



”Om en aktivitet uppfattas som att man dödar tid så kan man göra det på sitt eget sätt.”

En kvalitativ studie om personalens upplevelse av vården inom rättspsykiatri

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Kandidatnivå

Termin: VT20

Författare: Sebastian Karakas

Handledare: Manuela Sjöström

Antal ord: 17889

Abstract

Syftet med denna uppsats var att undersöka personalens syn på vården inom rättspsykiatri, med avgränsning till kuratorers och mentalskötares uppfattningar. Empirin byggde på kvalitativ data insamlad från 2 olika sjukhus från 6 personer varav två var kuratorer och 4 mentalskötare. Jag använde mig av en induktiv ansats och tematisk analys. Den teoretiska ramen utgjordes av sociologiska perspektiv och begrepp så som systemteori, empowerment samt Foucaults pastoralmakt.

Resultatet gav en inblick i personalens syn på vården där tre perspektiv framträdde: ett hjälpsamt perspektiv, ett systemperspektiv samt ett maktperspektiv. Överlag uttryckte personalen att de var nöjda med den vård institutionerna gav men framlade också kritik och påtalade specifika brister. Bristerna kunde förstås utifrån maktperspektiv då den hjälp som gavs delvis byggde på tvång samt utgick från expertkunskaper som i sin tur baserades på samhälleliga normer. Rättspsykiatri som institution inklusive personal och patienter kunde också förstås som ett slutet system där alla delar påverkade varandra.

Nyckelord: Rättspsykiatri, tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), rättspsykiatrisk utredning (RPU), psykiskt störda lagöverträdare (PSL).

Förkortningar

LRV - Lagen om rättspsykiatrisk vård
LPT - Lagen om psykiatrisk tvångsvård
APS - Allvarlig psykisk störning
HSL - Hälso- och sjukvårdslagen
RPU - Rättspsykiatrisk utredning
RMV - Rättsmedicinalverket
PDT - Psykodynamisk terapi
KBT - Kognitiv beteendeterapi
DBT - Dialektisk beteendeterapi
PSL - Psykiskt störda lagöverträdare
SUP - Särskild utskrivningsprövning

Innehållsförteckning

Kap 1

1.	Inledning och problemformulering	4
1.2	Problemformulering	4
1.3	Syfte och frågeställning	5
1.4	Relevans för socialt arbete	5
1.5	Uppsatsens fortsatta disposition	5
1.6	Studiens alias	6

Kap 2

2.1	Bakgrund	6
2.2	Rättslig bakgrund	7
2.2.1	<i>Fakta om rättspsykiatrisk vård</i>	7
2.2.2	<i>Lagen om rättspsykiatrisk vård</i>	7
2.2.3	<i>Allvarlig psykisk störning</i>	7
2.2.4	<i>Rättspsykiatrisk utredning</i>	8
2.2.5	<i>Hälso- och sjukvårdslagen</i>	8
2.2.6	<i>Vård över tid</i>	8
2.2.7	<i>Rättspsykiatrins syfte</i>	9
2.2.8	<i>Utskrivning</i>	9
2.2.9	<i>Vårdens upphörande</i>	10
2.3	Förförståelse	10
2.4	Forskningsfrågan	11

Kap 3.

3.1	Kunskapsläget och tidigare forskning	11
3.2	Artiklar	12
3.2.1	<i>Att vårdas eller fostras</i>	12
3.2.2	<i>Det har betydelse hur du säger det</i>	13
3.2.3	<i>Rättspsykiatrisk vård som påföljd</i>	13
3.2.4	<i>Att arbeta vid en total institution</i>	13
3.2.5	<i>Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård</i>	14
3.2.6	<i>Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis</i>	14

Kap 4.

4.1	Teoretiskt ramverk och begrepp	15
4.1.1	<i>Systemteori</i>	15
4.1.2	<i>Pastoral makt</i>	16

4.1.3	<i>Empowerment</i>	17
Kap 5		
5.1	Metod och metodologiska övervägande	18
5.2	Studiens avgränsningar	19
5.3	Studiens urval	19
5.4	Kvalitativ metod	20
5.5	Insamling av empirin och utformning av intervjuguiden	21
5.6	Genomförande av intervjuerna	22
5.7	Analysmetod	22
5.8	Etiska överväganden	23
5.9	Validitet och reliabilitet	25
Kap 6		
6.1	Resultat och analys	26
6.2	Sammanfattning av resultaten av tematiseringen	27
6.2.1	<i>Vårdinnehåll - Utredning och bedömning</i>	27
6.2.2	<i>Vårdinnehåll - Behandling</i>	29
6.2.3	<i>Vårdinnehåll - Aktiviteter</i>	30
6.2.4	<i>Makt - Frihet, tvång och kontroll</i>	32
6.2.5	<i>Makt - Motstånd</i>	35
6.2.6	<i>Makt - Motivation</i>	36
6.2.7	<i>Omgivningsfaktorer - Patient kontra personal</i>	37
6.2.8	<i>Omgivningsfaktorer - Värderingar</i>	39
6.2.9	<i>Omgivningsfaktorer - Miljö</i>	41
Kap 7		
7.1	Avslutande diskussion	43
7.2	Slutsatserna utifrån intervjuerna	43
	Referenslista	45
	Bilaga 1	
	Bilaga 2	

Kapitel 1

1.1 Inledning

Studien kommer att handla om vården inom rättspsykiatri. Bakgrunden är att det saknas kunskap och forskning kring hur vården ser ut och hur den bäst utformas inom rättspsykiatri vars ramar präglas av tvång. Jag anser det finnas ett allmänintresse i att ge en motbild till den slentrianmässiga rapportering som framställs i media där tex psykiatrisk vård och rättspsykiatrisk vård ofta sammanblandas (Lerdell, 2012). När jag sökt i tidningar för att se vad som skrivs om rättspsykiatri framkommer också en ensidig bild präglad av sensationsjournalistik som beskriver våldtäktsmän, mördare, domar och patienter på rymmen. Däremot hittar jag inga artiklar som handlar om vården eller vårdinnehållet inom rättspsykiatri. Därför ser jag det som viktigt att ta reda på och skriva om vårdinnehållet för att nyansera bilden av rättspsykiatri.

1.2 Problemformulering

Bristen på forskning samt bristen på riktlinjer gör att den rättspsykiatriska vården riskerar att vara godtycklig. Det är bekymmersamt eftersom den rättspsykiatriska patienten inte har möjlighet att välja vårdinrättning eller vårdinriktning. Dessutom motiveras man till aktiviteter som det saknas evidens för och detta är särskilt allvarligt då man vårdas under tvång och inte kan välja själv. För att vård ska vara framgångsrik krävs att vården utformas så att den passar individen utifrån individens behov och resurser men idag ser det snarare ut så att utbudet av vård är beroende av vilken inriktning som råka råda på aktuell institution.

Undersökningens problem är att vården inte är optimal för patienterna då vårdtiden inom rättspsykiatri ökar. Det behövs mer kunskap kring detta eftersom de som blir dömda till rättspsykiatrisk vård får vård genom tvång och är därför en utsatt grupp. Det är viktigt att vården är rättssäker och lika för alla. Samtidigt saknas forskning i princip inom alla områden som innefattar rättspsykiatri. Frågan om vilken vård som vårdtagarna får hör ihop med flera olika frågor. En fråga som kan vara kopplad är vårdtiden som har ökat de senaste åren. En annan är hur etiskt det är att vårda personer med psykisk ohälsa med metoder som det inte finns forskning på.

Detta kan leda till att man sammanställer forskning och skapar nationella riktlinjer för rättspsykiatrisk vård med olika inriktningar på olika sjukhus och placerar patienter utifrån deras behov istället för idag att man omplacerar patienter utifrån säkerhetsklass och samhällsskydd.

1.3 Syfte och frågeställning

Bristen på forskning på rehabiliterande behandlingsmetoder kring vad som fungerar för tvångsvårdade inom rättspsykiatrisk vård och bristen på riktlinjer för rättspsykiatrisk vård gör att det blir intressant att se vilken vård som bedrivs på

olika rättspsykiatriska sjukhus, d.v.s. vilket vårdinnehåll patienterna får ta del av. Syftet är att undersöka hur vårdinnehållet ser ut inom rättspsykiatri utifrån kurators och mentalskötarens synvinkel.

1.4 Relevans för socialt arbete

Patienter som vårdas inom rättspsykiatri är en utsatt grupp där många saknar viktig anknytning till samhället redan innan de hamnar inom rättspsykiatri. Efter flera år så har många förlorat även den kontakt de hade innan. Dessutom är denna grupp dömd för brottslighet och det finns en risk för att dessa individer återfaller. Därför är det viktigt att dessa personer får stöd och hjälp att klara av livet utanför rättspsykiatri och att de hamnar på ett boende som de kan hantera. De kan behöva hjälp från samhället på många olika sätt. Det kan vara ekonomisk hjälp, hjälp med kontaktperson, hemtjänst, god man, förvaltare, hemsjukvård, öppenvård, socialt nätverk, sysselsättning och utbildning. Dessa patienter har en lägre livslängd än normalbefolkningen och kräver därför mer sjukvård än andra. Allt detta sammantaget gör att denna grupp är viktig för samhället att stötta så att livet blir så bra som möjligt och att på så vis förebygga ohälsa och brottslighet. För att kunna göra det är det många instanser inom samhället som kan komma på fråga.

1.5 Uppsatsens fortsatta disposition

I denna del presenteras uppsatsens fortsatta disposition. Nästkommande kapitel är framförallt bakgrunden och fakta kring rättspsykiatri då det är viktigt för att kunna förstå hur rättspsykiatri fungerar och på så sätt förstå de olika aspekterna av uppsatsen. Nästkommande kapitel rymmer även forskningsfrågan. I kapitel tre presenteras tidigare forskning för att visa på hur kunskapsläget ser ut i dagsläget. Här presenteras även ett antal artiklar som får representera den forskning som finns tillgänglig. Detta följs av kapitel fyra där vi redovisar för de teoretiska ramverk som används för att analysera empirin. I femte kapitlet presenteras metodval, urval och andra överväganden vi gjort genom uppsatsens gång. Därefter kommer vårt resultat och analys presenteras i kapitel sex där analysen kommer att kopplas till det teoretiska ramverket, tidigare forskning samt bakgrunden. I kapitel sju presenteras sammanfattande slutsatser kring resultatet. Detta kapitel kommer att avslutas med en diskussion och uppslag kring vidare forskning.

1.6 Studiens alias

Jag har intervjuat 2 kuratorer och 4 mentalskötare, på två olika sjukhus. Kurator 1 och Skötare 1 och Skötare 2 är från det ena sjukhuset och Kurator 2 samt Skötare 3 och Skötare 4 är från det andra sjukhuset.

Kapitel 2

2.1 Bakgrund

Rättspsykiatri är ett tvärvetenskapligt område som erbjuder många typer av professioner och deras kunskap och behandlingar. Här finns allt ifrån läkare, sjuksköterskor och mentalskötare till psykologer, kuratorer, behandlingsassistenter, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, socialpedagoger och socioterapeuter. De flesta av dessa erbjuder olika sociala insatser. Detta sker delvis frivilligt och delvis under tvång.

Personer som döms till rättspsykiatrisk vård har diagnostiserats med en allvarlig psykisk störning. Detta kan innebära olika typer av diagnoser. De hamnar på ett rättspsykiatriskt sjukhus som ligger närmast där de är folkbokförda. Enligt 1177.se är vården i Sverige jämlik vilket ska innebära att bemötande, vård och behandling ska ges på för alla lika villkor (1177.se). Då forskningen beträffande vilka metoder som fungerar är bristfällig anser jag det relevant att undersöka hur vården är utformad och om den är rättssäker. Det är viktigt också för att patienter förr eller senare lämnar den rättspsykiatriska kliniken och att de då kan få sociala stödinsatser så att de klarar av att vara utanför sjukhuset utan att begå nya brott. För att kommunen ska kunna ge detta stöd är det viktigt att få en förståelse för hur vården har sett ut och vilken typ av förändring som är möjlig för patienten.

Enligt rapport 2015:10 så är målet med psykiatireformen att patienterna ska integreras i samhället. För att uppnå detta krävs i många fall sociala åtgärder och stödinsatser. Det kan vara stöd i det dagliga livet, ADL, det kan vara stödinsatser gällande kontakt med myndigheter, det kan vara anpassad sysselsättning och kontaktperson. För att patienter som kommer från rättspsykiatri ska kunna integreras krävs att man utreder vad patienten har för behov för att kunna fungera.

Vården på ett rättspsykiatriskt sjukhus utformas utifrån den psykiska ohälsan som i sin tur bestäms av den diagnos läkaren ställer och avhjälpas inte sällan av den medicinerings densamme föreskriver. Sjuksköterskor delar ut läkemedel och injektioner och mentalskötare finns med som stöd i denna process. Därtill finns ett brett utbud av olika insatser som man kan dela in i utredningar, behandlingar och aktiviteter som bedrivs av många olika yrkeskategorier. En stor del av vårdtiden går ut på att hjälpa patienterna i sitt dagliga liv med ADL och social träning. Det kan vara att få hjälp med att städa rummet, duscha, åka buss, handla eller utföra andra ärenden. Den sociala träningen kombineras också ofta med fysisk aktivitet såsom bollsport. Dessa aktiviteter utgör samtidigt ett psykiatriskt bedömningsunderlag som ligger till grund för vilket framtida boende en patient förväntas klara av samt vilka stödinsatser patienten kommer att behöva.

För att kunna bli utskriven kräver förvaltningsrätten (som beslutar om detta) att den ansvarige överläkaren ska sätta upp villkor för utskrivningen. Villkoren kan innebära att patienten ska ha ett ordnat boende, inta viss medicinerings regelbundet, vara drogfri eller ha någon form av sysselsättning (Wohlert 2012, s.15ff.).

2.2 Rättslig bakgrund

2.2.1 Fakta om rättspsykiatrisk vård

För att kunna förstå forskningsfrågan behöver man förstå hur den rättspsykiatriska vården är uppbyggd. Då vården är behäftad med tvång påverkar detta hela organisationens utformning. I det följande ska jag försöka redogöra för väsentliga premisser för rättspsykiatrisk tvångsvård.

2.2.2 Lagen om rättspsykiatrisk vård

Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV, trädde i kraft 1992 (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 36). Den behandlar de straffrättsliga påföljderna för misstänkta och dömda personer med allvarlig psykisk störning som är behov av tvångsvård (ibid.). LRV gäller främst den som har fått ett domslut om att få rättspsykiatrisk vård. Det gäller även om man är häktad, anhållen eller intagen på en enhet för att göra en rättspsykiatrisk undersökning. Det kan även gälla en person som är intagen på en kriminalvårdsanstalt eller ska förpassas dit. Slutligen kan det gälla en person som är dömd till slutet ungdomsvård och befinner sig i eller är på väg till ett särskilt ungdomshem (ibid.).

