

EN ETNOLOGISK STUDIE AV DEN PSYKIATRISKA HELDYGN SVÅRDEN

Text: MARIA BJÖRKLUND, etnolog vid Stockholms universitet



I min avhandling *Psykiatri och pastoral makt* (2024) studerar jag den samtida psykiatriska heldygnsvården. Jag vistades på en avdelning för psykiatrisk heldygnsvård – som i avhandlingen benämns Avdelning 58 – under åtta månader och gjorde observationer samt intervjuer med både patienter och personal. I fokus för avhandlingen står utövandet av vad som kallas *pastoral makt*, ett slags omsorgsmakt som handlar om att, för individens bästa, på olika sätt styra denne mot ökad hälsa och autonomi (Foucault). Hur denna form av makt kommer till uttryck analyseras utifrån det dagliga livet på avdelningen, insatt i psykiatrins historiska kontext och en samtids-tidskontext som främst handlar om det nyliberala samhället. Med nyliberalism avses här främst vissa centrala värden som dominerar vår samtid så som valfrihet, delaktighet och eget ansvar. Den här artikeln avgränsas till tre centrala teman från avhandlingen.

EN TEMPORÄRT TOTAL INSTITUTION UTAN FÖRVÄNTAD VÅRD

När den psykiatriska öppenvården kom att byggas ut allt mer under 1980-talets andra hälft reduceras heldygnsvårdsplatserna markant. Systemet med de tidigare stora mentalsjukhusen, som Erving Goffman kallade totala institutioner, ansågs bland annat hota patienters autonomi (självbestämmande). Idag är det endast de med akut behov av vård som behandlas inom heldygnsvården. Syftet är då att stabilisera och behandla patienternas akuta symptom, för att de ska kunna skrivas ut till psykiatrisk öppenvård eller annan typ av vård om det anses nödvändigt. Medan en patient kunde leva och bo mer eller mindre hela sitt liv på de totala institutionerna ska dagens heldygnsvård – som jag har valt att kalla den *temporärt totala institutionen* – framförallt vara tillfällig. Personal på Avdelning 58 menade att två veckor var en ideal vårdtid.

I min studie framkommer det dock att vistelsetiden varierade kraftigt mellan olika patienter. Medan vissa endast stannade ett dygn fanns det andra som blev kvar på avdelningen under åtta månader. I viss mån förklarades den längre vistelsetiden av en väntan på hjälp och beslut från andra aktörer, till exempel en specialistklinik eller någon form av boende. Det vistades således emellanåt så kallat medicinskt färdigbehandlade patienter på avdelningen som behövde hjälp med andra insatser. Den utdragna väntan i kombination med få aktiviteter, lite samtal och framför allt avsaknad av samtals-terapi med en psykolog gjorde att vistelsen för vissa patienter upplevdes mer förvarande än vårdande.

Debatten om den psykiatriska heldygnsvården som förvarande har följt den psykiatriska vården under lång tid. Att den temporära varianten inte erbjuder någon djupare samtals-terapi, utan främst så kallade krissamtal vid behov hänger samman med att vistelsen ska vara tillfällig.

Detta var dock något som i hög grad förvånade patienter. Stor tilltro lades till psykologen, inte bara av patienter utan även av personalen. Hos personalen framkom en viss rädsla att tala med patienterna om svåra saker utan den utbildning som antogs nödvändig. I min tolkning hängde personalens rädsla att samtala samman med den typ av mer modell-baserade psykiatriska vård som är norm idag, det vill säga att personal inte längre enbart ska ha vardagliga samtal utan idealt sett ha samtal och utföra annan vård som följer evidensbaserade modeller. Detta ledde i viss mån till att personal, framför allt skötare, inte litade på sin egen kompetens när det gällde samtal med patienterna, samtidigt som både de och patienterna uttryckte ett stort behov av just samtal. Ett tydligt resultat från avhandlingen är en önskan om ökad interaktion och samtalsstöd från patienternas sida.

Att bli sedd och hörd framträder som den viktigaste aspekten av omvårdnaden och patienternas välbefinnande. På grund av upplevelsen av brist på samtalsstöd, som också hängde samman med underbemanning och en stressad tillvaro för personalen, sökte många patienter stöd och tillit hos medpatienter. De blev viktiga vårdande aktörer, både i form av emotionellt stöd men även som en typ av skydd, exempelvis vid planer på suicid. Misstankar om detta kunde rapporteras till personal. Patienter kunde på så sätt skifta från att fokusera på sitt eget mående till omsorg om andra och utövade genom detta också pastoral makt. Omsorgen, stödet och tilliten till andra patienter analyseras i avhandlingen även som något sigmareducerande. Platsen möjliggjorde en mer avslappnad samvaro med personer i samma situation och det fanns ett starkt ”vi” inom patientgruppen.

