INSTITUTIONEN FÖR
GLOBALA STUDIER

”DET BLIR BARA ETT VAKTJOBB”

En kvalitativ studie om skötare och behandlingsassistenters erfarenheter av rättspsykiatrisk slutenvård.

Nina Marberg

Examensarbete i socialantropologi

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Antropologprogrammet, SA1511
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2024
Handledare:	Steffen Jöhncke
Examinator:	Jörgen Hellman
Antal ord:	10 998

Abstrakt

I Sverige kan individer som begår brottsliga gärningar komma att dömas till Rättspsykiatrisk vård istället för att dömas till fängelse. Detta sker efter en fördjupad utredning begärd av domstol för att undersöka om individen begått brottet under påverkan av en allvarlig psykisk störning. Den rättspsykiatriska vården är inte tidsbestämd utan vården avslutas när individen inte längre anses utgöra en fara för samhället och att den allvarliga psykiska störningen är behandlad. Vårdandet av dessa individer sker under ett komplext sammanhang då man ska vårda den allvarliga psykiska störningen jämsides med att agera samhällsskyddande, frihetsberövande och har befogenhet för tvångsåtgärder.

Denna studie har genomförts på en av Sveriges rättspsykiatriska institutioner som bedriver slutenvård. Syftet med studien har varit att från ett inifrånperspektiv genom deltagande observationer och intervjuer undersöka skötare respektive behandlingsassistenters upplevelser av rehabiliteringsarbetet med målgruppen om rättspsykiatriska patienter.

Studiens resultat visar två centrala delar. Skötare och behandlingsassistenter ser relationer som en central faktor för en god rehabilitering samt arbetsmiljö och dessa allianser är viktiga. De upplever även en konflikt av ideal och verklighet i relation till deras arbetsuppgifter och uppdrag till följd av begränsade resurser och handlingsutrymme. Det teoretiska ramverket förankras i dramaturgi, makt, double-bind teori med begrepp om normalitet, ideal, hierarki, frivillighet. Materialet i denna studie utgår från metoder om deltagande observationer under 10 veckor och 14 intervjuer tillsammans med personal.

Nyckelord: normalitet, rättspsykiatri, rehabilitering, institution, makt

Förord

Till alla er informanter och respektive kollegor vill jag rikta ett enormt tack för ert mottagande. Utan er öppenhet, tillit och transparens om er vardag inom rättspsykiatrisk vård hade denna studie inte varit möjlig att genomföra. Det har varit så lärorikt att få gå bredvid er och få ta del av era berättelser och dela stunder av skratt. Jag vill innerligt tacka för den tid jag fått spenderat med er. Ett stort tack ska även riktas till institutionen som gav mig tillträde till er verksamhet.

Uppsatsen hade inte heller varit möjlig utan ett stort engagemang från min handledare Steffen Jöhncke. Ett ödmjukt tack till dig och den handledning du givit under våren.

Innehållsförteckning

1. Introduktion 5
1.2 Syfte och frågeställningar 6
2. Bakgrund 7
2.1 Lagen om rättspsykiatrisk vård och dess syfte 7
2.2 Institutionens utformning 8
3. Tidigare forskning 12
4. Teoretisk anknytning 14
4.1 Dramaturgi 14
4.2 Makt 15
4.3 Double-binding 16
4.4 Normalitet 16
5. Material och metod 17
5.1 Information och samtycke 17
5.2 Deltagande observationer 18
5.3 Intervjuer 18
5.4 Etisk hänsyn och överväganden 19
5.5 Reflektion över min roll 20
6. Etnografisk diskussion 22
6.1 Relationen mellan skötare och patient 22
6.2 En medveten maktdynamik 24
6.3 Frivillighet under tvång 25
6.4 Att uppträda autentiskt 26
6.5 En strävan om normalitet 27
6.6 Det vårdande idealet 30
6.7 Att arbeta ensam 31
6.8 Ramverk för arbetet 33
7. Avslutning 34
8. Litteraturförteckning: 36

1. Introduktion

I Sverige finns lagstiftningen om Lagen om Rättspsykiatrisk vård som innebär att man kan dömas till vård istället för fängelsestraff som påföljd av en brottshandling. Grunderna för att dömas till rättspsykiatrisk vård istället för fängelse är att man begick brottet under påverkan av en allvarlig psykisk störning och därav har ett större behov av vård än fängelse.

Rättspsykiatrin har ett komplext uppdrag där de ska bedriva individuell vård jämsides med ett samhällsskyddande uppdrag. Med samhällsskydd menas att de ska se till återfallsrisken, att den ska bedömas låg, innan patienter åter vistas i samhället genom permissioner eller utskrivning från slutenvård. Det intressanta med området är att det hamnar mellan två olika förhållningssätt eftersom det har ett vårdande samt ett straffande perspektiv. Vad personal exempelvis anser vore gynnsamt för en patient ur vårdperspektivet kan hamna i konflikt med dess andra uppdrag om samhällsskydd. Det är även en institution som få har insyn eller kunskap om bland gemene person. De tillfällen som Rättspsykiatrin lyfts fram i media är främst när någonting gått fel såsom att patienter har avvikit från institutionen eller när det finns spekulationer om vilken dom en brottsling kommer få.

Inom området finns begränsad kvalitativ forskning om personalens erfarenheter. Sedan lagen trädde i kraft 1992 (Strand, Holmberg, och Söderberg, 2009, s.36) har många studier kring patienters välmående och hälsa genomförts men inte kring personalens upplevelser. För en förståelse av rättspsykiatrin är det gynnsamt med inblick i inte enbart patienters upplevelser av att vårdas utan även personalen som arbetar med målgruppen. Därav ansåg jag att det finns en lucka i forskningen och valde ämnet för kvalitativ studie.

Studien har undersökt skötare och behandlingsassistenters upplevelser av att rehabilitera patienter inom rättspsykiatrisk slutenvård. Studien bygger på ett 10 veckors fältarbete där jag spenderat tid tillsammans med personal inom en av de institutioner i Sverige som bedriver slutenvård inom rättspsykiatrin, med syftet att undersöka och lyfta fram deras perspektiv och erfarenheter av vården som bedrivs.

1.2 Syfte och frågeställningar

Den rättspsykiatriska vårdens uppdrag står i motpol till varandra; att skapa delaktighet, frivillighet och trygghet i en kontext av tvång och maktutövande. Det intresserade mig hur man i ett socialt arbete arbetar med maktdynamiken mellan personal och patient samt den hierarkiska ordning som råder utifrån yrkestitlar. Jag strävade också efter en förståelse för hur själva ramverket för deras uppdrag såg ut, alltså deras "vardag" och premisser utifrån patienternas problematik och vårdbehov.

Skötare och behandlingsassistenter är den personalgrupp som spenderar mest praktisk tid tillsammans med patienterna. Trots detta finns det lite tidigare forskning som visar på deras erfarenheter. Denna studie ämnade därav att från ett inifrånperspektiv att skapa en förståelse för dessa yrkeskategoriers upplevelser av vården.

Frågor för studien är således följande;

- Vad består skötare och behandlingsassistenters arbetsuppgifter av, och vilka är villkoren för att hantera dessa uppgifter?
- Hur hanteras den permanenta motsatsen av vårdande och maktutövande?
- Hur speglar deras arbete patienternas problemställningar?

2. Bakgrund

> ” Jag önskar... Jag tycker att vi borde göra mer för våra patienter än vad vi gör”
>
> - Informant

Inledningsvis i denna del kommer den rättspsykiatriska processen och vårdens syfte att sammanfattas, för att sedan övergå till att ge en kontextuell förståelse av den institution studien genomförts samt en förklaring kring avgränsningar om yrkeskategori och enheter.

Förkortningar:

APS - Allvarlig psykisk störning

LRV - Lagen om rättspsykiatrisk vård

LPT - Lagen om psykiatrisk tvångsvård

SUP - Särskild utskrivningsprövning

2.1 Lagen om rättspsykiatrisk vård och dess syfte

Lagen om rättspsykiatrisk vård trädde i kraft 1992 (Strand, Holmberg, och Söderberg, 2009, s.36) och avser misstänkta eller dömda personer som begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning, *APS*. APS är ett juridiskt begrepp och *inte* en medicinsk diagnos. Exempel om hur APS kan komma till uttryck är;

- Psykoser: tillstånd med störd verklighetsuppfattning med symtom av förvirring, tankestörning, hallucinationer och vanföreställningar.
- Depressioner med självmordsrisk.
- Svår personlighetsstörning (karaktärsstörningar)
- Svår psykotisk störning med starkt tvångsmässigt beteende.
- Kleptomani, pyromani och sexuella perversioner kan i vissa fall utgöra en APS (Strand, Holmberg, och Söderberg, 2009, s.35).

När ett brott har begåtts och domstol anser att det föreligger misstanke om APS så kan de besluta om en paragraf 7-undersökning där den tilltalade möter en psykiatriker med ett syfte om att avgöra om en mer omfattande undersökning ska genomföras. I sådant fall genomförs den fördjupade undersökningen på en Rättsmedicinsk undersökningsenhet och tar ca 4-6 veckor. När undersökningen är avklarad lämnas detta till domstol som sedan tar ställning utifrån underlaget. Om personen bedöms lida av APS lämnas den sedan över till en rättspsykiatrisk institution. Rättspsykiatrisk vård är, till skillnad från fängelsestraff, inte tidsbestämd utan vården avskrivs när den inte längre anses nödvändig och personen inte utgör en risk för samhället. Man döms med eller utan en särskild utskrivningsprövning, *SUP*. SUP innebär att beslutsfattande kring vården sker av förvaltningsrätt, och om patienten döms utan SUP görs dessa beslut av chefsöverläkaren. För att dömas till rättspsykiatrisk vård krävs att den tilltalade lider av en APS, ha ett behov av psykiatrisk vård samt att brottet som begicks var så pass allvarligt att det annars skulle resulterat i fängelse (Sveriges domstolar, 2022).