2.2.3 Allvarlig psykisk störning

Allvarlig psykisk störning, APS, är ett juridiskt begrepp och inte ett medicinskt begrepp (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 35). Detta gäller även för LPT, Lagen om psykiatrisk tvångsvård. För att den psykiska störningen ska vara allvarlig avgörs det genom en bedömning av både art och grad av en psykiatriker. Det som räknas som allvarlig psykisk störning har Socialstyrelsen angett i sina allmänna råd (SOSFS 2008:18):

- Psykoser, tillstånd med störd verklighetsuppfattning och med minst ett av symtomen av typen förvirring, tankestörning, hallucinationer och vanföreställningar.
- Depressioner med självmordsrisk.
- Svår personlighetsstörning med psykoskaraktär eller med psykosgenombrott.
- Svår psykotisk störning med starkt tvångsmässigt beteende.
- Kleptomani, pyromani och sexuella perversiteter kan bedömas som allvarlig psykisk störning.
- Psykoser pga. alkoholintag eller narkotikaintag kan också räknas som allvarlig psykisk störning men även olika abstinensstillstånd kan räknas dit också.
- Demens pga. åldrande.
- Personer med hjärnskada och barndomspsykos (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 35).

2.2.4 Rättspsykiatrisk utredning

Detta fastställs genom att Rättsmedicinalverket, RMV, gör en rättspsykiatrisk undersökning (RPU; Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 51-52). För att kunna göra det måste det finnas stark bevisning för att den misstänkte har begått ett brott eller att den misstänkte erkänner den brottsliga gärningen. Det krävs också vanligtvis att den misstänkte dessförinnan har genomgått en paragraf 7 undersökning, två samtal med en psykiatriker eller rättspsykiatriker som förordar

en rättspsykiatrisk undersökning. En rättspsykiatrisk undersökning varar i fyra veckor för den som är häktad och den som inte är häktad tar undersökningen sex veckor.

Det leder till ett utlåtande i fem delar som består av ett huvudutlåtandet, socialutredningen, psykologutredningen, medicinskt psykiatriska utredningen samt en omvårdnadsutredning som ligger till grund för rättens beslut om patienten ska dömas till rättspsykiatrisk vård eller inte (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 54).

Organisation

2.2.5 Hälso- och sjukvårdslagen

Landstingen ansvarar för förutsättningarna för den rättspsykiatriska vården. Den lag som styr detta är hälso- och sjukvårdslagen, HSL, som ålägger varje landsting att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla landstingets invånare (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 4).

Placering

När patienten blir dömd till rättspsykiatrisk vård är det chefsöverläkaren i det landsting där patienten är bosatt som bestämmer på vilket sjukhus och på vilken avdelning patienten ska placeras (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 44). Orsak till placering kan vara om patienten kräver särskilda säkerhetsåtgärder. Då finns sjukhus med högre säkerhetsklass. Problematiken är ofta mer komplex hos rättspsykiatriska patienter än hos andra patienter med kombinationer av psykisk störning, personlighetsstörning samt missbruksproblematik av alkohol och droger. Detta avgör också vilket sjukhus och vilken avdelning patienter placeras på (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 46).

2.2.6 Vård över tid

Det finns rättspsykiatrisk vård med eller utan så kallad särskild utskrivningsprövning, SUP. Rättspsykiatrisk vård med SUP innebär att förvaltningsrätten beslutar i frågor kring friförmåner såsom frigång och permission samt utskrivning. Rättspsykiatrisk vård utan SUP eller så räcker det att överläkaren gör det (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 41). När SUP inte råder så avskrivs vården när vårdbehov inte längre föreligger, d.v.s. när patienten inte längre lider av allvarlig psykisk störning (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 42). För de patienter som är dömda med SUP måste chefsöverläkaren eller patienten ansöka om hos förvaltningsrätten när det gäller frigång, permission, övergång till öppenvård eller avskrivning av vård. Strukturerade riskbedömningar görs kontinuerligt och särskilt inför ansökan om friförmåner (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 69-70). Syftet är prevention, att förhindra nya brott. Det viktiga är inte riskbedömningarna i sig, utan de slutsatser det leder till gällande riskhantering. Syftet med riskbedömningar är även ett samhällsskydd i form av hänsyn och skydd gentemot gärningsmannen själv, men även gärningsmannens omgivning och eventuella offer (ibid.).

2.2.7 Rättspsykiatrins syfte

- Genom vård och behandling påverka patientens psykiska tillstånd att denne inte återfaller i allvarliga brott.
- Patienten ska delta och acceptera rättspsykiatrisk behandling.
- Att samverka med andra aktörer för att livet ska bli så bra som möjligt för patienten efter avslutad vård.
- Att arbeta med riskbedömningar för att minimera risken för återfall i allvarlig brottslighet
- Att dela med sig av kompetens till andra verksamheter kring lagöverträdare med allvarlig psykisk störning (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 68).

2.2.8 Utskrivning

När det gäller utskrivning så bör patienten ha en ordnad social situation, ett boende med tillräckligt personalstöd, sysselsättning i den omfattningen som patienten klarar av och kan ta vara på samt ordnad ekonomi (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 168). Dessa faktorer tillgodoses vanligtvis via kommunen och tillämpliga lagar såsom SoL och LSS där det sker ansökningar och där patienterna behandlas som alla andra kommunala medborgare. Ett annat krav är att patienten tar sin medicin för att förebygga återinsjuknande och återfall i brott.

Patienten skrivs ut till öppenvård efter att patientens vårdbehov som bara kan ges i slutenvård har upphört (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 169). Kunskaperna till boendet kan då överföras från personal från öppenvården och personal ges möjlighet att observera patienten. Detta kan leda till att återinsjuknande upptäcks tidigt och kan behandlas, både inom öppenvården och slutenvården (ibid.).

2.2.9 Vårdens upphörande

För att vården ska kunna upphöra helt måste patienten ha en stabil situation. Det innebär att patienten ska vara nöjd med sin situation (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 170). Det innebär också att patienten ska kunna meddela tecken på försämring, ta hjälp med medicinering och annan hjälp, patienten ska ha uppvisat frånvaro från missbruk. Dessa faktorer behöver fungera i ungefär ett år för att man ska kunna bli utskriven helt.

Hänsyn måste tas till växlingar i tillståndet och risken för återfall om vården eller behandlingen upphör för tidigt (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 35). Den psykiska störningen är av allvarlig art om det finns risk för att de psykiska symptomen återkommer om behandlingsinsatserna avbryts. Detta kan innebära att den pågående medicinska bedömningen gör att vården sträcker sig över lång tid (ibid.).

2.3 Förförståelse

Jag har arbetat inom rättspsykiatri i Göteborg som behandlingsassistent i över 10 år och sett hur rehabiliteringsinsatserna har varierat och riktlinjer förändrats

genom åren. Jag har även besökt andra rättspsykiatriska sjukhus och sett och hört hur deras utbud av rehabiliterande insatser sett ut. På sjukhuset i Göteborg utgick insatserna antingen från det som omvårdnadspersonalen i samråd med patienten kommit fram till, eller det som professionella själva beslutet om, med eller utan patientens deltagande. De insatser som omvårdnadspersonalen planerade med patienterna gällde främst praktiska sysslor såsom ärenden och tandläkarbesök. Omvårdnadspersonalens uppgift var även att motivera patienten till de insatser som andra i teamet föreslagit. Teamet kunde bestå av läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socioterapeuter, kuratorer och psykologer.

Min uppfattning var att det fanns en konsensus kring att medicinering och utredning var viktig. Läkaren ansvarade för medicinering även om hen kunde rådfråga med annan personal. Psykolog, kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast ansvarade för sin del för olika delar av utredningen. Varje sådan profession kunde också fatta beslut om utredning alls skulle genomföras, oavsett vad patienten själv önskade. T.ex. kunde vissa patienter nekas psykologisk utredning för att kartlägga om de uppfyllde kriterier för ADHD. Ett annat exempel är när delar av ett team kunde se att en patient skulle behöva en utredning kring t.ex. arbetsförmågan, vilken nekades av arbetsterapeuten som ägde beslutanderätten.

Det rådde också konsensus kring att fysisk aktivitet var positivt för alla patienter. Därför föreslogs ofta terapi i form av fysiska aktiviteter och rättspsykiatrin i Göteborg hade satsat stort med aktivitetshus med aktiveringspedagoger och möjlighet att utöva bollsport, simning och styrketräning och även slöjd och målning. Min erfarenhet är dock att patienter som tränade eller gjorde andra aktiviteter regelbundet på aktivitetshuset inte fortsatte med detta när de övergick till rättspsykiatrisk öppenvård.

Det fanns också en ständig diskussion kring vem som hade ansvaret för patienternas rehabilitering. Ansvaret ansågs ligga på slutenvården, öppenvården eller kommunen. I realiteten upplevde jag att ansvaret för vården präglades av befintliga resurser. T.ex. arbetade aktiveringspedagogerna bara vardagar dagtid (från att tidigare även ha arbetat kvällar och helger) och det rådde brist på sjuksköterskor vilka i sin tur inte alltid var patientansvariga utan enbart arbetade med att täcka luckor och dela ut medicin. Därför föll ett större ansvar ut på skötare och behandlingsassistenter bland vilka personalomsättningen var hög. En konsekvens av detta var en minskning av långsiktiga insatser.

Med beaktande av att vårdtiderna ökade samtidigt som insatserna minskade anser jag att vi borde ifrågasätta vårdens kvalitet och om det är etiskt försvarbart att hålla människor inlåsta i syfte att vårdas under omständigheter där vården eventuellt är bristfällig eller obefintlig.

2.4 Forskningsfrågan

Hur ser de rehabiliterande insatserna ut på olika rättspsykiatriska sjukhus och hur uppfattar kurator och mentalskötare dessa insatser?

Kapitel 3

3.1 Kunskapsläget/tidigare forskning

Sökning av information kring tidigare forskning har gjorts i databaserna supersök och google scholar. De sökord som användes är rättspsykiatri, tvångsvård, rättspsykiatrisk undersökning, rättspsykiatrisk behandling, rättspsykiatrisk utredning, aktiviteter rättspsykiatri samt forensic psychiatric care.

Resultatet blev ett konstaterande att det finns bristande kunskap kring rättspsykiatrin, både forskningsmässigt men även litteraturmässigt. Jag har sammanställt hur den tidigare forskningen ser ut, samt presenterat några vetenskapliga artiklar och uppsatser om rättspsykiatrin. Målet med detta är att öka förståelsen för rättspsykiatrisk vård och vårdinnehåll som är kopplat till uppsatsens syfte.

I den tidigare nämnda rapporten från Vetenskapsrådet (2017) redovisas det vetenskapliga läget inom rättspsykiatrin. Rättspsykiatriska området innehåller många specialiserade områden inom psykiatri och förutom det så innehåller den även andra fält som kriminologi och juridik. De specialiserade områdena är bl.a. rent medicinska områden, neurovetenskap, psykologi, juridik, sociologi och behandlingsforskning. Den innehåller även etiska områden, samt kriminologi. Detta gör att forskningsfältet är fragmenterat. Det är dessutom ett ungt forskningsfält med stora behov av utveckling. Utvecklingspotentialen ligger i att utveckla de enskilda disciplinerna, men även forskning på grundnivå samt klinisk forskning och utveckling. Detta förutsätter att det finns en interdisciplinär samordning mellan olika forskningsnivåer. Det rättspsykiatriska vårdbehovet definieras av domstolarna genom tolkning av lagen. Därför är det svårt att göra internationella jämförelser då det råder andra förhållanden i andra länder.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering SBU, fick i uppdrag från regeringen att ta fram systematiska kunskapsöversikter inom rättspsykiatrisk vård. Denna kartläggning visade att det saknas vetenskapliga underlag för alla viktiga områden inom rättspsykiatri. (Vetenskapsrådet, 2017, s.24)

Särskilt viktiga områden där forskning behövs är bl.a. inom den rättspsykiatriska vårdens innehåll. Omvårdnadsforskning och forskning kring arbetsterapi och fysioterapi liksom forskning kring missbruksbehandling lyfts särskilt upp som viktiga och eftersatta områden (ibid.).

På grund av att lagstiftning ser olika ut i olika länder gör det att större delen av den internationella forskningen inte direkt kan överföras på svenska förhållanden (Vetenskapsrådet 2017, s8). Därför har denna uppsats använt sig av endast en internationell studie.

3.2 Artiklar

Här nedan listas artiklar som är en del av kunskapsöversikten. Allmänt är att det finns ganska få artiklar kring rättspsykiatri och ännu färre kring vårdinnehållet i

rättspsykiatrin. Här nedan listas de artiklar som är mest relevanta vad gäller forskningsfrågan.

3.2.1 Att vårdas eller fostras

Denna akademiska avhandling för filosofie doktorsexamen vid Växjö universitet är en litteraturstudie. Den handlar om hur vården kan yttra sig inom rättspsykiatrin (Hörberg, 2008). Det centrala resultatet i artikeln visar på att vårdandet till stor del består av fostran av patienterna. Vårdarna handlar, agerar och talar primitivt beroende på att de har bristande kunskap och kompetens. En annan aspekt är att vårdare erfar både makt och maktlöshet i sitt arbete med patienterna. Makten består av kontroll, disciplinering och tvång. Dold disciplinering beskrivs som öppna och förtäckta hot om straff eller uteblivna förmåner, i personalens värderingar, kategoriseringar, objektifieringar och ignorering av patientens önskemål och påpekanden. Maktperspektivet finns med i många olika moment, så som att hjälpa patienten kring vardagssysslorna. Vårdarna har både en känsla av makt och maktlöshet. Det finns också ett vårdklimat som försvårar vårdandet.

Avhandlingen beskriver att en invertering av kompetensen i den rättspsykiatriska vården gjordes på uppdrag av socialstyrelsen. (Högskolecentrum Vänersborg, 2007). Den visade att kompetensen inom den rättspsykiatriska vården i Sverige är låg. Historiskt så har mentalsjukhusens funktion varit att fostra, vakta och bevaka de intagna. Vården har gått ut på att fostra de intagna till skötsamma institutionsmedborgare. Styrningen över tid har ändrat karaktär och blivit mindre brutal, men använder mer sofistikerade metoder för disciplinering. Patienternas frihet har alltid varit och är fortfarande villkorad så att patienterna måste följa regler och normer för att kunna åtnjuta frihet.

3.2.2 Det har betydelse hur du säger det

Magisteruppsatsen är en kvalitativ studie med halvstrukturerad karaktär. Den beskriver hur sjuksköterskor inom psykiatrisk slutenvård hanterar maktrelationen samtidigt som de arbetar med omvårdnaden (Fogelquist, 2008).

Det finns en maktutövning i den rättspsykiatriska tvångsvården. Det handlar om att hantera den och minimera den. För sjuksköterskor som arbetar med omvårdnaden, krävs att man har en medvetenhet kring det egna överläget och att det är en maktrelation. Det krävs också att man har en medvetenhet att underläge kan framkalla motstånd och känslighet. Slutligen är det viktigt med respekt, lyssnande och att samtala och inte bra tilltala för att motverka maktutövningens avigsidor (ibid.).

