

# Kommunikation och bemötande av döva patienter i slutenvård – en kvalitativ studie

Av: Emelia Nilsson

---

LUNDS UNIVERSITET  
Socialhögskolan

Kandidatuppsats SOPA63  
Höstterminen 2012



Handledare: Torbjörn Hjort

## **Abstract**

Author: Emelia Nilsson

Title: Communication and treatment of deaf inpatients in institutional psychiatric care – a qualitative study [translated title]

Supervisor: Torbjörn Hjort

Assessor: Anna Angelin

The aim with the study was to examine how the communication and treatment of deaf inpatients are experienced in institutional care. The focus was to study how professionals in psychiatric care and persons with experience of the issue perceived the meeting between the professional and the inpatient, and what limitations and consequences may arise. The study was based on qualitative method with semi-structured interviews. Totally, eleven persons were interviewed from different areas, among others professional in psychiatric clinics and persons who work at psychiatric surgeries for deaf people. The result shows that there are communication barriers in the meeting between a deaf inpatient and a professional without knowledge of sign language or deafness. The limited communication leads to uncertainty, misunderstanding and frustration for both parties. The consequences of absence of sign language communication and lack of knowledge about deafness are social isolation of the deaf inpatient, misdiagnosis or incorrect treatment.

Key words: deaf, psychiatric care, communication barriers, interpreting, sign language

Nyckelord: döv, psykiatrisk vård, kommunikationsbarriärer, tolkning, teckenspråk

## **Förord**

Jag vill tacka alla som var med och gjorde min uppsats möjlig. Stort tack till samtliga intervjupersoner som tog sig tid att dela med sig av sina erfarenheter, utan er skulle det inte ha blivit någon uppsats. Tack till min handledare Torbjörn Hjort för en god handledning och ett genuint intresse för mitt arbete. Tack till alla som har kommit med kommentarer och synpunkter under uppsatsens gång och till er som på andra sätt har bidragit till denna uppsats.

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING.....</b>	<b>6</b>
1.1 Problemformulering.....	6
1.2 Syfte.....	7
1.3 Frågeställningar.....	7
<b>2. DEFINITION AV CENTRALA BEGREPP .....</b>	<b>8</b>
2.1 Döva och hörselskadade.....	8
2.2 Slutenvård och öppenvård.....	8
<b>3. BAKGRUND .....</b>	<b>8</b>
3.1 Döva personer, teckenspråk och dövkultur.....	8
3.2 Teckenspråkets historia och språkdeprivation .....	9
3.3 Döva och psykiatriska sjukdomar.....	9
3.4 Dövpsykiatrins historia i Sverige.....	10
<b>4. TIDIGARE FORSKNING .....</b>	<b>11</b>
4.1 Källkritik .....	11
4.2 Bemötande av döva patienter i sluten psykiatrisk vård .....	11
4.3 Kommunikation .....	12
4.4 Tolkning i psykiatrin.....	13
<b>5. METOD.....</b>	<b>14</b>
5.1 Val av metod.....	14
5.2 Urval och avgränsning .....	15
5.3 Förtjänster och begränsningar.....	16
5.4 Tillförlitlighet .....	17
5.5 Genomförande .....	18
5.6 Analys och begränsningar i genomförandet .....	19
5.7 Litteratursökning.....	19
<b>6. ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....</b>	<b>20</b>

6.1 Förförståelse.....	20
6.2 Etiska principer .....	20
<b>7. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER .....</b>	<b>21</b>
7.1 Kommunikation och makt .....	21
7.2 Kommunikationsbarriärer .....	22
7.3 Mötet mellan professionell och patient.....	22
<b>8. PRESENTATION AV EMPIRI.....</b>	<b>24</b>
<b>8.1 Kommunikation.....</b>	<b>24</b>
8.1.1 Kommunikationssätt.....	25
8.1.2 Hur kommunikationen upplevdes .....	25
8.1.3 Avsaknad av teckenspråkskommunikation.....	26
8.1.4 Interaktion med andra patienter på avdelningen.....	27
<b>8.2 Teckenspråkstolkning.....</b>	<b>28</b>
<b>8.3 Bemötande .....</b>	<b>30</b>
<b>8.4 Kunskap om döva och teckenspråk .....</b>	<b>32</b>
8.4.1 Varför det är viktigt.....	32
8.4.2 Patientsäkerhet och rättsäkerhet.....	33
<b>9. ANALYS.....</b>	<b>34</b>
9.1 Kommunikationsbarriärer .....	34
9.2 Mötet mellan behandlare och döv patient .....	36
9.3 Betydelsen av kunskap om döva och teckenspråk .....	37
<b>10. SLUTDISKUSSION.....</b>	<b>39</b>
10.1 Återkoppling till frågeställningar.....	39
10.2 Slutord .....	40
<b>11. REFERENSLISTA .....</b>	<b>41</b>
<b>BILAGA 1 .....</b>	<b>44</b>
<b>BILAGA 2.....</b>	<b>46</b>
<b>BILAGA 3.....</b>	<b>48</b>
<b>BILAGA 4.....</b>	<b>49</b>