I SKUGGAN AV GÖKBOET

Trots psykiatriens vilja till förändring, bland annat i form av nedmontering av de stora

mentalsjukhusen och mångåriga försöka att motverka stigmatisering, kvarstår vad jag i avhandlingen kallar ett *institutionsstigma*. Den psykiatriska vården har historiskt haft och har fortsatt i samtiden låg status. Utöver dess låga status inom vården som helhet formas den psykiatriska vårdens stigma i hög grad i relation till populärkulturella framställningar om platsen, patienterna och personalen. Dessa populärkulturella skildringar centreras kring obehag, farlighet, sadistisk personal och galna patienter, en vad jag i avhandlingen kallar Gökboetstereotyp. Syster Ratched från filmen *Gökboet* är kanske det tydligaste exemplet på hur psykiatrisjuksköterskor framställs i film och tv-serier. Det var just filmen *Gökboet* som användes av patienter och personal för att förhålla sig till en föreställd vård som kontrasterades med en faktisk upplevelse av samma typ av vård. Ett tydligt resultat i avhandlingen är att både patienter, liksom praktiserande studenter, förväntade sig att möta en obehaglig och ”hård” miljö. Flera sjuksköterskestudenter menade också att dessa föreställningar återkom under deras utbildning, men att det reella mötet såg annorlunda ut. Eftersom personal var väl medvetna om dessa föreställningar, arbetade de aktivt med att försöka minska stigmat inåt mot verksamheten som sådan. De kunde till exempel för nya patienter och studenter aktivt påtala att vården idag inte var som i ”Gökboet” för att lugna dem och göra dem trygga.

Platsens stigma spillde också över på patienterna. Många undanhöll för vänner, familj, arbetskollegor och grannar vart de befann sig, bland annat för att minska föreställningen om dem som farliga personer eller för att försöka förhindra att ens barn skulle bli stigmatiserade. Andra framhöll aktivt sitt patientskap i en vilja att avstigmatisera det. Personal förhöll sig på likande sätt till sin yrkesposition inom den psykiatriska vården. Flera menade att de avstod från att berätta vad de arbetade med

för att inte riskera att hamna i negativa diskussioner och ifrågasättande som krävde tydliga förklaringar. Andra däremot kunde tvärtom gå in i diskussionen.

SPÄNNINGEN MELLAN AUTONOMI OCH AUTONOMI-BEGRÄNSNINGAR

Den psykiatriska vården har alltid arbetat med olika metoder för att försöka förändra och förbättra vården, inte minst har frågor om tvångsvård ställts mot människors autonomi. Dagens heldygnsvård karaktäriseras i hög grad av en vilja att göra patienterna delaktiga och autonoma vilket inte minst manifesteras i patientlagen (SFS 2014:821). Här tydliggörs patientens självbestämmande och inflytande över sin egen vård. Dessa ideal tog på Avdelning 58 form av till exempel gemensam vårdplanering, uppföljnings-samtal efter tvångsåtgärder, Lugna rummet och projektet med en anställd brukarereferent person. Samtidigt kräver psykiatrisk heldygnsvård emellanåt autonomibegränsningar och ibland tvångsinläggningar och tvångsåtgärder för att förhindra skada och främja hälsa. Denna spänning, som har följt psykiatriens historia under lång tid, återkommer som ett dilemma i vårdens vardag på Avdelning 58. I avhandlingen använder jag begreppet pastoral makt för att analysera hur spänningen mellan autonomi och autonomibegränsningar kom till uttryck.

Den pastoral makt gjorde sig tydligast i relationerna mellan patienter och personal och genom det som kallades ”allians”. Genom att upprätta en allians, det vill säga en tillitsbaserad relation mellan vårdare och vårdtagare som byggde på ett samarbete, skulle ökad hälsa nås på flera sätt. Dels handlade det om att själva relationen sågs som vårdfrämjande, att någon såg och lyssnade till personen i fråga, dels innebar alliansen att personalen hade ökad möjlighet att styra patienterna mot önskvärda normer och ideal för god omvårdnad.



MARIA BJÖRKLUND
Foto: Niklas Björling

Alliansskapande beskrevs också som en bra förutsättning för att minimera riskbeteenden och tvångsåtgärder. Vid tvångsåtgärder kunde allianser bytas, hotas eller försvåras. Det var ett tillfälle där patienternas autonomi framtogs dem. Ett tydligt resultat är att tvångsåtgärder var något emotionellt svårt för både patienter och personal. Även om patienter och personal kunde resonera om att åtgärden ibland var nödvändig kunde den leda till skuld-känslor för båda grupperna, etisk stress hos personalen och psykisk stress för patienterna. Båda grupperna talade emellanåt även om åtgärden som våldsam. Personalen såg åtgärden som våldsam när de inte ansåg åtgärden befogad. Patienterna relaterade det våldsam till hur själva åtgärden utfördes. Det var framför allt att det var mycket personal och att det skedde inne i ett patientrum som ledde till obehagliga känslor, att patienten kände sig kränkt och att det lilla utrymme som vanligen upplevdes som en fredad zon istället blev förknippat med något obehagligt och olustigt.

