



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

“VI SKULLE KUNNA GÖRA MER”

En kvalitativ studie om hur rättspsykiatrins skötare upplever och förklarar sin roll i den rättspsykiatriska slutenvården

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education

Kandidatnivå

Vårterminen 2021

Matilda Häggqvist & Julia Hallberg

Handledare: Lena Andersson

Antal ord: 18 748

“Just nu är det en lugn period, det är inte så himla jobbigt. Det är spela kort, spela spel, hänga, ha det trevligt, se till att de får mat, alltihopa. Men sen har man ju de lite tyngre perioderna, som vi hade för några veckor sen. Det går i skov liksom, antingen så händer det ingenting eller så händer allting samtidigt. Och då är det, till exempel, en person som... ja men kanske börjar bli utåtagerande, kastar möbler, slåss och sådana grejer. Hur vi... som i en bältningssituation... Jag tror Sverige är det enda landet i hela Europa som fortfarande har det lagligt med bältning. Hur vi... Det är verkligen en känsla av att man, då ser man hur frihetsberövade de faktiskt är. Hur lite makt över sina egna liv en människa kan ha i den situationen. Att man, ja att det flyger en massa grejer, saker går sönder, det går inte att lugna ner personen i samtal, det går inte överhuvudtaget. Hur man får trycka på larmet och så kommer det tio skötare, rusande i blåa dressar, liksom vissa skötare som jag aldrig har sett, till och med. De kommer inrusande, hör “bältning” och bara gör det. Och sen hur patienten bara ligger där och bara... det är ganska tungt liksom. Man mår ju inte så bra när man kommer hem.”

- Skötare C

Abstract

Titel: “Vi skulle kunna göra mer” - En kvalitativ studie om hur rättspsykiatrins skötare upplever och förklarar sin roll i den rättspsykiatriska slutenvården.

Författare: Matilda Häggqvist & Julia Hallberg

Syftet med studien var att undersöka hur skötare inom rättspsykiatrisk slutenvård förklarar och upplever sin roll utifrån det dubbla uppdrag av vård och kontroll som lagstiftningen ger, samt att förstå hur det kan komma att påverka rehabiliteringsarbetet med patienterna. Kvalitativ data samlades in genom individuella semi-strukturerade intervjuer med sammanlagt sex skötare, alla arbetandes på samma rättspsykiatriska sjukhus men på olika rehabenheter. En innehållsanalys gjordes för att bearbeta materialet, som vidare analyserades och teoretiserades utifrån teorin om *kognitiv dissonans*. Studien visade att skötarna upplever det dubbla uppdraget som både oproblematiskt och problematiskt. En balans mellan närhet och distans till patienten måste finnas – en naturlig del av arbetet som samtidigt skapar utmaningar. Studien visade hur skötarna förklarar arbetet med patienten i termer av familjeliknande relationer och situationer. Liknelsen om föräldraskap användes som ett sätt att skapa mening för det dubbla uppdraget, som i praktiken innebär både omsorg och auktoritet. Studien belyste också hur rehabiliteringsarbetet kan försvåras till följd av resursbrister liksom av att verksamhetens olika mål kan komma att krocka i praktiken, vilket leder till en frustration hos skötarna över att inte kunna bedriva den vård de önskar.

Nyckelord: *rättspsykiatrisk slutenvård, skötare, rehabilitering, kontroll, kognitiv dissonans.*

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte	6
1.3 Frågeställningar	7
1.4 Bakgrund	7
1.5 Relevans för socialt arbete	9
2. Tidigare forskning	11
2.1 Organisatoriska förutsättningar	11
2.2 Uppfostran som uppdrag?	12
2.3 Skötaren och relationen	15
3. Teoretisk tolkningsram	19
3.1 Kognitiv dissonans	19
3.1.1 Festingers teori om kognitiv dissonans	19
3.1.2 Beslut följs av dissonans	21
3.1.3 Utveckling av teorin: aversiva konsekvenser	23
4. Metod	24
4.1 Förförståelse	24
4.2 Litteratursökning	25
4.3 Urval och avgränsning	26
4.3.1 Rekryteringsprocess av deltagare	27
4.4 Kvalitativa intervjuer och utformning av intervjuguide	28
4.5 Intervjuernas förfarande	28
4.6 Analysmetod	29
4.6.1 Process kring teorival	31
4.7 Forskningsetiska överväganden	32
4.8 Arbetsfördelning	34
4.9 Reflektion kring metod	35
4.10 Studiens kvalitet och tillförlitlighet	36
4.10.1 Tillförlitlighet	37
4.10.2 Äkthet	37
5. Resultat och analys	39
5.1 Skötarnas arbetsuppgifter	39

5.2 Närhet eller distans?	40
5.2.1 Teoretisk reflektion	44
5.2.2 Relaterat till tidigare forskning	45
5.2.3 Egna reflektioner	46
5.3 Föräldraskapet	46
5.3.1 Teoretisk reflektion	48
5.3.2 Relaterat till tidigare forskning	50
5.3.3 Egna reflektioner	50
5.4 Frustration över organisation	51
5.4.1 Teoretisk reflektion	54
5.4.2 Relaterat till tidigare forskning	56
5.4.3 Egna reflektioner	57
6. Slutdiskussion	59
6.1 Vidare forskning	60
Referenser	62
Bilaga 1	66
Bilaga 2	67

Förord

Först och främst vill vi säga ett stort tack till de skötare som berättade om sitt arbete för oss. Tack för att ni delade med er av era tankar och funderingar, inte bara till oss utan också till de som läser denna uppsats. Ett stort tack vill vi också rikta till vår handledare Lena Andersson, för kloka råd och fint stöd genom processen.

Sedan är det väl på sin plats att också tacka varandra, för gott samarbete. Tack Julia och tack Matilda. Delad glädje är trots allt dubbel glädje och delad prestationsångest är tydligen också dubbel prestationsångest. Tacksamt att ha fått dela bådadera med varandra.

1. Inledning

Det är tillsammans med skötarna som den rättspsykiatriska slutenvårdspatienten till största del spenderar sin tid. Det är skötarna som bemannar rehabenheterna där patienterna vistas under vårdtiden och tillbringar sina dagar – dagar som med Sveriges långa vårdtider inom rättspsykiatrin inte sällan övergår till år efter år (Strand & Holmberg 2018). Den rättspsykiatriska vardagen, den rättspsykiatriska miljön och rättspsykiatrins skötare kommer onekligen att spela en stor roll för patientens rehabilitering. Patienten bedöms vara sjuk men har samtidigt också begått och dömts för brott, inte sällan för våldsbrott. Vård ska bedrivas samtidigt som ofrånkomliga säkerhetsaspekter måste tas i beaktande. Det blir skötarnas uppdrag att skapa en miljö på rehabenheten som är säker men också läkande (ibid).

God vård och säkerhet är emellertid inte två motpoler – verksamhetens karaktär *kräver* ett väl genomtänkt säkerhetsarbete för att möjliggöra en god vårdmiljö. Skötarnas relation med patienten är central och i relationen dem emellan finns en dubbelhet inbyggd; skötarna ska i sitt arbete med patienten dels utöva kontroll liksom tvingande omvårdnad, dels sträva efter att bygga en terapeutisk relation (Strand & Holmberg 2018). I praktiken kan skötarna därför tänkas uppleva motstridiga mål och behov. Att få ihop denna dubbelhet är en ekvation som inte löser sig själv, utan kräver eftertanke om hur vården organiseras och utförs i vardagen.

1.1 Problemformulering

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Vetenskapsrådet fick år 2016 i uppdrag av regeringen att undersöka det rådande kunskapsläget kring rättspsykiatrisk vård i Sverige. Av SBU:s (2017) rapport framgår stora kunskapsluckor inom flera områden av den rättspsykiatriska vården. Det finns därför ett stort behov av forskning kring den rättspsykiatriska vård som idag utförs. Eftersom Sveriges lagstiftning skiljer sig från många andra länder kan utländsk forskning ibland vara svårapplicerad, därför finns det ett behov av mer forskning kring den svenska rättspsykiatrin specifikt. SBU (2017) menar att avsaknaden av forskning kan ses som etiskt problematiskt och lyfter frågan om patienternas rättssäkerhet. Vetenskapsrådet (2017b) delar SBU:s bild av att det finns en brist på evidens-

basering inom rättspsykiatri och lyfter ett behov av forskning om vilken typ av behandling och rehabilitering som är effektiv för just rättspsykiatriens patienter. Kartläggningarna (SBU 2017; Vetenskapsrådet 2017b) visar att det finns viss vårdvetenskaplig forskning med fokus på den vardagliga vårdens innehåll liksom personalens hållning och attityder – likväl beskrivs ett behov av vidare forskning. Vetenskapsrådet (2017b) menar att det finns särskilda kunskapsluckor som kräver forskningens fokus, däribland vilka konsekvenser det dubbla uppdraget av vård och kontroll kan komma att få för vården.

Rättspsykiatri befinner sig som i ett spänningsfält mellan straffrätt och psykiatri, där brottslighet möter allvarlig psykisk störning och domstol dömer till vård istället för fängelse. Definitioner av både *psykisk ohälsa* och *brottslighet* är knutet till sin samtid, och hur psykisk ohälsa och brottslighet bemöts varierar därmed över tid (Haugsgjerd & Stänicke 2010; Sarnecki 2017). Institutioner såsom rättspsykiatri och dess uppdrag, utformning, metoder och förutsättningar är därför inte helt självklara. Ramarna för rättspsykiatri, och det som sker i den vardagliga praktiken inom dessa ramar, kan alltså komma att förändras. Det spänningsfält som rättspsykiatri befinner sig i väcker onekligen frågor kring etik, vilket både SBU (2017) och Vetenskapsrådet (2017b) lyfter i sina kartläggningar. Därav blir det intressant att studera rättspsykiatri som verksamhet och de utmaningar som kan uppstå i dess vardagliga praktik. Det finns en kunskapslucka kring hur dagens rättspsykiatri ska behandla den inneboende rollkonflikt som finns i att vara vårdgivare samtidigt som kontrollsystem (Vetenskapsrådet 2017b). En rollkonflikt som kan tänkas genomgå hela den rättspsykiatriska verksamheten och följaktligen också leda till utmaningar i *skötarnas* dagliga arbete. Skötarna är de som arbetar allra närmast patienterna och utgör därför en viktig del av den rättspsykiatriska vården och vi vill därför höra hur de själva upplever och förklarar sin centrala roll. Vi vill i och med denna studie bidra till att fylla en bit av den rådande kunskapsluckan.

1.2 Syfte

Syftet med denna studie är att få en djupare förståelse för hur skötare inom rättspsykiatrisk slutenvård förklarar och upplever sin roll utifrån det dubbla uppdrag av

vård och kontroll som lagstiftningen ger, samt att förstå hur det kan komma att påverka rehabiliteringsarbetet med patienterna.

1.3 Frågeställningar

- Hur förklarar skötarna vad det innebär att arbeta som skötare på en rättspsykiatrisk rehabenhet?
- Hur upplever och förhåller sig skötarna till det dubbla uppdraget av vård och kontroll?
- Hur upplever och förhåller sig skötarna till förutsättningarna de ges att bedriva bästa möjliga vård?

1.4 Bakgrund

Rättspsykiatri regleras av ett flertal lagar. Lagen (SFS 1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) trädde i kraft år 1992. LRV kom in i svensk lagstiftning som ett tillägg till lagen (SFS 1992:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Genom dessa två lagar kom det juridiska begreppet *allvarlig psykisk störning* att etableras. Begreppet ligger till grund för tillämpningen av respektive lag. Såväl LPT som LRV reglerar alltså psykiatrisk tvångsvård av personer som bedöms lida av en så kallad allvarlig psykisk störning. Vård enligt LRV, till skillnad från vård enligt LPT, är dock utdömt av domstol och definieras därför som en påföljd (Lidberg & Wiklund 2004a).

I brottsbalkens 31 kapitel 3 § (SFS 1962:700) förklaras att en person bör dömas till rättspsykiatrisk vård, med särskild utskrivningsprövning, om denne lider av en allvarlig psykisk störning samt om det till följd av denna störning finns risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag. Brottet ska dessutom ha begåtts under uppenbar påverkan av den allvarliga psykiska störningen. Lidberg och Wiklund (2004b) skriver att ett överlämnande till rättspsykiatrisk vård alltid föregås av en rättsmedicinsk undersökning, där frågan om huruvida personen lider av en allvarlig psykisk störning utreds. Den rättsmedicinska undersökningen genomförs under fyra veckors tid vid en av rättsmedicinalverkets undersökningsenheter. Personen utreds av läkare, psykolog, skötare samt socionom och är under hela utredningstiden frihetsberövad. Undersökningen görs på uppdrag av domstol och utmynnar i ett så

kallat rättspsykiatriskt utlåtande. Det är sedan detta utlåtande som ligger till grund för domstolens beslut av påföljd – rättspsykiatrisk vård eller fängelse.

Rättspsykiatrisk vård är alltså en påföljd utdömd av domstol men som faller under sjukvård, inte under kriminalvård. Rättspsykiatriska avdelningar benämns därför som sjukhus och dess klientel som patienter. LRV står därför också under hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Strand och Holmberg (2018) skriver att de grundläggande kraven på den rättspsykiatriska vårdens innehåll och genomförande regleras av hälso- och sjukvårdslagen, liksom av patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Patienten ska få en god och trygg vård byggd på respekt för självbestämmande och integritet. Patienten har rätt till rättssäker vård av god kvalitet vilket blir särskilt viktigt när vården sker inom ramen för tvångslagstiftning, såsom den rättspsykiatriska vården. Normen är fortfarande frivillighet och tvångsåtgärder ska ses som undantag.

Den rättspsykiatriska vården har som uppdrag att rehabilitera patienten. Uppdraget att rehabilitera patienten ska utföras med ständiga avvägningar kring patientens rätt till självbestämmande och integritet, men även omgivningens rätt till skydd och säkerhet. Uppdraget ställer därför också höga krav på eftertanke, kring såväl proportionalitet som syfte med säkerhetsåtgärder. Syftet med den rättspsykiatriska tvångsvården är att patienterna ska bli så friska som möjligt för att i förlängningen minimera risken för återfall i allvarlig brottslighet. Detta syfte ska därpå kombineras med hälso- och sjukvårdslagens syfte: att förbättra människors hälsa, öka livskvalitet och främja ett självständigt liv. Dessa uppdrag och syften, och deras implikationer för det vardagliga arbetet, ska existera parallellt (Strand & Holmberg 2018).

Strand och Holmberg (2018) menar att det finns olika aspekter av säkerhet inom rättspsykiatrin som fångas av begreppen dynamisk säkerhet och statisk säkerhet. *Dynamisk säkerhet* syftar till den säkerhet som grundar sig i mötet och relationen med patienten och beskrivs som en aktiv form av säkerhet. Dynamisk säkerhet kan handla om personalens förhållningssätt, att personal närvarar i gemensamma utrymmen eller säkerhet som har att göra med exempelvis rutiner och beredskapsplaner vid incidenter. *Statisk säkerhet* syftar till den säkerhet som finns invävd i

miljön i form av exempelvis lås, larm och övervakningssystem. Statisk säkerhet beskrivs istället som passiv då den inte anpassas efter individens behov utan bara "är". Strand och Holmberg (2018) poängterar att en balans mellan dynamisk och statisk säkerhet krävs för att en framgångsrik vård ska kunna bedrivas. Vidare påpekas att säkerhetsarbetet kring fysisk miljö inte får motverka målsättningen att rehabilitera patienten. Samtidigt menar Strand och Holmberg (2018) att en fysisk miljö som tagit hänsyn till säkerhet, men samtidigt utformats på ett bra sätt, bidrar till ökad trygghet och minskad stress för både patienter och personal, vilket förklarar ge bra förutsättningar både för patientens rehabilitering och för personalens möjlighet att utföra ett bra arbete.

Rättspsykiatriska sjukhus, är liksom andra sjukhus en regionalt styrd verksamhet. I Västra Götalandsregionen finns tre rättspsykiatriska sjukhus där sammanlagt cirka 250 patienter vårdas i slutenvård varje år. I Sverige vårdades år 2019 cirka 1 900 personer i rättspsykiatrisk slutenvård (Socialstyrelsen u.å.). Vål dömd till rättspsykiatrisk vård, anländer individen till ett rättspsykiatriskt sjukhus och placeras vid en så kallad rehabenhet. Vården omfattas av slutna heldygnsvård och vårdtiderna kan komma att bli avsevärt långa. Den genomsnittliga vårdtiden för rättspsykiatrins patienter är i dag sex år (Strand & Holmberg 2018). Under vårdtiden bor patienterna tillsammans på rehabenheten, oavsett diagnoser, brott, kön och övrig problematik. Runt patienterna finns ett omfattande vårdteam, bestående av läkare, psykolog, fysioterapeut, arbetsterapeut, hälsopedagog, kurator, sjuksköterska och skötare (Strand & Holmberg 2018).

1.5 Relevans för socialt arbete

Rättspsykiatrin med dess syfte att rehabilitera kan förstås som ett förebyggande arbete, för att förhindra framtida sociala problem. När patienten väl är redo att lämna den rättspsykiatriska slutenvården, väntar en gedigen utslussningsprocess, där ansvaret ska lämnas över från regionen till kommunen. Strand och Holmberg (2018) menar att tiden efter utskrivning från rättspsykiatrin är en mycket kritisk period för patientens tillfrisknande. Patienten kan tänkas uppleva glädje såväl som oro, varför en stabil samordning mellan ansvariga parter blir väsentlig, för att patienten inte åter ska försämrats. Enligt socialtjänstlagens (SoL) 4 kapitel 1 § (SFS

2001:453), ansvarar kommunerna för att bistå sina invånare med stöd för sin livsföring i övrigt, såsom boende, till den som inte själv kan, eller på något annat sätt kan, tillgodose sig det. Kommunen ska också, enligt SoL 5 kapitlet 7 §, särskilt verka för att människor med bland annat psykiska funktionsnedsättningar, såsom en allvarlig psykisk störning, ska kunna leva och delta i samhället som andra. När patienten ska skrivas ut från den rättspsykiatriska slutenvården blir det därför ofta socialtjänstens arbete att sörja för boende, men även sysselsättning och inte sällan också ekonomi. Strand och Holmberg (2018) påpekar emellertid hur enskilda sociala nämnder ibland blundar för skyldigheten att ta ansvar för rättspsykiatrins patienter. Det är helt enkelt väldigt kostsamt för kommunen att tillhandahålla boenden med omfattande stödinsatser.

Vi ser därför hur ett bättre rehabiliteringsarbete, som möjliggör mer självständiga patienter kan komma att skapa bättre förutsättningar för socialtjänstens arbete att sörja för patientens livsföring. Rättspsykiatrin blir som en förebyggande insats, insatt i efterhand. Rättspsykiatrins patient blir ofta beroende av myndigheter och organisationer, som tillsammans ska verka för ett tillfrisknande. Resan mot att åter fungera i samhället består av flera olika steg, där skötarens arbete utgör ett och socialarbetarens ett annat – steg som vi menar hör tätt samman. Således får denna studie inte bara relevans för rättspsykiatrins verksamhet utan också för det vidare sociala arbetet som så ofta medföljer.

2. Tidigare forskning

I följande avsnitt presenteras ett urval av tidigare forskning med relevans för förståelsen av vår studie. Sökningen efter tidigare forskning genomfördes med sökord baserade på vårt inledande intresseområde – frågan om rehabiliteringsarbete och etiskt försvarbar vård inom ramen för tvångsvård präglad av säkerhet och kontroll, med fokus på ett skötarperspektiv. Litteratursökningen beskrivs närmare i metodavsnittet, där sökord liksom hur vi sökt redogörs för. Artiklarna som presenteras nedan lyfter en variation av utmaningar, med koppling till rättspsykiatriens komplexitet, som framför allt den patientnära personalen kan komma att ställas inför. Artiklarna behandlar framförallt en rättspsykiatrisk kontext, såväl svensk som internationell. Flertalet av artiklarna berör också andra yrkesgrupper än den skötargrupp vår studie kretsar kring. Forskning kring svensk rättspsykiatri är, som påtalat, relativt begränsad. Vi anser att fenomenet i sig, att som omvårdnadspersonal inneha dubbla uppdrag, inte behöver vara bundet till en särskild kontext. Därför anser vi att de artiklar som inte handlar om just rättspsykiatri, men som ändå relaterar till studiens syfte, ändå är relevanta för förståelsen av vår studie.

2.1 Organisatoriska förutsättningar

Rättspsykiatriens verksamhet omges av vissa givna ramar, av organisatoriska förutsättningar. Verksamheten är regionalt styrd, har en tydlig lagstiftning att följa och en ofta snäv budget att förhålla sig till. Organisationen påverkar onekligen personalen och deras dagliga arbete. Thomsen, Soares, Nolan, Dallender och Arnetz (1999) har genomfört en kvantitativ undersökning där det framkommer att organisatoriska faktorer har en större påverkan på psykiatriens personal angående känslan av tillfredsställelse i sin yrkesutövning, än individuella faktorer. Undersökningen som genomförts av Thomsen et al. (1999) presenteras i artikeln *Feelings of Professional Fulfilment and Exhaustion in Mental Health Personnel: The Importance of Organisational and Individual Factors*. I undersökningen medverkade sammanlagt 1051 psykiatriker och psykiatrisjuksköterskor från Stockholm. Då vi inte kunnat finna en nyare, lika omfattande studie, kring ämnet anser vi att artikeln fortfarande är relevant trots dess ålder. Författarna undersöker organisatoriska och individuella faktorer eventuella påverkan på personalens känsla av tillfredsställelse i sin yrkesutövning, samt risk för arbetsrelaterad

utmattning. Inledningsvis påpekar författarna att personal inom psykiatrin löper en större risk att drabbas av psykisk ohälsa än personal inom andra områden, med anledning av den stress som ofta följer den rollkonflikt psykiatrins personal ställs inför. Patienternas negativa inställning till personal inom psykiatrin, till följd av att vårdas under tvång, kan också bidra till stress hos personalen.

Studien visade att personalen upplevde organisatoriska problem som minst lika ansträngande som exempelvis vårdkrävande patienter (Thomsen et al. 1999). Arbetsrelaterade utmattningar menas inte behöva bero på arbetsuppgifterna i sig, utan oftast snarare på resursbrister. En känsla av tillfredsställelse i sin yrkesutövning, ett välbefinnande, kopplas samman med bland annat goda arbetsrelationer, ett gott arbetsklimat och hög autonomi. Hög arbetsbelastning och bristande ledarskap hade istället en negativ inverkan på känslan av tillfredsställelse i yrkesutövningen. Författarna poängterar fördelarna med organisatoriska förbättringar och förändringar för personalens välbefinnande, vilket står i kontrast till den mer vedertagna bilden av hur överdrivna förändringar inom hälso- och sjukvården lätt leder till missnöje hos vårdpersonalen. En god känsla av tillfredsställelse i sin yrkesutövning minskar alltså risken för arbetsrelaterad utmattning och påverkas i synnerhet av organisatoriska faktorer.

2.2 Uppfostran som uppdrag?

Bland de som forskar kring svensk rättspsykiatri fann vi att Ulrika Hörberg var (2008) ett återkommande namn. Hörberg (2008) forskar i den svenska kontexten och har i sin avhandling *Att vårdas eller fostras – det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp* undersökt vilken vård som är möjlig att genomföra inom tvångsramar på högsäkerhetsinstitutioner. I artikeln *Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline – Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault*, beskriver Hörberg och Dahlberg (2015) dagens svenska rättspsykiatri ur både patientens och vårdarens perspektiv. Artikeln grundar sig på det empiriska materialet för Hörbergs (2008) tidigare nämnda avhandling. Hörbergs (2008) fenomenologiska studier genomfördes vid ett svenskt rättspsykiatriskt sjukhus med högsta säkerhetsklass. Sammanlagt intervjuades elva patienter respektive elva vårdare, som innefattade både sjuksköterskor och skötare.

Studierna syftade till att beskriva erfarenheter av att *få* respektive *ge* vård inom rättspsykiatri, där det senare blir särskilt intressant för vår studie. Hörberg och Dahlberg (2015) ämnar, liksom titeln avslöjar, belysa svensk rättspsykiatri genom Michel Foucaults filosofiska verk i sin artikel. Artikelförfattarna menar i sin analys att rättspsykiatri genomförs av makt och maktlöshet. Den ojämna maktaspekten, i kombination med tendensen till uppfostrande attityder bland vårdarna, riskerar att försvaga möjligheten för patienten att uppleva vården som sann omtanke. Hörberg och Dahlberg (2015) menar att den forskning som talar om vikten av en trygg relation och arbetsallians mellan patient och vårdare behöver få sätta ett större avtryck i rättspsykiatriens praktik, där de menar att kontroll och uppfostran idag verkar ha tagit överhand. Ett uppfostrande förhållningssätt menas kunna leda till en förminskande syn på patienten, vilket vidare kan underminera patientens möjligheter till delaktighet i sin vård. Författarna avslutar med följande resonemang, *“Based on the above, we maintain that forensic psychiatric caring needs to be questioned as well as challenged by scientifically founded knowledge of what true caring means”* (Hörberg & Dahlberg 2015: 8).

Det är speciellt att arbeta i den typ av miljö som rättspsykiatri utgör och det kräver konstruktiva förhållningssätt från personalens håll – något som Maguire, Daffern och Martin (2014) diskuterar i artikeln *Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting*. I studien intervjuades tolv patienter och tolv sjuksköterskor på en rättspsykiatrisk enhet i Australien angående deras syn på gränssättning. Artikelförfattarna definierar gränssättning som interventioner som syftar till att markera vad acceptabelt beteende är i syfte att ändra eller begränsa ett visst beteende, alternativt i syfte att engagera patienten i sin vård. Vidare menar författarna att gränssättning inom vården kan vara ett konstruktivt verktyg i den terapeutiska relationen, men att det också kan fungera straffande eller disciplinerande. I studien framkommer att gränssättning är viktigt för säkerheten och allas välmående – något som både sjuksköterskor och patienter lyfter. Författarna menar att den gränssättning som förekommer i den vardagliga praktiken ofta sker på rutin snarare än baserat på riktlinjer kring hur konstruktiv gränssättning ser ut. Patienterna i studien menade att gränssättning kan minska aggression eller trigga aggression hos dem, beroende på hur gränssättningen görs av sjuksköterskorna. Gränssättning kan även öka samarbetsviljan eller minska

samarbetsviljan hos patienten. Därför är det viktigt att personalen hittar bra strategier. Maguire et al. (2014) drar slutsatsen att de som arbetar i det patientnära arbetet bör anta en auktoritativ approach där de är empatiska, respektfulla och rättvisa, istället för en kontrollerande och auktoritär approach.

Hörberg (2008) lyfte frågan om uppfostran i sin avhandling, liksom en diskussion om vård kontra disciplin i Hörbergs och Dahlbergs (2015) artikel. Detta ämne lyfter även Specker, Focquaerts, Sterckx och Schermer (2018) i artikeln *Forensic Practitioners' Views on Stimulating Moral Development and Moral Growth in Forensic Psychiatric Care*. Specker et al. (2018) presenterar i sin artikel deras kvalitativa studie från rättspsykiatriska verksamheter i Belgien och Nederländerna där de intervjuat sammanlagt 21 personer, varav elva psykiatriker och tio psykologer, med syfte att diskutera rättspsykiatri i relation till patientens eventuella moraliska utveckling. Specker et al. (2018) fortsätter Hörberg och Dahlbergs (2015) diskussion kring rättspsykiatrins intention, som alltså kanske inte bara innefattar vård av psykisk ohälsa utan kanske också en viss grad av uppfostran. I artikeln utgår Specker et al. (2018) från frågan huruvida rättspsykiatrins personal bör eller inte bör stimulera patientens moraliska utveckling i samband med den rättspsykiatriska vården. Författarna ställer sig frågan om vad som egentligen ska ingå i rättspsykiatrins uppdrag. Studien presenterar splittrade respondenter och visar att det finns meningsskiljaktigheter angående dels huruvida moralisk stimulans ska ingå i uppdraget, dels uppfattningen om vad moral i sig egentligen innebär. En del av respondenterna menade att *uppfostran* inte ingick i deras arbetsuppgifter och lyfte hellre den medicinska aspekten av vården. Andra respondenter inkluderade däremot absolut moralisk stimulans i deras arbetsuppgifter, dock snarare som bieffekt av vården än som en uppgift i sig.

Vidare förklarar Specker et al. (2018) moralisk stimulans och utveckling som ett medel hellre än ett mål. Psykisk ohälsa, kan enligt författarna, i vissa fall definieras som en moralisk defekt och således kan behandling av denna förstås som ett led i moralisk förbättring. Frågan om moralisk stimulans visas i artikeln vara hårt bunden till aspekten om samhällsskydd. Flertalet av studiens respondenter håller med om att de besitter dubbla roller, av vård och kontroll, samtidigt skiljer sig uppfattningen åt om vad som anses primärt. Specker et al. (2018) drar slutsatsen att moralisk

stimulans blir, förvisso bara implicit uttryckt, ett oundvikligt inslag i den rättspsykiatriska vården. Författarna identifierar en etisk konflikt som kan uppstå i och med de tämligen skilda dubbla rollerna och uppmanar till en bredare etisk diskussion inom rättspsykiatrins verksamhet. Den rättspsykiatriska vården, liksom respondenterna indikerar, omfattas av såväl medicin som just moralisk stimulans. Frågan om patientens behov av moralisk utveckling måste, enligt Specker et al. (2018), därför bli en uttalad fråga och diskuteras av samtliga vårdare, för att förbättring av denna speciella form av vård ska kunna ske.

2.3 Skötaren och relationen

Omvårdnadsidealet i rättspsykiatrin utmanas av att vården ska ges till en person som är potentiellt farlig, en fråga som Jacob och Holmes (2010) undersökt i sin kvalitativa studie vilken presenteras i artikeln *Working under threat: Fear and nurse-patient interactions in a forensic psychiatric setting*. Studien syftar till att beskriva och förstå hur känslan av rädsla kan komma att influera interaktionen mellan sjuksköterska och patient. Jacob och Holmes (2010) genomförde studien vid en rättspsykiatrisk enhet i Kanada, med medelhög säkerhetsklass, där de intervjuade 18 sjuksköterskor. Jacob och Holmes (2010) ville undersöka spänningen mellan ett "terapeutiskt tänk" och ett "säkerhetstänk" i ljuset av den ständigt närvarande risken för våld. Patienterna är trots allt inte vilka patienter som helst utan också brottslingar. Liksom det finns ett säkerhetstänk gentemot samhället, finns också ett ständigt säkerhetsarbete inne på enheterna. Jacob och Holmes (2010) menar att säkerhet och vård inte bara samexisterar, utan att det ena också förutsätter det andra. Utan säkerhetsåtgärder skulle inte vård kunna bedrivas. Vidare poängterar författarna att båda delar faller på en och samma yrkesgrupp, här sjuksköterskor och i Sverige skötare.

I Jacob och Holmes (2010) studie beskrivs en inneboende kluvenhet hos sjuksköterskorna. I deras roll som vårdgivare finns ett ständigt arbete i att se patienten bakom brottet, att skapa en mänsklig bild av patienten för att på så sätt möjliggöra den bästa möjliga vården. Samtidigt måste en alltför naiv inställning undvikas. Detta resulterar i att sjuksköterskorna utvecklar en form av misstro och misstänksamhet gentemot sina patienter. Sjuksköterskorna socialiseras in i en

arbetskultur, att det är viktigt att se patienten som potentiellt farlig, vilket får konsekvenser för relationen dem emellan. I artikeln lyfts de inre förhandlingar sjuksköterskorna tvingas göra. Sjuksköterskorna måste ständigt granska sina vårdande handlingar för att inte falla offer för våld. Detta ställs i kontrast till den önskvärda nära relation som karaktäriserar en god arbetsallians. Ändock beskriver sjuksköterskorna rättspsykiatrin som en säker arbetsmiljö. Det handlar snarare om ett förhållningssätt gentemot patienten än om aktiv rädsla, något som får dem att vara på alerten. Sammanfattningsvis vill Jacob och Holmes (2010) påvisa bristerna, som rättspsykiatrins komplexa verklighet medför, i interaktionen mellan vårdare och patient.

Relationen mellan personal och patienten, inom rättspsykiatrins ramar, kan alltså ses som komplicerad och samtidigt oerhört viktig för såväl säkerheten som vården. Det vardagliga patientnära arbetet är därför inte att se som trivialt, utan bör snarare behandlas som en essentiell del av den rättspsykiatriska vården – det konstaterar Rytterström, Rydenlund och Ranheim (2020) i artikeln *The meaning of significant encounters in forensic care*. Artikeln är baserad på en studie om två rättspsykiatriska avdelningar i Sverige. Författarna har analyserat sammanlagt 34 berättelser från rättspsykiatrisk vårdpersonal däribland läkare, sjuksköterskor, kuratorer, psykologer och framförallt skötare. Artikeln syftar till att undersöka meningen med betydelsefulla möten, mellan vårdpersonal och patient, inom rättspsykiatrins väggar. Författarna förklarar ett betydelsefullt möte som spontant eller planerat, men alltid oförutsägbart. I mötet ligger en inneboende sårbarhet, då motpartens gensvar inte är givet. Det betydelsefulla mötet förutsätts av en öppenhet, det vill säga en vilja att öppna upp för att ett sådant möte ska äga rum. Författarna refererar också till Hörberg och Dahlberg (2015) som i deras artikel pekar på att patienten känner sig sedd, i och med det betydelsefulla mötet. En sämre interaktion patient och vårdare emellan, medför istället en känsla av otrygghet hos patienten, vilket indikerar det goda betydelsefulla mötets oerhörda värde för den rättspsykiatriska vården. Samtidigt påvisar Rytterström et al. (2020) det risktagande som det betydelsefulla mötet också kan innebära, för såväl personal som patient. I den öppenhet som krävs, ligger som nämnt en sårbarhet. Emellertid säger Rytterström et al. (2020) också att det är genom denna sårbarhet som mötet blir meningsfullt. Det betydelsefulla mötet kan komma till uttryck på många olika sätt

och ligger ofta i små enkla handlingar. Exempel som att gå en promenad, spela kort eller att bara lyssna på musik tillsammans lyfts upp. Det handlar om en mellanmänsklig interaktion, där givna positioner av vårdare och patient inte alltid behöver spela roll. Det betydelsefulla mötet förklaras som viktigt, inte bara för vårdrelationen, utan också för förändringsarbetet av vårdpersonalens attityder och värderingar.

Sammanfattningsvis vill Rytterström et al. (2020) betona behovet av en förbättring inom det mer omtänksamma perspektivet av den rättspsykiatriska vården. Denna form av betydelsefulla möte borde värderas minst lika högt som exempelvis en psykologsession eller ett läkarsamtal. En god relation mellan vårdare och patient visar sig ha uppenbara positiva effekter för patientens tillfrisknande samt välbefinnande. En betydelsefull relation medför hopp om framtiden och bidrar till ett gott klimat på de rättspsykiatriska enheterna, förklarar författarna. Artikel-författarna för också en avslutande reflektion, där bilden av den svenska rättspsykiatrin som uppfostrande och bestraffande problematiseras. Rytterström et al. (2020) ser rättspsykiatrins två syften av vård och samhällsskydd och menar att aspekten av samhällsskydd inte nödvändigtvis behöver speglas i vården.

Jacob (2014) belyser i artikeln *Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice* hur sjuksköterskor förhåller sig till sin yrkesroll och yrkesutövning i mötet med rättspsykiatrin. I studien intervjuades 25 sjuksköterskor vid en rättspsykiatrisk enhet i Kanada för att undersöka deras förhållningssätt till att ingå i en profession präglad av ett omvårdnadsideal, men samtidigt arbeta i en miljö som också är starkt präglad av andra ideal. Utöver patientens sjukdom måste sjuksköterskan ta hänsyn till brott, moral, behandling, förvar och straff på ett annat sätt än vad som vanligtvis ingår i yrkesrollen. Mot denna bakgrund frågar sig Jacob (2014) hur sjuksköterskorna balanserar institutionens krav på social kontroll med att samtidigt upprätthålla ett arbete som överensstämmer med de omvårdnadsideal som de skolats in i genom utbildning och socialisering på tidigare arbetsplatser. Utöver Goffmans tankar om den totala institutionen använder sig Jacob (2014) av teorin om kognitiv dissonans för att teoretisera sjuksköterskornas berättelser om utmaningar kring dubbelheten i deras uppdrag och känslan av att inte kunna agera

i enlighet med professionens ideal. Jacob (2014) menar att sjuksköterskorna upplevde det rättspsykiatriska sjukhuset som något annat än ett "vanligt" sjukhus, med andra ideal, vilket gav upphov till att den "vanliga" sjuksköterskerollen behövde omförhandlas. Sjuksköterskorna upplevde att arbetsförhållandena i den rättspsykiatriska vården gjorde ett terapeutiskt behandlingsarbete svårare än inom annan psykiatri, då de upplevde att den korrigerande, anstaltsliknande miljön betonade säkerhet snarare än terapeutisk behandling.

Samtidigt framkom en oenighet mellan respondenterna kring hur de borde interagera med patienterna. Jacob (2014) menar att detta beror på att sjuksköterskorna använde sig av olika strategier för att hantera sin kognitiva dissonans. Med kognitiv dissonans menas det obehag som skapas av att inte agera enligt ens ideal. En del tycktes anamma institutionens dominerande diskurs kring patienten som avvikare liksom betoningen på det kontrollerande uppdraget. Genom en konstruktion av patienten som farlig och manipulativ rättfärdigades en distans till patienterna. Andra respondenter försökte istället konstruera om innebörden av "vård", i den kontext de *nu* befann sig i, till att innebära kreativa sätt för att minska distansen. Att skämta med patienter, spela spel, ge mer tid än vanligt till samtal eller tänja lite på regler för att göra sig mindre auktoritär gavs som exempel. Att som enskild sjuksköterska utmana distansen, i syfte att skapa en bättre terapeutisk relation med klienten, upplevdes dock inte problemfritt då det medförde en risk att bli marginaliserad och ifrågasatt av sina kollegor.

3. Teoretisk tolkningsram

Teorier används inom samhällsvetenskaplig forskning för att förstå, tolka och analysera empiriskt material (Bryman 2016). Vår studie är gjord utifrån antagandet att det finns en slags inneboende dubbelhet i den rättspsykiatriska vården och därmed ett antagande om att skötarna, och övrig personal, upplever en dubbelhet i sin roll i verksamheten. Under sökandet efter relevant tidigare forskning stöttes teorin om kognitiv dissonans på i den ovan nämnda artikeln av Jacob (2014). Leon Festingers (1957) teori om kognitiv dissonans bygger just på tanken om att människor kan uppleva motstridigheter i sina tankar och attityder i förhållande till sina handlingar, varför vi menar att kognitiv dissonans som teoretiskt val kan bidra till diskussionen kring skötarnas arbete och roll i förhållande till rättspsykiatriens inneboende dubbelhet.

3.1 Kognitiv dissonans

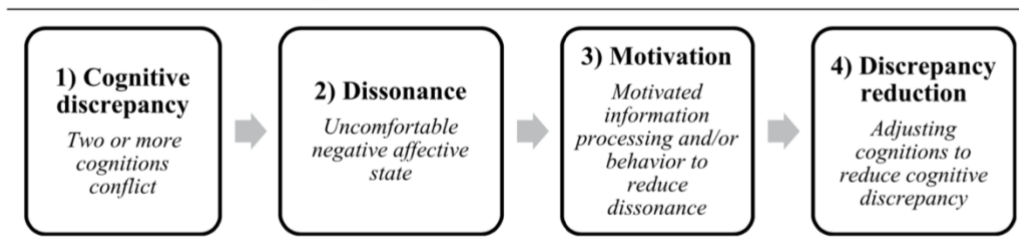
Leon Festinger var en amerikansk socialpsykolog, född 1919 och död 1989. Festinger hann under sin livstid avlägga såväl en masterexamen som en doktorexamen i psykologi och kom att bli känd för sin teori om kognitiv dissonans (Nationalencyklopedin u.å.). Teorin om kognitiv dissonans förklaras av Festinger i hans bok, *A Theory of Cognitive Dissonance*, som publicerades för första gången år 1957 vid Stanford University Press. Sedan Festinger först lanserade sina tankar år 1957 har teorin om kognitiv dissonans utvecklats genom vidare studier om hur kognitiv dissonans kan uppstå, hanteras och reduceras (Hinojosa, Gardner, Walker, Cogliser & Gullifor 2016). Teorin om kognitiv dissonans har kommit att vidareutvecklas genom att forskare har gjort nya studier, liksom återgått till Festinger och hans kollega Carlsmiths tidiga experiment, för att revidera och vidareutveckla deras tankar om orsaker till, liksom sätt att hantera, kognitiv dissonans. Genom vidareutvecklingen har olika mekanismer som samspelar med varandra runt kognitiv dissonans belysts och bidragit till ambitionen att bättre förstå samspelet mellan människans tankar, attityder och beteende (Harmon-Jones 2019).

3.1.1 Festingers teori om kognitiv dissonans

Festinger (1957) menar att *kognitiv dissonans* är ett obehagligt känslotillstånd som uppstår när en individ upplever en diskrepans, det vill säga en brist på överens-

stämmelse, mellan två eller flera kognitioner, eller mellan hennes kognitioner och handlingar. Med termen *kognition* menar Festinger (1957) “tankar, kunskaper och åsikter” om ens omgivning, en själv eller ens beteende. Festinger (1957) talar också om *kognitiva kluster*, alltså kluster av kognitioner som tillsammans skapar mening för en given företeelse av verkligheten. Kognitiv dissonans uppstår när kognitionerna relaterar till varandra på ett relevant sätt. Festinger (1957) menar att det obehagliga känslotillståndet leder till att människan kommer försöka minska den kognitiva dissonansen genom att göra kognitionerna förenliga med varandra. Teorin om kognitiv dissonans bygger på tanken att människan strävar efter harmoni inom sig själv. Denna inre harmoni, kallar Festinger (1957) för kognitiv *konsonans*. Strävan förklaras som ett givet beteende för människans natur. Festinger (1957) liknar försök att reducera dissonans med hunger: människan som känner hunger försöker finna något att äta, liksom människor som upplever obehag genom kognitiv dissonans försöker uppnå konsonans. Kognitiv *konsonans* medför alltså inga obehagskänslor eftersom individens kognitioner och agerande då överensstämmer med varandra. Hinojosa et al. (2016) beskriver processen med hjälp av följande figur:

The Four-Step Process of Dissonance Arousal and Reduction



Festinger (1957) använder sig ofta av exempel för att förklara sin teori, ett klassiskt sådant exempel handlar om *Rökaren* som röker cigaretter trots sin kunskap om att rökning är dåligt för hälsan. Rökarens vetskap om att den röker går inte ihop med rökarens kunskap om hälsorisker förknippade med rökning. Festinger menar att diskrepansen mellan kognitionerna “jag röker” och “rökning kan ge mig lungcancer” gör att rökaren upplever kognitiv dissonans, ett obehag inför sitt agerande som rökaren alltså kommer vilja reducera för att skapa mer harmoni. För att minska den kognitiva dissonansen behöver rökaren använda sig av dissonansreducerande strategier. Festinger (1957) menar att människan har tre huvudstrategier att använda

för att reducera kognitiv dissonans: 1) att ändra sitt beteende, 2) att ändra sina kognitioner och 3) att tillföra nya kognitioner. Rökaren skulle alltså kunna reducera dissonans genom att sluta röka, det vill säga ändra sitt beteende. Rökaren skulle då veta att rökning är dåligt för hälsan och samtidigt då *inte* röka, och på så vis istället uppnå konsonans. Rökaren skulle också kunna reducera dissonans genom att ändra sina kognitioner, som alltså påstår att rökning är dåligt för hälsan. Rökaren kan exempelvis se hur rökning också leder till viktninskning, vilket vid övervikt kan vara positivt för hälsan. Rökningen ses nu istället som positivt för hälsan – kognitionerna har ändrats och dissonansen reducerats. Rökaren kan också reducera dissonans genom att lägga till nya kognitioner, alltså ny kunskap och ny information, som skulle hjälpa rökaren att godta sitt beteende. Rökaren, som också kör bil, kan lära sig om den höga olycksstatistiken kring bilkörande och jämföra den informationen med kunskapen om hälsorisker med rökning. Farorna med rökning blir försumbar i jämförelse med farorna kring bilkörande och dissonansen kommer således att reduceras.

Festinger (1957) menar att mängden kognitiv dissonans som upplevs påverkas av hur individen upplever möjligheten till val i en given situation. Upplevelsen av att ha ett fritt val för sitt handlade gör att den kognitiva dissonansen, alltså obehaget, kan kännas mer och tvärtom får upplevelsen av att *inte* ha ett fritt val konsekvensen att obehaget kännas mindre. Detta menar Festinger beror på att en individ som upplever sig tvingad att agera på ett visst sätt enkelt kan rättfärdiga sitt beteende för sig själv med hänvisning till att det var påtvingat. Utöver att betona känslan av det fria valet för upplevelsen av dissonans, förklarar också Festinger hur kognitiv dissonans uppstår till följd av beslutsfattande, vilket presenteras nedan.

3.1.2 Beslut följs av dissonans

Varje beslut en individ fattar kommer, enligt Festingers teori (1957), att medföra kognitiv dissonans. Festinger själv kallar det "postdecision dissonance" och utgår från scenariot där en individ ställs inför ett val mellan alternativ och ett beslut måste fattas. Respektive av dessa alternativ innefattar ett så kallat kognitivt kluster. Alltså, alternativ A innefattar kluster A och alternativ B innefattar kluster B. Ponera att individen väljer alternativ A: när beslutet väl är fattat kommer de kognitiva kluster som innefattar alternativ B fortfarande finnas inom individen. Det blir alltså en

diskrepans mellan kognitionerna som tillhör alternativ B och handlandet att välja alternativ A. Mängden upplevd "postdecision dissonance" påverkas av tre tydliga faktorer: 1) hur viktigt beslutet varit för individen, 2) hur relativt attraktivt "det andra" alternativet varit och 3) graden av kognitivt överlapp. Särskilt graden av kognitivt överlapp ska komma att bli relevant för denna studie. Festinger (1957) föreslår vidare ett antal strategier för att reducera denna "postdecision dissonance", däribland en etablering av kognitivt överlapp men också att *ändra* sina kognitioner kring alternativen.

Tillbaka till valet mellan alternativ A och alternativ B. *Kognitivt överlapp* avser belysa de kognitioner som återfinns i både kluster A och kluster B som i och med beslutsfattandet ställts mot varandra (Festinger 1957). För att använda ett enkelt exempel: en person väljer mellan att tillbringa sin lördag med att se på konsert eller fotbollsmatch. Alternativet att gå på konsert innefattar kognitioner såsom "jag gillar att lyssna på musik" och "mitt favoritband har sällan spelningar", men också "jag vill bli underhållen". Alternativet att gå på fotbollsmatch innefattar kognitionerna "jag gillar fotboll" och "jag vill heja på mitt lag", men också "jag vill bli underhållen". Alltså innefattar alternativen två *olika* kognitiva kluster, men inom dessa kluster återfinns också en gemensam kognition (Festinger 1957). Den gemensamma kognitionen "jag vill bli underhållen" kan lyftas fram och sättas i en större kontext, som i sin tur minskar betydelsen för beslutets slutresultat. För oavsett vad individen väljer, kommer den trots allt att "bli underhållen" och således minskas dissonansen. Ju fler kognitioner som återfinns inom båda dessa kluster, desto större kognitivt överlapp och ju större kognitivt överlapp, desto *mindre* kognitiv dissonans. Att lyfta fram kognitioner som återfinns inom två kluster som ställts mot varandra, menar Festinger (1957) är en slags strategi för att reducera "postdecision dissonance". För att förklara det med Festingers egna ord: "One way of establishing cognitive overlap is to take elements corresponding to each of the alternatives and to put them in a context where they lead to the same end result" (Festinger 1957:46).

För "postdecision dissonance" finns, enligt Festinger (1957) också en annan dissonansreducerande strategi av att *ändra* sina kognitioner kring alternativen, vilket menas vara den vanligaste strategin. Att ändra sina kognitioner om alter-

nativen kan exempelvis innebära att förminska betydelsen av det *bortvalda* alternativet, eller tvärtom förhöja betydelsen av det *valda* alternativet. Individen kan också söka efter information som bekräftar individens val eller försöka förmå andra personer att stödja valet. Genom att individen på ett eller annat sätt ändrar sina kognitioner kring respektive alternativ, för att kognitionerna bättre ska stämma överens med individens handlingar, så reduceras upplevelsen av “postdecision dissonance”.

3.1.3 Utveckling av teorin: aversiva konsekvenser

Cooper (2019) har tillsammans med sin kollega Fazio utforskat den roll som aversiva konsekvenser spelar gällande uppkomsten av dissonans. Med *aversiva konsekvenser* menas händelser och situationer som är oönskade och därmed framkallar olust eller obehag (Cooper 2019). Det kan röra sig om både faktiska och potentiella konsekvenser. Vidare kan det röra sig antingen om dåliga konsekvenser eller att inte få ta del av goda aspekter av ett alternativ, när ett annat väljs. Vad som definieras som aversiva konsekvenser är individuellt och situationsbundet. Cooper (2019) menar att kognitiv dissonans uppstår i en individ när individen agerar på ett sätt där den känner sig personligen ansvarig för just aversiva konsekvenser. Om individen som upplever dissonans inte kan förklara för sig själv att dissonansen beror på en annan orsak än de aversiva konsekvenserna, eller på annat sätt reducera dissonansen, menar Cooper (2019) att individen kommer vara motiverad att reducera denna genom att hitta ett sätt att se på de aversiva konsekvenserna som mindre negativa. Individen kommer alltså ändra sina kognitioner för de ska stämma bättre överens med beteendet som orsakat de aversiva konsekvenserna. Cooper (2019) menar således att det inte är inkonsekventa tankar, det vill säga diskrepanta tankar, *i sig* som leder till motivation att reducera dissonans utan känslan av personligt ansvar för konsekvenserna. Här skiljer sig alltså deras idé åt från Festingers (1957) grundidé.

4. Metod

I detta avsnitt redogörs vår studies metod. Valet av kvalitativ metod förklaras, liksom vår förförståelse och litteratursökningsprocessen. Vidare förklaras vårt urval av intervjudeltagare och hur vi fick tillträde till fältet. Vidare redogörs för hur vi genomförde intervjuerna och bearbetade vårt material, liksom för de etiska samt metodologiska överväganden och reflektioner vi gjort under arbetet. Samhällsvetenskaplig forskning förklaras av Bryman (2016) som akademisk forskning kring ämnen med relevans för samhällsvetenskapliga områden. Samhällsvetenskaplig forskning drivs av förändringar i samhället och utveckling av samhället. Det vill säga, den samhällsvetenskapliga forskningen hjälper oss att hela tiden förstå vårt levande och ständigt föränderliga samhälle. Bryman (2016) redogör för kvantitativ samt kvalitativ metod och förklarar hur den kvalitativa metoden, till skillnad från den kvantitativa, härstammar ur just samhällsvetenskaplig forskning. De objekt samhällsforskarna studerar, det vill säga människan, tillskriver sin omgivning mening. Således hävdar många kvalitativa forskare att det krävs en särskild metod för att studera människans förståelse av sin omgivning, som alltså skiljer sig från naturvetenskapens metoder och studieobjekt (ibid.). Vi valde att använda kvalitativ metod för vår studie, då vi ville undersöka människors upplevelser, känslor och åsikter kring ett givet fenomen. Studien tog således avstamp ur vetenskapsteorin hermeneutik, alltså *tolkning* av människans handlingar (Bryman 2016; Kvale & Brinkmann 2014).

4.1 Förförståelse

Vi gick in i det här arbetet med väldigt olika förförståelse. Julia spenderade sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU) med en kurator på en rättspsykiatrisk rehabenhet, vid det sjukhus där vår studie är genomförd, och har på så vis befunnit sig inom verksamhetens väggar, medan Matilda först i och med detta uppsatsskrivande öppnade dörren till en, för henne, utforskad värld. Genom att ha spenderat tid med personal och patienter hade Julia en annan inblick i rättspsykiatrins vardagliga praktik än Matilda. Det faktum att en av oss gick in med praktisk erfarenhet och att en av oss inte gjorde det, hoppas vi har kunnat bidra till vår förmåga att som uppsatspar anta ett reflekterande och utforskande förhållnings-sätt genom hela processen.

Julias förförståelse påverkade såklart valet av forskningsområde då idén till studien kom från ett genuint intresse för rättspsykiatriens verksamhet, som väckts under hennes VFU. Vår förförståelse kan eventuellt också ha påverkat andra delar av forskningsprocessen, så som insamlingen av material och tolkningen av detsamma. Studien sätts dessutom i en kontext av våra erfarenheter från exempelvis vår socionomutbildning, den mediala bilden av rättspsykiatri och våra egna tankar om verksamheten. Utifrån den sammantagna förförståelsen finns en alltså risk att vi har gjort vissa antaganden om attityder eller värderingar hos skötargruppen eller organisationen. Antaganden som vidare kan tänkas ha format exempelvis syfte och intervjuguide, något vi försökte ta i beaktande vid formulerandet av dessa. Sammantaget har vi försökt hålla oss så objektiva som möjligt. Empirin analyserades förutsättningslöst och öppet och vår förhoppning är därför att vår förförståelse inte påverkade val av teman och vidare slutsatser.

4.2 Litteratursökning

Vår arbetsprocess påbörjades genom att först och främst sätta oss in i forskningsfältet kring rättspsykiatri utifrån vårt intresseområde – frågan om rehabiliteringsarbete och etiskt försvarbar vård inom ramen för tvångsvård präglad av säkerhet och kontroll, med fokus på ett skötarperspektiv. Sökningen av tidigare forskning genomfördes till stor del i databaserna Scopus, ProQuest och Supersök som tillhandahålls av biblioteken för Göteborgs Universitet. Även Google Scholar har använts i sökprocessen. Sökningar har genomförts både på svenska och engelska med hjälp av sökord såsom: rättspsyk*, vård, skötare, rehabilitering, behandling, delaktighet, tvång, kontroll, liksom engelskans: forensic psych*, care, carer, support worker, staff, nursing assistant, direct care staff, rehabilitation, therapeutic climate, therapeutic environment, therapeutic relations, coercion. Sökorden kombinerades med varandra i olika konstellationer där vi använde oss av funktionerna AND och OR, liksom *-funktionen, med ambitionen att undersöka ett så brett, men ändå avgränsat, område som möjligt. Vidare identifierades relevanta artikelförfattare genom hur de återkommande refererades till i de vetenskapliga artiklar vi tog del av samt genom kedjesökning. Vi sorterade bland de artiklar vi

fann genom att läsa deras abstract. Genom att sätta oss in i forskningsfältet kunde vi avgränsa oss och smalna av vårt syfte.

4.3 Urval och avgränsning

Vi ville intervjua personal som arbetar med rättspsykiatrins vardagliga, patientnära arbete och valde därför att avgränsa vårt urval till skötare. Vi kom ytterligare att avgränsa oss till skötare från enbart *ett* av Sveriges rättspsykiatriska sjukhus, alltså enbart det sjukhus där Julia haft sin VFU, vilket ligger i Västra Götalandsregionen och har säkerhetsklass två. Bryman (2016) skulle således kalla vårt urval för ett slags bekvämlighetsurval, då valet föll på det rättspsykiatriska sjukhus som vi i och med Julias VFU redan hade kontaktuppgifter till. Det är ett bekvämlighetsurval i den bemärkelsen att studiens deltagare består av personer som fanns tillgängliga för oss som forskare (Bryman 2016). Skötarna vi var intresserade av att intervjua skulle arbeta vid en rättspsykiatrisk *rehabenheter*. Vi önskade intervjua personer från olika rehabenheter, för att få en så bred berättelse som möjligt. Vid det rättspsykiatriska sjukhuset finns även andra enheter, såsom för utredning och akutintag. Anledningen till att vi valde att avgränsa oss till endast skötare från rehabenheter är för att det i synnerhet är där patienten spenderar sin vårdtid inom den slutna rättspsykiatriska vården.

Vi hade inga specifika krav för deltagande, men önskade en spridning gällande personliga faktorer såsom kön, ålder och arbetslivserfarenhet, för att få en så dynamisk grupp som möjligt att intervjua. Därför skickade vi ut en öppen förfrågan om deltagande, utan närmare specifikationer eller krav. Vårt enda kriterium var att personen skulle vara anställd som skötare vid en rehabenhet. Vidare kom sammanlagt sex personer att intervjuas, från olika rehabenheter på sjukhuset. Hälften av deltagarna var kvinnor och hälften män, i olika åldrar. Fem av deltagarna hade en undersköterskeutbildning, mestadels med psykiatriinriktning, medan en istället hade arbetslivserfarenhet av kriminalvård. Deltagarnas erfarenhet av arbete inom rättspsykiatrisk vård varierade mellan knappa två år till över 20 år. Vi har valt att inte närmare beskriva varje deltagare var och en för sig, med hänsyn till konfidentialitet. I studien kommer deltagande skötare att refereras till genom varsin bokstav från A-F, vilka inte hör samman med deras riktiga initialer.

4.3.1 Rekryteringsprocess av deltagare

Vi kom i kontakt med skötargruppen genom att mejla en sektionsledare, vilken Julia kommit i kontakt med genom sin VFU. Bryman (2016) skulle förklara sektionsledaren som en så kallad "grindvakt". Sektionsledaren gav oss tillträde till fältet samt befann sig i arbetsledande position och kunde därmed också tillåta skötarnas deltagande – vilket enligt Bryman (2016) definierar en "grindvakt". Sektionsledaren ombads delge vårt informationsbrev (se bilaga 1) till övriga sektionsledare, för att de sedan skulle kunna delge informationsbrevet till respektive skötargrupp. Vår tanke var att intresserade skötare sedan självmant skulle kontakta oss personligen vid intresse. Sektionsledarna valde emellertid att själva samla in namn på intresserade varpå de mejlade oss en lista med förnamn liksom vilken rehabenhet de arbetade vid med en uppmaning om att ringa och söka skötaren på rehabenhetens telefon. Således blev det känt för sektionsledarna vilka skötare som var intresserade av att delta. Emellertid kom en av deltagarna att rekryteras genom Matildas kontaktnät. En bekant till Matilda vikarierar som skötare vid det aktuella rättspsykiatriska sjukhuset. Denna bekant, som Matilda samtalat med studien om, hade i sin tur spontant samtalat med en skötarkollega om studien, varpå kollegan uttryckte intresse om deltagande. Således fick vi, via den bekante, den intresserade kollegans namn samt rehabenheten personen arbetade vid.

För att vidare boka in intervjuer kontaktades skötarna vars namn vi delgivit, genom att ringa till aktuell rehabenhet och söka personen. Vi försökte i våra samtal till rehabenheterna vara diskreta men i vissa fall behövde vi uttala med vilken anledning personen i fråga söktes. Följaktligen har alltså vissa deltagares medverkan även blivit känd för vissa kollegor. Under telefonsamtalet säkerställde vi att personen fått ta del av informationsbrevet och därmed väsentlig information angående sitt deltagande. Här inhämtades också skötarnas personliga mailadresser för att fortsättningsvis kunna föra kontakten via mejl, men också för att kunna delge den så småningom färdigställda studien.

4.4 Kvalitativa intervjuer och utformning av intervjuguide

Bryman (2016) lyfter att forskaren kan använda sig av olika forskningsstrategier för att samla in data i undersökningar. Då vi ville undersöka individers upplevelser och nyanser i berättelserna lämpade det sig att samla in kvalitativ data snarare än kvantitativ data. Det finns en mängd olika strategier för insamling av kvalitativ data som forskaren kan använda sig av. Vi valde att göra individuella semistrukturerade intervjuer, för att på så vi ha en utgångspunkt och tanke om ett antal frågor vi ville få med, men samtidigt kunna vara öppna för de ämnen som deltagaren självmant valde att ta upp (Kvale & Brinkmann 2014). En intervjuguide utformades (se bilaga 2), i enlighet med den ovan nämnda utgångspunkten. I Intervjuguiden berördes ett fåtal övergripande ämnen, som skötarens upplevelse av rehabiliteringsarbetet, säkerhetsarbetet och relationen med patienten. Intervjuguiden var en grund i samtliga intervjuer. Vi utvärderade emellertid intervjuguiden, liksom vår intervju-teknik, efter varje intervju för att skapa så bra förutsättningar som möjligt inför de kommande intervjuerna.

4.5 Intervjuernas förfarande

Fyra av sex intervjuer genomfördes genom videosamtal via zoom och två intervjuer genomfördes via telefon till följd av tekniska problem. Intervjuerna varade mellan 35-60 minuter och hölls mellan den 17 mars 2021 och den 29 mars 2021. Vid fem av sex intervjuer deltog vi båda, medan en genomfördes av endast en av oss till följd av sjukdom. Innan vi genomförde intervjuerna reflekterade vi över huruvida vi båda skulle delta vid intervjuerna eller ej. Att vi båda skulle närvara var alltså ett aktivt val där vi vägt för- och nackdelar mot varandra. Kvale och Brinkmann (2014) konstaterar att intervjusituationen präglas av en maktasymmetri mellan deltagare och intervjuare. Vi funderade på ifall maktasymmetrin skulle upplevas som mindre av deltagarna ifall endast en av oss närvarade vid intervjun. Vi vägde dock också in huruvida en närvaro av oss båda eventuellt kunde avdramatisera situationen för deltagaren. Vidare menar Kvale och Brinkmann (2014) att intervjusituationen präglas av ett samskapande mellan intervjuare och deltagare. Genom att vi båda närvarade kunde vi båda se deltagarnas ansiktsuttryck och kroppsspråk, vilket är viktiga aspekter av kommunikation och därmed för att uppfatta nyanserna i det som sägs. Sammantaget resonerade vi som så att det var värdefullt att båda vara med för

att skapa en så god förståelse som möjligt för deltagarnas berättelser, som en förberedelse av det senare analysarbetet. I egenskap av uppsatsförfattare besitter vi ett visst tolkningsföreträde som är viktigt att förvalta väl, även här krävs alltså hänsyn till maktaspekten men då på ett annat plan. Med maktasymmetrin i intervjusituationen i åtanke informerades deltagaren om att vi båda skulle närvara i förväg, och vi försökte i intervjusituationen skapa en avslappnad atmosfär för deltagaren.

Vid genomförandet av intervjuerna intog vi två olika roller för att göra intervjusituationen tydlig för både den som intervjuades och för oss själva. Den ena av oss inledde med en sammanhangsmarkering där deltagaren bland annat informerades igen om frivilligheten i deltagandet och att deltagaren var fri att svara på den nivå den själv ville, samt om att medverkan skulle behandlas så konfidentiellt möjligt. Den andre av oss var sedan ansvarig för att hålla i själva intervjun. Den som inte ansvarade för att hålla i själva intervjun hade möjlighet att anteckna, vara uppmärksam på tidsramen liksom ställa följdfrågor vid behov. Vi turades om att inta de olika rollerna.

4.6 Analysmetod

Samtliga intervjuer spelades in för att sedan transkriberas. Arbetet med transkriberingen genomfördes av oss båda genom att vi delade upp varje ljudfil på mitten och sedan transkriberade varsin hälft. Intervjuerna transkriberades ordagrant där även skratt, eftertänksamma tystnader, suckar och liknande markerades i texten. Arbetet med att analysera materialet gjordes genom en kvalitativ innehållsanalys. Graneheim och Lundman (2003) beskriver kvalitativ innehållsanalys som ett verktyg för att sortera och tolka material – deras beskrivningar av analysmetoden har varit utgångspunkten för analysen av vår empiri.

Vid en innehållsanalys kan den som analyserar materialet fokusera på *manifest innehåll* eller *latent innehåll* (Graneheim & Lundman 2003). Analys av det manifesta innehållet fokuserar på det som uppenbart står i texten, vad texten "faktiskt" säger. Analys av det latent innehåll fokuserar istället på den underliggande meningen i det som står, vad texten "talar om". Författarna poängterar

dock att all analys av kvalitativ data alltid innebär ett visst mått av tolkning. Även den som håller sig till det manifesta innehållet, det textnära, ägnar sig alltså åt tolkning, men inte på samma nivå av abstraktion som den som letar efter det latent innehåll. Fokus på det manifesta innehållet rekommenderas för nybörjare av Graneheim och Lundman (2003), samtidigt resonerade vi att dubbelheten i skötarrollen, som vår studie syftar till att undersöka, också kunde framträda i det mer latent innehåll – i det texten “talar om” snarare än det som bara står skrivet. Med detta i åtanke valde vi att göra en analys enligt en modell anpassad för det mer latent innehåll. Vi ämnade dock inte inrikta oss på en för hög abstraktionsnivå, med tanke på Graneheim och Lundmans (2003) rekommendation för nybörjare, utan vi försökte genomgående hålla oss relativt textnära även när vi var uppmärksamma på det underliggande.

Inledningsvis lästes intervjuerna igenom varpå vi sammanfattade dessa för att skapa oss en bild av vad varje enskild skötare fokuserade på. Sedan lästes de utskrivna intervjuerna igenom noggrant där vi, var för sig, markerade det som stack ut, var återkommande eller tycktes vara viktigt av andra anledningar. Vi markerade både utifrån vårt syfte och våra frågeställningar, men också mer öppet utifrån vad skötarna själva lyfte. Detta gjordes för hand på papper, både i texten och i marginalen på dokumentet. Med sammanfattningarna och de genomgångna intervjuerna som diskussionsunderlag kom vi tillsammans fram till ett antal *innehållsområden*. Ett innehållsområde är delar av en text som berör samma ämne och kan definieras relativt enkelt av den som läser (Graneheim & Lundman 2003). De innehållsområden vi valde ut för vidare analys, då de relaterade till syftet för vår undersökning, var: *relation, skötarens roll, rehabiliteringsarbete, säkerhetsarbete, organisation* och *uppföstran*. För att göra vår empiri överblickbar inför nästa del av analysarbetet använde vi oss av datorprogrammet NVivo. I NVivo samlade vi alla intervjuer och sorterade in utdrag från de transkriberade intervjuerna under respektive innehållsområde.

Kärnan i en innehållsanalys är att skapa kategorier och/eller teman (Graneheim & Lundman 2003). *Teman* skapas utifrån de röda trådar som kan återfinnas i vad som kallas *meningsbärande enheter*. Med *meningsbärande enheter* avses meningar eller textstycken som bär på en central mening genom att aspekter i det avgränsade

innehållet relaterar till varandra (Graneheim & Lundman 2003). Vi valde ut meningsbärande enheter från respektive innehållsområde och placerade in i tabeller i Word, där vi utförde arbetet med att *kondensera* de meningsbärande enheterna. Med *kondensering* menas att texten i den meningsbärande enheten förkortas ner med ambitionen om att ändå behålla kärnan i det som sägs (Graneheim & Lundman 2003). För denna del av analysarbetet arbetade vi som nämnt i tabeller i Word. Vi gjorde en tabell för varje innehållsområde. Se ett utdrag från tabellen för innehållsområdet “organisation” nedan:

Meningsbärande enhet (citat från intervju)	Kondenserad mening (textnära)	Kondenserad mening (tolkning)	Subtema	Tema
Jag vill inte svartmåla eller vara bitter kring det här [resurser och organisation], för det är vad det är. Jag känner ju att det skulle kunna vara mycket som gjordes bättre.	Det är vad det är men det kan vara bättre.	Uppgivenhet över situation som kan vara bättre.	Uppgivenhet.	Frustration över organisation
Vi har x-antal patienter här, vi skulle kunna göra mer för att det skulle bli rätt för dem. Tänker jag.	Rättspsykiatrin skulle kunna göra mer för att göra rätt.	En önskan om att det såg annorlunda ut då mer kan göras för patienten. Ett behov av att känna att man gör <i>rätt</i> .		
Jaa det är, alltså om man säger som så, så känns det ju jäkligt skit. Med tanke på att... Nej men just att, de är dömda till rättspsykiatrisk vård. Det hör man ju - "vård". Man ska få vård. De har rätt till den vård som krävs för att komma ut igen. Och när vi inte kan ge det, så känns det ju inte så jävla bra.	De är dömda till rättspsykiatrisk vård och då har de rätt till den vård som krävs för att de ska komma ut igen. Att inte kunna ge vad som anses vara god vård känns inte bra alls.	Olustkänslor över att inte kunna ge den vård patienten har rätt till. Olustkänslor över att de dessutom är dömda till vård som brister.	Mer kan och borde göras för patienten.	

De teman som framkom i analysarbetet, som relaterar till syftet och därmed lyfts i resultatdelen, var: “närhet eller distans?”, “föräldraskapet” och “frustration över organisation”.

4.6.1 Process kring teorival

David och Sutton (2019) förklarar att forskning kan delas upp i deduktiv och induktiv forskning. Deduktiv forskning föresätter sig att “pröva” en färdig hypotes, medan den induktiva istället ägnar sig åt att, med en öppenhet, utforska ett angivet fält. Den induktiva ansatsen menas vara explorativ i sin natur, där forskaren försöker hitta förklaringar till företeelser från den empirin som samlats in. I studien hade vi en induktiv ansats i val av den teori som sedan låg till grund för analysarbetet av det insamlade materialet. Emellertid är det svårt att som forskare gå in helt neutral i en forskningsprocess, den kunskapsbank av teorier som forskaren har med sig finns såklart i bakhuvudet – så även i vårt fall. Det faktum att vi läste

tidigare forskning där kognitiv dissonans användes som teoretisk ram var en bidragande faktor till att vi valde den teorin, men även andra teorier fanns med oss under processens gång. Kognitiv dissonans som teori fastställdes alltså först efter att intervjuerna både hade genomförts och bearbetats.

4.7 Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden och etablerade riktlinjer spelar en väsentlig roll för kvaliteten på forskning och i förlängningen, utvecklandet av vårt samhälle. Den etiska diskussionen blir därför viktig att hålla levande genom hela forskningsprocessen (Vetenskapsrådet 2017a). Genomgående har vi försökt anta ett reflekterande förhållningssätt kring oss själva i relation till deltagarna, samt kring vad studiens olika steg kunde, och kan komma att, innebära för deltagarna.

Under studien har de fyra grundläggande forskningsetiska principer som Vetenskapsrådet (2002) presenterar tagits i beaktandet på följande sätt. *Informationskravet* tog vi i beaktande genom att studiens syfte, och premisserna för deltagande, presenterades för skötarna i samband med att förfrågan om deltagande skickades ut, se informationsbrevet (bilaga 1). Deltagarna delgavs även samma information muntligt i samband med att tid för intervju bokades över telefon, liksom vid intervjutillfällena. Deltagarna informerades om att deltagandet i studien var frivilligt och att de kunde välja att när som helst dra tillbaka sitt samtycke, liksom om studiens storlek. Vi informerade även deltagarna om att deras namn, liksom arbetsplatsens namn, skulle bytas ut med syfte att skydda deltagarna. Genom att informera tydligt om studien och premisserna för deltagandet försökte vi säkerställa att deltagarna kunde ge ett informerat samtycke, och på så vis tillgodose *samtyckeskravet*. Med *konfidentialitetskravet* i beaktande behandlades materialet med varsamhet. Inga obehöriga har haft tillgång till varken ljudfiler, dokument eller personuppgifter. När studien färdigställs kommer ljudfiler och känsligt material, att raderas i enlighet med *nyttjandekravet*. Vidare kommer insamlat material och kontaktuppgifter att enbart användas för studiens syfte.

Vi har reflekterat kring ett antal aspekter angående vårt tillvägagångssätt vid rekrytering av deltagare. Det var inte optimalt att skötarna fick en intervjuförfrågan

genom deras sektionsledare, som har en slags arbetsledande position, även om de var "grindvakter" som gav oss tillgång till fältet. Vi var medvetna om detta innan vi bad sektionsledare delge skötarna informationen om vår studie. Vi funderade dels på huruvida det faktum att förfrågan kom från sektionsledarna kunde ha en negativ påverkan på skötarnas möjlighet att tacka nej och dels på risken att deras medverkan skulle bli känd för arbetsplatsen, liksom eventuella konsekvenser av detta. Vår förhoppning var att informationen bara skulle delges av sektionsledarna och att vidare kontakt skulle ske genom att skötarna tog direktkontakt med oss. Nu blev så inte fallet eftersom sektionsledarna samlade in namn som de sedan gav till oss, här kan alltså vår farhåga om att skötarna kunde komma att känna press att delta ha aktualiserats.

Angående svårigheter att säga nej till deltagande försökte vi säkerställa frivilliga samtycken genom hur vi sedan kommunicerade med skötarna. Vår förhoppning är att deltagarna i ett senare skede, i samtal med oss, upplevde att de hade möjlighet att dra tillbaka sitt samtycke för deltagande. Eftersom merparten av den tillfrågade skötargruppen valde att *inte* ställa upp, tolkar vi det också som att de ändå upplevde en möjlighet att tacka nej till medverkan. Utifrån konfidentialitet, och i förlängningen frågan om ifall ett deltagande i studien kan få konsekvenser för skötaren på arbetsplatsen i och med yttranden i studien, anser vi det vara problematiskt att vissa deltagares medverkan blev känd för personer på arbetsplatsen. Deltagandet blev känt för sektionsledarna genom rekryterings-processen, liksom för kollegor genom att vi ringde och sökte personen på rehabenhetens telefon. Deltagarnas medverkan riskerar därmed också att ha blivit känd, eller bli känd, för ytterligare kollegor. Eftersom denna situation uppstod resonerade vi kring hur vi kunde hantera detta faktum på ett så bra sätt som möjligt med hänsyn till deltagarna. Ett sätt var att tydligt under intervjun förklara att deltagarna inte behövde svara på ställda frågor om de inte ville och att de fick svara så lite eller mycket som de kände sig bekväma med. Att intervjufrågorna var av en öppen karaktär innebar förhoppningsvis att deltagarna också kunde lägga sina svar på en nivå som kändes, återigen, bekväm för dem. Eftersom deltagandet blev känt valde vi att inte ge en närmare beskrivning av våra olika deltagare inför presentationen av studiens resultat. Det faktum att deltagarna och deras berättelser anonymiserats i största möjliga utsträckning hoppas vi försvårar möjligheten att koppla ihop citat med specifika

deltagare. Vidare finns också en risk att deltagarna inte har delat med sig lika frikostigt av åsikter och tankar eftersom de vetat om att deras deltagande inte var helt anonymt, eftersom det då kan vara svårt att vara kritiskt mot sin organisation eller arbetsgrupp. Utöver att påverka deltagarnas upplevelse att sitt deltagande kan detta alltså även kan ha påverkat vår studies resultat.

Julia hade, som nämnt, sin VFU vid det aktuella rättspsykiatriska sjukhuset. Två av de deltagande skötarna hade Julia därför tidigare träffat och arbetat jämsides med, under tjugo veckors tid. Vi reflekterade över huruvida det var lämpligt att ta med dessa som deltagare utifrån frågan om giltigt samtycke (Nygren 2019). Vi övervägde ifall deras förhållande till Julia satte dem i en position där de kunde känna sig tvingade att ställa upp. Vår oro för en sådan beroendeställning var dock inte tillräckligt stark för att neka deras vilja att delta. Frågan gick ut brett till alla skötare i verksamheten via sektionsledarna, inte via Julia personligen, alltså lämnades utrymme för att inte behöva säga nej till Julia personligen. Att det var just vi som skulle genomföra studien stod tydligt i informationsbrevet som skickades ut. Då dessa två deltagare valde att anmäla sitt intresse om deltagande till sektionsledarna, resonerade vi som så att deras medverkan i studien ändå var etiskt försvarbar. Det faktum att Julia var bekant med dessa skötare gjorde också att vi övervägde huruvida Julia skulle närvara vid dessa två intervjuer eller ej. Vi resonerade som så att det, för tydlighetens skull, var mer etiskt försvarbart att Julia närvarade vid intervjuerna än att hon inte hade närvarat men ändå tagit del av materialet – hellre transparent närvaro än dold närvaro.

Vidare har vissa citat som presenteras i resultatet justerats för att göra dessa mer läsbara. Kvale och Brinkmann (2014) menar att viss justering kan göras med hänsyn till både läsarens förståelse och intervjudeltagaren, som annars kan reagera på talspråket när det ska läsas i skrift. Emellertid rörde sig detta om små ändringar där vi försökte vara noga med att inte förvanska kärnan i det som hade sagts.

4.8 Arbetsfördelning

Under processen arbetade vi genomgående sida vid sida. Informationsbrevet utarbetade vi gemensamt och ansvaret att kontakta deltagarna delades oss emellan.

Även intervjuguiden utformade vi tillsammans. Vid bearbetningen av vårt material gick vi båda igenom samtliga intervjuer och analysprocessen präglades av jämförelse, dialog och kontinuerlig gemensam reflektion. Under skrivande-processen gick vi löpande igenom varandras textstycken, för att skapa ett gemensamt språk och göra detta till *vår* uppsats. Sammanfattningsvis har vi kunnat komplettera varandra i våra olikheter och styrkor.

4.9 Reflektion kring metod

När vi blickar tillbaka tycker vi att semistrukturerade intervjuer var en lämplig metod för vårt syfte med studien. Det öppnade upp för givande samtal. Ett annat alternativ hade varit att istället använda sig av fallbeskrivningar, antingen i enskilda intervjuer eller fokusgrupper och då låtit skötarna öppet diskutera kring dessa. Det hade också kunnat öppna upp för mer vardagsnära beskrivningar av arbetet och de situationer som kan uppstå. Risken vi såg med fallbeskrivningar var att konstruktionen av dessa kunde bli allt för färgade av våra egna värderingar och förutfattade meningar, således valde vi bort denna metod.

De brister i vårt tillvägagångssätt, och problematiska aspekter som uppstod längs vägen, vid rekryteringen av deltagare menar vi att vi hade kunnat hantera på ett bättre sätt. Sektionsledarna agerade viktiga "grindvakter" som gav oss tillträde till fältet, här hade vi dock kunnat vara tydligare i kommunikationen med sektionsledarna från början om vår tanke med att skötarna själva skulle kontakta oss. I situationen som den blev, hade ett alternativt tillvägagångssätt kunnat vara att fråga sektionsledarna om kontaktuppgifter i form av mejladresser när vi fick listan med namn på skötare, för att på så vis komma runt behovet av att ringa rehabenheterna och därmed kunna hålla deltagandet mer konfidentiellt. Att göra på det sätt var dock något vi först reflekterade kring efter det att samtliga skötare kontaktats.

På grund av restriktionerna med anledning av Covid-19 behövde intervjuerna genomföras över videolänk, alternativt telefon. Idealt sett hade vi velat genomföra intervjuerna på plats med tanke på den icke-verbala kommunikation som enkelt missas när interaktionen sker online, å andra sidan kan vi se vissa fördelar med att intervjuerna genomfördes via videolänk/telefon. Det var relativt enkelt att hitta tid

för intervju och tiderna kunde dessutom, om nödvändigt, enkelt bokas om. Den fysiska distansen kan också bidra till att skapa en viss känsla av trygghet hos deltagaren. Att inte se intervjuarens reaktioner vid en telefonintervju, kan också tänkas öppna upp för en mer fri berättelse som inte påverkas av exempelvis uppmuntrande nickningar eller ansiktsuttryck.

Vi är även medvetna om att det ur ett metodologiskt perspektiv är bristfälligt att intervjua bekantskaper, vilket var fallet med två av deltagarna som Julia är bekant med sedan VFU:n. Dessa två intervjuer leddes av Matilda, för att låta den existerande relationen spela en så liten roll som möjligt. Julia närvarade av de etiska skäl vi diskuterat ovan, men det faktum att Matilda ställde frågorna hoppades vi skulle göra att svaren färgades mindre av den gemensamma erfarenhet och de referensramar som Julia och dessa två deltagare delar. Trots detta kan såklart svaren ha påverkats.

4.10 Studiens kvalitet och tillförlitlighet

Tre väl använda begrepp för bedömning av kvaliteten på forskning är validitet, reliabilitet och generaliserbarhet. Dessa begrepp används främst inom den kvantitativa forskningsmetoden. Validitet rör frågan huruvida det som i studien avses att mätas verkligen har blivit mätt. Reliabilitet behandlar i sin tur frågan om huruvida studien går att reproducera, det vill säga ifall samma resultat kan påvisas av exempelvis en annan forskare. Generaliserbarhet, liksom själva ordet indikerar, avser att mäta huruvida studiens resultat går att generalisera till en större kontext och andra sammanhang. Dessa tre begrepp är emellertid svårapplicerade på en kvalitativ studie av vår storlek (Bryman 2016; Kvale & Brinkmann 2014). Lincoln och Guba har lagt fram två alternativa begrepp till validitet, reliabilitet och generaliserbarhet, för att på ett mer anpassat sätt kunna bedöma kvaliteten i kvalitativa studier. Lincoln och Guba föreslår tillförlitlighet och äkthet, vilka beskrivs som två grundläggande kriterier (Lincoln och Guba 1985 se Bryman 2016). Vi har därför valt att applicera dessa kriterier för egen kvalitetsgranskning av vår studie.

4.10.1 Tillförlitlighet

Lincoln och Guba förklarar att tillförlitlighet i sin tur delas upp i fyra underkategorier: trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera (Lincoln och Guba 1985 se Bryman 2016). För att tillgodose studiens *trovärdighet* har vi följt en erkänd kvalitativ metod i form av semi-strukturerade intervjuer och innehållsanalys som analysmetod. Till följd av studiens begränsade omfattning har emellertid ingen respondentvalidering utförts. Respondentvalidering innebär att empiri och citat granskas av intervjupersonerna innan de används i studien. Triangulering innebär att forskaren använder mer än en metod för insamling av material (ibid.). Vi hade gärna använt oss av flera kvalitativa metoder, såsom observationer, för att alltså genom triangulering se till studiens trovärdighet. Av respekt för patienternas integritet ansåg vi dock att observation inte var ett etiskt försvarbart tillvägagångssätt inom ramen för denna studie.

Överförbarhet handlar om huruvida studiens resultat kan överföras på andra miljöer. Lincoln och Guba talar om att forskaren ska eftersträva fylliga eller täta beskrivningar av det studerade fenomenet, för att tillgodose överförbarheten (Lincoln och Guba 1985 se Bryman 2016). Täta beskrivningar menas ge granskaren en bred databas att kunna anpassa och applicera på andra miljöer. Vi har försökt möta detta kriterium genom en tillfredsställande variation av deltagare, vilket vi menar bidrar till en fyllighet av vårt resultat. *Pålitlighet* har vi försökt säkerställa genom en transparent redogörelse av metod. Vi önskar ge granskaren en informerad grund för att själv kunna bilda sig en god uppfattning om studiens pålitlighet. Slutligen ska granskaren också ges en *möjlighet att styrka och konfirmera* studiens resultat. Detta kriterium bygger på att forskarens egna värderingar, det vill säga våra värderingar, inte låtits färga resultat och analys (ibid.). Vår förförståelse har därför diskuterats och redovisats, för att även här ge läsaren en god informerad grund.

4.10.2 Äkthet

Äkthet eller autenticitet, det andra huvudbegreppet som Lincoln och Guba presenterar, går också att dela upp i underkategorier: rättvis bild, ontologisk-, pedagogisk-, katalytisk- och taktisk autenticitet (Lincoln och Guba 1985 se Bryman 2016). Dessa fem underkategorier är emellertid relativt svårtillämpade på en studie av vår storlek. Vi vill dock hävda att vår studie ändå delvis möter kriteriet om en

rättvis bild av det studerade fenomenet, då vi fått en god spridning av personliga kvaliteter hos våra deltagare, såsom olika könstillhörigheter och en bredd gällande antal år av erfarenhet.

5. Resultat och analys

I resultat- och analysavsnittet redogörs de tre teman som framträtt under bearbetningen av det insamlade materialet. Inledningsvis presenteras en sammanställning av skötarnas arbetsuppgifter för att ge läsaren en bakgrundsförståelse kring skötarnas arbete, inför presentationen av våra tre teman. Respektive tema redogörs, för att sedan diskuteras i relation till teori, tidigare forskning och avslutningsvis våra egna reflektioner. Genom temat *närhet eller distans?* belyser vi relationens centrala del i arbetet, liksom skötarnas tankar om ett professionellt förhållningssätt. I det andra temat, *föräldrskapet*, belyser vi liknelsen om föräldrskapet som skötarna, på olika sätt, återkom till under intervjuerna, vilket vi menar kan förstås som ett förhållningssätt till det dubbla uppdraget av vård och kontroll. Avslutningsvis lyfts temat *frustration över organisation* där vi belyser de organisatoriska förutsättningar som präglar både rehabiliteringsarbetet och säkerhetsarbetet, i förhållande till skötarnas syn på god vård.

5.1 Skötarnas arbetsuppgifter

De flesta av rättspsykiatrins skötare är utbildade undersköterskor. Skötarna beskrev sitt arbete som omväxlande. Skötarna ska se till att patienternas vardag fungerar, liksom ordna med matservering, ledsaga till aktiviteter, småprata, ha veckosamtal och finnas tillgängliga för patienterna. Rättspsykiatrin som arbetsplats liknades, av två skötare, vid ett boende med särskilt stöd och service. Samtidigt ska skötarna också arbeta miljöterapeutiskt, som en del i patientens rehabiliteringsarbete. Skötarna ansvarar också för att dokumentera i journalsystemet, genomföra säkerhetsronder i patienternas respektive rum och bistå med bedömningar för utlåtanden till såväl förvaltningsrätten som socialtjänsten. Verksamheten utför med jämna mellanrum individuella riskbedömningar för våld, där skötarna spelar en viktig roll i att bistå övriga yrkesgrupper med information kring patientens mående och beteende. Skötaren utses också till kontaktperson för två till fyra patienter. I kontaktmannaskapet ingår framför allt att vara delaktig i upprättandet av vårdplan, hålla i veckosamtal med patienten för att kontinuerligt utvärdera vården och se till hur vårdplanen följs för respektive patient. Inom ramen för rättspsykiatrins uppdrag får skötarna också på plats en utbildning i självskydd, något som sker nästintill varje vecka. Självskydd är en utbildning bestående av teori samt praktiska övningar av

grepp, bältesläggning med mera. Skötargruppen ansvarar för att ta hand om eventuella våldsamma eller hotfulla situationer som kan uppstå på rehabenheten och fungerar därmed också som en säkerhetsåtgärd för den rättspsykiatriska vården. Skötarna har också regelbunden extern grupphandledning, där de ges möjlighet att diskutera arbetets utmaningar.

5.2 Närhet eller distans?

I skötarnas berättelse om vad det innebär att arbeta som skötare i rättspsykiatri var relationen med patienten central. Att få vara med och bidra till förbättring hos patienterna beskrevs som en stor drivkraft och källa till tillfredsställelse i arbetet. En bra relation och arbetsallians menade skötarna skapas av *att finnas* och *att stå kvar*, vilket i praktiken innebär att vara tillgänglig för patienten, bemöta dennes behov och ha tålamod att följa patienten genom dennes individuella process. Relationen mellan patient och skötare förklarades i termer av en balans mellan närhet och viss distans. *Närhet*, för att möjliggöra en god arbetsallians för rehabiliteringsarbetet. *Distans*, för att genom en ständig vakenhet gentemot patienten inte utsätta sig själv, kollegor eller andra medpatienter på rehabenheten för fara. En idealbild av skötaren framträdde under intervjuerna. Skötaren ska besitta många egenskaper. I intervjuerna beskrevs det bland annat att en skötare ska vara: genuin, en go gubbe, kunna skämta med patienterna, vara engagerad, orka stå kvar även när patienten inte är så trevlig, vara empatisk och ha ett genuint intresse för att se människan bakom brottet liksom patientens fulla potential. En skötare ska inte vara en översittare med en kaxig attityd, men en skötare ska ändå ha skinn på näsan, hålla sig misstänksam och vara uppdaterad på det som händer i det fördolda på rehabenheten för att säkerställa säkerheten. En skötare ska inte klappa för mycket medhårs eller tycka för synd om patienten. En skötare ska vara vänskaplig mot patienten men *inte* vara vän med patienten. En skötare ska ständigt vara empatisk och tillgänglig för patienten och samtidigt ständigt vara på sin vakt. "Läget" på rehabenheten och därmed skötarens olika roller kan växla relativt oförutsägbart, som Skötare C förklarar i nedanstående citat:

Just nu är det en lugn period, det är inte så himla jobbigt. Det är spela kort, spela spel, hänga, ha det trevligt, se till att de får mat, alltihopa.

Men sen har man ju de lite tyngre perioderna, som vi hade för några veckor sen. Det går i skov liksom, antingen så händer det ingenting eller så händer allting samtidigt. Och då är det, till exempel, en person som... ja men kanske börjar bli utåtagerande, kastar möbler, slåss och sådana grejer. (Skötare C)

Skötare C betonade vikten av att finna en balans mellan dessa roller präglade av närhet eller distans, då Skötare C sade: "Blir man för mycket kompis med patienterna då kan man råka illa ut, och är man för lite kompis med dem så vill de inte ha någonting med dig att göra." Relationen beskrivs här som ett arbetsverktyg, där skötaren behöver hitta ett professionellt förhållningssätt som fungerar. Vidare beskrevs en bra relation som en grundförutsättning för att kunna bedriva både rehabiliteringsarbetet och säkerhetsarbetet. Skötarna talade mycket om tillit. En målsättning beskrevs vara att patienten ska känna tillit till personalen och ha en förutsägbar miljö, och således känna en trygghet på rehabenheten. Skötare F sade att: "En trygg patient är en bra patient. Rädda patienter är farliga patienter", och poängterade således vikten av att skapa en trygghet för både patientens, med-patienternas och skötarnas skull.

Både säkerhetsarbetet och rehabiliteringsarbetet beskrevs delvis ske med eftertanke och delvisoreflekterat. Rutiner genomförs och förhållningssätt intas aktivt för att säkerställa säkerheten på rehabenheten. Samtidigt beskrevs stora delar av säkerhetsarbetet sitta i ryggraden och ske per automatik, som att undvika att vara ensam i rum med en patient eller att aldrig placera sig med ryggen mot en patient. Vissa bitar av rehabiliteringsarbetet beskrevs som givna, såsom att samtala med patienterna och fånga upp deras mående eller att vara kontaktperson, och arbeta med patientens mål ur vårdplanen. Samtidigt framkom en känsla av att inte alltid veta *vad* som fungerar eller *hur* rehabiliteringsarbetet sker i det vardagsnära, som Skötare C uttryckte det: "Jag har absolut ingen aning om hur vi gör egentligen. Men någonting jäkligt bra gör vi".

Beroende på vilken del av arbetet som skötarna belyste framträdde olika bilder av arbetsplatsen och av patienten. Arbetsplatsen beskrevs återkommande i termer av att "det är som vilket jobb som helst" och rättspsykiatri jämfördes med yrken i

andra människobehandlande organisationer, som att arbeta som lärare. Samtidigt framkom, inte sällan i samma intervju, en beskrivning av rättspsykiatrin som “*inte vilket jobb som helst*”. Vikten betonades av att inte glömma bort *var* man faktiskt jobbar och med vilka patienter – ur en säkerhetsaspekt. Citaten nedan är hämtade från intervjun med Skötare C där det första nämndes tidigt i samtalet och det andra drygt 40 minuter senare:

Ja den har begått det här brottet, den har mördat den här personen eller den har smugglat knark eller whatever typ. Men det viktigaste här är ju att kunna se att det finns en människa *bakom* det och hur man ska kunna få den personen att komma tillbaka till samhället. Egentligen. Det är väl det stora hela, det vi jobbar med, att se personen, se dess möjligheter och jobba utefter dem. (Skötare C)

Alltså säkerhet är ju det största, det är det viktigaste vi har här. Med tanke på att vi jobbar med psykiskt sjuka människor så vet man aldrig när de kan bli dåliga. Det kan slå om precis när som helst, det kan bara flippa liksom såhär. Du säger fel ord och den [patienten] slår en på käften, alltså typ. (Skötare C)

Skötare C beskrev först att se människan bakom brottet som det viktigaste, för att sedan förklara säkerheten, med bakgrund i patientens oberäknelighet, som det viktigaste och den inneboende dubbelheten i rättspsykiatrin blir således uppenbar. Samtidigt finns en underton i båda citaten av att det är viktigt att i det dagliga arbetet se patienten som en medmänniska i behov av stöd och vård. Flera skötare beskrev en känsla av empati för patienten och dennes situation, där det poängterades att psykisk ohälsa trots allt kan drabba vem som helst, parallellt med att patienten också beskrevs som oberäknelig och potentiellt farlig. En känsla av empati för patienten menades dock inte behöva “slås ut” av synen på patienten som oberäknelig. Oberäkneligheten och eventuella våldshandlingar förklarades ofta genom patientens sjukdomsbild och ingav snarare än mer empati. Tankar om patienten som “vanlig patient” och samtidigt “farlig patient” behöver därför inte krocka, men de ska samexistera. Skötarna menade att dessa *båda sidor* av patienten ständigt måste finnas i skötarens medvetande.

Säkerhet menades alltså vara en grundförutsättning för att all annan form av verksamhet ens ska kunna äga rum. Säkerhetsaspekten, med dess rutiner och förhållningssätt, förklarades som viktigt inte bara för personalens arbetsmiljö utan även för patienternas egen trygghet. Skötare D menade att inställningen till arbetet kan skilja sig åt skötarna emellan och att det finns som två grundinställningar. En del skötare tycks vara i rättspsykiatri för att vara plit eller vakt i första hand, medan andra tycks se sitt huvuduppdrag i att arbeta utifrån lagstiftningens mer omvårdande andemening. Följande citat är ett utdrag ur resonemanget Skötare D förde om de två inställningarna:

Det ser man om man läser portalparagraferna i rättspsykiatriska lagen och hälso- och sjukvårdslagen. Vi tar ju hand om psykiskt störda lagöverträdare och då tycker jag andemeningen där är väl egentligen att... det här är ju människor som kanske i normalfallet ändå hade förekommit inom psykiatri och sedan så råkar de tyvärr bli lagöverträdare på grund av sin psykiska sjukdom liksom. Så det är ju inte kriminella människor i första hand utan de är ju... de har ju psykiska problem i första hand, och det är ju det som jag utgår ifrån men det är inte alla som gör det. Vissa ser dem som kriminella som har psykiska problem och det är fel tycker jag, det är inte så lagen är tänkt. (Skötare D)

Skötare D förklarade att ett överfokus på att se till att patienten inte har några farliga saker på rummet, på bekostnad av omsorg, aktiviteter och samtal, blir något negativt för patienten. Även andra skötare lyfte att det finns olika synsätt inom skötargruppen på skötarens roll och på bra arbetssätt. Det tycks finnas en slags skala för handlingsutrymme, där skötaren har ett visst utrymme att placera sig själv i olika positioner. Dessa positioner menade Skötare D genererar olika beteenden hos skötarna beroende på var betoningen läggs kring säkerhet, rehabilitering, relation och trygghet, liksom beroende på olika attityder kring arbetet och patienten. Därmed är kanske inte alla individuella beslut och avvägningar som görs heller uppskattade av kollegor eller konsekventa för hela skötargruppen. Olikhet i sig talades också om som något positivt, i termer av att skötarna kan komplettera varandra, samtidigt som det alltså också framträdde en frustration över att det

arbetssätt som värderas högt av en själv inte alltid förstås av gruppen.

5.2.1 Teoretisk reflektion

Skötarnas berättelser påvisar en speciell form av vård, i en annorlunda verksamhet som onekligen skiljer sig från andra vårdinrättningar. Rättspsykiatrin är, så vitt vi ser, kanske därför *inte* som vilken arbetsplats som helst. Skötarna har ett omväxlande arbete, sprunget ur två skilda uppdrag av rehabiliteringsarbete och säkerhetsarbete. Festinger (1957) skulle förklara vetenskapen om att rehabiliteringsarbete ska bedrivas som *en* kognition och vetenskapen om att säkerhetsarbete ska bedrivas som en *annan* kognition. När dessa olika kognitioner ställs mot varandra i praktiken, kan en diskrepans uppstå och följaktligen medföra kognitiv dissonans hos skötaren (Festinger 1957). Balansgången mellan närhet och distans beskrevs som en naturlig del av skötarens arbete, som samtidigt kunde vara påfrestande och skapa utmaningar. Skötare D poängterar att det inom skötargruppen finns som två olika grundinställningar av att vara antingen mer “vakt” eller mer “omhändertagande”. Dessa två inställningar kan ses härstamma från diskussionen om balansen mellan närhet eller distans, alltså balansen mellan rehabiliteringsarbete och säkerhetsarbete, där närhet kopplas ihop med omhändertagande och distans med vakt. Skötarens arbete liksom utgörs av denna balansgång, där motstridiga mål och kognitioner ständigt ställs mot varandra, varför vi tolkar det som att skötaren vill välja *en* inställning att följa för att underlätta balansgången – med andra ord för att reducera dissonans (Festinger 1957).

Utefter resonemanget Skötare D för framträder alltså en valmöjlighet – skötarna kan välja att antingen vara mer vakt eller mer omhändertagande. Således menar vi att Festingers (1957) tankar om “postdecision dissonance” aktualiseras, då skötaren fattar ett *beslut* genom att välja inställning för sitt arbete. Oavsett vilken inställning skötaren väljer att inta, kommer de kognitiva klustren från *den andra* inställningen att fortsatt finnas kvar. Skötaren som väljer att vara mer vakt, är trots allt ändå medveten om vårdens också mer omhändertagande uppdrag och viceversa. Det finns alltså en diskrepans mellan skötarens handlingar sprungna från den valda inställningen och *den andra* inställningens kognitiva kluster. Enligt Festinger (1957) kommer alltså denna “postdecision dissonance” leda till olika försök av dissonansreducering. Skötaren menas kunna reducera dissonansen som följts av

beslutfattandet genom att ändra sina tankar om *det andra* alternativet, alltså i detta fall, *den andra* inställningen. Exempelvis kan den som valt “vakt”, tala ner betydelsen av att vara mer omhändertagande och istället betona vikten av säkerhet för att vårdens ska kunna bedrivas. Skötaren ändrar sina kognitioner om det andra alternativet och således reduceras upplevelsen av dissonans. Genom ovanstående resonemang hjälper Festinger oss att förstå bilden Skötare D målar upp om varför det tycks finnas olika attityder och beteenden inom skötargruppen.

5.2.2 Relaterat till tidigare forskning

Jacob och Holmes (2010) och Jacob (2014) har i sina respektive studier på olika sätt undersökt rättspsykiatriens inneboende komplexitet. Jacob och Holmes (2010) talar om hur omsorgsarbetet kan komma att påverkas av den ständigt närvarande risken för hot och våld. Skötarna i vår studie berättar hur en riskmedvetenhet alltid måste finnas i bakhuvudet. Potentiellt farliga situationer behöver förutses för att kunna undvikas. Skötarna berättade om en vilja att se patienten som vem som helst, vilket Jacob och Holmes (2010) menar ligger nära en alltför naiv inställning som av säkerhetsskäl inte får ta överhand. Jacob och Holmes (2010) vill dock framför allt belysa de brister i interaktionen mellan vårdare och patient som den rättspsykiatriska verksamhetens av sin natur medför, vilket också diskuterats i ovanstående teoretiska diskussion.

Jacobs (2014) studie har, liksom vår studie, analyserats genom Leon Festingers (1957) teori om kognitiv dissonans. Skötarnas berättelse om synen på rättspsykiatri och deras roll däri påminner om Jacobs (2014) resultat, där sjuksköterskorna beskrivs behöva balansera institutionens krav på social kontroll med att samtidigt upprätthålla ett arbete som överensstämmer med deras omvårdnadsideal. Sjuksköterskorna i Jacobs (2014) studie talar utifrån erfarenheten av att ha skolats in i sjuksköterskerollen genom utbildning och socialisering. Även om skötarkåren som yrkesgrupp inte är homogen på samma sätt som sjuksköterskorna, har de flesta skötarna ändå en undersköterskeutbildning eller erfarenhet av annan omvårdnad, dock finns bredare erfarenheter där somliga alltså arbetat inom mer klassiskt vårdande yrken och andra i mer anstaltsliknande miljöer. På så vis har också skötarna socialiserats in i en yrkesroll med omvårdnadsideal. Jacob (2014) menar att den kognitiva dissonans som uppstår då organisationen inte ger utrymme

för sjuksköterskorna att fullt ut leva upp till sitt omvårdnadsideal leder till två olika dissonansreducerande strategier, som sätt att komma till ro i yrkesrollen inom rättspsykiatri. Vissa sjuksköterskor omformulerar innebörden av god omvårdnad, medan andra sjuksköterskor istället anammar de attityder som sanktioneras av den anstaltsliknande miljön. Här menar vi att Skötare D belyser ett liknande mönster i sina reflektioner kring de olika grundinställningar till arbetet, och till patienten, som menas finnas inom skötargruppen.

5.2.3 Egna reflektioner

Mot bakgrund av temat funderar vi på vikten av att hålla en diskussion levande kring sitt arbete. Vi ser vikten av att skötarna ges utrymme, och tar tid, för att föra en diskussion om sitt faktiska arbetssätt – om utmaningar som uppstår och om det vardagliga som tenderar att ske oreflekterat eller per automatik. En sådan diskussion menar vi bör föras både på egen hand och kollegorna emellan. Samtidigt funderar vi på om den diskussionen kan komma att bli komplicerad, just i och med att skötarna beskrivits ha olika inställningar till sitt arbete. Samma anledning skulle också kunna bidra till att göra diskussionen konstruktiv och dynamisk. Kanske leder en diskussion till konflikt och således till en ännu mer markant olikhet i inställning hos skötargruppen. Kanske leder en diskussion till sammanhållning och utveckling och kanske är det därför värt att hålla den levande.

Vi funderar på om skötarens dubbla roller kan upplevas som positivt av patienten. Det kanske är behagligt för patienten att det just är en och samma person som både säger nej och säger ja, som både tillrättavisar och stöttar. För patienten blir det kanske enklare att ta emot kritik, med vetenskapen om att den av samma person också kan få värmande hejarop. För patienten upplevs det kanske skonsammare att det är en skötare som den har en relation med, och av erfarenhet vet vill den väl, som är med vid bältesläggningen. Dubbelheten är kanske därför inte alltid ett hinder, utan en möjlighet.

5.3 Föräldraskapet

Under intervjuerna nämnde samtliga skötare *föräldraskap*, förvisso på olika sätt och i olika sammanhang, men ändå allihop som en slags liknelse för arbetet de

bedriver. Vissa av skötarna använde sig endast kort av liknelsen om föräldraskap, medan merparten av dem självmant återkom till liknelsen under intervjuens gång. Skötarna förklarade erfarenheter av konceptet föräldraskap, där ett flertal hänvisade till att själva vara föräldrar, som en resurs i mötet med den rättspsykiatriska patienten. Lärdomar från det egna föräldraskapet menades vara till god användning för arbetet med patienterna men också för förståelsen av relationen till patienten. Som Skötare A tydligt uttryckte det: "Man känner sig ibland lite som deras föräldrar". I skötarnas liknelse om föräldraskap lyftes samtidigt också de svårigheter och utmaningar som finns i det "vanliga" föräldraskapet, något som menades förekomma också i arbetet med patienterna. Skötare C förklarade: "Är du för mycket mamma så tar du bort deras [patienternas] självständighet. Men är du för lite mamma så rehabiliteras de inte". Vi tolkar resonemanget Skötare C för som en liknelse av dilemmat en tonårsförälder kan komma att möta. Föräldraskap präglas av en svår balansgång, i likhet med skötarnas arbete med sina patienter.

Skötarna beskrev en familjeliknande situation, vilket beskrevs som en positiv miljö för patienten att befinna sig i. Flertalet skötare omnämnde dessutom rehabenheten som ett boende, snarare än en sjukhusavdelning. Skötarna påpekade att flertalet patienter tidigare saknat en stabil familj eller ett prosocialt nätverk. Socialt stöd förklarades som en nyckel för rehabiliteringsprocessen och vidare som prevention för återfall i antisocialt beteende. För patienten som saknat ett stabilt nätverk, tycks en tanke finnas om att rättspsykiatrin behöver tillgodose det behovet. Att vara en stabilitet, förklaras som en självklar del i rehabiliteringsarbetet. Miljön på rehabenheten anpassas till att vara hemlik, nästan familjär, och i det tycks skötarna inta en föräldraliknande roll.

Den goda relationen, patient och skötare emellan, har likt beskrivet i föregående tema en stor betydelse för den rättspsykiatriska vården, men här läggs också vikten av att vara gränssättande till. Ur skötarnas berättelser framträdde en beskrivning av ett uppfostrande förhållningssätt gentemot patienterna. Det finns en tanke om att för patienten som tidigare inte fått någon god uppfostran, behöver skötarna gå in och tillgodose det behovet – för att patienterna ska kunna klara sig i samhället. Som Skötare F förklarade det: "Vi kan inte bara släppa dem. Det gjorde inte din mamma eller pappa heller". Patienterna menades alltså, i viss utsträckning, ha ett behov av

moralisk vägledning. Skötare F förklarade:

Man ska ha samtal om hur de ska sköta sig och vad de ska tänka på och hit och dit för att de ska klara sig på utsidan. [...] Ja, det är mix mellan att vara lite plitig och att sedan vara omhändertagande. I min värld när man blir lite äldre och sådär, så ska man försöka ge dem lite värderingar och skola dem åt olika riktningar. Jag pratar utifrån att, som en vuxen, för många är ju yngre. (Skötare F)

Skötare F visade på, likt flera andra av skötarna, ett förhållningssätt av att ibland se sig själv som *vuxen* och således patienten som *barn*, emellertid inte i nedvärderande bemärkelse. Förhållningssättet menas snarare leda till omtänksamhet och omhändertagande handlingar, liksom i en förälders relation till sitt barn. Samme skötare talade om behovet av att vinna patientens respekt och tillit för att kunna arbeta tillsammans. Den goda relationen, patient och skötare emellan, menas behövas för att möjliggöra ett konstruktivt gränssättande. Återigen poängteras relationen som ett väsentligt arbetsverktyg för skötarnas arbete med patienterna. Närmast samtliga skötare underströk ofta hur rehabiliteringsarbetet hela tiden syftar till livet utanför den rättspsykiatriska vården, ute i samhället. Det uppfostrande förhållningssättet menas förbereda patienterna för ett samhälle som sällan förlåter antisociala beteenden, det görs helt enkelt av omtanke.

5.3.1 Teoretisk reflektion

Vi tolkar liknelsen om “föräldraskap” som en förklaringsmodell skötarna använder sig av för att förklara relationen mellan sig själva och patienterna, liksom hur det fungerar att arbeta utifrån rättspsykiatrins dubbla uppdrag i det vardagliga arbetet. Föräldraskap kan förstås som ett allmänt accepterat koncept som *också* har en inneboende dubbelhet – att å ena sidan vara omhändertagande och stödjande och å andra sidan gränssättande och uppfostrande. En strategi för att hantera kognitiv dissonans är att lägga till nya tankar, nya kognitiva element, för att förklara och förstå sitt beteende (Festinger 1957). I föräldraskapet framträder dubbelheten som naturlig och accepterad, således kan ett anammande av denna tanke tänkas reducera eventuella obehag som uppstår i relation till dubbelheten i skötarens roll. Liknelsen om föräldraskapet menar vi alltså kan förstås som en strategi för att reducera

obehaget den kognitiva dissonansen utgör (Festinger 1957). Genom att förklara dubbelheten i rollen i termer av "föräldraskap" kan gränssättning, uppfostran, ingrepp mot en patients vilja och en ibland komplicerad dynamik, förklaras på ett sätt som rymmer en auktoritativ men samtidigt kärleksfull roll. Moralisk vägledning förklaras därför med "det här är för ditt bästa" och tvångsmedicinering som "tough love". I normalfall används inte liknelsen om föräldraskap för att förklara interaktion mellan vuxna och vuxna, vilket leder oss till att tolka resonemanget som en kognition som läggs till av skötarna, för att skapa mening och förståelse. En mening och förståelse för relationen och förhållandet mellan de själva och rättspsykiatrins patient, men kanske allra främst för acceptans av det egna beteendet.

Skötarnas berättelser kan också förstås genom Festingers (1957) idé om kognitiva överlapp där kognitiva överlapp förklaras som en strategi för att reducera den dissonans som följs av ett fattat beslut. Skötaren har, inom ramen för liknelsen om föräldraskapet, två kluster av kognitioner av att å ena sidan "uppfostra patienten" och å andra sidan "stötta patienten". Skötaren ställs inför ett val av att välja mellan en mer uppfostrande approach eller en mer stöttande approach och måste här fatta ett beslut. Oavsett vilken approach skötaren väljer att handla efter kommer själva beslutfattande i sig ändå medföra kognitiv dissonans. Följaktligen kan skötaren komma att försöka etablera ett kognitivt överlapp mellan nämnda kognitioner, som strategi för att reducera den uppståndsna dissonansen (Festinger 1957). Alltså, de relativt skilda kognitionerna om "uppfostran" och "stöttning" kan sättas samman, liksom i en större kontext, där båda leder till samma slutresultat. I detta fall skulle den större kontexten, eller det större målet vara, att forma en patient som klarar sig själv i ute samhället. Att *stötta* patienten, att vara omhändertagande och inge trygghet skapar en trygg patient som på så vis kan klara ett självständigt liv utför rättspsykiatrins väggar. Att *uppfostra* patienten och att moraliskt vägleda skapar en medveten patient som kan förhålla sig till samhällets normer och på så vis klara ett självständigt liv på utsidan. Skötaren har alltså etablerat ett kognitivt överlapp och beslutfattandet får således en mindre betydelse, då de två alternativen nu ändå menas leda till samma slutresultat, och dissonansen reduceras.

5.3.2 Relaterat till tidigare forskning

Skötarnas berättelser belyser ämnen som diskuterats i tidigare forskning, bland annat idén om konstruktivt gränssättande från artikeln av Maguire et al. (2014) och uppfostran från artikeln av Hörberg och Dahlberg (2015). Skötarnas resonemang liknar resultaten Maguire et al. (2014) presenterar, att gränssättning behövs inom psykiatrisk vård, med en auktoritativ approach snarare än en auktoritär. Hörberg och Dahlberg (2015) betonar, liksom skötarna, att vikten av den goda relationen behöver få ett större erkännande inom den rättspsykiatriska vårdapparaten. Samtidigt skiljer sig Hörberg och Dahlbergs (2015) framställning av den uppfostrande attityden från skötarnas. Hörberg och Dahlberg (2015) menar att den uppfostrande attityden förminskar patientens person, medan skötarna här snarare istället betonar uppfostrandets mer omtänksamma aspekt.

Specker et al. (2018) diskuterar frågan om huruvida moralisk stimulans ska ingå i rättspsykiatrins uppdrag, vilket också framkom ur skötarnas berättelser. Där Specker et al. (2018) presenterar en oenighet, visar vår studie en mer samlad grupp. Närmast samtliga skötare förklarar moralisk stimulans eller vägledning som en central del i att förmå patienten att åter fungera i samhället. Liksom Specker et al. (2018) poängterar finns förvisso inte heller inom svensk rättspsykiatri, ett uttalat uppdrag om moraliskt vägledande inslag i rehabiliteringsarbetet. Slutligen resonerar skötarna helt i enlighet med Rytterström et al. (2020) och deras artikel om betydelsefulla möten i rättspsykiatrisk vård. Att finnas för patienten, att vara öppen för patientens behov och att vara en pålitlig person i patientens liv, konstateras av både patient som vårdare ha en väsentlig betydelse för såväl rehabiliteringen som säkerheten.

5.3.3 Egna reflektioner

Föräldraskapet kan visserligen ha varit en enkel metafor för skötarna att använda, när de skulle förklara sitt agerande och sina tankar för oss som utomstående. Samtidigt kan föräldraskapet som metafor också förstås som en förklaringsmodell skötarna *faktiskt* använder sig av, för egen del, i sitt dagliga arbete. Skötarna är tydliga med att poängtera hur deras mer uppfostrande förhållningssätt *inte* menas bidra till ett förminskande av patienten. Vi ser deras goda vilja, men vi ser också det problematiska. Det står utom tvivel att skötarna endast vill patienten väl, frågan

är om patienterna upplever det på samma sätt. Hur känns det att som vuxen person, mer eller mindre, bli uppfostrad av en annan vuxen person, enbart på grund av att man råkat erhålla en allvarlig psykisk störning och till följd av denna begått ett brott? Kanske upplevs det uppfostrande förhållningssättet lika självklart som andra aspekter av den rättspsykiatriska vården. Kanske upplevs det som förnedrande. Skötarna vill att patienten åter ska kunna fungera i samhället och kanske helgar ändamålet medlen.

Samtidigt funderar vi på den relativt stora plats som samhällliga normer får ta i den rättspsykiatriska vården. Skötarna talar om hur patienten kan behöva “skolas i olika riktningar” och forma nya värderingar. Det framträder en bild av vad som faktiskt är rätt respektive fel. Finns det en mall som patienten måste passa in i, innan den kan lämna slutenvårdsinrättningen? Måste patienten passa in i samhällets normer innan den återigen kan befinna sig ute i samhället? Att följa normer underlättar onekligen ett liv i samhället, men det måste trots allt också finnas utrymme för patienter som utmanar normerna att kunna ta plats. Kanske är det just precis att lära sig normer, som faktiskt utgör rehabiliteringen och det kanske bara är för patientens bästa. Det är trots allt inte ett särskilt förlåtande samhälle vi lever i.

5.4 Frustration över organisation

Skötarna talade om en frustration över att inte alltid kunna bedriva det rehabiliteringsarbete de anser att patienten behöver och enligt lag har rätt till. Skötare F menade att: “Vi skulle kunna göra mer för att det ska bli rätt för dem [patienterna]”. En tanke om att “tvångsvård förpliktigar” uttrycktes vidare av Skötare F, liksom av flera andra skötare. Tvångsvård förklarades alltså som ett stort ingrepp, vilket menades medföra en ansvarskänsla för att den vård som bedrivs också är bra. Frågan om *hur* vården inom rättspsykiatrin bedrivs framträdde alltså som viktig. Vårdtiden förklarades som en möjlighet för patienten, en möjlighet till rehabilitering som skötarna behöver ta till vara på. Det framträdde ett behov av känslan att göra rätt hos skötarna, samtidigt som de ibland bara tycks få hoppas på att de gör rätt avvägningar och ibland kanske bara får göra så gott de kan givet de organisatoriska förutsättningarna.

Skötarna pratade i termer av att de skulle kunna göra mer om resurserna fanns och att det var bättre förr, innan nedskärningar gjordes. Två av skötarna använde ordet "förvaring" för att beskriva vad de menar att rättspsykiatrien blivit till följd av resursbrister och som i kontrast till den vård och rehabilitering som de påpekade är det egentliga uppdraget. Vidare beskrevs också en frustration kring att inte ha möjlighet att bygga relationer med patienter på önskvärt sätt. Avsaknaden av sådana möjligheter menades bland annat vara till följd av resursbrister som resulterat i svårigheter att hinna med att möta individuella behov, eftersom personalen inte alltid räcker till. Det finns inte bemanning för att exempelvis hinna gå iväg med en patient i en timme för att stödja den i telefonsamtal med Försäkringskassan. Det finns inte bemanning för att exempelvis åka iväg och träna bussåkning med en patient som tidigare fått panikångest av att åka kollektivt. Samtidigt beskrevs också en hög personalomsättning, inom såväl skötargruppen som på chefsnivå. Den höga personalomsättningen förklarades som ett problem då redan knapp tid måste avsättas för att lära upp ny personal, men också då erfarenhet och kompetens gått förlorad när personal slutat.

En annan anledning till att möjligheterna för ett gott relationsbygge undermineras är den rådande arbetsfördelningen i rehabiliteringsarbetet. Skötarens arbetsuppgifter har förändrats över tid och efter omorganiseringar. En av skötarna lyfte upplevelsen av att deras arbetsuppgifter idag, till skillnad från tidigare, saknar möjlighet att nå den relationella karaktären som skötaren anser egentligen behövs. Arbetsuppgifter av en relationell karaktär menades ha hamnat i skymundan dels på grund av personalbrist som gör att mer tid går åt till att bara få det praktiska att gå runt, men också på grund av att andra, tillsatta, yrkesgrupper fått ta över uppgifter som tidigare låg hos skötarna. Skötare D gav exemplet att det idag finns färre möjligheter att göra meningsfulla aktiviteter tillsammans med patienten, vilket Skötare D anser är viktigt för att kunna bygga en vårdallians. Vårdalliansen, menade Skötare D, utgör grunden för att kunna arbeta utifrån rättspsykiatriens dubbla uppdrag:

Ja alltså, när man gör saker tillsammans, det skapar ju i sig en bra vårdallians. Till skillnad mot om jag, jag menar om en patient ser mig som den som varje dag kommer in och rotar bland ens kallingar liksom,

för att hitta knark, och säger nej till allting som jag vill. Kan jag få en data? Nej. Kan jag få ett glas saft? Nej. Kan jag få gå ut imorgon? Nej. Om jag är den personen, jämfört med om jag är personen som sitter och spelar musik tre timmar varje dag med patienterna liksom, så blir det en ganska stor skillnad på relationen. (Skötare D)

Skötare D avslutade sitt resonemang med att säga: “Om man inte har möjligheten att skaffa en bra relation, då blir det ju bara den här maktfunktionen kvar.”. Vidare beskrevs också en frustration över andra organisatoriska förutsättningar, utöver resursbrister och arbetsfördelning, som kan komma att stå i vägen för det rehabiliteringsarbetet skötarna vill bedriva. Skötarna ifrågasatte vissa rutiner genom att resonera kring hur kontrollfunktionen och beslut ovanifrån kan komma att hämma det rehabiliterande arbetet. Frustrationen och ifrågasättandet beskrevs bland annat uppkomma när rutiner känts onödiga och överflödiga eller när de motverkar individuella mål i patienters vårdplanering. Organisationens behov kan ibland komma att krocka med patientens behov, menade skötarna. Patienten ska å ena sidan ses som en individ, samtidigt som patienten å andra sidan också tillhör ett kollektiv av patienter. Skötare E diskuterade dilemmat som kan uppstå:

Ofta tycker jag att när man har bedömt patienten, att det inte är någon fara, så tycker jag att man ibland skulle kunna släppa på vissa saker. Till exempel har vi väldigt mycket låsta dörrar på enheten och våra patienter, psykopatienter, har ett väldigt behov att röra på sig. Då kan jag tycka ibland, att då kan man öppna lite dörrar så att de kan få gå i långa korridorerna eller röra sig lite mera på enheten. Men det där är individuellt, det tycker en del att det ska vara låsta dörrar och det tycker jag mer ska gå efter behov – vad som behövs. (Skötare E)

Verksamheten har en rutin som säger att dörrar inne på enheten ska vara låsta, oavsett patienternas status av stabilitet. Skötare E exemplifierar här när en rutin om säkerhet trumfar patientens rehabiliterande behov av att röra på sig. Patienterna blir ett kollektiv, rutinerna anpassas efter kollektivet och således minskas handlingsutrymmet för skötarna att möta individuella behov. Ett antal skötare problematiserade även det faktum att vissa patienter vistas på enheter med för hög säkerhets-

klass i förhållande till deras behov, vilket i förlängningen leder till onödigt långa vårdtider då rehabilitering inte kan utföras på den egentliga nivån. Skötarnas berättelser antyder alltså också att vissa patienter, i praktiken, upplever onödigt stora integritetskränkande ingrepp.

Att jobba “utåt” beskrevs av skötarna som en central del för den rättspsykiatriska vården, patienten ska inte bli hospitaliserad och det måste finnas en anknytning till samhället för att patienten ska kunna rehabiliteras. Skötare B beskrev en rutin där samtliga patienter skulle kroppsvisiteras efter att de spenderat tid utanför sjukhusområdet, oavsett om personal närvarat eller ej. Skötarna kunde följa med patienten på en utflykt, ständigt befinna sig vid patientens sida och ändå tvingas utföra en kroppsvisitation vid utflyktens slut. Skötare B beskrev rutinen som kontraproduktiv för rehabiliteringsarbetet. Patienterna fick till följd av rutinen en känsla av att vara misstrodd, vilket påverkade relationsbyggandet negativt och gjorde att skötarna fick svårare att motivera patienterna till att komma ut. Skötare B beskrev att det kändes obekvämt att genomföra rutinen men att de bara kunde “göra det bästa av situationen” och försöka ha en öppen kommunikation med patienterna kring sitt eget agerande – att de förstod patientens perspektiv men att det var en rutin som de, skötarna, var tvungna att förhålla sig till. Skötare B förklarade rutinen som motsägelsefull till rättspsykiatrins uppdrag av rehabilitering och rutinen arbetades därför så småningom bort av skötargruppen.

5.4.1 Teoretisk reflektion

Av resultatet framgår att skötarna har åsikter, alltså kognitioner, om den vård de tror kommer gynna patienten och om vilken typ av rehabiliteringsarbete som också av erfarenhet har visat sig fungera. Samtidigt framgår att skötarna i många fall inte agerar i enlighet med dessa åsikter, något de också är högst medvetna om. Det finns alltså en diskrepans mellan teori och praktik. De talar i termer av frustration och uttrycker ett flertal önskingar om saker som skulle kunna se annorlunda ut, vilket antyder att det nuvarande tillståndet ger upphov till obekväma känslor vilket Festinger (1957) skulle förklara som dissonans. Rutiner, och därmed skötarnas handlade, som är rimligt i förhållande till olika säkerhetsaspekter skapar ett obehag när det istället ställs emot rehabiliteringsaspekten. Exempelvis i fallet med den psykossjuka patienten som Skötare E vet behöver röra på sig utifrån sin sjukdoms-

bild: där krockar kognitionerna “jag låser dörren” och “dörren behöver vara upplåst” med varandra. Ett gott rehabiliteringsarbete beskrevs också bromsas i praktiken av personalbrist, vilket syns i exemplen kring det betydelsefulla rehabiliteringsarbetet som sker utanför sjukhuset. Skötarna beskrev risker för patienten när ett sådant rehabiliteringsarbete inte kan bedrivas – patienten kan få en längre vårdtid än nödvändigt och riskerar att hospitaliseras och institutionsskadas. Vetskapen om att mycket tid spenderas inne på rehabenheten, istället för utanför sjukhusets väggar, kan här alltså tänkas ge upphov till kognitiv dissonans när “vi är inne” krockar med kognitionen “patienten riskerar att bli hospitaliserad inne” (Festinger 1957).

Skötaren behöver i praktiken förhålla sig till riktlinjer och utföra rutiner, som den inte alltid håller med om utifrån diverse aspekter. Här tänker vi oss att *känslan* av handlingsutrymme kan variera mellan olika skötare samt beroende på situation, liksom att *uppfattningarna* hos skötarna om vad som är personligt ansvar, professionellt ansvar och organisationens ansvar kan variera. I exemplet om rutinen för visitering tolkar vi det som att Skötare B upplevde det som obekvämt att utföra en form av kollektiv bestraffning, ett obehag som Festinger (1957) skulle mena kommer från krocken mellan kognitionerna “jag utför kollektiv bestraffning” och “det är viktigt att se individens behov”. Samtidigt rörde det sig om en rutin vilket, mot bakgrund av Festingers (1957) tankar om graden av frihet att välja vid beslutsfattande, blir relevant att diskutera. Festinger menar att en individ som känner sig tvingad till att agera på ett sätt, inte kommer uppleva lika mycket dissonans då beteendet kan rättfärdigas med hänvisning till att det var påtvingat. Skötare B skulle alltså kunna tänkas uppleva mycket mindre dissonans genom att hänvisa till att rutinen var tvungen att genomföras. Resonemanget om frihet att välja är intressant att belysa i förhållande till Cooper (2019) som menar att kognitiv dissonans först uppstår i en individ när den känner sig personligt ansvarig för de *aversiva konsekvenser* som följs av agerandet.

Skötare B talade om rutinen kring visitering just utifrån konsekvenserna rutinen innebar – även om agerandet inte var valbart så tycktes alltså Skötare B ändå uppleva ett ansvar för de *aversiva konsekvenser* som uppstod till följd av agerandet och följaktligen alltså ändå ge uttryck för upplevelsen av dissonans (Cooper 2019).

Skötare B talade både om konsekvenserna för de patienter som fick genomgå ett onödigt stort integritetskränkande ingrepp och om de konsekvenser som rutinen hade för rehabiliteringsarbetet. Rutinen riskerade att förstöra tilliten mellan skötare och patient, och därmed komplicera byggandet av en god arbetsallians vilket tidigare beskrivits som en grundförutsättning för både rehabiliteringsarbetet och ett konstruktivt säkerhetsarbete. Ett personligt och professionellt ansvar tycks alltså ha känts, dels gentemot den individuella patienten och dels på ett vidare plan kring *hur* vården faktiskt struktureras. Tanken på att genomföra en rutin som underminerar det egna arbetet på lång sikt är inte helt enkelt att förena med önskan om att bedriva god vård.

Cooper (2019) menar att den som inte lyckas reducera dissonansen på ett annat sätt, kommer försöka se de aversiva konsekvenserna som mindre negativa, som en sista utväg, för att på så vis reducera dissonansen. I detta fall tycks Skötare B ha reducerat dissonansen genom att lägga till kognitioner som gör beteendet mindre motsägelsefullt, parallellt med en process av att förändra rutinen. Skötare B konstaterade att skötarna fick "gilla läget" då beslutet kommit ovanifrån – genom att lägga till kognitioner om *varför* rutinen genomförs, kan kognitionerna om *hur* rutinen genomförs bli lättare att acceptera och därmed det egna agerandet enklare att godta (Festinger 1957). Vidare kunde kanske en känsla av att fortfarande se till individens behov ändå infinna sig till viss grad, trots det faktum att visiteringen *i sig* kvarstod som rutin, genom en kommunikation med patienten kring orsaken till rutinen. Genom att arbeta tillsammans med sina kollegor för att förändra rutinen möjliggjordes dessutom en förändring av det faktiska agerande, då rutinen också kom att tas bort.

5.4.2 Relaterat till tidigare forskning

Skötarna beskrev hur organisatoriska förutsättningar påverkar deras dagliga arbete med patienterna, hur individens behov ibland ställs mot verksamhetens behov. Thomsen et al. (1999) förklarar i sin artikel hur just organisatoriska faktorer har en stor påverkan på psykiatrins personal angående deras känsla av tillfredsställelse i sin yrkesutövning. Studien som Thomsen et al. (1999) presenterar visar på hur organisatoriska problem kan vara minst lika påfrestande för personalen som exempelvis vårdkrävande patienter. Även i vår studie beskrev skötarna svårigheter

i sitt jobb främst utifrån just organisatoriska problem så som resursbrister, arbetsfördelning och rutiner. Skötarna förklarade situationen som frustrerande. Organisatoriska problem likt dessa menar Thomsen et al. (1999) i förlängningen kan leda till arbetsrelaterad utmattning och minskad jobbtillfredsställelse. I en redan hårt pressad rättspsykiatri, där personalbrist och en svårighet att minska den höga personalomsättningen påvisats, blir det därför viktigt att den existerande personalstyrkan känner en tillfredsställelse i sitt arbete och inte drabbas av utmattning. Ur skötarnas berättelser framkommer att den existerande personalstyrkan behöver trivas och bli kvar, för att god vård ska kunna bedrivas.

5.4.3 Egna reflektioner

Organisationen sätter såklart ramarna för verksamheten och för skötarnas handlingsutrymme. När dessa ramar inte kan tillgodose bästa möjliga vård, när det brister, blir kanske det faktum att organisationen står ansvarig något "bekvämt" för den enskilde skötaren. Frustrationen över att inte kunna bedriva den vård man vill, är trots allt en riktad frustration. Kanske är det bekvämt att kunna lägga frustrationen på organisationen snarare än sig själv. Samtidigt beskriver den tidigare forskningen också rättspsykiatri som problematisk per se och kanske hade vården brustit även om organisationen bemött skötarnas önskningar. Så hur gör man det bästa av situationen och hur vet man sen att man också *har* gjort det bästa av situationen? Vi menar att det även i de mest snäva av rutiner trots allt finns ett mått av handlingsutrymme – frågan är hur villig skötaren är att själv anamma ansvaret det också medför. Frågan är också vilka forum som finns för att diskutera relationen mellan personligt ansvar, professionellt ansvar och organisatoriskt ansvar vilket blir extra intressant i förhållande till det faktum att olika skötare har olika inställning till arbetet och huvuduppgiften. De olika inställningarna kan tänkas påverka hur skötarna ser på vad som utgör positiva och negativa konsekvenser i arbetet, liksom synen på ansvarsfrågan.

Diskussionen kring ansvars känsla och aversiva konsekvenser tangerar en diskussion kring etik. Om obehag till följd av en känsla av personligt ansvar för aversiva konsekvenser inte lyckas reduceras på annat sätt, så görs det genom att *förminska* problemen kring konsekvenserna – detta menar vi är viktigt att fundera kring. Skötare B och kollegorna lyckades reducera dissonansen på annat sätt den här

gången, men vad händer de gånger det inte lyckas? När strategin istället kommer att handla om att förminska betydelsen av de aversiva konsekvenserna? När vård handlar om att skapa goda konsekvenser blir frågan om en förminskning av betydelsen av oönskade konsekvenser viktig, liksom frågan om hur olika kollegor definierar vad som är önskvärda och icke-önskvärda konsekvenser. Vi funderar på om en likgiltighet inför problematiska aspekter av yrkesutövningen kan tänkas uppstå, om betydelsen av dessa förminskas, vilket i förlängningen påverkar kvaliteten på vården. Vi funderar dessutom på om en förskjutning av verksamheten mot mer "förvaring", riskerar att medföra en förskjutning av vad som förstås som aversiva konsekvenser. Kanske kan vissa aversiva konsekvenser komma att normaliseras.

Organisationen har självklart också en ambition om att ge bästa möjliga vård, men i slutändan tycks det handla om pengar. Hur mycket prioriteras egentligen rättspsykiatri och rättspsykiatriers patienter vid fördelningen av samhällets resurser? Skötarna har ett handlingsutrymme att under de omständigheter som *är* vara kreativa och forma ett så bra arbete som möjligt, men för att leva ut den fulla potentialen behövs onekligen mer resurser.

6. Slutdiskussion

Rättspsykiatrins skötare ställs onekligen inför ett intressant arbete, om inte annat ett oerhört viktigt sådant. Vi ser hur skötarna förklarar sitt arbete på den rättspsykiatriska rehabenheten som en utmanande balansgång, som onekligen kräver sin eftertanke. En omtänksamhet ska möta en misstänksamhet, en vänskaplighet får inte övergå i vänskap och idén om säkerhet ska samexistera med idén om rehabilitering. När skötarna förklarade vad deras arbete innebär präglades deras berättelser också av utmaningen i att möta olika, ibland motstridiga, behov och målsättningar. I praktiken förklarades dessa utmaningar leda till att skötarna kan komma att inta olika positioner som mer "vakt" eller mer "omhändertagande", beroende på hur de förstår och förhåller sig till sin roll. Det krävs därför en ständig diskussion såväl i grupp som på egen hand, kring synen på patienten och på arbetet vid rehabenheterna, liksom kring förhållningssätt till patienten och till det dubbla uppdraget av vård och kontroll. Frågan om vad som ges utrymme, normaliseras och uppmuntras av organisationen blir också viktig och en liknande diskussion bör därför också hållas levande även högre upp i organisationens led.

Skötarna är de som arbetar allra närmast patienten och förhållandet dem emellan blir därför en central del under vårdtiden. Liknelsen om föräldraskap förvånade, men kom att landa som självklar. Vi tolkar liknelsen om föräldraskapet som ett sätt för skötaren att förklara relationerna i sitt arbete. Liknelsen tycks också hjälpa skötaren att förhålla sig till och förstå sitt arbete med patienterna i relation till det dubbla uppdraget av vård och kontroll. De familjeliknande situationerna och relationerna beskrevs ta en given plats på den rättspsykiatriska rehabenheten. Förhållandet patient och skötare emellan kanske egentligen inte står särskilt långt från förhållandet mellan barn och förälder – skötarna vill patientens bästa, liksom en förälder vill sitt barns bästa. Rehabenheten utgör trots allt patientens tillfälliga hem, inte sällan under en avsevärt lång tid, och kanske behövs då inte bara en hemlik miljö utan också en familj.

Skötarna återkom ofta till organisationen och en frustration över att inte kunna bedriva den vård de anser är bäst och som patienten också har rätt till. Vi ser hur skötarna upplever en frustration över att vara kort om personal och således hamna

i ett läge där arbetsalliansen inte kan byggas på önskvärt sätt. Det är frustrerande att ha en maktfunktion och utföra säkerhetsrutiner, och samtidigt se att det sker utan tillräcklig relationell grund för att det också ska kännas okej. Vi ser hur skötarna förhåller sig till organisatoriska förutsättningar genom en inställning av att alltid försöka göra det bästa av situationen. De förhåller sig till organisatorisk motvind och snäva rutiner dels genom en öppen kommunikation med patienterna – alltså vikten av att förklara *varför*, dels genom att också aktivt försöka arbeta bort rutiner, som går emot vad de själva anser är bästa möjliga vård. Skötarna visade en sorg över att se sitt arbete med rehabilitering förskjutas till förvaring, vilket säger något om deras önskan och ambition att faktiskt ge bästa möjliga vård. Kanske behöver skötarnas önsningar och idéer om förbättringar få ta en större plats – hos skötarna finns värdefull kompetens och erfarenhet att ta tillvara på, för patientens skull. I slutändan handlar bästa möjliga vård inte främst om förutsättningarna för skötarna att kunna bedriva sitt arbete, utan om förutsättningarna för patienten att åter kunna komma ut i samhället.

Syftet med denna studie, att få en fördjupad förståelse för skötarnas upplevelse av sin mångtydiga roll i den rättspsykiatriska vården, måste ofrånkomligen diskuteras utifrån just patienten och dennes behov, för att vi ska kunna förstå syftets andra del, hur det kan komma att påverka rehabiliteringsarbetet med patienterna. Patienten förtjänar en etiskt försvarbar vård, och det inom ramen för det “moraliska monster” som rättspsykiatri tycks utgöra. Genom aktuella lagtexter placeras patienten som i ett spänningsfält mellan tvång och delaktighet, i en verksamhet där olika skötare tenderar att arbeta utifrån olika inställningar. Skötarens inställning, dess attityd och beteenden, har en reell påverkan på patientens möjligheter till rehabilitering – ett faktum som måste beaktas. Skötaren kan genom olika dissonansreducerande strategier minska det obehag som det svårnavigerade arbetet kan medföra, men vad patienten upplever och känner består. Oavsett skötarens inställning, kvarstår ändå deras enorma inflytande över patientens öde.

6.1 Vidare forskning

Vi gick in i detta uppsatsskrivande med en kännedom om rättspsykiatrins rådande kunskapslucka och vi går ur detta uppsatsskrivande med en känsla av att fältet

verkligen också behöver *mer* – mer forskning och mer uppmärksamhet. Den speciella dynamiken mellan makt och hjälp, som så ofta återfinns inom människo-behandlande organisationer, kräver ständig utvärdering och utveckling.

I skötarnas berättelser framträdde fler teman, än de tre som lyfts i denna studie, som också är intressanta och därmed uppmuntras belysas i vidare forskning. Teman såsom: den emotionella påfrestningen för skötaren i att vara delaktig i tvångsvård, vikten av erfarenhet och att ta tillvara på kompetens, samt utmaningar som kan uppstå vid implementeringen av personcentrerad vård. Vidare finner vi det intressant att också undersöka patienternas upplevelser av skötarens mångtydiga roll. Vi ser gärna att etnografiska studier kring skötarnas arbetssätt genomförs, för att på ett närmare sätt kunna studera den vardagliga praktiken. Vidare menar vi att det skulle vara intressant och viktigt med en fenomenologisk studie kring frågan: Vad är “god vård” för rättspsykiatrins patient?

Referenser

- Bryman, A. (2016). *Samhällsvetenskapliga metoder*. uppl.3. Malmö: Liber
- Cooper, J. (2019). In search of the motivation for dissonance reduction. I E Harmon-Jones (Red.), *Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- David, M. & Sutton, C. D. (2019). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), ss. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Harmon-Jones, E. & Mills, J. (2019). An introduction to cognitive dissonance theory and an overview of current perspectives on the theory. I E Harmon-Jones (Red.), *Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Hinojosa, A. S., Gardner, W. L., Walker, H. J., Coglisier, C. & Gullifor, D. (2016). A Review of Cognitive Dissonance Theory in Management Research: Opportunities for Further Development. *Journal of Management*, 43(1), ss. 170-199. doi: 10.1177/0149206316668236
- Hörberg, U. (2008). *Att vårdas eller fostras: det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*. Diss. Växjö: Linneuniversitetet. urn: nbn:se:vxu:diva-1943
- Hörberg, U. & Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline—Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), doi: 10.3402/qhw.v10.28703

- Jacob, J. D. & Holmes, D. (2011). Working under threat: Fear and nurse–patient interactions in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7(2), ss. 68-77. doi: 10.1111/j.1939-3938.2011.01101.x
- Jacob, J. D. (2014). Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice. *Journal of Correctional Health Care*, 20(1), ss. 45-58. doi: 10.1177/1078345813505444
- Nygren, L. (2019). Risken finns, finns nyttan?. I H. Kalman & V. Lövgren (Red.), *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lidberg, L. & Wiklund, N. (2004a). Psykiatrisk tvångsvård. I L. Lidberg & N. Wiklund (Red.), *Svensk rättspsykiatri*. Lund: Studentlitteratur
- Lidberg, L. & Wiklund, N. (2004b). Rättspsykiatrisk undersökning, RPU. I L. Lidberg & N. Wiklund (Red.), *Svensk rättspsykiatri*. Lund: Studentlitteratur
- Maguire, T., Daffern, M., & Martin, T. (2014). Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 23(2), ss. 153-160. doi: 10.1111/inm.12034
- Nationalencyklopedin* (u.å.). Leon Festinger. Tillgänglig: Nationalencyklopedin. [2021-04-01]
- Rytterström, P., Rydenlund, K. & Ranheim, A. (2020). The Meaning of Significant Encounters in Forensic Care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12889
- SBU. (2017). *Behandling och bedömning i rättspsykiatrisk vård. En kartläggning av systematiska översikter*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kartlagger/behandling-och-bedomning-i-rattpsykiatrisk-varld--en-kartlaggning-av-systematiska-oversikter/>

- SFS 1962:700. *Brottsbalken*. Stockholm: Justitiedepartementet
- SFS 1991:1128. *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 1991:1129. *Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2010: 659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen*. (u.å.). Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård. Tillgänglig:
Socialstyrelsen [2021-04-06].
https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx
- SOSFS 2008:18. *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Stockholm:
Socialstyrelsen
- Specker, J., Focquaert, F., Sterckx, S. Schermer, M. H. N. (2018). Forensic Practitioners' Views on Stimulating Moral Development and Moral Growth in Forensic Psychiatric Care. *Neuroethics* 13(1), ss. 73–85. doi: 10.1007/s12152-018-9363-x
- Strand, S. & Holmberg, G. (2018). *Den rättspsykiatriska vården*. uppl.2. Lund:
Studentlitteratur
- Thomsen, S., Soares, J., Nolan, P., Dallender, J. & Arnetz, B. (1999). Feelings of Professional Fulfilment and Exhaustion in Mental Health Personnel: The Importance of Organisational and Individual Factors. *Psychotherapy and Psychosomatics* 68(3), ss. 157-164. doi: 10.1159/000012325
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet
https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Vetenskapsrådet. (2017a). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Vetenskapsrådet. (2017b). *Kartläggning av rättspsykiatrisk forskning*. Stockholm:

Vetenskapsrådet.

https://www.vr.se/download/18.5f55e5e81618e003b7066f9c/1555332229312/Kartlaeggning-av-raettspsykiatrisk-forskning_VR_2017.pdf

Bilaga 1



Institutionen för socialt arbete INFORMATIONSBREV

Till skötare inom rättspsykiatri

Hej! Vi är två socionomstudenter från Göteborgs Universitet som ska skriva en kandidatuppsats nu under vårterminen. Vi är intresserade av den svenska rättspsykiatri och det dagliga, patientnära, arbetet. Syftet är att bättre förstå hur skötarna upplever det dubbla uppdraget av vård och kontroll som ingår i jobbet. Vi hoppas att vår uppsats kan komma att bidra med bättre kunskap om rättspsykiatriens vardagliga rehabiliteringsarbete och vi vill därför ta del av skötarnas egna berättelser om sina dagliga arbetsuppgifter, förutsättningar och utmaningar.

Du tillfrågas härmed om deltagande i vår kandidatuppsats. Vill du som skötare ställa upp på en intervju? Vi kommer isåfall gärna i kontakt med dig så snart som möjligt. En intervju beräknas ta ungefär 45-60 minuter och kommer att ske via videolänk alternativt telefon.

Din medverkan kommer att behandlas konfidentiellt vilket bland annat innebär att ditt namn kommer att ersättas med ett annat. Arbetsplatsen ska inte heller kunna identifieras då vi kommer benämna den som "en rättspsykiatrisk enhet i Västra Götaland". Ditt deltagande är såklart helt frivilligt och du kan när som helst avbryta utan närmare motivering. Givetvis kommer du att få ta del av den färdiga uppsatsen!

Vill du vara med? Kontakta oss direkt!

Stort tack på förhand.

Julia Hallberg gushaljub@student.gu.se tfn: xxx xxx xx xx	Matilda Häggqvist guhaggqma@student.gu.se tfn: xxx xxx xx xx	Handledare: Lena Andersson, lektor, docent lena.andersson@socwork.gu.se
---	--	---

Bilaga 2

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Hur länge har du jobbat inom rättspsykiatri?
- Vad har du för utbildningsbakgrund?

Utgångspunkter att lyfta i intervjuerna

Arbetet:

- Hur upplever du det är att arbeta som skötare inom rättspsykiatri?
- Vad är viktigt i arbetet?
- Hur kan en vanlig dag se ut?
- Hur ser du på relationen mellan skötare och patient?

Dubbelheten:

- Hur skulle du säga att ni som skötare arbetar med rehabilitering?
- Hur skulle du säga att ni som skötare arbetar med säkerhet?
- Hur upplever du att det är att arbeta med dessa rehabilitering/ stöd och säkerhet/ kontroll, samtidigt?
- Hur upplever du dessa två delar av rättspsykiatri på ett organisatoriskt plan?
- Hur hanterar du svårigheter och utmaningar som kan uppstå i arbetet som skötare?
- Vad är din känsla kring att arbeta med tvångsvård i en rättspsykiatrisk kontext?

Avslutande:

- Hur skulle skötarens arbete kunna se annorlunda ut, till det bättre?
- Något du vill ta upp som vi inte frågat om?