3.2.3 Rättspsykiatrisk vård som påföljd

Denna uppsats är en litteraturstudie gjord på juridiska institutionen och syftet har varit att undersöka rättspsykiatrisk vård som påföljd för brott. Syftet har även varit att uppmärksamma den problematik som finns kring den rättsliga hanteringen av psykiskt störda lagöverträdare. Tvångsvård är en vård som ska genomföras bortsett från patientens medgivande. Lagstiftningen är en kompromiss mellan

juridik och psykiatri. Detta medför en konflikt mellan patientens rätt till integritet och vård och kravet på en rättvis och förutsägbar straffrätt. Dessutom finns ett samhällsskydd som inte har med patientens vård att göra. Det innebär att man kan vara färdigvårdad samtidigt som man bedöms vara en samhällsfara och får då vara kvar i tvångsvården. Rättspsykiatrisk vård tidsbestäms inte alls och grundar sig på föreställningen om vårdandets positiva effekter. Trots att det saknas forskning kring detta. Det råder en begreppsproblematik och brist på likformighet vid bedömningen av en tilltalads psykiska hälsa. Samtidigt saknas det proportionalitet och förutsebarhet vid såväl domstolsprövningen som vid verkställigheten av påföljden. Detta gör att det rättsliga system som hanterar psykiskt störda lagöverträdare har tydliga brister och kan ifrågasättas ur ett rättssäkerhetsperspektiv. (Andersson 2011, s.3-4).

3.2.4 Att arbeta vid en total institution

Perspektiv ur en mentalskötares synvinkel är en kvalitativ studie med 6 st intervjuade. Studien refererar till boken Totala institutioner (Goffman. 2004) och beskriver att synen på institutioner såsom fängelse eller mentalsjukhus ofta ses som förvaringsplatser för exempelvis patienter, en förvaringsplats från samhället. Enligt studien så stämmer det att rättspsykiatrin är en förvaring, men den erbjuder också vård åt patienten och detta ändrar innebörden av förvaring. Vårdarna ser det som bedrivs som vård och inte fängelsestraff, fastän dörrarna är låsta och det finns strikta regler. Synen är att rättspsykiatri är bra, men utgångspunkten begränsas till den egna avdelningen.

Etiska frågeställningar som finns är respekten för patienter, svårigheter med att se människan bakom brottet samt att våga säga att man har gjort fel framför en patient.

3.2.5 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Rapporten från socialstyrelsen visar att en stor del av dem som vårdas med stöd av LPT eller LRV får relativt ensidiga insatser. Läkemedelsbehandling är den främsta insatsen. Övriga åtgärder som rapporten belyser är psykologisk behandling och insatser inom omvårdnad och rehabilitering. Endast ett fåtal patienter får del av alla dessa typer av insatser. Socialstyrelsen menar att ändamålsenlig vård bör innehålla ett flertal olika insatser för att kunna uppfylla patientens behov när den är under tvångsvård. Dessa insatser ska då kunna matcha individuella behov på olika områden och möjliggöra för att patienten blir mottaglig för frivillig vård. Detta är tvångsvårdens syfte. Det som alla patienter bör ha tillgång till är att få hjälp med sin vardagsstruktur och öka den enskildes förmåga att delta i sådana aktiviteter.

Innehållet i ändamålsenlig tvångsvård kategoriseras i tre olika insatsområden:

1. Medicinsk behandling
2. Psykologisk behandling: psykodynamisk terapi (PDT), kognitiv beteendeterapi (KBT), dialektisk beteendeterapi (DBT), bild- eller musikerapi.

3. Omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser där omvårdnad ingår, liksom rehabilitering, arbetsterapi, vardagsträning, fysisk aktivitet, kulturella aktiviteter, rådgivning i sociala frågor, psykopedagogiska insatser, t ex familjeintervention eller Ett Självständigt Liv (ESL).

Det finns evidens för att dessa metoder fungerar på de vanligaste psykiska diagnoserna. Särskild för patienter som har en så pass allvarlig problematik där tvångsvård blir aktuellt är det både kunskapsbaserat och ändamålsenligt att ge insatserna på flera behovsområden samtidigt. Det innebär att man bör ge flera olika insatser samtidigt.

3.2.6 Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis

Studien är en metastudie bestående av 35 olika studier som är publicerade mellan 1982 till 2013. Studien undersöker utfall av de patienter som vårdas på rättspsykiatriska kliniker. Studien visar på att patienter som skrivs ut från rättspsykiatriska sjukhus har lägre återfall i brott än många jämförande grupper. Däremot finns en förhöjd risk för att patienter som är utskrivna från rättspsykiatrin avlider, främst via självmord. Detta är något som studien uppmanar sjukhusen att arbeta mer med genom interventioner.

Kapitel 4

4.1 Teoretiskt ramverk och begrepp

Detta kapitel handlar om de teoretiska ramverk och begrepp som anknyter till intervjumaterialet. De teorier som beskrivs är systemteorin, pastoralmakt samt empowerment.

Rättspsykiatrin är på många sätt ett slutet system där patienten är beroende av systemet i sig, men även av personalgruppen, sammansättningen av patienter och olika yrkeskategorier som präglar patienten på olika sätt. Detta beskriver systemteorin väl. Rättspsykiatrin består av en lagreglerad verksamhet vilket medför att patienterna är där under tvång. Därför finns tydligt maktdimensionen inom rättspsykiatrin. Vården inom rättspsykiatrin går ut på bl a att motivera patienterna att göra saker som rör vardagssysslor men även andra aktiviteter som kallas för rehabilitering och som kan ses som en normaliseringsprocess. Detta anknyter till empowerment. Utifrån detta teoriperspektiv blir det lättare att förstå forskningsfrågan och syftet. Dessutom fördjupas förståelsen genom att jag använder ett systemteoretiskt perspektiv, ett maktperspektiv samt ett empowermentperspektiv.

4.1.1 Systemteori

Systemteori utgår ifrån en helhet som består av olika samspel. Den grundar sig i hur man inom naturvetenskapen betraktade planeter, atomer, människans organ och växter och upptäckte att de fungerar utifrån samspel med de större enheter som de är delar av. Ludwig von Bertalaffy lade grunden till den generella

systemteorin under 40-talet. Systemteorin inriktade sig både på levande ting och på fysiska, döda ting. Teroin visar också hur olika delar påverkar varandra i många olikartade system. Von Bertalanffy inriktade sig på intakta organismer med inre processer, såsom en person som är begränsad av sin hud. Han inriktade sig främst på fysikaliska fenomen bestående av massa, energi etc. Gregory Bateson inriktade sig istället på system av information, och tittade efter mönster. Detta ledde vidare till att forskare inom psykologin tillämpade teorin på psykiskt sjuka. Man kom fram till att det är kommunikationen mellan människor i ett gemensamt sammanhang som är systemteorins innebörd.

När det gäller behandlingsarbete så handlar det om att försöka se klienten ekologiskt och i sitt hela sammanhang. Man studerar då samspel, kommunikation och individer och institutioner (Öqvist, 2018, s. 11).

Det innebär att istället för att ha en snäv systemteoretisk ram med bara symptomet som problemområde ser man till en större vidd som exempelvis socialt nätverk och sysselsättning som en del av problemet men även en del av lösningen (Öqvist, 2018, s. 32).

Det finns ett allmänt antagande om att ju mer man anstränger sig för klienten desto fortare blir hen frisk. Särskilt inom medicinen finns detta där man räknar olika medicineringar eller behandlingstillfällen. När det gäller behandling av social och psykiatrisk problematik är detta perspektiv tveksam och kan leda till negativa konsekvenser. Ibland kan tom frånvaron av aktiv ansträngning från personalens sida vara mer verksamt vad gäller resultat (Öqvist, 2018, s. 19).

När det gäller motstånd så ses det i systemteorin som en motkraft i systemet. Till skillnad från det linjära tänkandet att motspänstiga klienter gör motstånd är det inom systemteorin så att klienter betar sig i enlighet med sin konsistens. I systemteorin bör man se "motstånd" som något som krävs för en förändring (Öqvist, 2018, s. 126).

Systemteori betonar helheten och mänskliga kommunikationssystem (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 27-28). Den person som en människa är, är beroende av och har utvecklats i samspel med andra (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 28). Till skillnad från andra psykologiska teorier som hävdar att problem finns inom individen menar systemteorin att problem existerar i samspelet mellan människor (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 28). Fokus för terapeuten ligger på det mänskliga sammanhanget (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 28).

Här följer några systemteoretiska grunder (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 29):

Varje system ingår i ett större system. Helheten är större än delarna (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 29). När det sker en förändring i en del av systemet, påverkas det övriga systemet (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 29). System har yttre gränser till andra system samtidigt som de påverkar och påverkas av andra system (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 29). Människosynen inom systemteori utgår ifrån att människans vidmakthållande till andra är en social instinkt och att människans identitet skapas i samspel (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 16-17). Problem är socialt konstruerade och det omvända där man försöker lösa problem som grundar

sig på t ex diagnoser är inte möjliga med nätverksterapi (Forsberg & Wallmark, 2013, s. 18).

4.1.2 Pastoralmak

Pastoralmak kommer ursprungligen från den gammalkristna traditionen där kyrkan eller prästen hade en omfattande makt över folket. Det handlade i det fallet att hjälpa folket till frälsning. Det krävdes också av den som fick hjälpen att hen försakade egna intressen, att göra sitt bästa och att offra sig för flocken (Järvinen 2013, s.285-287).

Pastoralmakten via kyrkan har nästan försvunnit och ersatts av välfärdsstatens hjälpande, vårdande och kontrollerande institutioner menar Foucault. Denna nya pastoralmak har följande kännetecken: Pastoralmakten har ändrats så att målet inte längre är frälsning efter döden, utan en sorts frälsning här och nu då frälsning har bytt innebörd till hälsa, välmående, livskvalitet, trygghet och säkerhet(ibid.).

Pastoralmakten har utvidgats och omfattar ett stort antal professioner och institutioner. Dessa är bl a läkare, domare, poliser, psykologer och socialarbetare. Pastoralmakten finns i stora delar av samhället, i skolorna, psykiatrin, behandling, uppfostran etc.

Pastoralmakten har fortfarande samma ursprungliga funktion, dvs att kontrollera och hjälpa befolkningen samt kontrollera och hjälpa individen. Pastoralmakten bygger fortfarande på ett utforskande av individen och hennes problem, svårigheter, svagheter och tillkortakommanden(ibid.). Pastoralmakten framställs som något positivt och produktivt och blir därför svårt att försvara sig emot. Det är därför i mötet med den nya pastoralmakten som individen ingår i sin egen disciplinering och gör motstånd mot detta på olika sätt. Pastoralmakten i det moderna samhället handlar om det goda livet inom alla områden som man uppnår med terapi istället för teologi och där terapi är ett väldigt vitt begrepp enligt Foucault(ibid.).

Pastoralmakten äger olika sanningsområden, tankesystem som skiljer sanna och objektiva föreställningar från falska och subjektiva och som fastställer vilka yrkesgrupper som har expertisen inom ett visst välfärdsområde(ibid.). Redskap som pastoralmakten använder är olika registrerings- och katalogiseringstekniker som klienterna utsätts för. Detta kan vara journaler, rapporter, förhørsprotokoll, straffregister, handlingsplaner. Dessa bidrar till konstruktionen av klienten som just klient och bekräftar hans behov av stöd, uppfostran och behandling(ibid.).

4.1.3 Empowerment

Jag har valt att utgå ifrån empowerment för att analysera personalens inställning till aktiviteter och behandling. Askheim och Starrin (2007 s.40ff) skriver att empowerment innebär att överföra makt, från t ex experter och hjälpinstanser till brukare som använder sig av experterna. Det används även inom organisations- och ledarskapsteori där medarbetaren får ett större ansvar. De teoretiska och

ideologiska rötterna till empowerment finns inom samhällsvetenskaperna marxismen och psykoanalysen. Marxismen uppmanar arbetarna att frigöra sig från kapitalsternas förtryck och Freud menade att man genom samtal ska bli medveten och frigöra sig från inre mentala fångelser. Maktöverföringen finns inom den Marxisstiskt inspirerade empowerment med brukarmedverkan t ex. Det innebär inte att makten och inflytandet nödvändigtvis ökar, bara att organiseringen ökar. Den freudianska empowerment handlar mer om maktillskott. Detta eftersom klienterna brukar träda fram med större självmedvetenhet och större självreflektion över sig själva och sin situation samtidigt som de har större medvetenhet kring sina mål och vad de vill uppnå. Detta innebär inte att de åstadkommer mer, bara att medvetenheten ökar.

När experter driver empowerarbetet är det främst de som definierar mål och processerna att nå dit. De agerar på andras vägnar och driver deras intressen och önskemål. Samtidigt är slutmålet överhängande och mål och intressen styrs mot slutmålet. Detta är en form av maktutövning och handlar om en expertstyrd process.

Empower kan få klienter att uppleva en ökad känsla av kontroll samtidigt som man blir fast förankrade i en förtryckande social miljö.

Inom socialt arbete har empowerment definierats som en metod där socialarbetarna försöker ge ökad makt åt folk som saknar den. För att nå detta behöver det finnas både en mikro och en makronivå. Ramarna måste förändras samtidigt som individen ser möjligheterna till att förbättra sin situation. Undersökningar visar att det endast finns en mikronivå i arbetet hos socialarbetarna. I praktiken är det klienterna som måste anpassa sig till strukturen. Samtidigt som socialarbetarna arbetar utifrån en kontrollaspekt är det svårt att låta klienter överta ledningen förutom inom vissa begränsade områden.

Inom hälso- och sjukvården finns en lärobok av Laverack (2005) som beskriver empowerment som olika tekniker för att klienterna ska få mer makt. Flera av dessa tekniker präglas av hjälp till självhjälp, förebyggande arbete och kommunikationstekniker som professionella kan använda. Dessa metoder bidrar bara i begränsad mängd till mer makt åt brukarna och på så sätt är själva grunden för empowerment inte uppfyllt många gånger.

Sammanfattningsvis kan man säga att välfärdssektorn i stort kännetecknas av en spänning mellan hjälp och kontroll. Foucault (1973) var en av de första som påpekade denna dubbla natur genom att studera psykiatriska institutioner. Han menade att institutionen var en hjälp till patienterna men också en hjälp för allmänheten då institutionen hade en skyddande funktion också. Empowerment är i det ideala tillståndet en uppgörelse med paternalismen, men i verkligheten när experter bestämmer vad klienterna behöver och paternalismen är åter närvarande.

Kapitel 5

5.1 Metod och metodologiska överväganden

Metoden har varit en kvalitativ studie med intervjuer som redskap. Rättspsykiatri är en stor organisation och därför finns det stora avgränsningar i studien. Det har även gjorts etiska överväganden då rättspsykiatripatienter är en utsatt grupp och studien handlar om deras vård även om inte de intervjuas utan personalen. Med hänsyn till validitet och reliabilitet så har studien utförts på två olika sjukhus och intervjuat två olika personalgrupper. Den tematiska analysen har använts och det har lett till många olika teman.

Då vårdinnehåll är ett svårt begrepp på så sätt att det i interna styrdokument kan finnas beskrivningar av vård men då kan omfattning och frekvens saknas. Därför föll valet på kvalitativ intervju för att få fram nyanserad information kring vårdinnehållet.

5.2 Studiens avgränsningar

Avgränsningen har skett i förhållande till annan vård än den specifikt rättspsykiatriska då det var denna institution jag av personliga erfarenheter av att jobba i hade störst intresse av att undersöka samt möjlighet att under den tidsrymd som fanns få tillträde till. Därtill har den medicinska dimensionen av vården uteslutits och fokus har istället legat på den sociala och terapetutiska aspekten av vården.

Jag har inte heller undersökt eller tagit hänsyn till sjukhusens eventuella platsspecifika riktlinjer utan enbart speglat mina fynd mot nationella lagar och riktlinjer vilket jag anser rimligt då mitt syfte är att jämföra samt undersöka rättssäkerheten. Ytterligare en begränsning ankommer på det faktum att de sjukhus jag undersökte ligger inom samma landsting vilket är en krass följd av den tids- och resursbrist som präglat detta arbete.

5.3 Studiens urval

När det gäller urval så är det viktigt att tänka hur man bäst kan få tag på den information man är ute efter genom sitt urval. Detta kallas för strategiskt urval. I mitt fall så kände jag till miljön och därför tror jag mig känna till var i organisationen jag kan få tag på den information som jag är ute efter (Alveus 2019, s.71).

Urvalet har avgränsats till två specifika yrkesgrupper: kuratorer och vårdbiträden eftersom tiden inte medgav att samtliga professioner inkluderades. Urvalet baserades också på min uppfattning om att det i första hand är dessa yrkesgrupper som möter och behandlar patienterna.

Då jag skulle göra intervjuer på två olika sjukhus och inte kände till personalen på det ena sjukhuset så valde jag att kontakta kuratorn på det ena sjukhuset. När kuratorn hade tackat ja till att delta bad jag hen att rekommendera och fråga två olika mentalskötare som hen kände till. Detta gjorde jag för att jag inte kände till personalen på detta sjukhus. Jag gjorde på samma sätt på det andra sjukhuset. Jag använde mig av ett snöbollsurval.

Detta innebär att jag använder mig av någon jag känner till för att hitta ytterligare personer att intervjua. På så sätt kan man få tag på lämpliga personer för uppgiften. Det som är nackdel med denna metod är att man kan fastna i ett visst nätverk med ett visst tänk (Alveus 2019, s.72).

De som har intervjuats är därför kuratorer och mentalskötare och förhoppningen har varit att de besitter för studien relevanta synvinklar på vården. Kuratorn är den som är med när patienten skrivs ut och har en bild av vilka insatser som gjorts samt vilka insatser som öppenvården och kommunen behöver göra. Skötaren är med i omvårdnadsarbetet och deltar i patientens vardag samt har veckosamtal med patienten där patienten tar upp sina önskemål. Skötaren vet utifrån ett omvårdnadsperspektiv vilka insatser som görs och hur de fungerar för patienten.

Överväganden som gjordes när intervjupersonerna skulle väljas ut var att avdelningarna de arbetar på skulle vara likvärdiga på de två olika sjukhusen. Därför valdes två avdelningar ut som hade samma typ av patienter, dvs. patienter med psykosjukdom och med en lägre funktionsgrad. Personalkategorierna som valdes ut till intervjun skulle känna till patienternas olika delar av vårdprocessen. Därför valdes kuratorn som fungerar som spindeln i nätet inom rättspsykiatri och har därför överblick över de aktiviteter som patienterna deltar i. En annan yrkeskategori som valdes ut är mentalskötare. Detta för att mentalskötare arbetar nära patienten i patientens vardag och mentalskötare är med patienterna på deras olika aktiviteter. Därför har också de en överblick över patienternas aktiviteter. Kuratorn ombads att välja ut två mentalskötare på varje avdelning till intervjuerna. Jag valde ut två liknande avdelningar för att kunna jämföra och komplettera min uppsats. Där kontaktade jag avdelningens kurator. Det finns bara en kurator på varje avdelning. Därför var valet att kontakta kurator det enda rimliga. Därför valde jag att låta kuratorerna välja ut två mentalskötare. Det finns ett maktperspektiv i detta att välja den som ska få komma till tals. Jag uppfattade det mer som att det handlade om att det fanns ett förtroende mellan dessa mentalskötare och kuratorn. Kuratorerna skulle välja ut två av de som de känner bäst. Mitt mål var att intervjusituationen skulle vara så bekväm som möjligt. På detta sätt tänkte jag att mentalskötarna skulle känna sig mer trygga och kunna vara mer öppna i sina svar. Konsekvensen skulle kunna vara att mentalskötare som har annan åsikt än kuratorn inte kommer till tals.

5.4 Kvalitativ metod

Studien är kvalitativ som innehåller intervjuer, kodning, tematisering. Jag har spelat in intervjuerna och sedan transkriberat dem för att kunna analysera dem. Jag valde ut två rättspsykiatriska sjukhus och två liknande avdelningar med patienter som har psykosjukdom och låg funktion. På dessa två avdelningar kontaktade jag kuratorn på var sin avdelning och bad hen att välja ut två mentalskötare för intervjun. Kuratorerna var båda kvinnor och de fyra mentalskötarna var alla män. Inför intervjun har alla intervjuade fått ett

informationsbrev som beskriver syftet med intervjun och hur materialet kommer att användas.

Kvalitativ metod handlar om att samla in icke-numeriska data. Det innebär istället att man samlar in beskrivningar av händelser, djupintervjuer, dokument och andra artefakta (Matthew, Sutton 2016, s. 99). Kvalitativ forskning är mer förbunden till induktion och exploration. Det innebär att man börjar med en mer öppen inställning av vad man ska utforska. Forskaren försöker vara mer lyhörd för de prioriteringar som den intervjuade eller observerade har. Förhållandet mellan litteratur, frågeställning, datainsamling och teoribygande innebär ständiga modifieringar, vilket leder till att nya teoribildningar framträder.

Den kvalitativa intervjun handlar om att försöka förstå personen som blir intervjuad. Att förstå hans värld och erfarenheter. Att se det ur den personens synvinkel. (Kvale 2009, s 17). Samtidigt är målet att producera kunskap genom ett professionellt samtal i en intervju. Denna kunskap produceras i interaktionen mellan intervjuaren och den intervjuade (Kvale 2009, s. 18). Det som gör att en intervju är kvalitativ är att frågorna är utformade på ett sätt som gör att intervjupersonen har möjlighet att svara på olika sätt (Matthew, Sutton 2016, s. 113). Den kvalitativa intervjuens teoretiska ram är oftast induktiv och utgår från egna iakttagelser och de data som kommer fram för att sedan utveckla det till en förklarande modell

Mitt förhållningssätt till arbetet har varit att ha frågor som intervjuaren kan svara på på olika sätt och jag har haft följdfrågor för att få fram just ny kunskap som uppstår under processen. Jag har en förförståelse vilket gör att jag känner till de professioner som jag har intervjuat och har därför haft lätt att förstå deras perspektiv. Därefter har jag arbetat med materialet med ett öppet sinnelag och utifrån det har teman och även teorier kring dessa teman växt fram.

Studier kan vara av olika slag och innan jag gjorde denna studie vägde jag olika alternativ för vilken typ av studie jag skulle göra. Min forskningsfråga handlar om hur personal uppfattar och upplever vården. Anledningen till att jag formulerade frågan på detta vis är att jag inte tror att en litteraturstudie eller en kvantitativ studie skulle visa detta på ett bättre sätt. Det saknas forskning kring vårdinnehåll och därför skulle en litteraturstudie ge en mer begränsad syn på vårdinnehåll. En kvantitativ studie skulle kunna vara vilseledande då det finns riktlinjer, det finns utbud, men frågan är om patienterna deltar och om de deltar på ett sätt som gör att de kan tillgodoräkna sig aktiviteterna. Jag har resonerat att dessa frågor bäst besvaras genom en kvalitativ studie där intervju och analys är tillvägagångssättet. Enligt Vetenskapsrådets rapport (2017) om rättspsykiatrisk vård finns det stora kunskapsluckor kring vårdinnehåll. Behovet av kvalitativa studier, speciellt gällande omvårdnad och patientens situation inom den rättspsykiatriska vården, är stort (Vetenskapsrådet 2017, s.22).

5.5 Insamling av empirin och utformning av intervjuguiden

I förberedelsen för intervjuerna har det gjorts avgränsningar och specificeringar kring vilka frågor ska vara med utifrån syftet med uppsatsen. Syftet var att utforska vilken vård som ges på två olika sjukhus och då blev det viktigt att specificera vården och den delades in i tre olika områden. I samband med detta gjordes ett informationsbrev. Frågorna byggdes upp så att man svarade på vilken vård som finns, vilken vård som ges och om den är fullständig. Frågorna testades först på två personer, vilka tyckte att det var för många frågor. Även handledaren var med i diskussion kring frågorna med samma utgång. Utifrån detta kortades antalet frågor och på så sätt avgränsades även intervjun till att främst handla om ovanstående. Frågorna är främst öppna för att få fram nyanser av vad intervjupersonerna tycker kring vårdinnehållet.

För att nå intervjupersonerna var tillvägagångssättet att ringa till de olika sjukhusen och kontakta kuratorerna. De fick ett mail med informationsbrevet som de kunde läsa innan de bestämde sig. En av kuratorerna som blev tillfrågad sa ja först men sedan sa hon nej. Då gick frågan till en annan kurator. När kuratorn hade sagt ja så fick kuratorn välja ut två skötare som arbetar på samma avdelning, som skulle delta i intervjun. Detta tillvägagångssätt gjordes på båda sjukhusen.

5.6 Genomförande av intervjuerna

Intervjuerna genomfördes inne på sjukhusen i olika rum konferensrum och kontor. Intervjun utfördes på två avdelningar med patienter som kategoriserats utifrån diagnosområde psykosjukdom samt funktion låg. Därför var det jämförbart. Det innebär att de har blivit bedömda av en arbetsterapeut att deras möjlighet att delta i aktiviteter är låg. Det gäller både den dagliga livsföringen men även sysselsättning och fritidssysselsättning.

Intervjupersonen fick dessförinnan information om uppsatsen samt informationsbrevet. Den första intervjun var med kuratorn då jag endast haft kontakt med kuratorn innan. Frågorna ställdes och intervjupersonerna svarade på frågorna, men ibland fick jag ställa frågan igen eller ställa ytterligare frågor för att få fram mer information kring frågan. Intervjuerna tog mellan 20 och 40 minuter. Intervjun med kuratorn tog mellan 30 och 40 minuter. Intervjuerna med skötarna tog mellan 20 och 30 minuter.

5.7 Analysmetod

Kvalitativ innehållsanalys med kodning som redskap (Matthew, Sutton 2016, s. 271). Innehållsanalys innebär att man kartlägger mönster i det man analyserar som går bortom antalet gånger något sker (Matthew, Sutton 2016, s. 272). Risker med innehållsanalys är att innebörder fragmenteras och att saker tas ur sitt sammanhang (ibid.). Kodning är en process. Man kopplar koder till textstycken så att dessa kan kopplas samman för att kunna belysa likheter och olikheter. Koder kan vara nyckelord, teman eller uttryck (Matthew, Sutton 2016, s. 271). Jag har valt att arbeta med tematisk analys. Tematisk analys är en kvalitativ innehållsanalys är en form av kvalitativ innehållsanalys betonar nödvändigheten

att lägga ner mycket tid på data och låta teman framgå ur data snarare än tvinga på data teman som härstammar från forskarens egna föreställningar. Tematisk analys försöker utveckla djupare teman snarare än ytliga koder. Den är systematisk. Det innebär vanligtvis att man använder matriser som man utvecklar så att de innehåller allt mer detaljrikedom (Matthew, Sutton 2016, s. 292).

Jag spelade in intervjuerna på min telefon och då var telefonen inställd på flygläge. Jag valde att spela in intervjuerna för att kunna fokusera på intervjun och personen som blev intervjuad istället för att fokusera på att föra minnesanteckningar. Därefter transkriberade jag intervjuerna. Jag valde att transkribera ordagrant för att få fram olika nyanser. Inspelning och transkribering ökar reliabiliteten. Däremot valde jag bort utfyllnadsord då jag inte uppfattar att det skulle förändra andemeningen på något sätt utan istället ta fokus från det som de intervjuade säger. När transkriberingen var klar arbetade jag mig igenom materialet genom att läsa och föra anteckningar.

Jag delade in citaten i olika teman. Anledningen till det är att det är ett bra sätt att organisera information och se ifall innehållet upprepar sig. På så vis kan man skriva om det som är genomgående och som sammanfattar vad de intervjuade har sagt och på så vis öka validiteten. Jag fick ihop närmare 30 olika teman, men avgränsade det så småningom till nio teman. Jag arbetade med dessa teman i en tematabell. När teman var färdigställa växte tankar kring olika teorier som skulle knyta an till dessa teman. Fördelen med detta tillvägagångssätt är att jag har kunnat urskilja olika teman och valt teman som jag har uppfattat har anknytning till syftet med uppsatsen. Jag har haft mycket material och det har funnits möjlighet att få fram olika teman på det sättet. Nackdelen är att jag kan ha missat teman som inte har passat in i syftet med uppsatsen. Vidare inser jag att intervjuantalet är begränsat och detta gör att man inte kan dra några slutsatser av denna studie. Den kan som bäst ge en indikation på hur vårdinnehållet inom rättspsykiatri ser ut.

5.8 Etiska överväganden

Kalman & Lövgren (2019) [s.14] skriver om forskningsetiken bestående av olika etiska krav. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Under planeringen av intervjuerna beaktades dessa krav på olika sätt. Informationskravet uppfylldes genom att skriva ett informationsbrev som skulle innehålla både förutsättningarna för intervjun och uppsatsen, men även hur informationen skulle användas. Samtyckeskravet skulle uppfyllas genom att deltagande skulle vara frivilligt och information gavs att man kan låta bli att svara på frågor och att man kan lämna intervjun när som helst. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att intervjupersonerna är anonyma. Titeln kommer att kunna utläsas, däremot kommer det inte gå att utläsa vem personen bakom titeln är. Nyttjandekravet har vägts utifrån att det finns en risk att bli igenkänd utifrån vad man säger och att man har tagit tid och energi i anspråk för att göra intervjuerna. Nyttan kan förklaras som att den kan förbättra vården för patienterna och då även öka meningsfullheten för personalen.

En annan aspekt inom etiken är den kunskap som förs fram i uppsatsen. Enligt Kvale (2014) [s.18] bygger forskningsintervjun på att vardagligt och professionellt samtal blandas och att kunskap konstrueras i interaktionen mellan intervjuaren och den intervjuade. Kvale (2014) definierar en intervju som ett utbyte av åsikter mellan två personer som samtalar om något de delar intresse kring. Därför finns det risk för att intervjuarens förkunskaper, inställning och problemformulering påverkar intervjun och intervjuaren så att resultatet av intervjun bekräftar intervjuarens inställning. Detta etiska dilemma har tagits i beaktande och funnits med som en kunskap under intervjun men även under tiden uppsatsen skrivits.

Patienter inom rättspsykiatri är en grupp som är väldigt utsatta. Därför blir intervjuer ett sätt att exponera denna grupp. Även om man är anonym så finns det risk att man kan identifiera patienter. Det är också etiskt delikat att prata om patienter när de inte är med. Det finns en risk att man klumpar ihop dem som en grupp av patienter istället för individer. Det finns en risk att man baktalar patienter. En annan risk är att man ökar klyftan mellan personal och patienter och på så sätt marginaliserar patienterna. Dessa dilemman har jag burit med mig samtidigt som jag vägt dem mot nyttan av att utföra en studie som skulle kunna förbättra vården för patienterna. Därför har jag ändå valt att genomföra studien trots olika dilemman. För att minska patienternas utsatthet har jag valt att inte intervju patienter direkt, utan endast personal som arbetar nära patienterna. När det gäller etik kring kvalitativa intervjuer finns det etiska frågor som måste hanteras. Det kan handla om att individers privatliv lämnas ut. Samtycke måste inhämtas. Tredje part kan nämnas eller ulämnas. Lagöverträdelser kan upptäckas eller att personer riskerar att komma till skada. Detta bör man ha beredskap för och prata med sin handledare kring (Alvehem, 2019, s.108).

Jag har tänkt igenom dessa aspekter innan jag genomförde intervjuerna och har pratat med min handledare om detta. Jag har försökt att inte ta med citat som kan lämna ut personal eller patienter och jag har även i mitt utformande av frågor försökt att formulera mig objektivt och allmänt.

Etisk kritik handlar om ifall att en fråga är intressant och om uppsatsen kommer att ha någon betydelse i ett större sammanhang (Alvehem 2019, s. 120). Detta resonemang har jag burit med mig och tänkt att just frågan kring vårdinnehållet i sig är av vikt att lyftas och fokusera på just för att patienter inom rättspsykiatri är en väldigt utsatt grupp. Däremot själva de enskilda svaren och mina egna slutsatser kanske man kan se som en del av svaret på denna komplexa frågeställning.

När det gäller samtycke så har de intervjuade fått ett brev som innehåller information om samtycke. Brevet finns som bilaga. Brevet innehåller information om att det är frivilligt att delta och att man när som helst kan avbryta sin medverkan. Brevet innehåller information att studien genomförs genom intervjuer. Formen för dessa intervjuer finns beskrivet och att transkribering kommer att ske. Även konfidentialitet och anonymitet utlovas liksom hur personuppgifter kommer att hanteras. De intervjuade fick dessa brev antingen via epost eller på plats. Innan

intervjun genomfördes pratade jag om de olika delarna i brevet och frågade de intervjuade om de gick med på dessa villkor.

I detta fallet blev samtycket muntligt och eftersom de intervjuade är professionella ansåg jag att det räckte med ett muntligt samtycke. Jag resonerade som så att det skulle bli mindre formellt och att det skulle gynna intervjun genom att de intervjuade skulle vara mer öppen hjärtiga i sina svar än om intervjun var mer formell.

I detta fall har jag valt en frågeställning som jag byggt uppsatsen på och därmed också frågorna till intervjun. Mina tankar kring problemformuleringen har varit att det finns skillnader mellan sjukhusen och att det finns brister i vårdinnehållet. Någon större skillnad fann jag inte utifrån de intervjuades svar men däremot fanns det belägg för att det finns brister i vården och därför kvarstod denna problemformulering och blev sedermera forskningsfrågan. På så vis kan man säga att jag har behandlat ett problem på ett självständigt sätt.

Problemformuleringsprivilegiet handlar om att man behandlar ett problem på ett självständigt vis. När man utgår ifrån en konkret frågeställning och sätter in den i ett teoretiskt sammanhang och formulerar problemet utifrån befintlig kunskap kan man lösa dubbla kravbilder, både från uppdragsgivaren till studien men även akademins krav på teoretisk relevans. Detta innebär att vetenskapliga problem uppstår i spänningsfältet mellan vår förförståelse av verkligheten och verkligheten såsom vi uppfattar den (Alvehus 2018, s.55-57).

I mitt fall har jag haft en stor förförståelse då jag arbetat i verksamheten i 12 år och därför har jag försökt vara ödmjuk för att kunna ta in ny kunskap och motstridig kunskap till den som jag själv har. Detta har gjort att jag omvärderat forskningsfrågan och definierat det som varit relevant men också att jag kunnat förvånas och förundras över olika kunskaper som jag saknat och det har kompletterat min uppsats men även min egen kunskapsbank.

5.9 Validitet och reliabilitet

Reliabilitet handlar om att man kan upprepa forskningsresultat. Frågan man ställer sig är om mätningen är reliabel eller pålitlig. Det betyder att en annan forskare helst ska kunna göra det i ett annat sammanhang. Om man då tros kunna få samma resultat anses reliabiliteten hög.

Validitet handlar om hur man undersöker det som man vill undersöka. Det innebär att man ska pröva om man lyckats mäta det man verkligen vill mäta.

Grunden till reliabilitet och validitet kommer från den kvantitativa traditionen och bygger på att det finns en verklighet som är oberoende av försöken att beskriva den. Det handlar om att uppnå korrespondens mellan teorin och empirin, mellan kartan och verkligheten. När det gäller kvalitativa ansatser så är detta problematiskt då processen istället handlar om att rita kartan och då skapa verkligheten så uppnås korrespondensen naturligt. Detta innebär att man aktivt väljer ut delar av verkligheten och sätter dem i ett specifikt sammanhang. Detta genom att man väljer ut delar av verkligheten och sätter dem i ett specifikt

sammanhang i form av observationer och sedan presentation för läsaren (Alvehus 2019, s.126).

Med detta som bakgrund så bygger denna uppsats på att författaren har en förförståelse av rättspsykiatri. Jag har också haft en kritisk ingång till rättspsykiatri utifrån mina egna ambitioner och erfarenheter. För att kunna göra uppsatsen reliabel har jag valt att intervjua personal på två olika sjukhus. Jag har också valt två olika yrkeskategorier. Uppsatsen är reliabel på så vis att jag inte funnit några större skillnader varken mellan sjukhus eller yrkeskategorier på synen på vårdinnehållet. Validiteten är beroende just av min förförståelse och det gör att frågorna är utformade på ett visst sätt och att under intervjuerna har jag ställt vissa följdfrågor som bygger på min förförståelse. Därför tror jag att det inte går att upprepa då någon annan skulle ställa andra frågor och följdfrågor. Samtidigt har jag funnit teorier som stämmer överens med de intervjuades svar på mina frågor och anser därför att det finns ett samband mellan teori och empiri och därmed ett samband mellan reliabilitet och validitet.

Kapitel 6

6.1 Resultat och analys

Jag har valt att intervjua två kuratorer på var sitt sjukhus samt fyra mentalskötare, två på det ena sjukhuset och två på det andra. Jag lät kuratorerna välja ut 2 mentalskötare på båda sjukhusen. Kurator 1 samt Skötare 1 och 2 finns på det ena sjukhuset och Kurator 2 samt Skötare 3 och 4 finns på det andra sjukhuset. De intervjuade har arbetat olika länge inom rättspsykiatri. Kurator 1 har arbetat 20 år, Kurator 2 har arbetat under ett år. Skötare 1 har arbetat ca 10 år, Skötare 2 ca 7 år, Skötare 3 i ca 24 år och Skötare 4 i ca 18 år.

Resultatet av tematiseringen har blivit nio undergrupper med olika teman. De tre första temana avspeglar frågorna som ställdes och som var intervjuens huvudfokus, d.v.s. hur personalens syn på hur aktivitet, utredning och behandling ser ut på de olika sjukhusen. De fyra nästföljande handlar om makt och frihet, om personal kontra patienter. Dessa tre områden listas nedan. Den sjunde kategorin rör värderingar och verktyg, dvs hur man arbetar och vad som motiverar en till att arbeta. Både kring metoder och förhållningssätt. I den åttonde kategorin ligger fokus på relationer, motivation och samarbete. Detta är något som vården innehåller och som skapar förutsättningar för tillfrisknande.

De tre första kategorierna handlar om det konkreta vårdinnehållet och förhållningssättet till det.

1. Utredning och bedömning
2. Behandling
3. Aktiviteter

De tre följande kategorierna handlar om frihet kontra tvång och instängdhet samt makt och motstånd. De handlar också om relationer, motivation och samarbete.

4. Frihet, tvång och kontroll
5. Motstånd
6. Motivation

De tre sista kategorierna handlar om miljön och hur omgivningsfaktorer påverkar de intagna och deras mående. Det handlar om hur personal och patienter påverkar vården, hur värderingar som finns inom rättspsykiatri påverkar vården och hur faktorer i sjukhusmiljön påverkar vården.

7. Personal kontra patienter
8. Värderingar
9. Miljön

6.2 Sammanfattning av resultaten av tematiseringen

Vårdinnehåll är det som frågeställningen i uppsatsen handlar om. Därför har frågorna utformats så att de ska handla om just vårdinnehåll.

Frågorna delades in i tre delar och rubriken på dessa delar blev rubriken på de tre underkategorierna. Dessa är aktivitet, ADL och sysselsättning, behandling och samtal samt bedömning, utredning och diagnos. Efter att intervjuerna bearbetats har det framkommit ytterligare kategorier.

Resultaten kan sammanfattas i tre olika kategorier med tre underkategorier vardera. Dessa är vårdinnehåll, makt och omgivningsfaktorer. Under kategorin vårdinnehåll finns underkategorierna aktivitet, ADL och sysselsättning, behandling och samtal samt bedömning, utredning och diagnos. Under kategorin makt finns frihet och tvång, makt och motstånd samt relationer, motivation och samarbete. Under kategorin omgivningsfaktorer finns underkategorierna personal kontra patienter och patientbehov och inflytande, värderingar och verktyg samt miljön och miljöterapi.

Jag har valt att analysera kategorierna med hjälp av tre olika teorier. Dessa är empowerment, pastoralmakt samt systemteori.

6.2.1 Vårdinnehåll - Utredning och bedömning

Utredning är en del av vårdprocessen och en grundförutsättning för rättspsykiatrisk vård (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 66-68). Det är främst arbetsterapeut och psykolog som gör utredningar (ibid. s223-225).

De intervjuade berättar att det görs utredningar. Kuratorn är den som är först på bollen genom att hen tittar på RPU:n och gör bedömningar utifrån vad som står där. RPU:n Rättsmedicinalverket har gjort RPU:n och där kan det finnas förslag på utredningar och behandlingar. Kurator 1 berättar:

Kuratorn intervjuar patienten och försöker ta reda på information rörande det sociala och det ekonomiska fältet. Kuratorn kallar det för en scanning. När patienten sedan kommer till sjukhuset gör kuratorn sedan en social utredning och kopplar den till RPU:n. En HCR-20-utredning görs sedan av psykologen oftast och den brukar vara klar en månad efter att domen

vunnit laga kraft. Därefter görs en utredning av teamet, dvs psykolog, läkare, sjuksköterska och kontaktperson.

Skötare 1 intygar att det görs omfattande utredningar:

De flesta behöver utredas för att få så adekvat vård som möjligt för att sedan slussas ut till boenden och annat. Det säger en del om patientens behov och brister. Vi har en arbetsterapeut flera som utför övningar och tester. Oftast allt från arbetsförmåga och hur de sköter adl osv. Sedan har vi psykologer som utför olika testningar. En uppsjö av dessa. Kognitiv förmåga adhd.

Skötare 2 menar att utredningarna är frivilliga: "Alla blir erbjudna dessa utredningar men de är frivilliga så alla går inte igenom dem."

Följande citat handlar om utredning och bedömning och hur det fungerar inom rättspsykiatri. Skötare 4 berättar hur personalen arbetar utifrån utredningar och bedömningar: "Vi kollar på vilken nivå de är. Psykologen bedömer på vilket sätt personalen kan jobba med patienten. Vi följer det här beskedet. Vi följer besked från arbetsterapeuten. Städning hygien. De flesta får såna utredningar."

Empowerment kan handla om expertkunskap som försöker överföras på klienter. Detta har också att göra med makt, dvs vem som har makten att definiera det som är expertkunskap.

Expertkunskapen inom rättspsykiatri verkar vila på professionernas auktoritet. I ovanstående citat är det psykolog och arbetsterapeut som avgör hur arbetet med patienten ska gå till. I följande citat av Kurator 1 visar det sig att utredningar och bedömningar kan vara likvärdiga bara bedömningen görs av en auktoritet. Det innebär i så fall att det inte är själva arbetet som är viktigt utan vem som utför det:

När patienten ska skrivas ut till ett kommunalt boende så använder vi oss främst av arbetsterapeutens utredning. VI skriver även ett dokument som heter psykiatriskt bedömningsunderlag där det finns bedömningar av läkare, arbetsterapeut, psykolog, kontaktpersonen och kuratorn. Det är inte alltid utredningar som ligger till grund för detta dokument utan endast bedömningar.

I följande citat av Kurator 1 skildras att det kan vara olika om man får utredning eller inte och att det i slutändan är läkaren som bestämmer. Detta kan resultera i att man hoppar över utredningar:

Om man ska fortsätta med arbetsterapeututredning eller psykologutredning. Detta beror på olika omständigheter. Om patienten får

den möjligheten, ja det försöker vi väl ge men sen beror det också på vad doktorn tycker behövs.

Det kan bli så att man väntar och till slut hoppar man över utredningar.

Skötare 3 är kritisk till bristfälliga utredningar och säger att: "En del patienter har även sidodiagnoser. De har sin huvuddiagnos men så kan de ha drag av autism som påverkar. Det är inte riktigt utrett alla gånger och det kan ställa till det för patienten som då har funktionsnedsättningar."

6.2.2 Vårdinnehåll - Behandling

Behandling är en del av vårdprocessen och en grundförutsättning för rättspsykiatrisk vård (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 66-68). Nedan följer exempel på hur de intervjuade har beskrivit behandling inom rättspsykiatri.

Skötare 1 berättar om sin syn på behandlande insatser:

De flesta behöver tränas i alla delar. Just den sociala träningen brukar vara ok. De har ändå rört sig ute och fungerat på olika sätt. De får ändå träna sig att åka buss kanske. Du sitter instängd och så där men de flesta är beroende av olika sorters behandlingar. Vi har brottsbearbetning, en psykolog som arbetar och håller i sånt. Det skiljer sig beroende på vilket brott som är begått...Sedan jobbar vi med dem hela tiden varje dag. Alla små saker kan ju vara behandlingsinsatser absolut. De behöver stöttning med allt vissa av dem....Fysisk aktivitet behöver de flesta patienter och det blir de erbjudna. De har jättebra gym och multihall där de kan träna och spela bollsport.

Empowerment-begreppet är viktigt och centralt inom det hälsofrämjande arbetet (health promotion). Hälsobegreppet har vidgats och handlar om att främja personlig mognad, att ändra sociala, miljömässiga och ekonomiska förhållanden förutom att öka sin fysiska hälsa och välmående. Då kan aktiviteter och behandling ingå. Det är vanligt inom empowerment att huvudansvaret ligger på brukarna att ändra sig och att ändringarna inte har med att brukaren ändrar sina värderingar utan att brukaren ändrar livsstil (Askheim och Starrin, 2007, s.28).

I detta citat visas hur Kurator 2 tänker kring behandling samtidigt som patientens egna värderingar kring fysisk aktivitet inte beaktas och detta kan man finna inom expertkunskapen och även det hälsofrämjande arbetet inom Empowerment Askheim och Starrin (2007 s.40ff):

Social träning erbjuds till alla. Det är många moment som man gör med patienten som syftar till det. Det kan handla om att få patienter att delta i

cafeverksamheten. När man med personal gör något på utsidan i olika miljöer. Ta bussen det finns mycket annat.
I dessa exempel saknas reflektioner kring patienternas egna värderingar eller önskemål.

Patienten fogar sig för vården och dess villkor för att få förmåner och frihet. I första hand är patienten inte intresserad av att nå hälsofrämjande framsteg utan är främst upptagna med att utveckla strategier för att uppnå sitt främsta mål, dvs friheten (Larsson & Olsson 2009, s.10).

6.2.3 Vårdinnehåll - Aktiviteter

Aktiviteter är en del av vården och det är kopplat till kontaktmannaskapet. Tillsammans med patienten görs en omvårdnadsplan och i denna formuleras mål, aktiviteter och uppföljning. Båda sjukhusen har ett aktivitetshus med många olika möjliga aktiviteter men även begreppet ADL ingår i det som är aktiviteter (Strand, Holmberg & Söderberg 2009, s. 128).

Kurator 2 går igenom alla typer av aktiviteter som erbjuds men även hur man arbetar med vardagsstruktur inom rättspsykiatri:

Cafeverksamheten, gröna gruppen är jättepulär. Ansvarig för gröna gruppen är väldigt populär bland de intagna. Det finns ett gym, simhall, bollsportshall, bibliotek, undervisning, hemkunskap, måleri, keramik, syverkstad, musikrummet men det ligger på is nu. Patienterna får använda rummet ändå. Mediarum, datorer, hälsopedagoger, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, andra sorts pedagoger, försöker erbjuda patienter att träna på social samvaro och aktiviteter. Förberedelse på utsidan.

Ja vi jobbar med vardagsstruktur. Patienterna har en typ av morgonsamling med personalen. Jag har inte deltagit. Personalen jobbar med patienter så att de ska komma upp och rutiner för dagen. Att städa sina rum, personlig hygien, mattider när man ska gå på sina aktiviteter, supportar personalen att personer ska bli så självgående som möjligt. Personalen är med på olika aktiviteter och motiverar patienterna att vara med.

Skötare 3 berättar hur man lägger upp och planerar ADL vilket är en grundbult inom det som kallas aktiviteter inom rättspsykiatri: "Vi försöker få patienten delaktig under veckosamtalen. På veckoschemat skrivs det in om patienten har svårt att duscha eller med ADL. Två gånger i veckan så har vi duschdagar."

Vården präglas av att vårda och det handlar om att människor som är sjuka ska få hjälp och stöd att bli friska eller mindre sjuka. Därför är begreppet empowerment högst levande inom sjukvården. Glubrandsen (2000) menar att man kan ersätta empowerment med "stärkande" och Thesen och Malterud (2001) menar att det

handlar om att påverkan på patienternas livsstil ska bidra till att stärka deras förmåga att nå mål. Dessa mål kan andra ha satt upp för dem och det kan vara på bekostnad av vad de själva anser är viktigt. I intervjuerna framträder en bild av vad som patienterna ska jobba med och klara av. Det är ADL i första hand och sedan aktiviteter i andra hand. Detta bekräftar det som Thesen och Malterud (2001) skriver om att målen är satta utifrån rättspsykiatrin och inte utifrån patienterna själva.

Flera intervjupersoner pratar om motivation som ett sätt att få patienten att göra olika saker. Detta är en form av empowerment samtidigt som det inte utgår från patientens önskemål utan från verksamhetens mål. I detta citat visar Skötare 3 hur man arbetar och Skötare 3 menar att genom att motivera till ADL så skapar man meningsfullhet:

Man jobbar mer med motivation med patienten. Vi försöker skapa det som patienten efterfrågar. Vi försöker skapa meningsfullhet från grunden. Blått att patienten kommer upp på morgonen och sköter sin hygien. Vi försöker göra vardagssysslor, man bokar tvättstugan och tvättar sina kläder, man är delaktig i köket genom att plocka bort sin disk. Man är med och plockar fram frukost och middag. Städdagar varje torsdag. Patienten får städa sitt rum.

Skötare 4 menar att patienterna blir hjälpta av olika aktiviteter men att det inte fungerar med alla: "Vi erbjuder fysisk aktivitet eller hantverk. Det beror på patienten. Bollposort, träning, promenad gröna gruppen, måleriet. Vi gör även utflykt med dem. Det är några vi inte kan hjälpa men de flesta fungerar det med."

Kurator 2 menar att aktiviteter sträcker sig även utanför sjukhuset och bortom slutenvården:

Sen är tanken att aktiviteterna ska flyttas från aktivitetshuset och flyttas ut i samhället. Till exempel gyllenkroken och sekelhuset. Riktade permissioner utanför. Antingen till aktivitet, simhall gym osv utanför. Vi har patienter som går på SFI utanför på permissionsgång. Patienter som påbörjat arbetsträning. Då har de kommit längre. Det är inte det som händer först. Målet är alltid att man måste tänka att de ska komma ut.

Kurator 2 berättar samtidigt att inte alla deltar i aktiviteter i aktivitetshuset vilket är anmärkningsvärt och då kan man inte säga att vården är likvärdig: "Det finns aktivitetshuset. 47% av våra patienter som besöker aktivitetshuset. Det är bra för det är en start."

6.2.4 Makt - Frihet, tvång och kontroll

Järvinen (2013, s281) skriver om att socialt arbete inte bara handlar om hjälp och stöd utan även om kontroll och makt. Det möte som sker mellan klient och system är ojämlikt på så vis att socialarbetaren har systemet, dess regler, rutiner och resurser i anspråk medan klienten är underkastad dessa regler och rutiner. Järvinen (ibid.) skriver vidare att socialarbetare även förvaltar många aspekter av klienters liv. Det ekonomiska, bostad, aktivering, behandling och frihet. Socialarbetaren är representanter för välfärdsstaten och patienterna/klienterna är mottagare av hjälp- och kontrollåtgärder.

Kurator 2 säger hur hon ser på sitt arbete och det illustrerar ovanstående: "Min uppgift som socialarbetare har jag valt att arbeta på samhällets sida. Jag har valt sida om vi ska prata med våra klienter och patienter som jobbar på andra sidan. Jag sitter på kunskaper om hur allting funkar och det jag inte kan kan jag ta reda på. Så finns det människor som av olika skäl hamnar på kollisionkurs med den stora massan som har valt att så här ska samhället byggas och funka. Så här ska vi ha våra institutioner och så vidare. Jag tänker att om någon annan inte fixar det här så kan jag vara som en katalysator, alltså använd mig och mina kunskaper så att jag kan tolka detta för dig. Så kan vi försöka hitta minsta nämnare och du kan funka på den nivån som passar dig. Där du får ett kvalitativt bra liv som du vill ha utan att hamna i klinch med resten. Där du kan leva trots de här olikheterna. För vad som händer är att det krockar mellan människor som har svårt att komma in i samhället och här har jag hittat en uppgift att verka. Så ser jag på en socialarbetarens uppgift generellt."

Patienterna som är inlagda på ett rättspsykiatriskt sjukhus är begränsade vad gäller frihet. Men också låsta i olika rutiner och regler och villkorade att aktivera sig och genomgå behandlingar. Rättspsykiatrin innehar många professioner som beslutar och bedömer. Dessa professioner utför behandling och utredning. Rättspsykiatrin är en institution som kontrollerar, hjälper och vårdar patienterna som befinner sig därför att de blivit dömda till det. Rättspsykiatrin präglas av en sanningsregim kring hur man ska vara för att få friförmåner och bli utskriven. Jag har valt att analysera intervjuerna utifrån Foucaults (1983) begrepp pastoralmakt och hur den präglar arbetet inom rättspsykiatrin (Järvinen 2013, s281ff).

Enligt Foucault har pastoralmakten levt vidare från forntidens kyrkliga prägel till dagens välfärdssamhälle där den finns som hjälpande, vårdande och kontrollerande institutioner. Rättspsykiatrin är en sluten institution där man ständigt befinner sig och där just dessa ideal råder där man ska hjälpa och vårda samtidigt som man ska kontrollera och uppfostra.

I intervjuerna berättar de hur de vårdar patienterna men samtidigt finns det kontroll som personalen och organisationen utövar på patienterna.

Skötare 1 säger att man jobbar med patienterna hela tiden, varje dag. Detta är uttryck för den kontroll som pastoralmakten beskriver:

Sedan jobbar vi med dem hela tiden, varje dag. Alla små saker kan ju vara behandlingsinsatser absolut. De behöver stöttning med allt vissa av dem...Alla vi försöker hjälpa patienterna att hitta en vardagsstruktur.

Detta kan analyseras utifrån systemteorin också. Öquist (2018, s. 7) skriver om att se världen i helheter och att summan är större än delarna. Just rättspsykiatri är ett slutet system och där vården bedrivs på många olika nivåer. Öquist (2018, s.22) skriver vidare att både behandlare och klient ingår i ett behandlingssystem. Han skriver också att systemet avgör i vilken grad klienten har tillgång till frihet. När man befinner sig på en institution är man inte helt fri att göra fristående val utan man är beroende av det system som man befinner sig i. Detta system har en större makt över individen än vad samhället i stort har som också är ett system.

Kurator 1 uttrycker att det finns en risk för hospitalisering. Det som orsakar denna är enligt kuratorn patientens brist på vilja:

Man kan ha varit här otroligt många år och inte lyckats. Man fortsätter t ex att missbruka. Vi har problem med droger och läkemedel som smugglas in. Vi för en stor kamp hela tiden. Vi försöker att ge patienterna behandlingsinsatser. Både psykolog och arbetsterapeut. Men om patienten inte vill är det svårt och då finns det risk för hospitalisering.

En annan aspekt som tas upp i intervjuerna är förvaring. Även detta kopplas till patientens oförmåga. Kurator 2 säger följande: "De människor som vårdas här har fallit igenom alla skyddsnet som fanns tidigare. De är på sista instansen. De få fallen det gäller blir det inte mer än förvaring."

Utifrån systemteorin så skulle man kunna tolka förvaring utifrån ett systemperspektiv där organisationen, tvånget och kraven är med och skapar dessa företeelser.

Pastoralmakten uttrycks i dagens samhälle i form av olika auktoriteter genom olika professioner och institutioner. Rättspsykiatri är en institution med sina regler, normer och värderingar och inom rättspsykiatri arbetar många olika professioner där läkare har det högsta ansvaret. Dessa auktoriteter påverkar patienternas liv på olika sätt.

Kurator 1 säger att: "Vi försöker att ge patienterna behandlingsinsatser. Både psykolog och arbetsterapeut. Men om patienten inte vill är det svårt och då finns det risk för hospitalisering."

Skötare 1 säger: "När patienten skrivs ut? Mycket hänger på vad läkaren har för inställning. Det är han eller hon som bestämmer."

Kurator 2 fortsätter att berätta om olika professioner och hur de påverkar patienternas liv: "Hälsopedagoger, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, andra sorts pedagoger försöker erbjuda patienter att träna på social samvaro och aktiviteter. Förberedelse för utsidan."

Kurator 2 fortsätter och menar att makten ligger hos personalen och organisationen.

Hur mycket kan patienter påverka vilken vård de får? Det är en intressant fråga då de är under tvång. Så egentligen kan man säga att de inte kan det eftersom de inte har slutordet. Vi kan ha samma åsikt om det och det är bra att patienten delar vår syn på det hela. Det är ingenting att hymla med. De är dömda till vård. Till syverne om sist så är personer dömda till rättspsykiatrisk vård maktlösa. Vi har möjlighet att hålla dem frihetsberövade. Vi har möjlighet att bälta, tvångsinjektioner, tvångsmedicinering. Klart som fan att det är inte de som bestämmer. Personcentrerad vård och delaktighet är tveeggat i en sån här kontext som rättspsykiatri är. Det är inget snack om det. När patienten kommer med förslag tar vi det i beaktande, men beslutet ligger hos oss och förvaltningsrätten om det är såna frågor. Det ska man inte hymla med för patienten för det är det som gäller.

Kurator 2 uttrycker att det just är samarbetet som avgör hur lång tid det tar att komma ut och samarbete grundar sig på att komma överens med organisationen: "En del samarbetar hela tiden. En del tar det lång tid att få ut då de samarbetar bara vissa perioder."

Detta dilemma beskrivs i uppsatsen Rättspsykiatrisk vård som påföljd. Tvångsvård är som namnet säger vård som genomförs med eller utan patientens medgivande. Lagstiftningen är därmed en kompromiss både inom juridik och psykiatri. Här ställs patientens rätt till integritet mot rätten till vård. Det finns ett krav på en rättvis och förutsägbar straffrätt enligt författaren (Andersson 2011, s.3).

6.2.5 Makt - Motstånd

I systemteorin ses motstånd som en betydelsefull del av helheten. Motstånd är en reaktion på systemet och är en naturlig följd av hur systemet ser ut och inte det linjära sättet där motstånd ses som en motkraft.(Öqvist, 2018, s. 126) I intervjuerna beskrivs vissa patienter som inaktiva, motvilliga och till och med att de vägrar delta eller ens vara vakna på dagarna. Det pratas om hospitalisering. Det som saknas är det systemiska perspektivet att det är systemet i sig som gör att vissa blir passiva istället för att det är den enskildes fel. Rättspsykiatri är en total

institution där tvång och inlåsning är en del av systemet. Det vore önskvärt att utforska vilka konsekvenser och uttryck tvång skapar bland dem som utsätts för det ur ett systemteoretiskt perspektiv men man kan anta att det uppstår så kallat motstånd. Det är även intressant hur patienter som tidigare varit passiva påbörjar och fortsätter med aktiviteter som är inspirerade av andra patienter och inte av personal. Detta visar på hur systemet balanserar sig självt.

Några citat som illustrerar personalens syn på patienternas passivitet:

Kurator 1 säger att: "Våra patienter kan vara väldigt inaktiva. De kanske bara kommer upp och röker om de kommer upp alls...Ibland kan man ha det som krav att komma upp på morgonen så att man ska få andra förmåner."

Skötare 1 utvecklar hur motstånd kan te sig:

Denna patientgrupp är svår att motivera till att göra saker men utbudet finns om viljan finns. Det är svårt när de har sin psykos då blir saker utanför oviktiga. Och om en aktivitet uppfattas som att man dödar tid så kan man göra det på sitt eget sätt.

Det uttalas att det blir jobbigt för personalen när patienterna inte deltar i aktiviteter. Samtidigt lyfts att patienter kan uppfatta aktiviteter som att man dödar tid och att man då hellre hittar andra sätt som man kan döda tid på. När man ser det ur patientens perspektiv så faller det sig naturligt att inte delta i de erbjudna aktiviteterna och om man skulle ha ett systemteoretiskt perspektiv så skulle man vilja ta reda på orsak till patienternas ovilja.

När det gäller psykiatrisk tvångsvård och maktutövning så föder den, liksom all makt, ett visst motstånd och inom rättspsykiatri kan motståndet ta sig många olika uttryck. Situationen för patienterna präglas av rädsla för tvångsåtgärder, begränsat inflytande samt svårförutsägbar vårdtid. Motstånd kan finnas i det stora men ofta finner man dem i det lilla, de vardagliga situationerna (Fogelquist 2013, s.6-10).

6.2.6 Makt - Motivation

Vården präglas av att vårda och det handlar om att människor som är sjuka ska få hjälp och stöd att bli friska eller mindre sjuka. Därför är begreppet empowerment högst levande inom sjukvården. Glubrandsen (2000) menar att man kan ersätta empowerment med "stärkande" och Thesen och Malterud (2001) menar att det handlar om att påverkan på patienternas livsstil ska bidra till att stärka deras förmåga att nå mål. Dessa mål kan andra ha satt upp för dem och det kan vara på bekostnad av vad de själva anser är viktigt.

Skötare 3 menar att meningsfullhet och motivation går hand i hand och att det handlar om att utgå ifrån det som patienten vill:

Man jobbar mer med motivation med patienten. Vi försöker skapa det som patienten efterfrågar. Vi försöker skapa meningsfullhet från grunden. Blir att patienten kommer upp på morgonen och sköter sin hygien. Vi försöker göra vardagssysslor, man bokar tvättstugan och tvättar sina kläder, man är delaktig i köket genom att plocka bort sin disk. Man är med och plockar fram frukost och middag. Städagar varje torsdag. Patienten får städa sitt rum.

Inom sjukvården är målet alltid att minska sjukdom och öka hälsa. Detta är väldigt brett och kan definieras på olika sätt. De intervjuade menar att man ska klara av att bo på ett boende och ha en sysselsättning för att bli utskriven från slutenvården. Det primära är alltså inte att vara frisk utan att klara av att bo på ett boende. Att man klarar av att hantera permissioner till det boendet. Detta tolkar jag som att den rättspsykiatriska vården strävar efter. Det finns även risker med detta då risken för att begå självmord eller dö på annat sätt är större än för andra grupper (Seena et al. 2016, s.17).

Kurator 2 säger: "Det finns en patient som ska skrivas ut nu... Man har gjort en bedömning hur permissioner har fungerat men även de aktiviteter på utsidan som har varit. Sammantaget har man gjort en bedömning att det varit tillräckligt... Sen är det den rättspsykiatriska öppenvården som tar över."

Detta bekräftar det som Thesen och Malterud (2001) skriver om att målen är satta utifrån rättspsykiatrin och inte utifrån patienterna själva.

Flera intervjupersoner pratar om motivation som ett sätt att få patienten att göra olika saker. Detta är en form av empowerment samtidigt som det inte utgår från patientens önskemål utan från verksamhetens mål. Här berättar Skötare 3 om hur man jobbar:

Man jobbar mer med motivation med patienten. Vi försöker skapa det som patienten efterfrågar. Vi försöker skapa meningsfullhet från grunden. Blir att patienten kommer upp på morgonen och sköter sin hygien. Vi försöker göra vardagssysslor, man bokar tvättstugan och tvättar sina kläder, man är delaktig i köket genom att plocka bort sin disk. Man är med och plockar fram frukost och middag. Städagar varje torsdag. Patienten får städa sitt rum...Denna patientgrupp är svår att motivera till att göra saker men utbudet finns om viljan finns.

Enligt pastoralmakten så kan man antingen disciplinera sig in i ledet eller göra motstånd mot de värderingar som institutionen innehar.

Skötare 2 berättar att vissa patienter bara vill vara på rummet och det kan man tolka som ett motstånd: “Hur mycket får de vara med? Från fall till fall...Det är väldigt olika i vilket stadie patienten är. En del vill bara vara på rummet, sitta och röka.”

6.2.7 Omgivningsfaktorer - Patient kontra personal

När det gäller behandlingsarbete sett ur ett systemteoretiskt perspektiv så handlar det om att försöka se klienten ekologiskt och i sitt hela sammanhang. Man studerar då samspel, kommunikation, individer och institutioner (Öqvist, 2018, s. 11).

Ur systemteoretiskt perspektiv skulle man se sig själv som personal, men även andra patienter som en del av patienters vårdfält och personalens motivationsvilja skulle kunna bidra till patienters ovilja att delta.

Skötare 1 säger:

För ett år sedan hade vi inga patienter i cafét men nu är nästan hela sidan där dagligen. Samma är det när det händer någon annan aktivitet så det ett gäng som går iväg. Det är som att nu händer nånting spännande där borta. Orsaken till detta är att de har hittat en gemenskap.

Skötare 3 säger: “Vi har många på enheten som tycker om att gymma..Många yngre patienter har varit lättare att motivera och vi är glada för det.”

Dessa två citat visar på hur andra patienter och patientsammansättningen påverkar patienterna till att delta i aktiviteter. Enligt systemteorin ser man samspelet mellan individ och omvärld som viktig. Till skillnad från kausaltänkandet där man söker orsak bakåt i tiden handlar systemteorin om här och nu. Man tittar på hur system och organismer förändras och förnyas i samspel med omgivningen (Öqvist 2018, s. 27). Det är tydligt hur aktivitetsnivån påverkas omgående orsakade av påverkan med omgivningen, alltså här och nu. Denna faktor tas upp i förbifarten i intervjuerna men fokuset ligger på de verksamhetsgivna aktiviteterna och man ser inte till hur samspelet mellan patienter men också mellan patienter och personal påverkar vården.

Enligt Kurator 1 är det samma sak när det gäller utredning: “Om patienten får den möjligheten, ja det försöker vi väl ge men sen beror det också på vad doktorn tycker behövs. Det kan bli så att man väntar och till slut hoppar man över utredningar.”

Kurator 1 fortsätter och menar att teamet spelar roll hur vården yttrar sig: “Vem som är i teamet påverkar vilka insatser som patienten får. Men även ens attityd påverkar.”

Hur möjligheterna ser ut för patienter att påverka vården och hur påverkas de av rättspsykiatrin. Öquist (2018, s.25) skriver att systemtänkandet lägger vikten vid det ömsesidiga beroendet mellan individ och omvärld. Hur vården yttrar sig påverkas inte bara av olika insatser utan även av vilka som är med i teamet, vem som är läkare men också hur patientsammansättningen ser ut.

Vad gäller personal som påverkar patienterna så säger skötare 3 att: “Vi försöker i vårdlaget det det vi kan göra men förut var det mera gediget... Arbetsterapeut har vi haft brist på i hela huset långa perioder.” Han säger vidare att: “Vi har inte haft alla professioner. Inte tillräckligt med folk som varit anställda. Ibland har det gått lång tid innan patienten har fått alla bitar.”

Samtidigt finns det exempel i intervjun som visar ett hjälpande förhållningssätt där man utgår från patientens behov, men där man fokuserar på form snarare än på innehåll. Grunden inom empowerment är att man ska försöka hjälpa klienter/patienter genom att stärka dem (Askheim och Starrin, 2007, s.81). Samtidigt kan det vara så att man stärker brukaren så att hen kan bättre ta vara på sig själv utan att brukarens egna värderingar ligger till grund eller läggs till grund för detta (Askheim och Starrin, 2007, s.28).

Skötare 3 säger:

Patienten är inbjuden i teamet och patienten ska vara delaktig i sin vård. Personcentrerad vård. Vi tittar ännu mer på individnivå. Hur fungerar det med patienten, vad säger och tycker patienten. Vi jobbar mer med individnivå nu. Om patienten aldrig varit en morgonmänniska planerar vi in aktiviteter på eftermiddagen. Där tar vi hänsyn med att komma upp på morgonen.

Följande citat från Skötare 1 visar att skötaren ifrågasätter det hjälpande förhållningssättet: “Alla vi försöker hjälpa patienterna att hitta en vardagsstruktur. Men vad är rätt och vad är fel. Vem säger att deras nivå inte duger.”

Flera av de intervjuade pratade om vilka behandlingsinsatser som ges och att det finns en godtycklighet i systemet. Vissa får behandlingsinsatserna, andra inte. Vissa får behandlingsinsatser tidigt medan andra får det sent. Vården inom rättspsykiatrin är inte tidsbestämd men trots det så behandlas tidsaspekten godtyckligt menar de intervjuade. Dessa påståenden illustreras nedan.

Kurator 1 menar att det inte alltid är behovet som styr utan vad doktorn tycker:

Det är ibland så att man måste vänta. Kuratorn sätter igång ganska omedelbart med sitt jobb men ibland måste även kuratorn vänta beroende på hur patienten mår. Om man ska fortsätta med arbetsterapeutsutredning eller psykologutredning. Detta beror på olika omständigheter. Om patienten får den möjligheten, ja det försöker vi ge men sen beror det också på vad doktorn tycker behövs.

Kurator 2 berättar att många behandlingar saknas och då blir det problematiskt när man säger sig ha dessa behandlingar: "Brottsbearbetning känner jag inte så mycket till. Jag pratar med vissa patienter om deras brott, men jag kallar inte det brottsbearbetning. Jag har inte stött på det hittills... Missbruksvård har jag inte sett röken av."

6.2.8 Omgivningsfaktorer - Värderingar

Empowerment kan handla om expertkunskap som försöker överföras på klienter. Detta finns det flera exempel på hur personalen överför sina värderingar på vad patienter bör göra och hur expertkunskapen får råda framför patientens vilja. Detta har också att göra med makt, dvs vem som har makten att definiera det som är expertkunskap. Pastoralmakten har ersatt frälsning efter döden med hälsa och välbefinnande i detta livet. Detta tas upp av de intervjuade som en central del av målet med arbetet:

Här kan man se Skötare 1s värderingar och hur de påverkar patienter:

De flesta behöver tränas i alla delar...Sedan jobbar vi med dem hela tiden varje dag. Alla små saker kan ju vara behandlingsinsatser absolut. De behöver stöttning med allt vissa av dem....Fysisk aktivitet behöver de flesta patienter och det blir de erbjudna. De har jättebra gym och multihall där de kan träna och spela bollsport.

Skötare 3 pratar om intimhygien och hur verksamhetens värderingar påverkar patienten: "Vi försöker få patienten delaktig under veckosamtalet. På veckoschemat skrivs det in om patienten har svårt att duscha eller med ADLen. Två gånger i veckan så har vi duschdagar."

Skötare 3 menar också att vikt och sysselsättning är viktiga områden att fokusera på och därmed utgår ifrån sina egna eller organisationens värderingar och inte från patientens värderingar:

De kan bli sittande i sin lägenhet utan adekvat sysselsättning eller fysträning. Vissa är mer intresserade av det. Man kan inte tvinga dem att träna. Det går inte. Vi försöker lära de att äta lite sundare. De går upp i

vikt. Det är inte bara maten utan även medicinen. Det som saknas är sysselsättning när de kommer ut.

Här är det expertkunskapen som sätter ribban och blir värdering för personal och patienter. Skötare 4 säger: “Vi kollar på vilken nivå de är. Psykologen bedömer på vilket sätt personalen kan jobba med patienten. Vi följer det här beskedet. Vi följer besked från arbetsterapeuten. Städning hygien. De flesta får såna utredningar.

Enligt uppsatsen “Att vårdas eller fostras” är det rättspsykiatriska vårdandet en fostran av patienter och villkoren för detta vårdande fastställs i den kultur som råder där vården utövas. Enligt uppsatsen så är det först när patienten har accepterat och anpassat sig till vårdens villkor som vårdarna upplever att det är möjligt att förändra patientens beteende (Hörberg 2008, s.96). Det finns ett fostrande som kommer till uttryck i intervjuerna. Det som patienterna ska jobba med är redan förutbestämt såsom aktiviteter och ADL. Sedan uttrycker personalen att när patienter inte accepterar vårdens villkor är det svårt och kan leda till förvaring.

6.2.9 Omgivningsfaktorer - Miljö

Miljön inom rättspsykiatri definieras av de intervjuade som både den fysiska miljön och den sociala miljön. I den sociala miljön kan ekonomi också ingå.

Hälsa definieras inom empowerment som den fysiska hälsan men även sociala och ekonomiska förhållanden (Askheim och Starrin (2007 s.40ff).

När det gäller systemteori som försöker man se klienten ur ett ekologiskt perspektiv, dvs ett större sammanhang som innehåller samspel och kommunikation mellan individer och institutioner (Öqvist, 2018, s. 11). Detta definierar delar av den sociala miljön.

Den fysiska miljön beskrivs i positiva ordalag. Här beskriver Skötare 3 aktivitetshuset: “Vi har ett jättefint aktivitetshus som har fokuserat på fysisk träning. Gym, vattengympa, bassäng och en stor gymnastiksal där det regelbundet görs bollsporter. Så den biten tycker jag är väldigt bra. Vi har mycket att erbjuda patienten.”

Miljön på avdelningen kan motverka behandling berättar Kurator 1: “Man kan ha varit här otroligt många år och inte lyckats. Man fortsätter t ex att missbruka. Vi har problem med droger och läkemedel som smugglas in. Vi för en kamp hela tiden.”

De ekonomiska förutsättningarna för patienterna är en del av deras psykosociala miljö. Den kan vara begränsande och rättspsykiatrien fokuserar på denna faktor. Kutatorn gör utredningar och kontaktpersoner får följa patienternas situation. Kurator 1 säger:

Först träffar vi personen Vi gör en screening scannar av socialt och ekonomiskt. Vi går igenom hur det fungerar när patienten kommer hit. Sedan en social utredning och kopplar denna till RPU...Om man tar nytta av tiden man har, tex tar tag i det ekonomiska så har man större chans att lyckas på utsidan sedan.

Kurator 2 berättar att patienterna har många professioner runt omkring sig och att de erbjuds social träning och samvaro. De utsätts även för bedömningar. Detta är en del av den sociala miljön för patienterna:

Mediarum, datorer, hälsopedagoger, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, andra sorts pedagoger, försöker erbjuda patienter att träna på social samvaro och aktiviteter. Förberedelse på utsidan...Arbetsterapeuter skriver en arbetsterapeutisk bedömning och har gjort en bedömning i hemmet eller eventuellt aktivitetshuset hur patienten har klarat sig där.

Systemet inom rättspsykiatrien är avgörande för patienterna, deras valmöjligheter och hur de präglas och påverkas. Systemteorin menar att när man befinner sig på en institution är man inte helt fri att göra fristående val utan man är beroende av det system som man befinner sig i. Detta system har en större makt över individen än vad samhället i stort har som också är ett system (Öqvist 2018, s.22).

Teorin om pastoralmakten visar att funktionen är att kontrollera och hjälpa befolkningen. Den bygger på att skärskåda individens svagheter och problem (Järvinen 2013, s.285-287). Detta är högst aktuellt att beskriva hur patientens miljö ser ut och det maktutövande som sker i patientens miljö. Utifrån att patienterna ständigt är satta under bedömning av olika professioner, men främst av de mentalskötare och sjuksköterskor som finns närvarande dygnet runt tolkar jag det som att fokus ligger på ett fokus på patienters tillkortakommanden.

Följande citat av Skötare 4 visar att när man inte fokuserar på sjukdom så kan det bli problem: "När de skrivs ut finns patienter som uppfattar sig som friska och vägrar då medicin och behandling. Det blir jobbigt för oss."

Öqvist (2018, s.33) skriver att tiden kan vara en konstant. Konstanter står för det säkra och det förutsägbara och fungerar som regulatorer i ett system. Tiden kan både ladda upp liksom kyla ner ett system.

Strand (2009, s.242) skriver att vårdtiderna inom rättspsykiatrien har ökat sedan början av 1990-talet. Det beror på att fler hålls kvar längre inom rättspsykiatrien och orsaken är kravet på samhällsskydd med risk för återfall i brott.

Tiden tolkar jag är en del av omgivningsfaktorerna och miljön. Tiden är närvarande då vården inte är tidsbegränsad. Detta påverkar patienterna och vården enligt de intervjuade.

När det gäller vårdtiden så säger skötare 3 att: "På lång sikt fungerar insatserna väldigt bra eftersom vårddiderna är långa."

Kurator 1 berättar om att saker tar tid inom rättspsykiatri: "Det beror på patienten, personalen, ja hur det ser ut på avdelningen. Det kan ta månader innan aktiviteter kommer igång. Meningsfull sysselsättning har vi haft väldigt lite av.

Hur möjligheterna ser ut för patienter att påverka vården och hur påverkas de av rättspsykiatri. Öquist (2018, s.25) skriver att systemtänkandet lägger vikten vid det ömsesidiga beroendet mellan individ och omvärld. Systemteorin har fokus på nuet. Strukturen och funktionen hos levande system förändras och förnyas i samspel med omgivningen. Det är tydligt i ovanstående citat att just kombinationen mellan miljö och den fas patienterna befinner sig i skapar olika resultat.

Kapitel 7

7.1 Avslutande diskussion

Den förkunskap som jag hade har på många punkter bekräftats av de intervjuade genom de svar de har lämnat. Den kritik som fanns har bekräftats men i och med intervjuerna så dök det upp nya perspektiv och ny kritik. Det är viktigt att kritiken kommer fram men det är även viktigt att nya perspektiv på vården kommer fram för att det ska bli förändringar till det bättre.

7.2 Slutsatser utifrån intervjuerna

Syftet med denna studie var att utforska vårdinnehållet i den rättspsykiatriska vården. Därför utformades ett intervjuformulär med tyngdpunkt på tre olika typer av vårdinnehåll, utredning, behandling och aktiviteter. Intervjun skedde med två olika yrkeskategorier på två olika rättspsykiatriska sjukhus. Resultat och analys visar att oavsett yrkeskategori eller arbetsplats finns gemensamma drag i svaren. Personalen menar att det finns utredningar, behandlingar och aktiviteter, samtidigt som det många gånger saknas kompetens eller utförande av ovanstående. Rättspsykiatri är tvingande och då är det inte förvånande att många av patienterna inte vill delta i delar av vården.

Rättspsykiatri är ett på många sätt slutet system. Här bor de intagna och om de inte har permissioner och frigång så tillbringar patienterna nästan all sin tid inom systemet. Man får mat, sömn, underhållning, behandling, träning, aktiviteter, social samvaro och medicin. Det blir som en liten värld i den stora världen. I min analys av rättspsykiatri som ett system har jag sett att mycket talar för att

rättspsykiatri är ett system och att vården är ett system av olika insatser. Dessa insatser eller faktorer består av aktiviteter, mediciner, behandlingar och utredningar, men också av miljön, kontakten med personalen och sammansättningen av patienter.

Rättspsykiatri innebär tvång. Patienterna är dömda och tvingas vara där. Dessutom finns regler och rutiner som tvingar och hindrar dem från olika saker. Därför är det naturligt med ett motstånd. Ur systemteori-perspektiv att motståndet är ett resultat av tvånget. Att passivitet kan vara ett motstånd då normen är att aktivera sig. Detta synsätt saknas hos de intervjuade. De uppfattar patienterna som svåra och inte som att tvång skapar ett motstånd. Utifrån patientsammansättning kan det innebära att graden av aktiviteter ökar och detta fokus saknas i stort sett. Sysselsättning kan vara ett sätt att döda tiden på och det kan patienterna göra själva också. Omgivningsfaktorerna verkar ha större betydelse än vad de intervjuade är medvetna om.

Empowermentanalysen visar att för att bli utskriven krävs det främst att man kan sköta permissioner. Inga krav på att patienter ska vara friska eller iniktsfulla nämns som ett villkor. Många utredningar verkar göras men ändå kan det saknas utredningar när patienten skrivs ut.

Vissa behandlingar, såsom missbruksbehandling och brottsbearbetning kan saknas. För att bli utskriven handlar det snarare om att kunna följa regler och framför allt permissionsregler snarare än att bli frisk, drogfri eller få insikt över sitt liv. Analysen visade också att målen är satta utifrån rättspsykiatriens ram och inte utifrån patienters synvinkel. Det erbjuds många aktiviteter i aktivitetshuset men alla går inte till aktivitetshuset och för dem som inte går dit är aktivitetsmöjligheterna begränsade. Behandling består av den sociala träningen främst av att åka buss och klara av att handla.

Det som maktanalysen visade är att patienter får bestämma om deras åsikt överensstämmer med det aktuella teamet. Det som påverkar vilka insatser som patienterna får är patientens inställning och attityd men även vilka som ingår i teamet runt patienten. När patienter vägrar eller gör motstånd så är motivation förhållningssättet och inte exempelvis acceptans och värdering utifrån patienten. Det finns samhällets sida och patienternas sida och personalen är på samhällets sida. Detta gör att alliansmöjlighet som krävs för behandlingsarbete mellan patient och personal kan vara begränsad. Målet är hela tiden att tänka att de ska komma ut samtidigt som de är inskrivna under väldigt lång tid och riskerar att bli institutionaliserade.

Det som intervjupersonerna intygar är att vardagsstruktur och social träning är det som fungerar. Aktiviteter i aktivitetshuset fungerar också bra för de som besöker aktivitetshuset. Att motivera patienter under tvång visar sig svårt och kan leda till motsatt effekt, dvs institutionalisering.Handledning verkar vara begränsad och det uppfattas som att vården bedrivs godtyckligt utifrån vem som är med i teamet. En orsak till detta är att forskning kring rättspsykiatri är ytterst begränsad och därför kan man inte arbeta utifrån evidens. Samtidigt som mycket

resurser läggs på rättspsykiatri i form av lokaler och olika yrkeskategorier ökar
vårdtiderna.

Referenslista

Alvehus, Johan (2019) *Skriva uppsats med kvalitativ metod*. Stockholm: Liber

Andersson, Anna (2011) *Rättspsykiatrisk vård som påföljd*. Göteborgs Universitet
[https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/28558/1/gupea_2077_28558_1.pdf Hämtat 2020-04-28].

Brottsförebyggande rådet (2019). *Lagföring, kriminalvård och återfall i brott*.
[<https://www.bra.se/om-bra/nytt-fran-bra/arkiv/press/2016-05-31-lagforing-kriminalvard-och-aterfall-i-brott.html> Hämtat: 2019-04-16].

Collins, Randall (2008) *Den sociologiska blicken*. Studentlitteratur.

Fogelquist, Ola (2014) *Det har betydelse hur du säger det: patienters och sjuksköterskors upplevelse av maktutövning inom slutna psykiatrisk tvångsvård*. Sophiahemmet Högskola

Forsberg, Gunnar & Johan Wallmark (2013). *Nätverksboken - om mötets möjligheter*. Stockholm: Liber.

[<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:686911/FULLTEXT01.pdf> Hämtat 2020-04-06].

Högskolecentrum Vänersborg. (2007). *Inventering av utbildningsnivå, rekryteringssituation för valda personalgrupper inom berörda myndigheter samt behov av personal vid utökande verksamheter inom rättspsykiatri och kriminalvård: rapport till socialstyrelsen 2007-04-10*.

[<http://docplayer.se/2589723-Rapport-till-socialstyrelsen-2007-04-10.html> Hämtat 2020-04-06].

Hörberg, Ulrika (2008) *Att vårdas eller fostras*: Växjö University Press.

[<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:205815/FULLTEXT01.pdf> Hämtat 2020-04-30].

Jämlik vård på 1177

[<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/jamlik-vard-fordjupning/> Hämtat 2020-02-24].

Järvinen, Margareta (2013) *Ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system I*: Anna

Meeuwisse & Hans Swärd (red.). (2013) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & kultur.

Kalman, Hildur & Veronica Lövgren (2019) *Etiska dilemman : forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerup utbildning AB

Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB

Larsson, Nils & Inga Olsson (2009) *Att arbeta vid en total institution -*

En studie om vårdares syn på sitt arbete inom rättspsykiatri. Lund: Lunds socialhögskola
[<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOId=1529305&fileOId=1529312> Hämtat 2020-05-26].

Matthew, David & Sutton, Carole D. (2016): *Samhällsvetenskaplig metod.* Lund: Studentlitteratur.

Michael Nyhaga (2011). *Rädsla präglar synen på psykisk sjukdom.*
[[https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo/radsla\(praglar-synen-pa-psykisk-sjukdom/](https://www.suntarbetsliv.se/artiklar/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo/radsla(praglar-synen-pa-psykisk-sjukdom/) Hämtat 2019-04-16].

Nygren, Lennart (2013) *Sociala strukturer och sociala problem I: Anna Meeuwisse & Lerdell, David (2012) Medias rapportering om rättspsykiatri.* Stockholm: Lerdell Investigations AB

w

Sarnecki, Jerzy (2010): *Brottsligheten och samhället.* Lund: Studentlitteratur.

Seena Fazel, Zuzanna Fiminska, Christopher Cocks & Jeremy Coid (2016): *Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis.* The British Journal of Psychiatry
[https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/650EE438EBBE2E08A8919FD010E5AAC6/S0007125000240300a.pdf/patient_outcomes_following_discharge_from_secure_psychiatric_hospitals_systematic_review_and_metaanalysis.pdf Hämtat 20200526].

Socialstyrelsen (2006) *God vård på lika villkor.* Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2009) *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*
www.socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen.

Strand, Gunnar Holmberg & Erik Söderberg (2009): *Den rättspsykiatriska vården.* Lund: Studentlitteratur.

Utmaningar i socialt arbete. Första uppl. Stockholm: Natur & Kultur

Vetenskapsrådet, 2017 *Kartläggning av rättspsykiatrisk forskning.* Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wiklund Gustin L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis.* Stockholm: Natur & kultur.

Wohlert, Richard (2012) *Utskrivningsklara patienter i rättspsykiatri.* Göteborg: Göteborgs universitet

Öquist, Oscar (2018) *Systemteori i praktiken, konsten att lösa problem och nå resultat.* Stockholm: Gothia Fortbildning AB

Rapport 2015:10 "Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995" © Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Bilagor

1. Informationsbrev till respondenter
2. Intervjuguide

Bilaga 1

Informationsbrev ang intervju till C-uppsats

Jag heter Sebastian Karakas och läser socionomprogrammet på Göteborgs universitet. I utbildningen ingår att göra ett C-uppsatsarbete, vilket är anledning till att denna intervjustudie kommer att göras.

Till dig som arbetar inom rättspsykiatri. Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie.

Vårdtiden ökar samtidigt som patienter själva inte får välja det sjukhus de ska vårdas på. Jag vill därför genomföra en intervjustudie med förhoppningen att resultatet i studien kan leda till ökad förståelse för vårdinnehållet och eventuella skillnader mellan olika sjukhus gällande vårdinnehållet. Syftet med studien är undersöka kuratoens och skötarens syn på vården på en specifik avdelning på två olika sjukhus.

Det är helt frivilligt att medverka i studien och du kan när som helst avbryta din medverkan. Intervjuerna kommer att genomföras på din arbetsplats eller en annan avskild plats som du väljer. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas för att kunna analyseras. Intervjuerna beräknas ta 30-60 minuter.

Materialet från intervjuerna kommer att hanteras och behandlas konfidentiellt och det kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer att kunna ta del av det. Personuppgifter så som namn kommer inte stå med och jag ska göra mitt yttersta för att ingen ska kunna identifieras i examensarbetet.

Har du några frågor så hör gärna av dig.

2019-03-18

Studerande:

Sebastian Karakas

sebastian.karakas@vgregion.se

Handledare:

Manuela Sjöström

Manuela.sjostrom@socwork.gu.se

Bilaga 2

Intervjufrågor

1. Vad har du för profession?
2. Hur länge har du arbetat här på?
3. Vilka insatser finns tillgängliga gällande utredning?
4. Vilka insatser får patienterna del av och i hur stor omfattning gällande utredning?
5. Vilka insatser kring detta saknas när patienten skriva ut till öppenvården gällande utredning?
6. Hur ser behovet ut gällande meningsfull aktivitet, så som konditionsträning, bollsporter, styrketräning, kroppskänedom, meningsfull sysselsättning, vardagsstruktur?
7. Vilka insatser finns tillgängliga gällande aktivitet?
8. Vilka insatser får patienterna del av och i hur stor omfattning gällande aktivitet?
9. Vilka insatser kring detta saknas när patienten skriva ut till öppenvården gällande aktivitet?
10. Hur ser behovet ut gällande behandling, så som fobiträning, missbruksvård , traumabearbetning och brottsbearbetning, social träning?
11. Vilka insatser finns tillgängliga gällande behandling?
12. Vilka insatser får patienterna del av och i hur stor omfattning gällande behandling?
13. Vilka insatser kring detta saknas när patienten skriva ut till öppenvården gällande behandling?
14. Får alla patienter lika insatser?
15. Om inte vad beror det på att patienter får olika insatser?
16. Hur mycket kan patienter själva påverka vilka utredande och rehabiliterande åtgärder de kan få?
17. Hur fungerar insatserna för patienterna på kort och lång sikt?
18. Är du nöjd med de insatser som patienterna får under sin tid på rättspsykiatri?
Varför då?