Den rättspsykiatriska vården har två huvudsakliga uppdrag; att behandla den allvarliga psykiska störningen samt att minska risken för återfall i allvarlig brottslighet. I Sverige finns det drygt 20 rättspsykiatriska inrättningar. (Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, u.å). LRV bedrivs i öppen samt sluten vårdform, där det främst förekommande är att en patient först vistas i slutenvård och sedan övergår till öppenvård. Den genomsnittliga vårdtiden för personer som vårdas under LRV är idag ca 7,5 år (Lund, 2023).

2.2 Institutionens utformning

Inom den rättspsykiatriska slutenvården arbetar flera olika yrkeskategorier som skötare, sjuksköterskor, psykolog, kurator, hälsopedagoger med flera. Målet är att alla yrkeskategorier tillsammans ska kunna möta patientens behov och främja rehabiliteringsprocessen.

Denna studie har avgränsats till ett fokus på yrkeskategorin *skötare*. Begreppet *Skötare* i denna studie hänvisar till en yrkeskategori som benämns sådan i det praktiska arbetet på avdelningarna och inkluderar både skötare och behandlingsassistenter. Detta samlingsbegrepp för båda kategorierna har gjorts dels för att de är en vanlig benämning i den dagliga driften, att de har övergripande samma arbetsuppgifter, och för att ytterligare säkerhetsställa anonymitet genom att inte benämna de två olika titlarna. Valet att avgränsa studien till denna yrkesgrupp gjordes utifrån att de är den grupp som spenderar mest praktisk tid kring och med patienterna samt att de inte synliggjorts i tidigare forskning inom området.

Skillnaden mellan en skötare och en behandlingsassistent definieras av utbildningsbakgrund. Behandlingsassistenter har generellt en bakgrund inom beteendevetenskapliga ämnen inom exempelvis; behandlingspedagog, psykologi, eller socialt arbete. Skötare har en undersköterskeutbildning eller liknande, alltså generellt en medicinsk grund. Utbildningsbakgrunder skiljer sig något (generellt) mellan att behandlingsassistenter läst program mer riktade för behandling respektive skötare för omvårdnad. Skillnaden utanför det praktiska arbetet, alltså det dagliga inne på enheten med patienter, är att behandlingsassistenter kan jobba mer med riktade insatser i behandlingsprogram och skötare gör vissa medicinska uppgifter som blodprov. Övergripande så har de samma utformning av dagligt arbete med huvudsakliga arbetsuppgifter i mötet med patienter om aktiviteter. Skötare i denna uppsats används därav som samlingsbegrepp för en yrkesgrupp likt sjuksköterskor eller kuratorer.

Deras arbetsuppdrag är mångsidigt och delvis vagt beskrivet. De förväntas genomföra det primära praktiska arbetet kring patienterna inne på avdelningen som servering av måltider, aktiviteter och relationsskapande med patienterna genom tillgänglighet och interaktion. Sen åligger det ett visst administrativt ansvar som dokumentering, matbeställningar, hantera extern samt intern kontakt, veckoplanering för sina patienter utefter kontaktmannaskap. Därefter följer en del arbetsuppgifter som till synes är orelaterade och ospecificerade för yrkeskategorin, exempelvis att de vid en morgon hade blivit ombedda av annan personal att gå ut och skotta bort snö från den gemensamma gården. Under tiden i fält har det stundtals varit oklart vem som har ansvaret för mindre uppgifter.

Institutionen där studien genomförts är säkerhetsklassad i nivåer om 1 eller 2 där deras akutenheter bedrivs under säkerhetsnivå 1 och rehabenheter under nivå 2. Säkerhetsklass 1 är den högsta nivån och innebär en stor hänsyn till potentiella rymningsförsök, har hög övervakning och lokalerna är utformade ur ett perspektiv om säkerhet som innebär många fysiska begränsningar i föremål. Klass 2 är lägre säkerhetsklass med även hänsyn till rymningsförsök och våld i en lägre utformning och mindre övervakning samt kontroll. Exempelvis på institutionen så har klass 1 ett högre stängsel runt sina enheter medan klass 2 har taggtråd, och patienter på klass 2 har mindre övervakning än på klass 1. Dessa säkerhetsnivåer är även skilda på institutionen där akutenheterna ligger på ett annat våningsplan och rehabenheterna på gemensamt plan. Ytterligare har institutionen ett gemensamt aktivitetshus där det finns fysiska och sociala aktiviteter för patienter att delta i samt ett avskilt hus för administrativ personal. Akutenheterna tar emot patienter i deras första skede av inskrivning varpå de sedan flyttas ner till en rehabenhet för det långsiktiga arbetet

om återanpassning i samhället och minska risken för återfall i brottslighet. I akutenheternas uppdrag ingår även att ta emot personer som vistats i häkte men har behov av psykiatrisk vård. Rehabenhetens uppdrag är den långsiktiga rehabiliteringen för patienterna och de vistas där fram till utskrivning.

Säkerhetsnivåerna innebär att den fysiska miljön är avgränsad med hänsyn till säkerhetsskäl, där begränsningarna utgår från rådande säkerhetsnivå. På en övergripande nivå innebär det att institutionen är utformad exempelvis att kunna stå emot rymningsförsök genom höga stängsel och säkerhetsslussar mellan olika delar av lokalerna. Det finns säkerhetsoperatörer som kontrollerar besökare genom *Allmän inpassering*, liknande regler som på exempelvis en flygplats. Syftet med denna kontroll i entrén är att förhindra att föremål som kan orsaka skada ska komma in i byggnaden. Detta gäller alla som ska besöka byggnaden som patienter, anhöriga såväl som personal.

Det finns ett utformat säkerhetssystem med en gemensam telefon till samtliga avdelningar som kopplas upp vid brand eller våldssituationer, och på avdelningar finns personer avsedda med uppgifter om att ha ansvar över telefonen alternativt vara springare, alltså att hjälpa till på den avdelning ett larm uppstår. Systemet innebär att det finns en grundläggande bemanning att förhålla sig till, där personal exempelvis inte kan lämna enheten om det bryter mot grundbemanning. Grundbemanningen är minimum 4 personal. Personal bär alltid larm, behörighetskort och nycklar. Nycklar kvitteras ut innan varje enskilt pass och är kopplat till den personalen resterande av dagen, och dörrarna har en variation av att öppnas med kort eller nyckel. Personalen har ett ansvar att varje dag göra en säkerhetskontroll på patienternas boenderum för att försäkra sig om att inga farliga föremål finns. Vid eskalerande våld, som om patienter skulle använda sig av tillhyggen, är personal instruerade att backa undan från situationen och tillkalla polis.

Denna studie har avgränsats till institutionens rehabenheter. Denna avgränsning baserades på studiens tidsomfång och då prioriterades de avdelningar som jobbade långsiktigt med rehabilitering, till skillnad från akutenheterna som har ett mer kortsiktigt uppdrag. Därav är alla beskrivningar av enheternas miljö eller dylikt baserade på rehab.

Rehabenhetens utformning är att det finns två boende sidor med personalutrymme i mitten och de tar hand om cirka 18–20 patienter. Enheterna har 18 boenderum men numera så belägger man ibland dessa med två patienter gemensamt, de har gjort om ett av samtalsrummen på enheten till ett “extra” rum och informanter berättar att avdelningens avskiljningsrum även stundtals varit belagt. Förklaringen till detta har enkelt förklaras med att

institutionen har högre tryck på inskrivning av patienter, samt ett ökat tryck på deras akutenheter. Eftersom akutenheterna har ett uppdrag om att kunna ta emot intagna från häkte krävs det att de alltid har tillgängliga rum, vilket leder till att rehab stundtals får ta emot en patient för att skapa utrymmet på akuten.

Det finns en avskild del där det finns gemensam tvättstuga, ett rum avsett för avskiljning och ett permissionsrum där patienterna byter om samt låser in sina föremål innan man går in på boende sidorna. Det finns ett aktivitetsrum om patienter från olika sidor vill umgås samt ett medicinskt undersökningsrum. Väl inne på boende sidorna finns en innergård på respektive sida, telefonrum där patienter kan ha samtal och den gemensamma ytan innehåller en soffgrupp med tv, ett kök med matplats utanför och datorer. Lokalerna är begränsade utifrån patienternas rörelsefrihet, och de får inte vistas i köket eller den externa delen med tvättstuga ensamma. Enheterna strävar efter att miljön ska vara något mer hemlik och väggarna är målade i färg och det finns lite plastblommor och tavlor (inboxade) på väggarna. Därtill så används plastbestick och patienter får inte inneha föremål som kan orsaka skada, som exempelvis rakhyvlar eller tändare.

Grundbemanningen är om 4 personer och ledningen ser det *inte* som ensamarbete om en person arbetar ensam på en av boendesidorna utan man ser till den totala bemanningen på enheten. I denna studie kommer ensamarbete dock att syfta till de tillfällen när personalen arbetar ensam per boendesida. Detta utifrån att under deltagande observationer i studien så har personalen uppfattats vara ensam utifrån att inga andra kollegor är synbara samt att personalen generellt har benämnt det som sådant. Samtliga personer som arbetar praktiskt alltså inne på avdelningarna; sjuksköterskor, skötare, behandlingsassistenter, har arbetskläder i en gemensam färguppsättning. Detta är i enlighet med övergripande arbetssätt som gäller inom hälso-sjukvården och var något som förändrades år 2020 då de tidigare arbetade i civila kläder.

3. Tidigare forskning

Inom området av rättspsykiatrisk vård är den kvalitativa forskningen begränsad. Detta dels för att Sveriges system av att döma personer med psykiatrisk problematik skiljer sig åt globalt, dels att tidigare studier generellt inte har haft personalens upplevelser som centralt för studierna utan fokuserat på patienternas upplevelser. Rättspsykiatrisk vård är inte ett område som utforskats inom antropologisk lära utan främst inom närliggande områden av socialt arbete och vårdvetenskap. Därav förankras den tidigare forskningen och teori inom båda disciplinerna. Nedan följer en redovisning av de studier jag funnit relevanta;

Inom socialt arbete och vårdvetenskap lyfter Hörberg i sin avhandling *Att vårda eller fostras - Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp* (2008) om komplexiteten i att vårda och rehabilitera rättspsykiatriska patienter, med syfte att utforska hur patienter erfar att vårdas inom den rättspsykiatriska vården (s.55) samt att beskriva hur vårdarna erfar vårdandet av patienter inom den rättspsykiatriska vården i Sverige (s.57). Resultat från studien visar hur den rättspsykiatriska vården upplevs vara icke-vårdande av patienterna. Patienterna är beroende och underordnade vårdarna då de är frihetsberövande och behöver få tillstånd till vissa saker, såsom att gå ut och röka eller handla (s.180). Studien visar en komplexitet i vårdandet med förutsättningar som tar avstamp i avdelningskultur och ramverk som formas av vårdgivarna, där patienterna behöver gå med på vårdens villkor för att uppvisa ett beteende som i sin tur belönas. Forskningen visar att vårdandet inom den rättspsykiatriska vården allmänt sett är både motsägelsefullt och oreflekterat från personalen (s.97). Dock så begränsades frågeställningarna som gavs till de vårdare till att de skulle beskriva *vad* eller *hur* de vårdade sina patienter (s.57) och redovisar alltså inte hur personalen *upplever* sin arbetsmiljö vilket denna studie kan komplettera med för en djupare förståelse.

Vidare lyfte Hörberg (2008) fram att det råder en makthiarkisk vårdkultur eftersom vårdaren har ett begränsat utrymme av makt i institutionen och att personalen är placerade i en hierarkisk ordning gör dem maktlösa inför de bestämmelser som styr ramverket för själva vården (s.181). Studien är användbar för att framhäva den komplexitet som föreligger i given maktdynamik mellan personal gentemot patienter såväl som personal gentemot institutioner.

En annan studie inom socialt arbete som undersökt rättspsykiatri i Sverige är av Lidström, Lundberg Rönnqvist och Pettersson (2013). De ämnade med sin uppsats undersöka om personalen upplevde skillnader i interaktion och vård när patienter under olika tvångslagar samvårdnades. Den ena gruppen var patienter som vårdades under LPT och den andra LRV. Två av frågeställningarna i studien berör personalens synsätt på patientgruppen LRV,

nämligen; *Påverkas personalen av den brottslighet som LRV-patienter varit inblandad i?* samt *Finns det inslag av strafftänkande i relation till LRV-patienter?* (s.4) , där resultatet av studien bland annat visade på att personal har ett visst straff respektive belönings tankesätt kring dessa patienter, därtill ett tänk om straffskala (tid) utifrån brottets allvarlighetsgrad innan de åter kan vistas i samhället (s.29). Denna studie kan ytterligare belysa komplexiteten i att personalens förmåga att distansera sig från ett brott respektive strafftänk och skapa meningsfulla relationer för att således kunna skapa en trygg rehabiliteringsmiljö samt relation med deras patienter.

Inom antropologi har Galanek (2014) genomfört en etnografisk studie i ett manligt fängelse i USA. Här undersökte han hur sociala och kulturella sammanhang strukturerar relationerna mellan kriminalvårdare och de interner som har en svår psykisk ohälsa. Han tittade på hur interaktionerna på avdelningarna skapar en struktur i relationerna av tillit, respekt och betydelser förknippade med psykisk ohälsa. Han lyfter även fram ett exempel om hur om en intagen inte vill lämna sin cell fortfarande är medveten om att hen kan lämna cellen med samverkan, under "frivillighet", eller efter de tvång som personal är behörig att utföra. Hans studie blir relevant för en förståelse av materialet då han belyser förutsättningarna för relationsbyggande inom en institution som representerar tvång.

Inom vårdvetenskap har Salzmann-Eriksson, Rydlo & Wiklund Gustin (2016) genomfört en studie i Sverige med sjuksköterskor inom LRV med syfte att undersöka vad de vill åstadkomma i relationer med patienter som var inlagda. De genomförde djupintervjuer med 5 sjuksköterskor, där slutsatsen av studien blev att de behöver fokusera mindre på sin roll, benämns som *polisroll* i studien, och att fokus istället bör vara i att skapa relationer för att minska förtrycket och öka välbefinnandet hos patienterna. Genom att etablera dessa relationer menar de att välbefinnandet hos patienten ökar när personalen ser personen bakom sjukdomen. Denna studie belyser sambandet mellan goda relationer och gynnsamma effekter på patienternas såväl som personalens välmående.

4. Teoretisk anknytning

Rättspsykiatrin är en institution som representerar straff respektive övervakning och tvång. Samtidigt representerar den individens rätt till individuella vårdbehov, rehabilitering och återanpassning i samhället. Övergripande teorier som är relevanta är dramaturgi, double-bind och makt. I detta även begrepp som normalitet, hierarki, frivillighet och ideal.

4.1 Dramaturgi

Antropologen och sociologen Erving Goffmans dramaturgiska teori menar att vi alla har ett uppträdande i de främre regionerna *frontstage* och att när vi sedan går bakom kulisserna och avslutar vårt uppträdande går vi in i vårt *backstage*. Han beskriver frontstage som en plats där vi socialt interagerar; vi ger en idealiserad bild av oss själva och rättar oss efter det som är lämpligt. Backstage är där vi kan ta av oss rollerna och slappna av efter vårt uppträdande. Genom detta skapas vårt sociala jag (Collins, 2008, s.67). Detta rollväxlande blir aktuellt att applicera i studien eftersom personalen står inför ett uppdrag om att växla mellan olika roller som står i motsats till varandra; vårdare och makthavare. Inom detta föreligger också komplexiteten med deras arbete; att kunna avgöra patientens uppträdande då det är avgörande att rehabilitera patientens allvarliga psykiska störning.

Goffman har även skrivit boken Totala Institutioner (2004) som baseras på en etnografisk studie och är användbar för att förstå relationen mellan personal och patient inom institutionen, där Goffman beskriver totala institutioner som instängd och ett formellt administrerat liv tillsammans under en längre tidsperiod avskurna från samhället utanför (s.9). Goffman menar att vissa samaktiviteter som personal och intagna gör tillsammans blir ett *roll befriande* från den vanliga orderkedjan, i kontrast till andra roller personalen har som representerar institutionen. I dessa aktiviteter kan en positiv uppfattning uppstå där parterna kan identifiera sig med den andres situation, varpå en viss solidaritet och förenat engagemang kan uppstå (s.73). Goffman lyfter även fram begreppet *ideal* i detta sammanhang; en strävan om att reparera, konstruera och lappa ihop och att det inom dessa institutioner handlar om klientens personliga objekt eller egendom (s.217).

Antropologen Els Van Dongen (2002) beskriver psykiatriska inrättningar som mindre samhällen där de är "teater för observation" (s.142), och det måste finnas en tydlig gräns mellan observatör och observerad. Hon menar att personalen och patienter är i ständig interaktion med varandra och att motstånd är en av de väsentliga egenskaperna hos patienterna. Känslor som hat, ångest, avundsjuka och ilska gör att lögner uppstår i motståndet. Det föreligger även en press i hoppfullheten om att patienten tillslut kommer att lämna institutionen (ibid.,).

4.2 Makt

Filosofen Michel Foucault har i sin bok Övervakning och straff (2003) problematiserat *frivillighet* och *makt* inom institutioner som är utformade för övervakning och utdelning av straff. Foucault menar att individer inte enbart straffas juridiskt utan även genom den ständiga bedömningen som kan påverka om straffet förlängs eller förkortas av deras beteende. De bestraffas även genom den uppsättning av säkerhet som föreligger kring dem som övervakning, förvisning, straffrättsligt förmyndarskap och obligatorisk läkarvård. Dessa åtgärder menar Foucault inte är avsedda som ett straff för överträdelsen utan för att kontrollera individen och neutralisera faran hen utgör, förändra det brottsliga beteendet och inte upphöra förrän förändringen ägt rum (s.23). Makt utifrån Foucault används för att beskriva vad institutionen i sig representerar alltså; övervakning och straff.

Ulrica Hörberg i sin avhandling Att vårda eller fostras (2008) beskriver makten som "Maktens maktlöshet" (s.123) där hon beskriver hur vårdaren har makt gentemot patienterna; men samtidigt maktlösa i vårdandet av patienterna när de inte kan uppnå lyckad rehabilitering. Vårdarna står även maktlösa inför rättsprocessen, lagar och regler som styr vården som sätter ramverket för deras arbete (ibid.,). Hörberg menar även att det föreligger en *makthierarkisk* vårdkultur eftersom vårdare enbart har utrymme att utnyttja den makt som är given utifrån deras yrkeskompetens och organisation (s.181). Alltså kan vårdaren enbart nyttja makten inom ramarna för deras yrkestitel och i en större hierarki har ett begränsat handlingsutrymme.

4.3 Double-binding

För att förstå komplexiteten som föreligger i personalens agerande i patientarbetet inom institutionen är Bateson et.al.,(1956) teori om double-binding användbart. Denna teori belyser den opposition i utförande som personalen står inför i vårdandet av dessa patienter genom punkten om "A primary negative injunction" (s.253). Där beskrivs det om hur individen står inför valet att "(a) Do not do so and so, or I will punish you," or (b) "If you do not do so and so, I will punish you." (ibid.,). Denna dubbla betydelse belyser svårigheten att genomföra vårdande handlingar i kontrast till att allting sker under tvång, alltså att skapa *frivillighet*. Teorin förklarar alltså komplexiteten i att institutionen såväl som att personalen har ett tvådelat uppdrag som står i motsats med varandra.

4.4 Normalitet

Strand och Svensson (2017) inom specialpedagogik menar att kopplingar mellan normer och regler är starka och menar att *normalitet* upprätthålls genom våra värderingar och normer för en viss tidpunkt. Då personalens uppdrag är att rehabilitera patienter till samhället, en målgrupp om personer som begått brott, uppstår en strävan om normalitet utifrån de värderingar och normer som är rådande. Denna strävan efter normalitet präglar även den utformning som institutionen har i de förhållningssätt som råder inne på avdelningen och avspeglas i dess rutiner och aktiviteter. Normalitet behöver förstås ur ett perspektiv om att personalen även arbetar med en målgrupp som har avvikit från det "normala". Inom sociologi lyfter Heidegren och Wästerfors (2019) fram Goffmans bok *Stigma* fram där han menar att den intagne har diskvalificerats från social acceptans och går från att vara en "normal" person till att bli befläckad och nedvärderad (s.89).

Normalitet syftar alltså till det övergripande om att den utgår från normer och värderingar, en värdering om vad som är normalt, och problematiseras genom att arbetet berör en grupp som ses som "onormal" som ska återgå till "det normala".

5. Material och metod

Materialet i denna uppsats bygger på metodval om deltagande observationer samt intervjuer av både formell och icke-formell karaktär. En del av underlaget som rör institutionen utgår från insamlat material som visats genom lokala rutiner och muntliga förklaringar som har stämts av för korrekt tolkning.

5.1 Information och samtycke

Samtliga anställda inom fick ett informationsbrev från mig genom respektive avdelningschef inom institutionen med information om studiens syfte, innebörden av deltagande observationer, intervjuer och anonymitet cirka 8 veckor innan start. De kunde själva anmäla intresse för deltagande till mig genom en angiven mailadress då jag ville sträva efter ett frivilligt deltagande utan påtryckningar samt ge personalen möjlighet att ställa frågor, och de erbjöds ta intervjuer på eller utanför arbetstid. I informationsbrevet förklarade jag att jag inte ville göra någon obekväm med min närvaro och att de i sådant fall skulle tala med ansvarig på enheten så att deltagande inte planerades vid deras arbetspass. Därav tolkar jag att materialet som är insamlat vid observation är med samtycke.

Jag har alltid frågat personalen när saker har uttryckts i icke-formella samtal vid användning av citat och varit tydlig med att dessa samtal ingår i datainsamling och bett de vara tydliga om något inte ska inkluderas. Då personal har nyttjat detta och påpekat att de vill berätta något utan att det skulle noteras, så utgår jag från att det material som inte har markerats under fält som sådant har skett under samtycke.

Jag har informerat samtliga informanter om rätten att avbryta deltagandet samt rätten att kontakta mig om de önskade stryka något material som är insamlat med dem, vilket i slutändan ingen informant valde att göra. Studien bygger därav på 10 veckors deltagande observationer, 14 formella djupintervjuer inklusive material från icke-formella samtal. Några av informanterna ville även enbart delta i intervjuerna. Samtliga personer som deltagit i studien har erbjudits en kopia av uppsatsen.

5.2 Deltagande observationer

Deltagande observationer genomfördes på 2 enheter och för intervjuer deltog personal från 3 enheter. Deltagande observationer skedde efter anmält intresse av personal samt avstämning med ansvarig sektionsledare på enheten. Vid deltagande var jag iklädd arbetskläder för att inte markera mig själv annorlunda än personalen. För att inte belasta personalen deltog jag i genomsnitt halva deras pass eftersom ett visst ansvar ur säkerhetsaspekter föreligger informanten när jag var deltagande.

Jag deltog i alla aktiviteter som inte kräver ett ensamarbete eller ansvarstagande. Med ansvarstagande menar jag exempelvis att signera ut värdesaker från de låsta skåpen, släppa ut patienter till tvättstuga eller gå ensam med patienter till aktivitetshuset. Utöver dessa så var de få arbetsuppgifter som begränsades. Deltagandet föreföll naturligt och jag kunde generellt delta i de aktiviteter som personalen skulle genomföra. Detta kunde vara olika möten, besök i aktivitetshuset, matutdelning eller socialisering inne på avdelningarna. Vid aktiviteter som rör 1 personal tillsammans med 1 patient, såsom veckosamtal eller utevistelse, hänvisade jag personalen till att i så fall fråga sin patient enskilt om detta känns bekvämt eller ej eftersom det är upp till patienten med hänsyn till vården. Ibland tyckte patienter inte att det var några problem och ibland ville patienten ej det. Detta respekterades det utan någon anmärkning. Jag har i somliga fall avböjt att delta när aktiviteten har varit intim, som exempelvis när en patient hade ständig tillsyn eller skulle tillsammans med sin kontaktperson ringa en myndighet. Detta för hänsyn till känsligheten inför patientens utsatta position.

5.3 Intervjuer

Intervjumaterialet i denna studie består av 14 öppna såväl som semistrukturerade intervjuer med 10 personal. Samtliga intervjuer pågick i ett spann om 45–70 minuter.

Samtliga intervjuer har skett under inspelning där personalen inledningsvis under inspelningen fick 1) godkänna att samtalet spelades in samt 2) bekräfta en förståelse av att materialet enbart fick användas till avsedd studie. Samtliga personal har erbjudits en ljudkopia av intervjun om de önskade att lyssna igenom och stryka något av materialet, där samtliga informanter avböjt detta.

Intervjuerna har utgått från observationer i de deltagande momenten samt byggt på det informanterna lyfte fram. Inledningsvis skedde öppna intervjuer med nyckelinformanter, alltså de informanter jag spenderat mest tid med under fält, där vi återgick till händelser som

skett under deltagande vilket sedan gav underlag för att identifiera teman. Därefter utgick de avslutande intervjuerna från en viss semistrukturerad form utifrån de gemensamma teman som kunde identifieras. Eftersom jag spenderade tid på olika enheter som lyfte fram delvis olika aspekter så var samtliga intervjuer delvis individanpassade, där några av frågorna berörde de övergripande teman och några av de saker informanten själv lyft fram eller som var aktuellt utifrån deras enhet.

5.4 Etisk hänsyn och överväganden

Studien har utgått från grundläggande etiska riktlinjer om forskningsmetoder (se Vetenskapsrådet, 2017). Centralt gällande etisk hänsyn i denna studie har varit avväganden kring intern igenkänning, anonymitet och patienthänsyn.

Gällande anonymisering av institutionen så har jag valt att utelämna många yttre markörer samt namngivning av region eller dylikt. Därtill har jag frågat min kontaktperson om inre faktorer som beskrivningar av utseende eller larmsystem och fått detta godkänt att beskriva. Det är dock möjligt, utifrån beskrivning om säkerhetsnivåer eller liknande, att förstå vilken av de rättspsykiatriska inrättningarna studien berör. Detta ser inte institutionen som ett problem och anonymisering har skett i samförstånd.

Gällande intern igenkänning för personalen så har stor vikt lagts på samtycke och anonymisering. Därav om en informant sagt något i ett icke-formellt samtal under deltagande har jag säkerhetsställt samtycke vid användning av citat eller beskrivningar. Jag har även valt att sammanslå de två yrkeskategorierna skötare och behandlingsassistent för att minska risken för intern igenkänning. Vid beskrivning av händelser som skett i grupp, som exempelvis möten, kommer jag *inte* att återge saker i detalj utan beskriva övergripande. Då samtycke har getts till deltagande vid dessa tillfällen bedömer jag ändå att materialet i sin helhet kan belysas. Däremot om en person har sagt något intressant jag velat belysa eller notera i dessa sammanhang så har jag frågat den personen enskilt om det känns okej eller inte då användning av sådant citat kan öka chansen för igenkänning. En stor vikt har i denna studie lagts på att personalen ska känna sig bekväma med min närvaro och därför ansåg jag det viktigt att kontinuerligt stämma av visst utförande av insamlingen än om samtycke givits.

Vidare var det ett etiskt övervägande gällande patienterna eftersom de inte hade möjlighet att ge samtycke. Däremot så är patienterna *inte* inkluderade i studien. Händelser som berör dem är inte centrala och jag har inte inkluderat deras perspektiv på aktiviteter eller

liknande utan fokuserat enbart på personalens upplevelser. Alla samtal tillsammans med patienter har uteslutits. Jag introducerade mig för patienterna och mitt syfte på enheterna och svarade på de frågor som de hade. Vid beskrivning av händelser har jag tagit hänsyn till sekretess och dessa återges i sådant fall på ett sätt som blir övergripande på så vis att de är vanligt förekommande och *inte* utpekande.

Under deltagande observationer har jag tagit patienternas mående i beaktning och inte tagit mig företräde för observation om detta inte varit lämpligt utifrån exempelvis försämrat mående. Denna värdering har utgått från personalens bedömningar och stämts av kontinuerligt där jag följt deras direktiv. När våldssituationer har uppstått har jag avlägsnat mig från situationen in till personalens utrymmen. För att inte skapa en paranoid känsla har jag socialiserat mig med patienterna likt övrig personal inne på enheten, inte tagit anteckningar i patientens närvaro för att inte skapa en känsla av iakttagelse och inte inkluderat några av samtalen. Då institutionen har många studenter kontinuerligt har deltagandet inte förefallit som ett problem eftersom det finns tydliga föreskrifter, samt patienterna är vana vid att stundtals ha studenter i institutionen tillsammans med ordinarie personal. Jag har därför inte uppfattningen att mitt deltagande har påverkat patientens vardag eller vård negativt.

5.5 Reflektion över min roll

Det är av relevans att belysa att jag själv har befunnit mig inom institutionen som personal. Denna faktor gynnade troligtvis min förfrågan av genomförande till denna studie då jag inte var en okänd person för institutionen och somliga av personalen. Jag har däremot jobbat nattetid som timvikarie senaste 5 åren, d.v.s relativt utspridda tillfällen genom regionens bemanningsservice vilket är en skild verksamhet. Jag hade därför en begränsad inblick kring det dagliga arbetet och upplevde inte en problematik med objektivitet inför fältet. De förkunskaper jag hade med mig in i fältet var gällande övergripande av miljön vilket underlättade min förståelse av personalens berättelser. Mina förkunskaper om området har haft en inverkan på intresset för studien då jag genom detta ansett att det fanns någonting att studera. Med tanke på min position som extra personal och att jag därav inte står i någon beroendeställning, anser jag inte att detta påverkat studien negativt. Om något, anser jag att det vore svårt för någon utan en inblick inom området att se ett behov av denna studie. Därav anser jag *inte* att mina förkunskaper påverkat studien i negativ mening om subjektivitet, utan att den genomförts med distans och objektivitet.

Även informanter har uttryckt att förkunskapen har varit gynnsamt för studien. De menar att en utomstående person potentiellt hade upplevt större osäkerhet och därav betett sig annorlunda i patientverksamheten, vilket i sin tur hade kunnat påverka deltagande negativt för personal och patienter. Att befinna sig inom psykiatrisk tvångsvård förutsätter en god trygghetskänsla utifrån att våld kan förekomma och patienterna är dömda för grövre brott. Målgruppen innefattar personer som kan ha en påtaglig psykisk ohälsa vilket kan skapa inre etiska dilemman av att bevittna händelser som kan innebära tvångsåtgärder. Informanter har uttryckt att de själva känt sig mer bekväma för att de inte behöver "oroa sig" eftersom jag "inte går runt och är rädd eller osäker". Jag anser därav att mina förkunskaper och erfarenheter i sin helhet har gynnat tillträdet till fältet och studiens syfte snarare än det motsatta.

6. Etnografisk diskussion

Materialet i denna studie visar på två centrala delar. Relationerna mellan skötare och deras patienter upplevs viktiga ur perspektiv om trygghet, normalitet och god rehabilitering. Relationen gynnas när de samspelar i sammanhang där markmarkörer mellan dem och patienter minskas, i ett ”naturligare” umgänge. Studien visar även på att ramverket för arbetet är föränderligt och det föreligger begränsat handlingsutrymme till att påverka vården och villkoren för arbetet.

6.1 Relationen mellan skötare och patient

Genom intervjuerna samt deltagande blir det synligt att relationen mellan skötare och patienter lägger en viktig grund för vardagslivet inom institutionen. Många informanter lyfter fram vikten av att ha en bra *allians* med patienten och att detta skapar en bättre arbetsmiljö såväl som en rehabiliterande miljö. Strand, Holmberg, och Söderberg (2009) uttrycker relationen mellan personal-patient, som de benämner som *vårdrelationen*, utgör en grundpelare för ökad hälsa hos patienten (s.124) och att interagera med patienten är personalens viktigaste uppgifter (s.126) vilket varit synligt i denna studie utifrån personalens berättelser eller vid observationer. Denna allians är en del av det samarbete som krävs för att arbeta tillsammans mot patientens individuella mål, likväl som att det framkommer som en faktor i personalens upplevelse av sin arbetsmiljö.

Alliansen beskrivs av informanter som en gemensam grund av förståelse för den andra parten och i den mån det går, inom en institution av tvång, även tillit. Denna allians etableras i de tillfällen som personal och patienter interagerar med varandra och stärks under de tillfällena interaktionen upplevs av dem som "naturlig" eller “normal”. När jag ställde frågan om “när” den byggs är det främst vid genomförande av aktiviteter. Det mest gynnsamma tillfället anser informanterna vara när de gör aktiviteter *utanför* sjukhusområdet, eftersom det tar bort många av de markörer som framhäver maktdynamiken och personalens representation av institutionens makt (exempelvis larm, arbetskläder, den låsta miljön) och i linje med Foucault (2003) om att det är en övervakande och straffande kontext. Deras upplevelser av skapandet av relationer går att förstås med Goffman (2004) som lyfter fram att det är vid samaktiviteter som bryter den vanliga orderkedjan som en positiv uppfattning kan uppstå mellan parterna och således en viss solidaritet (s.73). Även i Salzmann-Eriksson, Rydlo & Wiklund Gustin (2016) studie lyfts det fram att relationerna gynnas när personalen upplever

att de kan undgå den polisiära rollen, vilken personalen i studien ansåg öka välmående hos patienter såväl som personal.

En sådan allians förutsätter en hög förmåga av skötare att etablera ett förtroende i en avskalad kontext som förmedlar motsatsen. Alltså, att de befinner sig i ett sammanhang som påvisar motsatsen till trygga valfria relationer. Institutionen är avskalad med plastbord som sitter fast i golvet, låsta dörrar där de inte kan röra sig fritt till exempelvis tvättstugan, tv och dator är inboxade med flera, som visar en bristande tillit till patienterna. Informanter berättar att man under senaste åren även har ökat dessa begränsningar, som att patienter fått begränsad rörelsefrihet inom avdelningen (mer låsta dörrar), att borden satts fast i golvet och att de numera har plast istället för porslin vid måltider.

Exempel av den förhöjda säkerhetsnivån är att patienter inte längre äter med vanliga bestick utan äter på plast. Än om personalen är införstådda med att det inte är orimligt utifrån säkerhetsnivån, samt att de har positiva effekter för personalens säkerhet, så upplever skötare delade konflikter om effekten. En skötare upplever och beskriver att utifrån sina erfarenheter "det aldrig har hänt något med en matkniv, så man gör patienterna farligare än vad de är". En annan informant menar att det minskar den "normala" känslan på rehabenheterna där patienterna vistas i relation till uppdraget om att återanpassas till samhället. Informanten menar att deras enheter till viss del ska spegla hur samhället ser ut på utsidan då syftet är att de ska återanpassas. Allt från deras rutiner (e.x tid för måltider, aktiviteter dagtid), hur man gör iordning sin mat, att kunna samsas (turas om) till hur personalen själva interagerar eller framställer sig (maktmarkörer; tillåtelse att göra saker, arbetskläder, låsta dörrar). Därav menar de att när dessa saker förändras genom en ytterligare begränsning så minskar den "normala" upplevelsen inne på enheterna. Att de efter nya direktiv skulle börja bära arbetskläder skiljer dom från patienterna, att patienter inte får göra iordning sina måltider själva, att besticken inte är i metall, allt detta menar de speglar en mer onormal kontext för patienterna som långsiktigt ska återanpassas till en normalt given kontext i samhället.

Alla begränsningar skapar en mer distanserad miljö och ökar skötarnas auktoritära framträdande eftersom patienter behöver förlita sig på dem mer för att genomföra saker eller få saker, likt det Hörberg (2008) belyser i sin studie om att patienterna är i beroendeställning till personalen för att få tillstånd till genomförande av vissa aktiviteter. Skötare uttrycker en konflikt i en förståelse och trygghetskänsla från eget perspektiv; en medvetenhet om att det kan öka maktdynamiken eftersom man visar patienterna ett mindre förtroende, med uttryck som att "det är bra för vår säkerhet men inte patienternas vård". De menar att det är förståeligt

utifrån säkerhet och gynnar till viss del arbetsmiljön då risken för skada minimeras, samtidigt som maktdynamiken mellan dem och patienterna ökar med ett mer auktoritärt framställande.

6.2 En medveten maktdynamik

Hörberg (2008) menar att en fostrande dynamik uppstår inom rättspsykiatrin utifrån att det uppstår ett förhållningssätt om straff respektive belöning hos personalen, genom ”korrigering”, vilket innebär att ”gott” beteende belönas medan ett ”icke gott” beteende nonchaleras, tillrättavisas eller ges negativa konsekvenser (s.96). Detta enligt Hörberg (2008) sker till följd av att personalen genomför arbetet tämligen oreflekterat och motsägelsefullt (s.97) då vårdarna inte anser att arbetet kräver någon planering (s.98). Materialet i min studie verkar till skillnad från Hörberg (2008) att tyda på motsatsen. Skötare visade på hög medvetenhet om makt dynamiken; att arbetskläderna att de skiljer dem från patienterna, enhetens interiör om att det “inte är en så mysig miljö”, rutiner, förhållningssätt och vissa handlingar om begränsningar. Det var synligt att de prioriterade utrymme för reflektion om sitt arbete. Reflektionen kunde ta plats inne på avdelningen under 5 minuter då man stängde dörren till patientutrymmena såväl som under tillfällen de hade rast. Ibland reflekteras det om deras relationer; att någon patient var krävande mot sin kontaktperson och hur hen skulle hantera det eller att någon helt enkelt “behövde babbla av sig”. De pratade om hur de skulle hantera saker när de märkte att någon exempelvis var försämrad eller betedde sig annorlunda och övervägde tillsammans vilket sätt som var det bästa att tillgå. Dongen (2002) lyfter att patienter och personal är i konstant interaktion med varandra och kan innebära mångsidigt av känsloyttringar från patienter. Detta observerades i studien genom när konflikter mellan dem och patienter uppstod genom att skötare tog utrymme för att reflektera med kollegor för att “inte ta med sig känslor hem”.

Vi kan förstå agerandet utifrån Goffmans dramaturgiska teori om front respektive backstage (Collins, 2008). Alltså att det är när personalen stänger dörren och tar distans till patienterna som de övergår till backstage; där de tillsammans kan reflektera om det agerande som tar plats på deras frontstage. Denna reflektion uttrycker informanterna som “nödvändig” utifrån att arbetet innehåller relationer som stundtals är krävande. “Krävande” i denna kontext kan för personalen innebära flera olika saker; en hotfull stämning, ett försämrat mående som kräver resurs, ett återfall hos en patient som de arbetat tillsammans med eller att en patient uppvisar exempelvis ett manipulativt beteende. Det observerades att personalen blev provocerad av patienter av anledningar som att de fick neka dem något; varpå de fortfarande

ska behålla ett professionellt bemötande än om patienten tilldelar personalen glåpord och skriker. Personalen upprätthåller därav ett visst agerande i frontstage, och när de går backstage för reflektion med kollegor finns utrymme för att ta av sig rollen och få uttrycka sina känslor kring situationer.

6.3 Frivillighet under tvång

Patienterna vistas under tvång efter ett frihetsberövande och det finns en maktdynamik i relationen som är given i sammanhanget inom ramen av en straffande institution. Galanek (2014) nämner detta i sin studie om fängelse utifrån perspektivet om att den intagne är begränsad i valmöjligheter, med ett exempel om att en intagen inte vill lämna sitt rum. Både den intagne och personalen vet att personalen besitter makten att tvinga hen att lämna sitt rum. Skötare observerades vilja skapa en viss valfrihet för patienterna under fältet genom att de ofta frågade sina patienter om de *kunde* eller *ville* göra något, exempelvis “kan du vara snäll och..” vilket framställs som ett utrymme av valfrihet, än om parterna är medvetna om det generellt begränsade utrymmet att säga nej. De arbetar alltså med att motivera till frivillighet i alla moment i en relation där båda parter är medvetna om den oftast begränsade möjligheten att avstå. Exempelvis så kan inte skötare tvinga patienter till de aktiviteter som verksamheten erbjuder, såsom gym eller matlagning, utan här föreligger motiveringsarbetet; att patienten *själv* ska vilja.

Här kan man förstå utmaningen med motiveringsarbetet med hjälp av Bateson et al., (1956) samt Foucault (2003). Nämligen att patientens “frivillighet” som personalen försöker uppnå med motiveringsarbete begränsad, samtidigt som den är central om att patienter *själva* ska vilja ”göra rätt”. Antigen genomför patienten en aktivitet oavsett sitt personliga intresse för aktiviteten och “tvingas” på så vis att hen gör något hen inte önskar att göra för att det kan gynna deras rehabilitering, eller så avstår patienten med en medvetenhet om att det kan missgynna deras rehabilitering eftersom de kan ge sken av att de inte deltar i vården. Liknande exempel finns när de ombes lämna sitt rum när personalen ska göra säkerhetsrond, där de är medvetna om att personalen kan tvinga dem att lämna rummet. Den frivillighet som patienten ställs inför står ständigt inför en bedömningsskala med en överhängande medvetenhet om rättigheter för tvång i vissa moment. Och om inte utrymme för tvång föreligger, kan de fortfarande vara till deras nackdel då de kan bedömas inte delta i vården. Även om vården bedrivs under tvång så har patienten rätt att aktivt delta i sin vård i dess utformning i aktiviteter eller medicinering och det finns begränsningar om vilket tvång man

kan utföra. Personal kan inte heller "straffa" en patient som väljer att inte delta i aktiviteter, utan tyngden i att få deltagande ligger i det motiverande arbetet för att öka patientens egen vilja. Informanterna påpekar också att de eftersträvar frivillighet för att "det inte blir rehabilitering annars".

Problematiken föreligger i definitionen av begreppet "frivillighet" inom den institutionella ramen. Än om personalen i sig inte direkt kan straffa en patient som inte vill delta i en aktivitet, är båda parter medvetna om att det ger ett bättre intryck kring delaktighet i vården. "Frivillighet" är alltså en faktor som kan bedömas till patientens för- eller nackdel, i linje med Foucault (2003) som genom att den intagne redan dömts för sitt brott, men sedan fortsätter dömas då dennes beteende kan påverka om straffet i sig förlängs eller förkortas inne på institutionen (s.23). Det finns liknelser i exemplen ovan som skötare lyfter fram kring komplexiteten av frivillighet för skötare att uppnå hos patienter eftersom frivilligheten fortfarande kan bedömas utifrån delaktighet. Personalen ska alltså kontinuerligt arbeta mot ett mål frivillighet inom ramarna av en kontext som av tvång där frivillighet inte kan uppnås eftersom patienten är i beroendeställning till de bedömningar personalen gör.

6.4 Att uppträda autentiskt

Allt eftersom jag spenderade tid i fält var det något som jag noterade: att personalen kontinuerligt växlade mellan olika sätt att framställa sig själva. Vi satt vid ett tillfälle avslappnat på avdelningen och samtalade med patienter, varpå jag gick in till toaletten och när jag kom ut var dörren till ut till enheten stängd. Överfallslarmet tjuter högt, man ser personal från andra enheter komma springande och stämningen på avdelningen har på några sekunder genomgått en total förändring; från att vara avslappnad, lättsam och vänskaplig till att personalen stod samlad för att markera då någon patient hade betett sig hotfullt. Det var observerbart flera gånger under min tid med informanter i liknande situationer, att de uppvisade en vänskaplig och personlig relation till patienterna och stunden därpå försattes i en situation där det krävdes att de framställde sig själva mer auktoritärt och nyttjade sin maktposition. Stämningen i rummet förändrades då helt från att innehålla skämtsam jargong, kortspel och samtal till ett hårdare tonläge, en fysisk uppsamling av personalen för markering och att andra patienter drog sig undan.

Här kan vi förstå personalens växlande framställning utifrån att detta agerande sker i personalens frontstage efter Goffmans dramaturgiska teori (Collins, 2008). Vi ser här att

skötare ska kontinuerligt pendla mellan olika roller i sin frontstage. Agerandet kan vara vårdande, vänligt, personligt men även auktoritärt och begränsande. Vissa roller är mer förknippade med en personlig känsla; att ha djupa samtal, skratta, spela kort, utevistelser tillsammans. Andra behöver vara mer distanstagande som auktoritet; begränsa, utföra tvångshandlingar, ett skarpare tonläge för att markera. Detta är ett agerande som Salzmann-Eriksson, Rydlo & Wiklund Gustin (2016) beskriver det "den polisära rollen". Agerandet behöver hela tiden justeras utifrån situationen de befinner sig i och sker kontinuerligt genom deras arbetspass vilket ställer höga krav på skötarens flexibilitet och förmåga till att agera personligt såväl som nyttjandet av maktpositionen.

Ytterligare så ingår det i personalens uppdrag att försöka se igenom patientens både front och backstage för att avgöra en bedömning av deras mående, de ska avgöra huruvida patientens agerande är genuint eller inte. Komplexiteten i detta agerande är att rollerna vara autentiskt från *båda* parter för en lyckad rehabilitering; personalen behöver agera på ett sådant sätt i sin frontstage där relationerna bygger på att patienten kan anförtro sig om sitt mående. Samtidigt är institutionen utformad av tvång, vilket ökar det agerande om lögner som Dongen (2002) berättat om; risken för att patienten agerar önskvärt genom lögn. Uppträdandet av personalen behöver vara tillräckligt autentiskt för att kunna skapa en kontakt till patienten, för att denne i sin tur ska vara autentisk och uppvisa sitt mående. Det gör arbetet till en komplicerad balansgång mellan det personliga och professionella för att etablera kontakt; de måste uppvisa personliga delar av sig själva i sin frontstage för att få tillgång till patientens backstage.

6.5 En strävan om normalitet

"Vi ska ju spegla samhället" "så fungerar det inte på utsidan" var vanliga uttryck i min vardag på institutionen. En skötare uttryckte att "vi är inte här för att ha koll på om patienten borstar tänderna utan för att behandla deras allvarliga psykiska störning". Balansgången mellan att både spegla samhället genom rutiner såväl som i interaktioner med patienterna tolkades stundtals vara svår. Hur speglar man ett helt samhälle och vad innebär det att "fungera" i det? Personalen ska tillgodose grundläggande behov som hygien, måltider, dygnsrytm samtidigt som de ska återintroducera patienterna till samhället efter ett frihetsberövande. De ska även i den sociala relationen försöka spegla "normala interaktioner" (undvika ex våld, skrik) i en kontext där det råder en utpräglad makthierarki mellan dem och patienterna.

När intervjuerna började frågade jag mina informanter om hur de upplevde relationen, där jag var transparent med att fråga hur de reflekterade kring den utifrån att den sker i en institution av tvång. Det framkommer att de försöker eftersträva en form av normalitet och i temat av detta reflekterar kring den givna maktposition de har inom institutionen.

En informant besvarade det med att "undvika maktspråk" vilket jag fann som ett intressant begrepp och bad hen att utveckla. Maktspråk beskrivs innehålla flera faktorer och en central överblick är lågaffektivt bemötande (att vara icke-konfrontativ), lyhördhet och att kunna "möta patienten" som informanter benämner det. Maktspråk beskriver alltså det kroppsliga uttrycket, det verbala och det psykosociala. För att undvika maktspråk är det av vikt att ta sin tid att förklara saker, *speciellt* efter utförda tvångshandlingar eller vid begränsningar och att ge patienten utrymme att uttrycka sin upplevelse utan att värdera den. Att undvika maktspråk tolkas handla primärt om att respektera patienten som individ; att inte tränga den vid påfrestande situationer, att reflektera över sin presentation av sig själv, att vara inkännande och visa respekt. En annan informant belyser att den viktigaste delen i relationen med patienter är att "inte behandla den annorlunda än någon annan". Hen utvecklar det sedan med att man behöver känna sig bekväm och kunna prata om "vanliga saker" precis som i vilken annan relation som helst, att man är personlig men inte blir privat. Denna gränsdragning kan förklaras genom att man pratar om personliga saker, som vad man tycker om att göra och delar med sig om erfarenheter, men däremot inte delger privat information som vart man bor, sina relationer eller privata åsikter. En annan informant säger att det viktigaste i alliansen är att vara "inkännande" om maktdynamiken och beskriver det som;

"‥ Jag brukar tänka att det är viktigt att man pratar om den [Maktdynamiken]. Alltså, komplexiteten, när man pratar med en patient. Att så, att man har förståelse för att det kan vara svårt för patienten att förhålla sig till. Och det är svårt för personal också att förhålla sig till. Att man ska vara omsorgsgivare och en trygghet, samtidigt som man kommer i de fall det krävs utföra tvångsåtgärder. Eller så, begränsa och hålla ordning. Men jag upplever att om man pratar om det med patienten, att man förstår det, så upplever jag att det ändå så sänker ribban lite mellan varandra. Att man uppmuntrar till ärlighet och så, men att man förstår att det inte bara kommer av sig självt utan att de får ta lite tid. Jag upplever också att om man pratar om vardagliga saker som inte har med vården att göra, asså vart man gillar att resa eller vad man gillar att göra, att såna grejer också gör att patienten känner att man har nån form av mer naturlig relation."

Jag tolkar detta som att skötare eftersträvar ett visst skapande av normalitet i relationen med deras patienter i en kontext där utgångspunkten är onormal. Relationen ska utgå från en onormal kontext för relationer att skapas; tvång, kontroll och övervakning - men samtidigt kunna kännas trygg och "vanlig" i den utsträckning som är möjlig. I det behöver först det "onormala" göras normalt; avvikandet som Goffman kallar det (Heidegren och Wästerfors, 2019, s.89) har tagit plats och de ska nu anpassa sig till livet inom institutionen och de värderingar och normer som råder där som speglas utifrån den normalitet som är "aktuell vid tidpunkten" som Strand och Svensson (2017) uttrycker, för att de ska kunna bli mer "normala" på sikt.

Lidström, Lundberg Rönnqvist och Pettersson (2013) studie visade på att det föreligger ett strafftänk (tid i relation till brott) och straff respektive belöningstänk kring patienter (s.29). Än om personalen i denna studie kunde vara inkännande kring brottet, "vissa känns mer än andra" (hänvisar till etiska känslor) så observerades det inte föreligga strafftänk. Det handlar snarare om en ärlig reflektion; att vissa brott *kan* kännas mer än andra, nämligen att vissa brott kunde kännas etiskt påfrestande och kopplas till personliga känslor (exempelvis brott mot barn). Det förelåg en stor medvetenhet om att de "bara är människa" och att "det inte är vårt jobb att döma patienter".

Den medvetenheten observerades också genom ett förhållningssätt till att undvika att stärka *avvikandet* (Heidegren och Wästerfors, 2019, s.89) . För att ge deras egna förhållningssätt en bra utgångspunkt i relationen berättar personalen om hur de oftast inte läser patientens journal noggrant innan ankomst för att inte bilda sig en förutfattad mening om dem, vilket de även rekommenderar till nyanställda och vikarier. För att förtydliga: de tar emot en muntlig rapportering med förhandsinformation men läser inte igenom journalen och bakgrundshistorien djupgående förrän eventuellt efteråt. De menar att det är viktigt att först etablera en relation till patienten för att minska tendenserna till att stigmatisera dem utifrån brott eller från hur de betett sig på tidigare enheter. Genom detta menar de att mötet med patienten blir mer neutralt och utgår från hur patienten *är*, istället för att de möter patienten och är "beredda" på att denne exempelvis ska agera hotfullt.

6.6 Det vårdande idealet

Förväntningar och idealet om den rättspsykiatriska vården verkar genom samtal med personal främst komma från erfarenheter som skötare har med sig från annan verksamhet, utbildningsbakgrund samt en viss förförståelse vilket skapar idealet om rehabilitering. Vissa hade arbetat en längre period och andra hade arbetat inom samma eller liknande intuitioner tidigare och därifrån skapat en bild om vad arbetet innebar. Idealet om att rehabilitera tolkas ligga i linje med Goffman om "en strävan att reparera" (2004, s.217) och att rehabiliteringen upphör när "förändringen ägt rum" (Foucault, 2003, s.23); att individens APS inte ska vara framträdande och således klara av ett "normalt" liv med låg återfallsrisk. Den förståelse som finns kring rehabilitering och som formar utgångspunkten för idealet beskrivs av informanter utgå från tidigare erfarenheter "så va det förr", tidigare praktiker inom LRV "där gjorde vi", eller att man hade en uppfattning utifrån verksamhetens uttalade målsättningar.

Från deras praktiska erfarenheter menar informanter att institutionen har genomgått en förändring över tid. Många berättar om att aktiviteterna för patienterna som genomförs tillsammans med personal har minskat samt att säkerheten inom institutionen har ökat, som således begränsar aktiviteterna eller patienternas utrymme att nyttja sina förmågor. Exempel som berör dessa aktiviteter är att de förr fanns utrymme för gemensamma aktiviteter mellan personal och patient, både inom och utanför institutionen. Ytterligare fick patienter tidigare vistas i köket och träna på att baka eller laga mat. Nu ska patienterna inte ha kontakt med matvaror (detta kan enbart utföras i deras aktivitetshus tillsammans med aktivitetspersonal där), vilket leder till att skötare måste portionera måltiderna samt göra i ordning maten patienterna ska äta. Viss personal anser att man fråntar dem små tillfällen att nyttja förmågor, eftersom det föreligger en viss träning i att exempelvis kunna portionera sin mat och bedöma så det räcker för alla, eller veta hur man gör i ordning frukost. En informant beskrev de nya begränsningarna som att man "handikappar ner" patienterna, och menar att man fråntar dem utrymme för att visa förmåga. Tiden inne på enheten utgör huvuddelen av de flesta patienters vardag (en stor del av deras vårdtid inom slutenvård) och det är således många tillfällen där patienter inte får nyttja de förmågorna som ingår i ett "normalt" liv.

En viss förväntan om vad de ska göra utgår även från deras uttalade arbetsuppgifter, att somliga av deras arbetsuppgifter föreligger inom ramen av deras ideal om rehabilitering (aktiviteter, samtalsforum, behandlingar). När de upplever att de får ett reducerat tidsutrymme för genomförandet av sina arbetsuppgifter i relation till resurser, uppstår en konflikt mellan ideal och deras verklighet. Informanterna berättar om de aktiviteter som de har som är i linje

med deras ideal om rehabilitering, såsom utevistelser tillsammans, samtalsstöd eller behandlingsprogram. Aktiviteter som alltså "lappar ihop" likt de ideal Goffman (2004, s.217) beskrivit och är roll befriande från den vanliga orderkedjan där solidaritet och engagemang kan uppstå (s.73).

Konflikten uppstår när aktiviteterna ställs in, vilket inträffade flera gånger under min tid i fält. I detta uppstår en frustration hos personalen om att de inte kan genomföra de uppgifter de anser sig vara där för att genomföra. En informant berättar att hen vid flertal tillfällen har gått hem och haft "dåligt samvete för att hen inte kan göra mer". Andra uttryck för denna konflikt är att personalen uttrycker "det blir bara ett vaktjobb" och att "det bara blir förvaring". Kritiken som personalen berättar om ger ett uttryck för deras förväntningar och ideal som vårdare inom rättspsykiatrin; att genomföra aktiviteter som de anser är läkande och rehabiliterande samt en frustration om begränsat handlingsutrymme att påverka konflikten eftersom det föreligger utanför deras yrkeskompetens. En informant berättar även att när hen uttryckt frustrationen för sin chef blev hen tillsagd att "sänka ribban".

6.7 Att arbeta ensam

Under de tillfällena jag var deltagande förekom ensamarbete där personalen var ensam "på golvet", alltså på de gemensamma utrymmena med patienterna. Under fältet observerades tiden variera från 5-10 minuter upp till cirka 50 minuter och tidsomfånget kunde upprepas under dagen. Vid ett tillfälle när ensamarbete uppstår för min informant uttrycker hen dåligt samvete eftersom hen då upplevde sig begränsad att kunna ge mig tid när jag var deltagande.

Eftersom det var vanligt förekommande med ensamarbete och personalen påpekade det mellan varandra såväl som till mig, föreföll det naturligt att föra in detta i intervjusamtalen. Vid samtalet frågade jag om de upplevde detta och då ifall/hur detta påverkar dem och det lyftes fram olika perspektiv. Somliga menar att de känner sig relativt trygga och snarare tycker att problematiken blir att det spontana utrymmet försvinner. Det spontana utrymmet menar de handlar om utrymmet för enskilda samtal med patienterna, en promenad eller dylikt. Det andra perspektivet var att de kände sig trygga men att denna trygghet förankras i tidigare erfarenheter. Ett annat perspektiv var att personalen "accepterat" att det är en del av deras tillvaro men inte anser att ensamarbete borde förekomma.

Tryggheten hade en gemensam nämnare vilket var att de upplever sig ha bra relationer med patienterna och således är mer bekväma när ensamarbete uppstår. Detta med en

medvetenhet om att något *kan* ske, men som de säger “man kan inte gå runt och vara rädd, då är man inte på rätt plats”. Somliga lyfte fram att de känner sig relativt trygga men ändå till viss del påverkas i hur de rör sig i rummet. Det kan komma till uttryck som “jag sitter ju kanske nära dörren” eller “ja, går det en liten stund så sätter jag mig nog vid datorerna” (som är i personalutrymmet). Vid frågan om de upplever och tänker kring ensamarbete så berättar några informanter;

“.. ehh.. Skulle nånting hända så står man ju där själv. “Amen lås in dig då” [Hänvisning till rutinen] Joo.. men dom andra medpatienterna då? De är ju lite så att om en börjar bli aggressiv så har vi ju 8 andra.. Så ska man stå där själv. De blir inge bra”.

“Min tanke kring det är att sålänge du har låsta dörrar, och du har så många dörrar emellan, så är det ensamarbete. Du kan inte vinkla.. eh.. asså detdär [Att inte kalla det för ensamarbete] är bara att försöka undgå ett uppenbart problem. För jag menar, för även om dom säger att jag har två, tre kollegor på andra sidan har vi 4 dörrar emellan som är låsta. Händer det nånting mig, på ena sidan där jag är, så är jag ensam. Så hinner inte dem eh.. med andra patienter eller nåt.. dom hinner inte”.

Utöver att resurser begränsar personalen till att de blir låsta till sin position på golvet och inte får utrymme för spontana saker, så begränsas utrymmet för att bygga allians med patienterna eftersom det spontana utrymmet för samtal eller liknande begränsas vid ensamarbete. En informant påtalar att hen inte nödvändigtvis känner sig otrygg när det uppstår ensamarbete utan snarare tycker det känns jobbigt för att hen “inte räcker till”.

Det begränsas även i relation till resurser eftersom aktiviteter ofta ställs in eller har svårt att planeras, vid ett tillfälle när jag ska delta suckar min informant över att “det ställdes in igen”. Dessa aktiviteter är delvis centrala för skötare då de upplever att det är ett tillfälle för alliansbyggande och ett naturligare umgänge utan maktmarkörer som betonar maktdynamiken (inlåst miljö, arbetskläder, begränsningar). Därav blir ensamarbetet implicit en del av att konflikten mellan ideal och verklighet uppstår då det begränsar handlingsutrymmet för de aktiviteter skötare anser vara positiva för vårdandet.

6.8 Ramverk för arbetet

Ramarna för arbetet är föränderliga. Flera personal berättar om hur institutionen "speglar samhället" och hänvisar till att målgruppen som de ska vårda har förändrats över tid. En informant beskriver det som "vi har inte längre schizo-gubben på parkbänken" och menar att en stor del av patienterna nu är ett nytt klientel av unga personer med en primär missbruksproblematik. Det gör att målgruppen som personalen möter inte är given utan det föreligger ett krav att ständigt kunna anpassa sig efter nya patientgrupper.

Skillnaden här menar de ofta finns i den övergripande förmågan. En person med lägre funktionell nivå och framträdande psykisk sjukdom har andra behov än den grupp av missbrukare kring förmågan att klara vardagliga saker; laga mat, ta hand om hygien eller liknande. Många informanter beskriver även den nya gruppen som "gängkriminella" och menar att de ligger på en så pass hög nivå när de inte är påverkade av narkotika att det blir svårbehandlat i vardagen, eftersom deras APS då inte kommer till uttryck som det primära. Det föreligger en viss skillnad i förmåga att klara sitt dagliga liv, eftersom "schizo-gubben på parkbänken" kanske inte klarar att sköta sin hygien, laga mat, eller övergripande ta hand om sig själv. Medan den andre gruppen har förmåga att klara sin hygien, måltider men däremot har ett framträdande missbruk och därför andra behandlingsbehov. De aktiviteter institutionen har att tillstå, som fysisk aktivering eller matlagning, menar därav vissa skötare inte passar patientens vårdbehov. "Dessa grabbarna behöver inte lära sig laga mat, de behöver riktade program för sitt missbruk" som en informant säger, vilket är begränsat inom institutionen (alltså, konkret riktade behandlingsprogram likt inom kriminalvård). Under min tid i fält så framträder det att ett sådant program är i en initial fas för att uppstartas. Flera informanter instämmer också att det är just sådana program som behövs eftersom det är det den "nya" målgruppen har behov av.

I relation till resurser och kapital inom institutionen är det av relevans att förstå att rättspsykiatrin tillhör regionernas hälso-sjukvård. Därav föreligger samma sparkrav inom institutionen som i övriga sjukvården vilket påverkar möjligheter kring resurser (se Westin, 2024). De kan inte heller påverka övergripande riktlinjer, som att de var tvungna att börja med arbetskläder även om de hade undantagits från detta innan. Ramverket är föränderligt på större nivåer såväl som mindre lokal nivå som förändringen med plastbestick. Institutionen är i sitt sammanhang politiskt styrd där verksamheten i sig inte avgör antalet patienter de ska ta emot, vilka resurser de har att tillgå till sin personal eller vilka patienter som kvalificeras för att ingå i målgruppen.

7. Avslutning

Studien har ämnat att belysa och framhäva skötare och behandlingsassistenters erfarenheter inom rättspsykiatrisk vård. Detta genom att undersöka vad deras arbetsuppgifter består av och villkoren att hantera uppgifterna, hur skötare hanterar den permanenta motsatsen av att vara vårdare och maktutövande samt hur patienternas problemställningar speglas i deras arbete.

Resultatet visar på att det är genom att skapa en trygg miljö, strävan efter normalitet, medvetenhet om maktdynamik och reflektioner som skötare hanterar den permanenta motsatsen i att vara vårdande jämsides med maktutövande. Relationsbyggandet är en viktig del i hanteringen, då de upplever relationerna med patienterna viktiga, “allianser”, eftersom de anser dem vara positiva för vården såväl som arbetsmiljö. Till skillnad från tidigare studier av Hörberg (2008) som menar att arbetet sker oreflekterat, så visar denna studie på att skötare och behandlingsassistenter har en stor medvetenhet om komplexiteten inom deras yrkesområde såväl som maktdynamiken inom en institution där de kontinuerligt tar utrymme för reflektion, exempelvis genom att gå ”backstage” efter deras framträdande i ”frontstage” (Collins, 2008). De strävar i relationen efter en viss normalitet för att skapa en miljö som ska kännas trygg och icke-dömande för patienterna, som informant säger ”inte behandla den [relationen] annorlunda än någon annan”. Relationen gynnas i de sammanhang som nyanserar maktdynamiken i orderkedjan; som “naturligt” umgänge, utevistelser eller aktiviteter, då det är där parterna kan identifiera sig med varandra så ett förenat engagemang kan uppstå (Goffman, 2004, s.217). Detta är som skötare menar för att relationen får ett "naturligare” utrymme att skapas eller stärkas. I linje med Goffman (2004) och Salzmann-Eriksson, Rydlo & Wiklund Gustin (2016) tyder resultatet även från denna studie på att relationerna är av hög vikt för välmående hos personal såväl som patienter.

Skötares arbetsuppgifter består av uttalade uppgifter (exempelvis aktiviteter, dokumentation) såväl som outtalade (exempelvis skotta bort snö) och studien visar att en central del av arbetsuppgifterna är att skapa trygga relationer med patienterna som förutsätter tidsutrymme. I relation till arbetsuppgifter så upplever skötare en konflikt av verklighet och ideal. Idealet går i linje med Goffman om att kunna ”reparera” (2004, s.217) och konflikten grundas i begränsade resurser för de aktiviteter personalen anser vara läkande. Konflikten av ideal och verklighet förankras i tidigare erfarenheter eller kunskap kring rättspsykiatrisk vård, en föreställning om vad de *förväntas* göra respektive vad de faktiskt *gör*. Konflikten hanteras främst genom reflektion med kollegor och frustration uppstår av det begränsade handlingsutrymmet när den uttrycks, som när en informant ombads att ”sänka ribban” av sin

chef. Där synliggörs den hierarkiska ordning som råder inom intuitionen där skötare har ett begränsat utrymme till att påverka villkoren för sitt arbete. Villkoren för arbetet är inte givna utan föränderliga, då de kan få direktiv om *hur* de ska arbeta och har inget utrymme att påverka *vem* de ska vårda. Där speglas patienternas problemställningar genom att arbetet är under ständig förändring med nya målgrupper, direktiv, begränsningar eller behandlingar.

Studien har visat på delar kring hur den rättspsykiatriska vården är ett komplext område och arbetet innehåller flera olika element rörande frihetsberövande, tvångsåtgärder jämsides med att vårda och rehabilitera. Med denna studies tidsomfång i åtanke skedde avgränsningar och jag fick förhålla mig till att fokusera på de centrala delarna under mitt deltagande, alltså den tematik i berättelser och observationer som var mest framträdande. Framtida kvalitativa studier inom området från ett inifrånperspektiv rekommenderas för att fortsatt kunna öka förståelsen kring deras uppdrag.

8. Litteraturförteckning:

Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. and Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), pp.251–264. doi:https://doi.org/10.1002/bs.3830010402.

Collins, R. (2008) *Den sociologiska blicken*. Att se bortom det uppenbara, Lund: Studentlitteratur.

Dongen, E. van. (2002). Theatres of the lie: "crazy" deception and lying as drama. *Anthropology & Medicine*, *9*(2), 135–151. https://doi.org/10.1080/1364847022000029714

Foucault, M. (2003). *Övervakning och straff*. 4e upplagan. Arkiv Förlag.

Galanek, J.D. (2014). Correctional Officers and the Incarcerated Mentally Ill: Responses to Psychiatric Illness in Prison. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(1), pp.116–136. doi:https://doi.org/10.1111/maq.12137.

Goffman, E (2004) *Totala institutioner : Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor.* 1a uppl. Studentlitteratur AB.

Heidegren, C-G. Wästerfors, D (2019). *Den interagerande människan*, 2:a uppl. Malmö: Gleerups.

Hörberg, U. (2008). *Att vårda eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*. Doktorsavhandling,Växjö universitet. https://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A205815&dswid=-5536 (Hämtad 2023-11-07)

Lidström, A., Lundberg, Rönnqvist, K. and Pettersson, L. (2014). "*LRV patienter är relativt normala medan LPT patienter letar efter knivar" - En studie om eventuella skillnader i interaktionen mellan personal och patient inom rättspsykiatrin*. Examensarbete, Umeå Universitet. https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A687924&dswid=7608 (Hämtad 2023-10-28)

Lund, A. (2023). *Vårdtider längre än tidigare känt | Karolinska Institutet Nyheter*. nyheter.ki.se. Available at: https://nyheter.ki.se/vardtider-langre-an-tidigare-kant (Hämtad 2024-04-09)

Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C. and Wiklund Gustin, L. (2016). Getting to know the person behind the illness - the significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), pp.1426–1434. doi:https://doi.org/10.1111/jocn.13252.

Strand, K. Svensson, C (2017) Normalitet och avvikelse. "En normal elev finns ju inte, alla är så olika". Examensarbete, Malmö Universitet. https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1494108/FULLTEXT01.pdf (Hämtad 2023-05-03)

Strand, S. Holmberg, G. Söderberg, E (2009). *Den rättspsykiatriska vården*. Lund: Studentlitteratur. Utmaningar i socialt arbete. 1a uppl. Stockholm: Natur & Kultur

Sveriges Domstolar. (2022). *Rättspsykiatrisk vård*. https://www.domstol.se/amnen/brott-och-straff/straff-och-pafoljder/rattspsykiatrisk-vard/. (Hämtad 23-04-09)

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen, (u.å) *Rättspsykiatrisk vård.*

https://www.srpf.se/verksamheter/rpv/ (Hämtad 2023-11-26)

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf.

Westin, J. (2024). *Stora besparingar i vården under 2024*. www.vardfokus.se. https://www.vardfokus.se/nyheter/stora-besparingar-i-varden-under-2024/ (Hämtad 2024-05-06)