

nya avhandlingar

Det våldsamma mötets fenomenologi - om hot och våld i psykiatrisk vård.

Gunilla Carlsson

Under mina år som psykiatrisjuksköterska har jag alltid intresserat mig för hur patientens värld ser ut. Mina funderingar har kretsat kring frågor som: Hur är det att vara patient inom psykiatrisk vård? Hur överensstämmer patienters upplevelser och erfarenheter av den vård de får med det som vårdare rapporterar och dokumenterar? Min strävan i möten med patienter har varit att försöka förstå deras värld ur deras perspektiv.

Inom psykiatrisk vård förekommer ibland att patienter uppträder hotfullt eller våldsamt gentemot vårdare och även mot medpatienter. Våld och hot har identifierats inom all vård både i Sverige och internationellt och utgör ett betydande problem samtidigt som kunskapen inom området är begränsad. Hur ser då dessa patienters värld ut? Hur är det att vara arg och samtidigt vara patient? Hur är det att vara vårdare i dessa situationer? Hur ser det vårdande ut som klarar av att möta hotfulla och/eller våldsamma patienter. När jag fick möjligheten att gå forskningsmässigt vidare med mina funderingar kring den psykiatriska vården, koncentrerades mina frågor till hotfulla och/eller våldsamma patienter.

Under hela detta avhandlingsarbets gång har jag drivits av tanken att det är oerhört viktigt att förstå innebörden i det som människor uttrycker på olika vis. Min strävan har varit att försöka förstå människor utifrån den situation de befinner sig i. Och just att vara vårdare respektive patient i så svåra situationer som det ”våldsamma mötet” ofta innebär, har fascinerat mig.

Avhandlingen består av fyra delstudier där vårdares och patienters perspektiv på hur våldsamma möten erfars står i fokus. För att kunna erbjuda god vård till patienter som blir hotfulla eller våldsamma i möten med vårdare är det nödvändigt att förstå innebörden i fenomenet, dvs. det våldsamma mötet så som det erfars av både vårdare och patienter. Mitt avhandlingsarbete tog sin början med min iakttagelse att vårdare inom psykiatrisk vård många gånger var tvungna att möta hotfulla och våldsamma patienter. Ofta förundrades jag över hur dessa vårdare klarade av att hantera möten med inslag av hot och våld. Det verkade som att det fanns en förmåga hos vårdarna att lugna de hotfulla eller våldsamma patienterna. I vårdtraditio-

nen finns inbäddad kunskap, s.k. tyst kunskap, som kännetecknas av att vara oreflekterad och därmed ej uttalad, och den används spontant.

Utgångspunkten i den första studien var våldsamma möten som av vårdare erfars ha förlöpt väl. Tanken var att vi kan lära av de goda exemplen, att kunskap söks genom en belysning av vårdande som fungerar väl. Genom resultatet av den första studien kunde en del av den kunskap som vägleder vårdaren i mötet beskrivas, men här visade sig finnas en gräns för vad vårdarna förmådde att uttrycka. Under intervjun kunde vårdaren inte alltid finna ord för vad som skett. De sa exempelvis "jag kände vad jag skulle göra", eller "jag bara visste".

Jag blev väldigt nyfiken och ville försöka komma bakom denna gräns och förstod att det krävs datainsamlingsmetoder som förmår att komma åt det ej reflekterade. Därför genomfördes en kunskapsteoretisk och metodologisk fördjupning av "re-enactment" som datainsamlingsmetod i fenomenologisk forskning vilket utmynnade i artikel II.

"Re-enactment-intervjun" praktiserades i det som kom att utgöra, artikel III, där både positiva och negativa våldsamma möten fokuseras så som de erfars av vårdare. Med negativt möte avses ett våldsamt möte som av vårdaren erfars ej ha fungerat väl, vårdaren har ej "lyckats" i mötet. Här blev det också möjligt att djupare fokusera den rädsla som beskrevs av vårdarna i den första studien.

Det sista delarbetet har ett patientperspektiv och beskriver patienters erfarenheter av våldsamma möten och genom att få ta del av deras erfarenheter av vad som uppstår i mötet, kan också patienters livsvärld få träda fram.

I avhandlingen riktas intresset främst mot psykiatrisk vård och det övergripande syftet med forskningen var att explicitgöra,

analysera och beskriva "våldsamma möten", med grund i hur de erfars av vårdare respektive patienter. Syftet var också att bidra till utvecklingen av en fenomenologisk forskningsansats inom vårdvetenskapen, fr.a. gällande explicitgörandet av kroppsbunden kunskap.

Datainsamling har i avhandlingens olika delstudier skett genom skrivna berättelser, kvalitativ intervju samt "re-enactment-intervju" med vårdare (sjuksköterskor och skötare) inom psykiatrisk vård samt med patienter från psykiatrisk vård och rättspsykiatrisk vård. All insamlad data har genomgående analyserats med avseende på innebörd, och avsikten har varit att beskriva det våldsamma mötets essentiella struktur.

Resultatet av den första delstudien, som fokuserade möten som av vårdaren erfars ha förlöpt väl, visar att det som var avgörande var vårdarens förmåga att "vara i ögonblicket". Vårdaren är följsam och känslig för vad patienten uttrycker och förmår att möta patienten i en äkta och nära gemenskap. Ett betydande resultat från denna första studie var att vårdare kände sig rädda och hotade, men att de klarade av att hantera sin rädsla och därmed kunde de fortsätta att möta patienten.

I den andra delstudien, som fokuserar både positiva och negativa våldsamma möten framkommer en spänning mellan en vårdande närvaro och frånvaro. Mötet förstås som ett kritiskt moment där mycket sker samtidigt, skillnader finns förstås beroende på om mötet erfars som positivt eller negativt. Det positiva mötet kännetecknas av vårdarens närvaro vilket betyder att vårdaren finns där och delar hela händelsen med patienten. I början av mötet känner vårdarna rädsla, och de berättar att de hanterade sin rädsla genom att föra en "inre dialog", vilken bottnar i vårdarens önskan att vilja patienten väl. I detta

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

ögonblick lyssnar vårdaren till sig själv, lutar på det som känns rätt i situationen. Närvaron genomsyras av en slags gemenskap där vårdaren ser på patienten med respekt, tar ansvar och försöker inge förtroende. Vårdaren försöker att möta patienten öppet och förutsättningslöst, vilket innebär att inte ta något för givet om vad patienten önskar, vill och menar. Istället försöker vårdaren att vara ärlig och går aktivt in för att finna den mening som situationen har för patienten. Det negativa mötet kännetecknas av frånvaro, vårdaren känner en rädsla och ett hot men klarar i den rådande situationen inte av att hantera detta. Rädslan medför att vårdaren blir mer tvingande i sitt förhållningssätt till patienten och är inte längre lyhörd för vad patienten egentligen vill och önskar. Vårdaren skyndar på och vill inte längre vara kvar i mötet med patienten. Vårdaren blir mer orolig för sin egen säkerhet och tappar alltmer kontrollen och tvingas till slut att ge upp och fly.

Patienterna berättade också om både positiva och negativa möten med vårdare, där de hade uppträtt hotfullt eller våldsamt. Patienter efterlyser det " nakna " mötet, dvs. ett rättframt och oförställt möte där patienten känner en oinskränkt aktning för sig själv som människa. I det " nakna " mötet finns en vårdare som är närvarande, och som uppriktigt förmår att ge av sig själv och därmed också låter sig bli berörd. Det " nakna " mötet innebär en ärligt menad inbjudan till patienten som känner sig säker på att vårdaren verkligen vill väl. Däremot om mötet med vårdaren präglas av att det finns en risk för att vårdaren flyr och inte bjuder in patienten så känner denne en rädsla för att vårdaren inte ska stanna kvar. Osäkerheten växer av att patienten inte riktigt säkert vet om vårdaren bjuder in till ett möte eller skyr närvaron och försvinner ut i ett icke-möte. Patienter fruktar icke-möten eftersom risken är up-

penbar att dessa orsakar en outhärdlig kränkning, vilken också innebär en känsla av att ej vara värdig vårdarens närvaro. När vördnaden och respekten för patienten som mänskliga uteblir måste patienten på något sätt försvara sig för att inte existentiellt krossas, exempelvis genom att visa upp en kall fasad, och ibland kan våld vara den enda tillgängliga lösningen ur patientens perspektiv.

En av forskningens slutsatser är att det vårdande " nakna " mötet utgör en styrka i situationer där hot och våld riskerar att ominvetgöra vårdandet och dess syfte att ge hälsa och välbefinnande. Vårdarens sätt att vara och handla innebär en stor vårdande potential, som vårdare inte alltid tycks vara helt medvetna om, enligt föreliggande forskning. Beröring som redskap i vårdandet tycks vara ett kraftfullt instrument för att förhindra en negativ utveckling av våldsamma möten. Hot och våld får svårare att gro i ett vårdande där vårdare förmår att beröra sina patienter, och samtidigt själva vågar bli berörda, både i konkret och abstrakt mening, och där vårdandets intentioner kommuniceras såväl verbalt som icke-verbalt. Omvänt tycks våld få näring ur beröring som inte har en vårdande avsikt, men framför allt tycks våld hämta sin näring ur icke-beröring, ur ett vårdande som innebär att vårdare och patienter varken berör eller berörs av varandra.

En slutsats av forskningen är också att om det skall vara möjligt att förhindra en negativ utveckling av hot och våld i vården, måste detta arbete påbörjas innan ett våldsamt möte uppstår. Risken minskar när vårdare förstår att lägga grunden till ett " naket " vårdande innan några våldsamma möten uppstår. En annan av forskningens slutsatser är att vårdare inte specifikt kan " lära sig att möta hot och våld ". Förståelse för och kunskap om hot och våld i vården måste ses i det sammanhang ur vilket hot och våld uppstår.

Framför allt måste förståelse för och kunskap om hur hot och våld skall förhindras sökas i insikten om hur sårbara och utsatta patienter kan bemötas utan att kränkas.

Slutligen är en av forskningens slutsatser att om en vårdande hållning skall utvecklas hos vårdare krävs också att vårdarna vårdas. Otrygga och osäkra vårdare har svårt för att erbjuda berörande vård, och de har svårt för att låta sig beröras på ett sätt som förhindrar ett hotfullt eller våldsamt skeende.

I detta avhandlingsarbete har jag försökt ge röst åt patienter som kan ha svårt att hantera sin aggressivitet, samt åt vårdare som möter dessa patienter. Min avsikt har varit att undvika en förenklad bild som t.ex. skiljer bra vårdare från dåliga vårdare. Min am-

bition har inte heller varit att fördjupa mig i orsakerna till att en del patienter ibland kan uppträda hotfullt och våldsamt. Valet att stanna vid en rent beskrivande forskningsansats innebär att jag har belyst det undersökta fenomenet i kraft av sin egen inneboende mening. Fenomenet ”våldsamma möten så som de erfars av vårdare och patienter” har därmed inte gömmts bakom teorier, tidigare forskning eller andra förklaringsmodeller. Med det hoppas jag att det ”nakna” vårdandets möjligheter har blivit synliggjorda, och att ytterligare ett litet steg har tagits i kunskapsutvecklingen om hur vi på ett bra sätt kan bemöta hot och våld i vården.

Påverkan av organisatoriska och miljömässiga faktorer på tillgänglighet till akutsjukvården

Grazyna Teresa Adamiak

Den 1 mars 2004 disputerade jag vid Uppsala Universitet i ämnet hälso- och sjukvårdsforskning med avhandlingen ”Påverkan av organisatoriska och miljömässiga faktorer på tillgänglighet till akutsjukvården”. (Länk: http://publications.uu.se/uu/fulltext/nbn_se_uu_diva-3997.pdf). I ramberättelsen försöker jag problematisera begreppen tillgänglighet och vårdens kvalitet. Båda termerna är mångtydiga. För att undvika retorik är det bäst att precisera vilka av vårdkvalitetens många dimensioner som avses. Avhandlingen tillför ny kunskap om oplanerade återinskrivningar inom intermedicin. Nedan

diskuterar jag några teoretiska slutsatser. Fynden kommer från två prospektiva, tvärsnittsstudier genomförda 1994 respektive 1997 vid internmedicinska kliniker på 14 akutsjukhus i Älvsborg och Skaraborg samt Stockholms läns landsting. Båda undersökningarna omfattar över 10 400 intagningar i slutenvård och cirka 1000 akuta återintagningar inom 30 dagar.

Alla studier av återinskrivningar vägleds av en föreställning om temporal sekvens av händelser från utskrivning till återinskrivning. Vanligen brukar oplanerade återinskrivningar förklaras med för korta vårdtider,