BALANSEN MELLAN HEM OCH INSTITUTION

Även om tvångsåtgärder är det tydligaste exemplet på autonomibegränsningar, visar avhandlingen hur den pastoralas maktens balans mellan autonomi och autonomibegränsningar arbetade med det mest vardagliga så som rummets utformning, tidens rytm och de sociala relationerna. I mångt och mycket handlade det om att iscensätta en balans mellan hem och institution för att främja patienternas hälsa och autonomi. Det hemlika, med kännetecken som lugn och ro, trivsel, trygghet och en ombonad miljö som något vårdande, har en lång tradition inom vård, så också inom den psykiatriska vården. Men eftersom institutionen idag är temporärt total, och till för att lämnas, framkommer i avhandlingen hur avdelningens personal hela tiden var tvungen att balansera platsens inslag av hemlighet med att vara en institution, med kännetecken som till exempel strikta regler, rutiner och en säker och avskalad miljö. Den fysiska miljön skulle exempelvis vara trivsamt, men fick inte

bli för trivsamt eftersom personal menade att detta kunde tendera att hospitalisera patienterna och i mindre grad få dem att vilja lämna avdelningen. På liknande sätt resonerade personal kring materialiteter (t.ex. patientkyl) och aktiviteter (t.ex. bakning) som bra och hälsofrämjande, men som samtidigt kunde hota tillfälligheten och idealet om utskrivning till ett självständigt liv.

Balansen mellan autonomibegränsning och ett tillåtande som främjar autonomi återkom också i hur tiden organiserades. Organisering av tid balanserade mellan ett strikt vardagligt schema och ett mer flexibelt och tillåtande helg-schema och permission för en del av patienterna. Även de sociala relationerna balanserades mellan begränsningar och tillåtelse. För nära umgänge eller kärleksrelationer mellan patienter sågs inte som idealt från vårdens sida eftersom det ansågs riskera att skapa negativa inflytanden, fokus på andras mående istället för sitt eget och ett beroendeförhållande till någon på en plats som var tillfällig. Detta eftersom tillfälligheten (när en av parterna skrevs ut) kunde brytas och på så sätt försämrade patientens hälsa och autonomi. Inte heller skulle personal komma för emotionellt nära patienterna. Istället skulle de ha allianser i kombination med en yrkesmässig professionell distans.

Trots en strävan mot att balansera hemlighet och institution gavs avdelningen, medpatienter och personal ofta innebörden av ett slags tillfällig "familj". Institutionen svarade ibland bättre upp mot ett "hem" än patienternas egna hem, som istället kantades av ensamhet, oro och ångest. Samtidigt visste patienterna att de idealt sett inte skulle tänka på eller känna inför institutionen som ett hem. Detta kunde skapa en ambivalent tillvaro för patienterna som både inrymde en upplevelse av att vara en del av ett sammanhang men som samtidigt kunde göra att en blev påmind om att detta sammanhang var av avvikande karaktär. För en del av patienterna, som inte hade ett eget hem, och/eller var ekonomiskt utsatta och hade ett sparsamt socialt kontaktnät kunde avdelningen också underlätta rent socioeko-

nomiskt genom att de hade människor omkring sig, fick mat, tak över huvudet och tillgång till mediciner (som kunde vara för dyrt att betala själv). Samtidigt betydde detta att om de var beroende av institutionen för sin välfärd, markerades de som avvikande, både av dem själva och samhället. I avhandlingen framkommer att detta kunde uttryckas genom att definieras och definiera sig själv som en "kostnad för samhället". Detta hänger, i min mening, samman med att vi lever i en tid med ett nedbantat välfärdssystem och där individen i allt högre grad åläggs eget ansvar för sin hälsa och välfärd.

I den psykiatriska vården och särskilt heldygnsvårdens uppdrag ingår att hjälpa människor som befinner sig i akut kris. Genom psykiatrins historia har detta uppdrag riskerat att krocka med det starka idealet om människans autonomi. För att hjälpa en person i akut kris kan det ibland vara nödvändigt att tillfälligt begränsa dess autonomi. Avslutningsvis kan konstateras att detta dilemma gör att den pastoralas makt balanserar mellan att, å ena sidan, skydda och vårda genom att tillfälligt begränsa individer och att, å andra sidan, vårda genom att tillåta och främja patienters delaktighet. Både begränsningar och delaktighet syftar till att skapa hälsa och välmående, och på sikt återupprätta autonoma medborgare med förmåga att styra sig själva.

LÄS MER

■ Avhandlingen i sin helhet:

