund senare. Detta kan givetvis ha påverkat samtalet, men det är svårt att säga hur och på vilket sätt. Det kanske gjorde att jag gick jag miste om något, som informanterna på grund av avbrottet glömde av. Jag är dock övertygad om att mina möjligheter att intervjua personal på deras fritid hade varit mycket små (Dalen, 2008).

Intervjun utfördes som sagt på personalens arbetsplats, dock i lite olika typer av rum beroende på vart det för tillfället passade. Några av intervjuerna ägde rum i ett rum med fönster ut till avdelningen för att personal skulle kunna ha uppsyn över vad som hände på avdelningen. Att personalen behövde ha uppsikt samtidigt som de blev intervjuade påverkade förmodligen intervjun. Jag märkte att personalen hade en delad uppmärksamhet vilket kan ha påverkat intervjun negativt (Dalen, 2008). Några intervjuer som utfördes på kvällstid fick pausas och återupptas igen på grund av att arbetet kallade eller att vi behövde byta rum. De intervjuer som fick pausas blev något kortare och jag upplevde att personalen pratade något fortare och svarade snabbare än under de intervjuer som genomfördes på natten. Kanske gjorde detta att deras svar blev mindre genomtänkta men samtidigt fick jag kanske mer spontana svar så jag kan se en viss fördel i det också.

Jag spelade in intervjuerna på min I-phone efter muntligt godkännande ifrån informanterna. Jag transkriberade sedan intervjuerna med hjälp av *Express Scribe* och när jag sparade dem och det inspelade materialet på ett säkert ställe raderade jag allt från min mobiltelefon. Jag försökte i min transkribering skriva ut intervjuerna så utförligt som möjligt, till exempel så skrev jag ut om det var längre pauser eller skratt för att fånga dynamiken i intervjun (Thurén, 2007).

### 6.3 Utförandet av analys

Jag började min analys med att lyssna på intervjuerna några gånger när jag samtidigt hade de färdiga transkriberingarna framför mig. Genom att göra detta fick jag en bättre känsla för materialets innehåll och jag kunde direkt markera intressanta och viktiga ämnen utifrån mitt syfte med uppsatsen.

Jag färgkodade sedan mitt material efter intervjuguidens teman som jag tidigare nämnt. Detta för att få en överskådlig bild över vad informanterna svarat gällande de frågor som tillhörde ett visst tema. Jag klippte sedan ihop och skapade nya dokument uppdelat efter de olika tematiseringarna. Nästa steg var att läsa dessa nya dokument utifrån mitt teoretiska perspektiv för att se vad som då lyftes fram i empirin. Jag utgick också ifrån vad tidigare forskning visat och kopplade detta till analysen. Personalen sa mycket intressanta saker och ibland kändes det som att jag kunde valt en mängd olika vägar men jag valde att fokusera på det som tydligt gick att relatera till mitt syfte (Dalen, 2008).

## 6.4 Förförståelse

Något som jag redan innan intervjuerna funderade över, var hur jag skulle göra för att inte hamna i en anpassningskonflikt till det jag valt att utforska. Jag har som sagt själv arbetat inom psykiatrin och besitter härigenom en viss förkunskap i form av både kunskap och förståelse för personalens perspektiv (Aspers, 2007). Det är möjligt att jag inte har varit helt objektiv, då jag ibland utgått ifrån egen erfarenhet när jag ställt en fråga eller tolkat ett svar. Jag kanske inte heller har ställt de där för mig självklara frågorna då min förförståelse har gått in och hindrat mig. Jag har därför inte haft ett helt öppet perspektiv utan upplevt vissa saker som självklara och inte frågat mer. Att jag själv deltagit vid bältesläggningar gör att jag kanske missat de frågor som en helt utomstående skulle ställa då jag helt enkelt trott mig veta hur det ligger till. Detta kan ha påverkat min empiri på så vis att det har begränsat mitt perspektiv. Dock tror jag att min förförståelse också har öppnat upp för ett större djup i intervjuerna och empirin, då jag kunnat tala med informanterna på ett mer jämlikt plan (Aspers, 2007).

Dalen (2008) beskriver att det både finns för- och nackdelar med egen erfarenhet och kunskap kring det ämne som man valt att undersöka. fördelarna kan vara att man har en tillhörighet och en möjlighet att förstå och faktiskt kunna ta till sig vad intervjupersonen beskriver (Dalen, 2008). Jag tror att min förförståelse därmed varit till fördel. Hade jag inte arbetat inom psykiatrin och inte heller varit med vid en bältesläggning hade jag kanske inte alls kunnat sätta mig in i och förstå vad personalen talade om. Jag hade då behövt lägga ner tid och energi på att förstå enkla saker, istället för att ställa följdfrågor som fördjupade intervjun. Nackdelen kan vara att jag känner en anknytning till mina informanter på grund av min egen erfarenhet, vilket gör att jag tror mig veta hur de upplever situationer. Jag kanske också låter min erfarenhet och kunskap påverka min tolkning. Jag har dock försökt vara uppmärksam och kritiskt granska de tolkningar jag gjort för att minska risken att detta sker (Dalen, 2008).

Dalen (2008) beskriver att en forskare kan äga en ”inomförståelse” av det som de undersöker om det själva har en egen erfarenhet av det. Om informanterna känner till denna inomförståelse kan det göra att kommunikationen mellan parterna blir mer avslappnad och öppen (Dalen, 2008). I mitt fall tror jag detta även gjorde att informanterna kände att de inte behövde oroa sig för att det de sa skulle missuppfattas, vilket var viktigt för mig. Eftersom informanterna visste att jag själv varit med vid en bältesläggning så behövde de inte heller oroa sig för att jag skulle få en felaktig bild av hur en bältesläggning går till. Detta gjorde att intervjuerna kom att handla om deras faktiska upplevelse av bältesläggning och patientgruppen istället för att fastna vid själva bältesläggningen som metod och hur den gick till vilket heller inte är tanken med denna uppsats.

Min förförståelse gjorde också att jag kände till personalens arbetsförhållanden och eventuella problem som kan försvåra genomförandet av en intervju på arbetstid. Jag kunde därmed redan ifrån början försäkra dem om att jag skulle anpassa mig efter läget på avdelningen. Jag kände mig också bekväm på en psykiatrisk avdelning vilket gjorde att miljön inte påverkade mig i samma utsträckning som någon som aldrig vistats på en sluten avdelning. Trost (2010) tar upp vikten av att intervjumiljön upplevs trygg för både den som blir intervjuad och den som intervjuar (Trost, 2010).

## 6.5 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Jag anser att validiteten i min uppsats stärks i och med att jag anpassat min metod efter mitt syfte. Eller som Thurén (2007) förklarar det, ”att det man verkligen har undersökt, är det man

ville undersöka och ingenting annat” (Thurén, 2007:26). Detta genom att jag utformat min intervjuguide specifikt för att få svar på mina frågeställningar. Jag har också haft ett kvalitativt fokus genom denna uppsats vilket har varit lämpligt med tanke på mitt syfte. Detta för att just få fram vad mina informanternas upplevelse är om undersökningens ämne och inte generalisera dessa (Thurén, 2007). Mitt urval stärker också validiteten då uppsatsen syftar till att undersöka psykiatripersonals upplevelse vilket jag genom mina intervjuer kan säga att jag gjort (Trost, 2010).

Reliabiliteten innebär i vilken utsträckning jag kan intyga att de mätningar jag gjort är stabila och inte påverkade av olika omständigheter. Därmed är det viktigt att jag i min metoddel beskriver under vilka olika omständigheter min empiri insamlats så att läsaren själv kan få möjlighet att bedöma. Att jag utgick ifrån en intervjuguide vid varje intervju tillfälle stärkte också reliabiliteten och gjorde att det gavs lite utrymme för utsvävningar. Informanterna fick medverka i nästa intill identiska intervjusituationer (Trost, 2010).

Att jag fick tillgång till mina informanter genom avdelningschefen kan givetvis påverka min reliabilitet. Jag hade som jag nämnde tidigare vissa önskemål gällande vilka informanter som jag var intresserad av att intervjua. Om denna chef sedan gjorde ett eget urval utifrån fler aspekter än de jag önskade är jag ovetande om och kan därför inte uttala mig om (Thurén, 2007).

Generaliserbarhet kan vara svårt att diskutera i samband med kvalitativa intervjuer då det inte är det primära målet med en kvalitativ metod. Jag har med min uppsats inte haft målet att generalisera mitt resultat och säga något om vad personal som jag inte intervjuat upplever. Jag har dock valt att jämföra mitt resultat med tidigare forskning för att se likheter och olikheter mellan mitt resultat och det som tidigare forskning presenterat (Kvale, 2009).

## 7. Resultat och analys

Jag har valt att dela in min analys i fem delar. Jag inleder med personalens syn på bältesläggning som en tvångsåtgärd inom psykiatrin. Jag fokuserar sedan på bältesläggning av patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende. Sedan övergår jag till hur personalen upplever arbetet med denna patientgrupp. Nästa del grundas på frågan om denna patientgrupp verkligen skall vårdas på en intensivvårdavdelning. Jag avslutar sedan med vad personalens behov är och vad som behöver förändras och utvecklas för att vården skall förbättras. Jag har valt att i varje del återkoppla till mitt teoretiska perspektiv och tidigare forskning i den löpande texten.

Mina intervjupersoner uppgav alla att antal bältesläggningar som de medverkar vid går lite i perioder. De sa också att det ofta kan handla om en och samma person som bältesläggs flera gånger under en period. De beskrev också att det kunde vara så att man under en period var med om flera stycken bältesläggningar för att i nästa inte behöva vara med om några alls. Detta betydde inte att bältesläggningarna nödvändigtvis var färre utan snarare att man inte arbetade vid just de tillfällena.

På frågan om hur många bältesläggningar de varit med om de senaste året svarade de mellan fem och femton stycken. En person sa dock att hon det senaste halvåret inte varit med om någon och att hon kanske varit med om en under hela året. Hon trodde att detta bara berodde på slumpen och att det brukar vara en relativt konstant siffra på avdelningen. Hon sa också att det var svårt att komma ihåg då man lätt blandar ihop tillfällena och glömmer bort.

## 7.1 Personalens syn på bältesläggning som en tvångsåtgärd inom psykiatri

På frågan om informantens generella syn på bältesläggning fick jag näst intill identiska svar. Att det var en mycket tråkigt del av arbetet men att när ingen annan metod fungerade så var bältesläggning det enda alternativet som kunde hindra patienterna att skada sig själva eller någon annan.

”Min allmänna åsikt är att man vill ju helst inte bälta folk, men om inte vi i personalen lyckas få bort tankarna att skada sig själv t ex. Så då är det de som måste göras, för att kunna avbryta just nu och där liksom men det är inte roligt att bälta någon.”

Personalen beskrev det även så här:

”Innan jag började jobba här så kände man ju liksom oh vad hemskt liksom att sätta de här stackars personerna liksom fast och sådär. Det måste finnas andra möjligheter eller så men nu när man jobbar så inser man liksom att ibland så utan bältesängan så skulle vi vara körda.”

Samma person sa också:

”Så generellt så är tanken att eller generellt, min tanke är att bra verktyg att ha men givetvis vill man ju undvika det så mycket som möjligt. För det är ju aldrig roligt att göra någon tvångsåtgärd eller så.”

Jag tolkar det som att personalen i sitt dagliga arbete står inför ett val. Antingen ingripa och hindra en patient att till exempel skada sig själv genom att använda sin makt i form av tvångsåtgärder, eller också försöka hindra patienten utan att använda sig av sin makt men med risken att patienten då kan skada sig själv. Hur personalen än väljer att göra så skadar det patienten. Väljer de att lägga patienten i bälte utsätter de patienten för ett övergrepp. Motsatsen blir att patient själv skadar sig och det kanske mycket allvarligt. Paradoxen blir att man hjälper men ändå skadar (Skau, 2007). Personalen visar alltså medvetenhet vad gäller paternalismens dilemma. Man inser att man förgriper sig på patientens handlingsfrihet, men man väljer ändå att göra det för att måna om patientens bästa, då man bedömer patienten som oförmögen att själv göra det rätta. Även om personalen är uppmärksam på denna mjuka paternalism så upplever det samtidigt att det inte har något annat val än att ingripa då det igår i deras arbete att skydda patienten (Molander & Terum, 2008).

Även om det är en läkare som beslutar huruvida bältesläggning är behövligt är det sjuksköterskorna och skötarna som utför själva bältestesläggningen. Detta fick mig att undra hur det egentligen är att i sitt arbete behöva utföra sådana tvångsåtgärder. Jag frågade därför personalen hur det var att lägga någon i bälte, vilka känslor som går igenom en innan, under och efter en bältesläggning. Till svar fick jag ofta att man inte kände så mycket men att det inte var en bra känsla. Personalen svarade mer utifrån patientens perspektiv, att det var ett övergrepp och en kränkande handlingen gentemot denne.

”Nej jag tycker att det är väldigt jobbigt, och fast jag har varit med om hundratals bältesläggningar så är det lika jobbigt ännu”.

Personal beskrev det också så här:

”Vad patienten känner kan jag inte säga men själv som sagt. Man tänker inte så mycket på det just då för det är ens jobb men efteråt, så känns det aldrig bra att bälta någon. Det är ju som ett påhopp, ett angrepp liksom och jag har själv blivit testad att bli bältad en gång och fastän att man var med på det hundra procent, så kändes det för jävligt när man låg där”.

Jag upplevde att personalen inte kunde beskriva denna jobbiga känsla mer ingående, kanske är det inte något som de reflekterat över. Några beskrev dock ett väldigt fokus där de gick in i en roll och egentligen inte tänkte så mycket. Man visste vad som var på väg att hända och agerade efter vad som sagts innan eller efter de rutiner som avdelningen har kring bältesläggning. Det går också att beskriva det som att personalen handlar efter den gemensamma norm som personal har skapat genom årens lopp (Skau, 2007). Bordieu skulle ha formulerat det som att man handlar i enlighet med fältets doxa (Järvinen, 2002). Att personalen använder sig av bältesläggning trots att de själva upplever det som jobbigt och själva inte skulle vilja vara föremål för åtgärden kan ses som förståeligt. Detta då vårt samhälle genom den pastorala makten bestämmer och begränsar människors handlingsfrihet. Sjukvårdpersonal är därmed en del av den pastorala makten samtidigt som de kan uppleva att de själva präglas av den. Sjukvårdpersonalen är i en position mitt i mellan statens maktutövande och individen vilket sätter personalen i en inte sällan svår och konfliktfylld situation (Molander & Terum, 2008).

Jag tolkar det som att fokuseringen som personalen beskriver, gör att de eventuella känslor de får blockeras då de är i sin professionella roll. Skau beskriver att det finns ett etiskt dilemma när den professionella rollen är detsamma som att göra förhållandet opersonligt. Jag tror inte detta är något som personalen gör medvetet utan snarare att den professionella rollen är så stark och tydlig. Motsatsen ses som att personalen istället är känslig och inkännande för vad patient känner. Skau beskriver att ”professionalitet och medmänsklighet utesluter på intet sätt varandra. Att bry sig om andra är tvärtom en integrerad beståndsdel och en viktig drivkraft i den goda professionaliteten, den som omfattar både solid teoretisk kunskap och nödvändiga professionsspecifika färdigheter” (Skau, 2007:33). Det jag menar är att personalen vid en bältesläggning tvingas bortse ifrån vad man egentligen känner inför att spanna fast en annan människa. Jag förstår att det inte hade fungerat om personalen hade låtit sina personliga känslor ta överhanden under själva bältesläggningen. Det kan dock vara ett problem att i efterhand inte reflektera över händelsen, då man förlorar en möjlighet till utveckling. Här måste personal få de förutsättningar som krävs för att denna viktiga reflektion och diskussion ska bli av (Skau, 2007). Detta är något som även lyfts fram i avhandlingen *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians* där författaren tar upp att personalen måste kunna förhålla sig kritisk till egna och men även kollegors handlingar och föra en dialog kring dessa (Olofsson, 2000).

Jag frågade också hur personalen upplevde stämningen i arbetsgruppen efter en bältesläggning. Personalen upplevde inte direkt någon speciell stämning i arbetsgruppen förutom att det kanske var lite mer dämpat.

”Det är kanske mer, inte pressad utan mer en tyst lågmäld allvarlig stämning att nu tar vi tag i det och nu får vi det här gjort. Det är en ganska skämtsam jargong på en psykklinik, har jag märkt. Nu har jag ju bara vart på en klinik eller så men det är en ganska spontan och lättsam, men när det är på tal om det [bältesläggning] så blir det en lite mer laddad stämning. Lite att man går in i sig själv, lite som en fotbollsmatch liksom eller så nu skall vi nu kör vi och tar tag i detta. Det är liksom inget flams och trams efter bältesläggning eller så utan det är liksom

nu har vi gjort detta och nu får någon sitta hos den här personen tills de är färdigt och så går vi vidare. Samtidigt måste man gå vidare efter för det är nya patienter som väntar direkt efter”.

Alla i personalen sa att de inte brukade prata så ofta om tankar och känslor som uppstår vid en bältesläggning om inte någon sa att de behövde prata. Personalen nämnde *speglingen*, som innebär att personalen sitter ned tillsammans och pratar om deras upplevelse av dagens arbetspass, olika problem som har dykt upp men även positiva saker. Detta sker vanligtvis i slutet av ett arbetspass. På dagpassen har det avsatts tid för spegling men inte på de övriga passen. På frågan om de brukade spegla svarade personalen att speglingen sällan blev av.

”Är det så att någon behöver prata så absolut att man sätter sig ner och speglar, det gör man men, jag skall inte säga att det sker varje gång. Det kan hända, men annars är det som det är, det är ju lite granna en del av vår vardag också faktiskt”.

Personal kunde också beskriva det så här:

”Nja det brukar bli mer gemensamt eller så, om man känner att nu är det dags för spegling så brukar det ju komma upp ändå men jag är nog inte den första på att propa på att vi behöver prata för jag är ganska bra på att hantera det på egen hand”

Många menade att de var dåliga på att spegla men samtidigt var det ingen av dem som ansåg att de själva behövde speglingen personligen, utan att det var viktigt att det blev av om någon annan önskade. Det är intressant om man tänker sig att varje person som börjar arbete på en arbetsplats socialiseras in i organisationens värden, normer och förhållningssätt. Man skulle då kunna tänka sig att ny personal snabbt lär sig att här ber man inte att få tala om ens upplevelser och tankar kring en bältesläggning utom i den händelse någon annan tar upp det (Skau, 2007). Som ny är man sällan den som känner sig bekväm att utmärka sig och om det då ingår i fältets doxa att inte tala om olika svårigheter utan lägga locket på så socialiseras man snabbt in i det (Järvinen, 2002). Om en person ändå skulle ha styrkan och kunskapen att göra detta finns det en stor risk att man utifrån uppfattas som kritisk mot gruppen (Skau, 2007).

Det fanns de som menade att dessa diskussioner kunde ske över en kopp kaffe i fikarummet vilket Skau benämner som de informella processerna. Här överför veteranerna sina erfarenheter och kunskaper till nykomlingen på gott och ont. Men likaväl som viktiga och nödvändiga överföringar sker, kommer även mindre önskade beteenden föras över. Skau menar då att känsliga ämnen måste ha ett säkert forum att växa i (Skau, 2007).

## 7.2 Bältesläggning och patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende

Jag frågade personalen om det fanns någon patientgrupp som enligt dem bältades oftare än andra grupper. Personalen svarade att oftast handlade om unga tjejer med självskadebeteende, några nämnde även att våldsamma psykospatienter också var en stor grupp även om den minskat den senaste tiden.

”Som det vart nu så är det självskadepatienter för att förhindra att den personen skadar sig själv mer, annars är det ju våldsamma och då är det mer för att skydda personal eller andra.”

Jag frågade samma person vad hon trodde att detta berodde på:

”Nä det är svårt, man har de här svåra anfallen som de har när de skadar sig själv så mycket så det är svårt att bemästra det på något annat sätt. Sen om det är rätt eller fel med bälte det är svårt. Att komma på rätta med det.”

Så här kunde personalen också uttrycka det:

”Det skulle väl vara sådana patienter som har problem med självskade och sånt. Att de skadar sig eller, river upp sår och så pillar i sår men sen lika ofta är det psykospatienter.”

När jag frågade hur många av de bältesläggningar de själva varit med vid som handlade om en ung kvinna med personlighetsstörning och självskadebeteende visade det sig att patientgruppen hade stor majoritet.

”Jaa du, det är ju flertalet, åtta till tio någonstans [utav 12]”

Samma person sa också:

”Sen så periodvis är det ju kanske en och samma patient, som bältas många gånger för samma problem så det kanske gör att denna grupp växer fast det är bara en.”

Personalens svar stämmer med Socialstyrelsens statistik över vilken patientgrupp som oftast utsätts för bältesläggning. Jag vill tillägga att personalen oftast talar om bältesläggningar under fyra timmar och att de ytterst sällan haft kvar patienten i bälte längre än två timmar, speciellt inte den här patientgruppen. Socialstyrelsen säger själva att statistiken är ofullständig på grund av att de bältesläggningar som varar under fyra timmar inte behöver rapporteras in (Björkenstam, 2011). Det skulle vara intressant att veta hur statistiken hade sett ut om alla fall av bältesläggning rapporterades in. Detta oavsett hur lång tid den varar, vilket Socialstyrelsen arbetar för. Det är mycket möjligt att denna patientgrupp utsatt för bältesläggning betydligt oftare än vad statistiken visar.

Jag frågade sedan varför de trodde att denna patientgrupp bältades mer än andra.

”Det beror nog på att många av dem är fruktansvärt impulsiva, jag tror det är en del av sjukdomen.”

Jag frågade samma person om det var så att de inte hade tid att ta till någon annan metod:

”Ja, precis! Och sedan när man väl upptäcker dem så är det oftast så att den här impulsiviteten den går ju ut över oss också och för att inte skada varken sig själv eller någon annan så blir det lätt så.”

När jag frågade personalen om bältesläggning var en fungerande metod för just den här patientgruppen svarade personalen att det fungerade för stunden men att det i längden inte hade någon större effekt. De upplevde också att metoden användes i brist på annat och att det var en bättre och säkrare metod än att försöka hindra dem genom att hålla fast dem för hand.

Så här kunde det uttryckas:

”Ja alltså det är ju det här första, att vi måste skydda dem ifrån att skada sig själva och vi kan inte sitta och hålla patienten i två timmar. Det blir ju varken bra för dem eller oss. Sen bra metod alltså jag skulle ju gärna vilja ha en annan metod. Men det finns väl ingen annan metod eller så.”

Personalen beskrev det som att det hade en snabb effekt men att hur länge den varade kunde variera:

”Fungerar och fungerar, för stunden i alla fall. När de väl legat i någon timme eller så att de lugnar ner sig då, och håller upp med självskadandet. Men sen klart att de kan bli sämre igen. Och man får ju hoppas att det, att det inte blir varje gång, men det brukar inte bli det, det kanske händer, någon gång, och så håller de sig väldigt länge, innan det behöver bli aktuellt igen.”

Personalen uttryckte även att de inte var en fungerande metod i längden för någon:

”För stunden! I det långa loppet så hjälper det ju inte det tror jag inte hjälper någon, men för stunden ja.”

Personalen beskrev ofta hur de redan hade försökt med allt annat:

”Ja så har det ju vart, fast det är ju ingen bra metod men man har ju då försökt med allting annat och erbjuda saker och samtal. Nu har vi tagit till mindfulness som vi brukar göra med speciellt den patientgruppen men du vet i det tillståndet när de är så, då lyssnar de inte på någonting.”

Utifrån diskussion om paternalistiska handlingar tycker jag det är viktigt att här stanna upp och fundera över det faktum att personalen beskriver att det gör denna tvångshandling för patientens bästa samtidigt som de här uttrycker en osäkerhet kring om denna handling verkligen är till hjälp för patienten i det långa loppet. Paternalistiska handlingar kan givetvis vara nödvändigt i vissa situationer då det kan handla om att rädda liv men att när de sätts i system och används i det dagliga arbetet måste en diskussion om dess nödvändighet äga rum. Utifrån Molander och Terums tankar kring mjuk paternalism, alltså när personal bedömer att patienten inte har förmåga att avgöra vad som är bäst för honom eller henne och därmed går in och begränsar patientens handlingsutrymme. Att personal har makten att gå in med tvångsåtgärder som bara eventuellt är till hjälp för patienten och dessutom enbart används i brist på andra metoder, känns inte helt legitimt. Det känns än mer fel om det sedan inte diskuteras och utvärderas inom personalgruppen utan accepteras som en nödvändig men tråkig del utav arbetet (Molander & Terum, 2008).

I detta avseende tycker jag också att det är viktigt att belysa att de här patienterna ofta lider av lättväckt ångest och självhat, vilket gör det något motsägelsefullt att lägga dem i bälte (Björkenstam, 2011). Skau lyfter faran med att utsätta unga personer för olika typer av kränkningar. Detta då de ännu inte utvecklat förmågan att bedöma huruvida något är kränkande eller inte. Det kan påverka individen på ett sätt som hon eller han inte är medveten om och som senare kan yttra sig på många olika sätt. Hon menar att för att kunna bli kränkt måste individen ha någon form av självkänsla och självaktning (Skau, 2007). Jag tänker mig att en patient med personlighetsstörning och självskaumbeteende inte har utvecklat denna förmåga vilket gör att hon kanske inte förstår vilka konsekvenser ett sådant övergrepp kan få



för hennes självkänsla. Som personalens sa, ”det hjälper för stunden”, men vem vet vad det gör med patienten i längden?

### 7.3 Patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende

Jag frågade också personalen om hur det var att arbeta med gruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende. Det visade sig att det är inte bara var i samband med bältesläggning som personalen kände sig maktlösa, utan även inför den dagliga vården av patientgruppen.

På frågan hur det var att arbeta med denna patientgrupp fick jag svar som detta:

”Nej men det är ju den som suger mest kraft och energi ur personalgruppen. Och det är väl den gruppen som man kanske har svårast att förstå och möta. Man känner sig väldigt hjälplös, för det spelar nästan ingen roll vad man gör för man ser ingen bättring. Nej det är svårt, det är jättesvårt.”

Jag frågade samma person om det blev lättare med tiden:

”Nej jag börjar ju tvivla, (skratt) nej men man förstår, man klarar väl av jobbet bättre ju längre man jobbar men psykiskt, så suger det lika mycket kraft, som det gjorde för ett år sen. Ja det är en svår grupp.”

Maktlösheten kunde också beskriva så här:

”Jättesvårt. Det känns inte som att man kommer någonstans, vi har inte rätt verktyg för att jobba med dem, det är en ganska ny patientgrupp. Fast jag har jobbat så otroligt länge så har jag inte träffat på dem förrän jag började här och jag känner mig fortfarande väldigt, väldigt maktlös. Det är mycket svårt och många av dem, det känns som att de vill inte bli bra.”

Jag frågade samma person om det var en grupp som ökade, hon svarade då:

”Det är en grupp som ökar, helt klart! Den ökar lavinartat!”

Personalen beskrev även:

”Det är svårt! De delar in personalen i svarta och vita, manipulerar, ’ja men jag fick ju det, ja men det sa ju hon när hon gick hem men nu får jag inte det utav dig varför får jag inte det?’ Ställer ut oss emot varandra, de är så krävande. Det är väl det, förutseende på något vis ja det är svårt, det suger kraft. Det tar jättemycket energi det är den svåraste gruppen tycker jag, jättesvårt! Manipulativa som bara den. Plus att vi har gått på lite utbildningar men det är liksom inte mycket så vi vet ju inte hur vi skall förhålla oss till dem. Det är jättesvårt det känns så tröstlöst, vad skall vi göra hur kan vi hjälpa dem?”

Jag frågade också hur det vara att arbeta med patienter som skadar sig själva, och hur de påverkar en:

”Jo det gör de ju eller så jag kanske inte, man är ju väldigt på tå liksom. Att ska hon göra något idag, eller kommer jag klara mig undan den här gången? Sen påverkas jag inte

jättemycket av det och det jag kan tycka är ganska bra eller så. Nu när hon väl gör något så vet jag, man går dit och det finns en handläggning eller så. Men det finns ju de som tar väldigt illa upp de liksom har ångest över att, skadar de sig idag? Det blir en sådan där stressfaktor på jobbet. Många av de här självskadepatienterna för över sin ångest på en själv också liksom för att vi inte kan göra någonting och då blir vi ångestfyllda för det.”

Samma person sa också när jag frågade om det var en svår grupp:

”Ja det tycker jag, när de är i ett tidigt skede så går det ju liksom att prata ur ångesten. När de kommer så långt in i det att det inte hjälper att prata om det, utan man kan sitta och prata i två timmar men så fort man har gått liksom, så har de fått tag på något rakblad och smuglat in någonstans så det är svårt på det sättet.”

Personalen uttryckte även en frustration:

”Det blir nästan moment 22 för de säger ju att de inte vill leva men å andra sidan, faktiskt om de bara hade velat så hade det funnits hur många chanser som helst. Utan det är ju ett rop på hjälp men samtidigt så har de ju svårt att ta emot hjälp. Så ja det är nog det som är en sådan frustration, vad skall vi göra för att hjälpa dig? Men de vill ju inte ha hjälp känns det som ibland, och då vet man inte vad man skall göra. Det är ju lättare om det är någon som kommer hit och söker och vill ha hjälp och vill ta medicin och vill ha lugn och ro och vill ha mat och få ett rum och få sova liksom.”

När jag hörde personalen berätta om hur de upplevde arbetet med denna patientgrupp gick det inte att ta miste på personalens känsla av maktlöshet och förtvivlan. Personalen upplever att den här patientgruppen tar mycket energi och kraft ur både dem själva och ur hela personalgruppen. De upplever att de inte har några bra metoder som fungerar på de patienter som är så djupt inne i sin sjukdom. Denna maktlöshet tror jag inte bottenar i något försök att ursäkta och skylla ifrån sig, något som Skau beskriver (Skau, 2007). Istället handlar det om ett desperat rop på hjälp. Personalen upplever att de inte kan hjälpa dessa patienter på ett etiskt försvarbart sätt.

## 7.4 Om en psykiatrisk intensivvårdsavdelning är rätt avdelning för den här patientgruppen

Med tanke på personalens upplevelse av att inte kunna hjälpa denna patientgrupp på ett bra sätt kom givetvis frågan om en psykiatrisk intensivvårdsavdelning verkligen var rätt plats att vårda dessa patienter på? En del svarade att PIVA, som denna avdelning kallas för, inte hade kunskapen och resurserna som behövdes för att kunna hjälpa dessa patienter. Speciellt var det kunskaper om metoder som kognitiv beteendeterapi (KBT) och dialektisk beteendeterapi (DBT) som upplevdes saknas. Detta är nämligen något som patienterna ofta använder sig av i öppenvården. I den vetenskapliga artikeln *Unga inneliggande patienter med självdestruktivt beteende* framgick det att just DBT var något som denna patientgrupp själva upplevde ha en positiv inverkan på deras behandling (Samuelsson, 2009).

Jag frågade om PIVA var rätt plats att vårda dessa patienter och så här kunde personalen svara:

”När vi inte kan erbjuda DBT och KBT på ett professionellt sätt så tycker jag inte att de skall vara här. För vi skyddar ju dem bara ifrån att skada sig själva, och om de vill skada sig själva

så lyckas de ändå eller så då hittar de något sätt. De är ju kreativa de här personlighetsstörda flickorna.”

Och:

”Vi pratade faktiskt om det häromsistens då de flesta av dessa patienter fixar det ju inte. De borde få åka vidare någonstans, en speciell avdelning där det jobbade folk som dels kunde patienterna eller patientgruppen. Och som var duktiga på det här med KBT och DBT och allt vad de nu behöver och som verkligen var intresserade. Som kunde lägga ner sin själ och som bara kanske hade tre till fyra patienter. Det skulle jag nog mera önska för jag känner att jag, de tar så mycket utav en så att de andra patienterna kommer i kläm.”

Några upplevde att patienter med denna diagnos ofta återkom gång efter gång i perioder eller att de blev kvar under många veckor och till och med månader. De upplevde inte att PIVA var en lämplig miljö att vistas i under längre perioder vilket dessa patienter ofta gör. Personalen sa att ”PIVA är en intensivvårdsavdelning, det är inte meningen att patienter skall vårdas här längre än två och ett halvt dygn”. En uttryckte att ”det blir i mångt och mycket en förvaringssituation”, något som även patienterna beskrev och som det talas om i den vetenskapiga artikeln *Unga inneliggande patienter med självdestruktivt beteende* (Samuelsson, 2009).

## 7.5 Personalens behov inför framtiden för att förbättra vården

Jag tycker det är viktigt att tänka sig in i personalens situation, att arbeta med så tunga saker som unga patienter som skadar sig själva och ofta mycket grovt. Att sedan inte ha metoder och en bra miljö för dessa patienter måste vara oerhört påfrestande i längden. Jag ville därför höra med personalen vad de upplevde saknades för att kunna förbättra vården för den här patientgruppen.

Detta är lite av vad de nämnde:

”Det saknas behandlingsstrategier. Det finns ingen behandlingsrutin på kliniken mig veterligt för just gruppen, som det finns för andra symtomgrupper eller diagnosgrupper. Så det blir i mångt och mycket en förvaringssituation. Och det gagnar väl inte den patientgruppen, de behöver ju ha lite mer stimulans.”

”Utbildning på de här patienterna för det saknar vi också och framförallt mer personal. Det tror jag skulle hjälpa, där det var någon som kunde ägna största delen åt dem.”

”Nej men det är just mer samtalskontakt ifrån professionella så som psykolog och KBT och DBT, eller att vi får mer utbildning inom det.”

En personal som valt att läsa till psykiatrisjuksköterska upplevde inte att hon hade fått mer kunskap, inte som hon kunnat använda i sitt arbete i alla fall.

Hon berättade så här om den utbildningen:

”Någonstans inbillade jag mig att jag skulle få betydligt mera kunskap.”

Jag frågade då om de stämde:

”Nej (skratt). Hade jag velat bli författare så var den här kursen utmärkt då allting gick ut på att skriva.”

Det är tydligt vad personalen önskar, mer utbildning gällande patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende. Nya och bättre metoder för att hjälpa dessa patienter i ett akut skede. Nästan alla talade om KBT och DBT vilket de i omgångar har fått lite utbildning i. Personalen nämnde även att mer personal behövs, så att de dels kan tillgodose patientgruppens behov, dels slippa försumma andra patientgrupper. Detta var även något som framkom i *Upplevelser av tvångsmedicinering* där patienterna uttryckte att tvångsmedicineringen hade kunnat förhindras om personal hade haft mer tid att tala med patienterna (Haglund, 1999). Även tydliga behandlingsstrategier som det finns för andra patientgrupper önskades.

Alla dessa mycket viktiga beståndsdelar tror jag hade kunnat förbättra vården för patienterna. Jag kan dock önska att personalen även fick mer tid för reflektion och diskussion. Skau tar upp vikten av att få tid att reflektera över sitt arbete och inte minst sin professionella roll och den makt som den innebär. Dessvärre så ser inte verkligheten ut så, utan personalen arbetar oftast under stressiga förhållanden där reflektion och diskussion anses som slöseri med arbetstid. Detta är inget nytt för personalen och inte sällan används det som en ursäkt för att vården inte utvecklas och blir bättre för patienterna (Skau, 2007).

Att det inte finns avsatt tid för spegling på natt och kvällspass finner jag både förståeligt men samtidigt inte helt logiskt. Alla i personalen upplevde att det sker mer bältesläggningar på kvällstid och att personal ofta gick hem när arbetspasset var slut utan att ha reflekterat tillsammans om händelsen. Många ansåg att de inte kände något behov av att prata av sig utan att de kunde hantera detta själva. Många lade även fram det som att om man inte klarar det så kommer man inte att orka i längden. Om poängen med spegling är att få prata av sig och tillsammans komma fram till vad som gick bra och mindre bra förstår jag att de upplever det som mindre intressant att i längden diskutera detta ämne. Jag tror dock att speglingen också bör vara ett forum för etiska diskussioner. Skau beskriver det också som att ”viktiga källor till professionell kvalitetssäkring därmed rinner ut i sanden” (Skau, 2007:19).

## 8. Reflektion och slutord

Genom denna undersökning anser jag att mitt syfte och mina frågeställningar har besvarats. Detta då jag har visat på personalens egen upplevelse av bältesläggning i allmänhet, men även deras upplevelse av att bälteslägga unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende. Jag anser även att jag kunnat förmedla en bild av vilka svårigheter personalen upplever med denna patientgrupp men även vad personalen anser hade kunnat förbättra vården för denna patientgrupp.

Denna uppsats har givit mig en mer fördjupad kunskap om ämnet bältesläggning men även patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende. Detta har i sin tur givit mig mer förståelse för ämnets komplexitet och kanske framförallt för varför bältesläggning fortfarande förekommer i så stor utsträckning. Här har bristen på andra metoder en stor betydelse som grundar sig på både bristande kunskap, för lite resurser och dubbel maktlöshet som både personal och patienter upplever.

Jag anser också att jag med hjälp av maktperspektivet fått fördjupad kunskap i hur personalen hanterar sin professionella makt och att personal kan uppleva att de samtidigt som de

använder sin makt även upplever att de gör det på grund av maktlöshet. Jag tänker mig att detta ändå visar på att personal sitter fast och behöver mer resurser och utbildning för att få en chans att utveckla nya eller förbättra de metoder de har idag. Annars är risken att den pastorala makt man besitter missbrukas istället för att främja sitt egentliga syfte, vilket är att hjälpa individen till ett gott liv (Järvinen, 2002).

Något som blev uppenbart för mig redan på intervjustadiet var hur eniga personalen var och hur lika svar jag fick gällande både bältläggning och patientgruppen. Precis som jag nämnde i analysen kan detta bero på att personalen genom socialisationsprocessen tagit del av och blivit en del av den gemensamma normen/doxa. Ibland fick jag näst intill identiska svar som om de upprepade inövade mantran. Skau nämner dock att detta kan vara något positivt vilket jag kan relatera till då jag själv kommer ihåg hur viktigt det var att arbetsgruppen var stabil och trygg när det blev påfrestande situationer på avdelningen. Dock får det inte leda till att gruppen inte vågar vara kritisk till sina egna metoder och inte vågar diskutera ämnen som bältläggning utan att gå i försvarsställning (Skau, 2007). Här anser jag att speglingen har en viktig roll och att det är både personalens eget ansvar men också upp till psykiatriens organisation att möjliggöra tid för denna reflektion.

Att personalen upplever maktlöshet inför patientgruppen kan också ses som en följd av ingen eller bristfällig möjlighet till reflekterande och stödjande samtal. Att inte ha möjlighet att diskutera svåra situationer eller problem kan göra att de upplevs som än mer svåra och komplicerade än vad det faktiskt är. Att få tid att grundligt gå igenom och utvärdera saker och ting kan öppna upp för nya perspektiv och sätt att lösa situationer på. Om det blev en del av fältets doxa så skulle de innebära att ny personal socialiserades in det vilket kanske skulle öka förutsättningarna för att nya och bättre metoder skulle kunna utvecklas.

Uppsatsen har även öppnat upp för funderingar kring varför bältläggning fortfarande används i så stor utsträckning. Vad krävs för att nya behandlingsmetoder skall kunna utvecklas? Forskningen visar att unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende är en patientgrupp som ökar och den psykiatriska vården måste kunna möta upp denna grupp. Risken är annars att dessa patienter fortsätter att utsättas för kränkande och obehagliga metoder som bältläggning. Både personal och patienter upplever ändå att denna metod inte är till hjälp i det långa loppet.

Personalen uttryckte behov av mer kunskap om patientgruppen och sa att de saknade behandlingsmetoder för att hjälpa dessa patienter. Här har vi ett viktigt och eftersatt forskningsområde. För att kunna hjälpa dessa patienter behövs dels forskning kring vad denna typ av psykiska ohälsa beror på, dels kring varför den ökar. Är det dagens samhälle som skapar denna ökning eller finns det andra faktorer som påverkar? Det behövs också forskning kring hur samhället kan hjälpa dessa patienter, inte bara behandlingsmetoder utan även vården skall erbjudas. Givetvis behövs det forskning kring vad patienterna själva önskar utav vården, likaså kring vad deras anhöriga ser för brister och utvecklingsmöjligheter inom vården.

Jag valde att fokusera på unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende men det behövs även forskning kring behandlingsmetoder för unga män som skadar sig själva. Forskning visar att självskadebeteende även ökar bland unga män och det saknas likaså behandlingsmetoder för dem. Det finns även forskning som visar att detta är en dold grupp som tyvärr inte uppmärksammas på samma sätt som kvinnorna. Forskning vittnar om att mäns självskadebeteende inte finns med i statistiken då deras självskadehandlingar anses bero på

andra faktorer och ofta kopplas ihop med aggressivitet och missbruk. Kvinnornas självska­deproblematik kopplas istället till deras personlighetsstörning och dåliga självkänsla. Även om det i mina intervjuer framkom att det näst intill alltid handlade om unga kvinnor så var det några som nämnde att de även stött på eller hört om män som skadar sig själva. De som nämnde detta var dock även tydliga med att det var ytterst sällan och att självska­debeteendet inte riktigt yttrade sig på samma sätt som hos kvinnorna. Jag tror att mer forskning kring genus och självska­deproblematik kan öka förståelsen för varför självska­debeteende anses vara ett tjejproblem och varför mäns skadehandlingar anses vara av annan karaktär. Kan det vara så att det är samhällets stereotypa synsätt på män och kvinnor som skapar denna ojämna fördelning? Om inte, varför är självska­debeteende mer vanligt bland kvinnor? Är det mer accepterat för en tjej att skada sig själv och är det därför de faktiskt gör det?

Jag anser att det är viktigt att personalen som dagligen arbetar med denna patientgrupp får möjlighet och tid att reflektera och diskutera kring deras upplevelse av vården av denna patientgrupp. Personalens åsikter och öns­kningar inför framtiden måste tas på allvar så att de får den kunskap och de resurser som de behöver för att kunna erbjuda denna patientgrupp den psykiatriska vård de så desperat behöver. Jag tycker det är skrämmande att personal hamnar i en situation där de upplever att inga andra metoder än bältesläggning fungerar. Psykiatrin har utvecklats mycket under slutet av 1900-talet men att en så uråldrig metod som bältesläggning fortfarande används i så hög utsträckning gör att psykiatrin upplevs leva kvar i det förgångna.

## 9.Referenser

Aspers, Patrik (2007): *Etnografiska metoder*. Stockholm: Liber

Björkenstam, Emma (2011) Tvångsvård med frågetecken. Elektronisk. *Socialstyrelsens hemsida* <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/debattartiklar/tvangsvard-med-fragetecken> (2012-10-09).

Carlsson, Annika (2012) Patienter spändes fast tusentals gånger på ett år. *Dagens Nyheter* <http://www.dn.se/nyheter/sverige/patienter-spandes-fast-tusentals-ganger-pa-ett-ar> (2012-10-09)

Dalen, Monica (2008): *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups utbildning.

Haglund, Kristina (1999): *Upplevelser av tvångsmedicinering*. Examensarbete Uppsala universitet.

*Hälso- och sjukvårdslag*. SFS 1982:763

Järvinen, Margaretha (2002): "Hjälparens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system". I Anna Meeuwisse & Hans Swärd(red): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.

Kvale, Steinar (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: studentlitteratur

*Lag om Psykiatrisk Tvångsvård*. SFS 1991:1128

Larsson, S. (2005). "Kvalitativ metod" I Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (red): *Forskningsmetoder i socialt arbete* Lund: Studentlitteratur.

Molander, Anders & Terum, Lars Inge (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Näslund, Görel Kristina (1998): *Borderline personlighetsstörning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Olofsson, Britta (2000): *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Avhandling: Umeå universitet.

Olofsson, Britta (2008): "Att vårda med tvång" I Sjögren, R. (Red): *Rättpsykiatriskt vårdande – vårdande av lagöverträdare med psykisk ohälsa*. Malmö: Studentlitteratur.

Samuelsson, Margareta (2009): Unga ineliggande patienter med självdestruktivt beteende. *Socialmedicinsk tidskrift* 4/2009 ,sida 313-323.

Skau, Greta Marie(2007): *Mellan makt och hjälp*. Malmö: Liber.

Thurén, Torsten(2007): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber.

Trost, Jan(2010): *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Tännsjö, Torbjörn(2002): *Tvångsvård*. Falun: Falun AB.

Weber, Max(1960): *Soziologische grundbegriffe*. Tübingen.

Skårderud, Finn, Haugsgjerd, Svein, Stänicke, Erik(2010): *Psykiatrin själ - kropp - samhälle*. Stockholm: Liber.



# 10. Bilagor

## 10.1 Bilaga 1

### Informationsbrev

Jag heter Lovisa Bimstrand är studerar på socionomprogrammet vid Göteborgs universitet. Just nu skriver jag min C-uppsats med syftet att undersöka hur personal på en psykiatrisk intensivvårdavdelning upplever och förhåller sig till bältesläggning av patientgruppen: Unga kvinnor med personlighetsstörning och självska debeteende.

Jag vill därför intervjua dig för att ta del av din upplevelse, kunskap och erfarenhet kring detta ämne.

Intervjun kommer ta cirka 60 minuter och jag kommer om du godkänner spela in intervjun för att sedan kunna skriva ut materialet ordagrant. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och resultatet av intervjun kommer inte presenteras så att några känsliga uppgifter framkommer. Inspelningen raderas efter att texten skrivits ut och anonymiserats. Min handledare professor Karin Barron kommer att läsa mitt material under bearbetningen. Min färdiga uppsats kommer vara tillgänglig på Göteborgs universitet vilket gör det till ett offentligt material. Du kommer givetvis få ta del av den färdiga uppsatsen.

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta intervjun och du behöver bara svara på de frågor som du känner dig bekväm med.

Du kan komma i kontakt med mig via min mail [Lovisa.Bimstrand@regionhalland.se](mailto:Lovisa.Bimstrand@regionhalland.se)

Du kan även nå min handledare på [karin.barron@socwork.gu.se](mailto:karin.barron@socwork.gu.se)

Tack för att jag får intervjua dig!

## 10.2 Bilaga 2

### Intervjuguide

Ge först muntlig information till informanten.

Namn, ålder, vart du arbetar eller annan information som kan avslöja din identitet kommer inte användas i uppsatsen. Jag är intresserad av hur du som personal förhåller dig till bältesläggning och vad din erfarenhet är av denna tvångsåtgärd. Mer kommer.

Hur gammal är du?

Är du utbildad sjuksköterska eller mentalskötare?

- Vidareutbildning?

Hur länge har du arbetat här på Piva?

- Trivs du?
- Hur kom de sig att du började arbeta här?
- Har du arbetat inom psykiatri innan du börja på Piva?

Brukar du arbeta mycket nattpass? (om intervjun sker på natten)

- Trivs du med det?
- Vad är för/nackdelar?

Vad skulle du säga är det svåraste med att arbeta inom psykiatri?

Vad är det roligaste?

---

Hur förhåller du dig till bältesläggning av patienter inom psykiatri?

Vad tycker du om metoden?

Hur är det att bälta någon?

Vad händer inom en?

Hur påverkar de ens arbetsdag?

Påverkar de din dag i övrigt, när du kommer hem? Hur i så fall?

Hur påverkar bältesläggning arbetsgruppen?

På vilket sätt?

Pratar ni om era upplevelser efter bältesläggningen?

Kan upplevelserna skilja sig i gruppen och på vilket sätt i så fall?

Hur många bältesläggningar har du vart med om?

- Hur många skulle du säga att du vart med om det senaste året? Månaden?
- Hur ofta skulle du säga att det sker bältesläggningar här på avdelningen? I veckan?

Skulle du säga att finns patientgrupper som bältas mer en andra?

I så fall vilka?

Vad tror du att det beror på?

( om informanten inte tar upp patientgruppen jag vill undersöka)

Socialstyrelsen har för inte så länge genomfört studier som visat att unga kvinnor med personlighetsstörning med självskadebeteende är den patientgrupp som bältas mest. Är det något som du upplever också?

Om du upplever det så, varför tror du att det ser ut så för?

- Oavsätt är bältesläggning en bra metod för att hjälpa dessa patienter? Finns det eller finns det inte andra alternativ?
- Av de bältesläggningar du vart med om, på ett ungefär hur många av de patienterna skulle säga tillhör denna patientgrupp?

Upplever du att bältesläggning av denna patientgrupp skiljer sig ifrån andra?

- På vilket sätt?
- Är det någon skillnad för dig som personal att bälta någon som är mer farlig för sig själv än för andra?
- Är det någon skillnad på stämningen i arbetsgruppen efter att en patient ur denna patientgrupp har blivit bältad?

Skulle du säga att bältesläggning påverkar vårdrelationen mellan dig och patienten?

- Hur?
- Gäller det även patientgruppen vi talade om? Finns det någon skillnad.

Hur är det att arbeta med patientgruppen unga kvinnor med personlighetsstörning och självskadebeteende?

- Upplever du att det finns det svårigheter med denna patientgrupp? Vilka?

---

Vad tror du personer som inte arbetar inom psykiatri tänker om bältesläggning?

- Varför du tror du det?

Vad tycker du skulle behöva förbättras inom psykiatri?

Vilka utmaningar står personalen inför?

Är det något mer du skulle vilja tillägga innan vi avslutar?