# 1. Inledning

## 1.1 Problemformulering

Ett språk är en förutsättning för att kunna göra en grundlig psykiatrisk bedömning av en patient. För att upprätthålla en terapeutisk relation mellan behandlare och patient krävs ett utbyte av ord och att parterna förstår och blir förstådda av varandra (Luk 2008). En professionell bedömning grundas på vad patienten berättar, men även på patientens beteende och vad patienten inte berättar (Cullberg 2011). Vare sig det handlar om akutvård, krissamtal eller behandling är kommunikationen en förutsättning för att personen får adekvat vård. Men hur fungerar det i de fall då patienten inte talar det svenska språket? Personen kanske är född i ett annat land och kan inte det svenska språket. Personen kanske är hörselskadad eller döv och har svenskt teckenspråk som sitt första språk. Om inte behandlaren kan det aktuella språket kan man ta en tolk till hjälp. I Sverige har döva personer rätt till att få hjälp på svenskt teckenspråk enligt FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (artikel 9). I de fall då behandlaren inte kan svenskt teckenspråk ska därför teckenspråkstolk användas enligt artikel 9 om tillgänglighet i FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och 3b § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Trots att Sverige har ratificerat FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning ser det inte likadant ut i hela landet enligt mina förkunskaper. Hur väl dövas rättighet till teckenspråkstolk beaktas beror på hur och var personen får vård. Det är inte alltid de professionella vet var de får tag på tolk och hur denna används. Enligt den förstudie Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) har gjort om den rättspsykiatriska vården får döva patienter inte den vård de har rätt till (SDR 2010). När vårdaren inte har kunskap om teckenspråk och döva bemöts den döva inte på rätt sätt (ibid.). Enligt artikel 25 om hälsa i FN-konventionen har personer med funktionsnedsättning rätt till att få samma kvalitet, utbud och standard i vården som andra samt en medvetenhet ska finnas avseende de behov dessa personer har.

I Sverige finns idag fyra psykiatriska öppenvårdsmottagningar för döva och hörselskadade där de professionella oftast behärskar svenskt teckenspråk. Däremot finns det ingen psykiatrisk slutenvårdsavdelning enbart för döva vare sig det handlar om rättspsykiatri, akutpsykiatri eller annan slutenvård. Detta innebär att den döva personen blir inlagd för slutenvård där det inte finns någon teckenspråkskommunikation. I flesta fall kan den professionella inte teckenspråk

och har oftast inte mött på döva personer tidigare. Vilka upplevelser får då de professionella av att behandla och kommunicera med en döv patient? Cullberg (2011) menar att det är viktigt med förtroende och respekt för patienten när denna läggs in på en psykiatrisk klinik för första gången. Den professionella ska med sin kompetens göra sitt jobb samtidigt som man ska ha en medmänsklig förståelse. Patienten känner sig ofta utelämnad och befinner sig i en beroendesituation (Cullberg 2011). Jag menar att i och med att döva patienter är förhindrade att kommunicera på sitt första språk och inte får den vård de behöver är de extra utsatta. Hur hanterar behandlare situationen med en döv patient när behandlaren inte vet riktigt hur bemötandet ska gå till och vad man bör göra? Vad händer i mötet mellan behandlare och patient? Hur uppfattar behandlaren de begränsningar som kan uppstå i kommunikation och bemötande? Med dessa frågor vill jag undersöka hur behandlare i slutenvården upplever kommunikation och bemötande av döva patienter. Jag vill även undersöka hur detta uppfattas av personer som inte arbetar i slutenvården, men som har kommit i kontakt med den, bland annat psykiatriska öppenvårdsmottagningar för döva och hörselskadade samt en intresseorganisation.

## **1.2 Syfte**

Studiens syfte är att undersöka hur kommunikationen och bemötandet av en döv person som får sluten psykiatrisk vård upplevs av behandlare och personer med inblick i slutenvården.

## **1.3 Frågeställningar**

1. Hur bemöter behandlaren, som inte behärskar svenskt teckenspråk eller besitter kunskap om döva, den döva patienten i sluten psykiatrisk vård?
2. Hur uppfattar behandlare och personer med inblick i slutenvården konsekvenserna av att den döva patienten inte får direktkommunikation utan använder alternativa kommunikationssätt i sluten psykiatrisk vård?
3. Vilken betydelse har kommunikation och kunskap om döva i behandlingsarbete?

## **2. Definition av centrala begrepp**

### **2.1 Döva och hörselskadade**

Med en *döv* person menas i denna uppsats en person som har varit döv sedan födelsen eller blivit döv i tidig ålder, har teckenspråk som sitt första språk och är kulturellt döv (Fredäng 2003). Med en *hörselskadad* person menas en person med hörselnedsättning. Hörselgraden och behov av teckenspråk varierar hos dessa personer (HRF 2012). Innebörden av orden kan dock variera i den litteratur som jag tagit del av samt i intervjupersonernas uppfattningar. I de fall de definieras har jag då tydliggjort det i uppsatsen.

### **2.2 Slutenvård och öppenvård**

Enligt 5 § Hälso- och sjukvårdslagen benämns *slutenvård* som ”vård som ges under intagning”. Patienten är inlagd under frivilliga former om det inte handlar om tvångsvård enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Med *öppenvård* menas den vård patienten får utan att vara inlagd på sjukhus (Vårdguiden 2012). Uppsatsen koncentrerar sig på vård vid slutenvård, rättspsykiatri och akutpsykiatri.

## **3. Bakgrund**

I detta avsnitt går vi in till områden som berör döva personer, till en viss del historia och en viss del nutid, något som krävs för att kunna förstå den komplexitet som kan finnas hos en döv person.

### **3.1 Döva personer, teckenspråk och dövkultur**

En *döv* person anses ha varit döv sedan födelsen eller blivit döv i tidig ålder och har teckenspråk som sitt första språk (Fredäng 2003). Döva ser sig själva som en kulturell och språklig minoritet enligt SDR (2012a), som uttrycker det såhär: ”Dövkultur är levnadssätt, synsätt, erfarenheter, kunskaper och normer som genomlevs och sprids och som tillsammans med teckenspråket blir gemensamma för dövgruppen” (SDR 2012a). En person som blivit

döv sent i livet, inte är bekant med dövulturen eller på ett annat sätt inte känner sig som döv ur en kulturell synvinkel, sägs därför inte vara *kulturellt döv*. Vidare är det svenska teckenspråket ett visuellt språk med egen grammatik (Fredäng 2003). Det svenska teckenspråket är inskrivet i Språklagen (2009:600) och där står det ”det allmänna har ett särskilt ansvar för att skydda och främja det svenska teckenspråket”. Det innebär att lagstiftningen ställer krav på offentlig service att erbjuda teckenspråkig service (SDR 2010).

### **3.2 Teckenspråkets historia och språkdeprivation**

Det svenska teckenspråket erkändes som ett officiellt språk och som dövas språk av riksdagen 1981. Innan dess var det svenska teckenspråket ett förtryckt språk. Döva tvingades lära sig tala för man ansåg att det skulle utveckla deras språk och abstrakta tänkande, den undervisningsmetoden kallas för oralism. Alternativa kommunikationssätt lärdes också ut under olika tidsepoker, bland annat åtbördsspråket som bestod av enbart gester, och tecknad svenska som innebar att man skulle följa svenskans grammatik och ordföljd. Den medicinska synen på döva dominerades under en lång tid av att man hade fokus på själva hörselörlusten. Döva har på grund av detta känt sig förtryckta under lång tid (Fredäng 2003). Många döva barn växte upp utan något språk och förvärvade teckenspråket först när de började skolan – den språklösa tiden innan kallas bland döva för ”de sju vita åren”. Gulati (2007) menar att ett barn som förvärvar ett flytande språk först efter tre årsåldern är utsatt för språklig deprivation. Det innebär en nedsatt kognitiv och språklig förmåga som varar hela livet. Personen har en normal intelligens men har svårt att sätta ord på känslor, tänka abstrakt och saknar medvetenhet om sociala koder (Gulati 2007). Språklig deprivation är mindre känt hos hörande personer eftersom språket hos dem utvecklas oavsett vilket språk när alla hör och talar i ens omgivning (Danielsson 2003). Språklig deprivation finns än idag och det händer att personerna bedöms att ha utvecklingsstörning trots det inte är fallet (SDR 2010).

### **3.3 Döva och psykiatriska sjukdomar**

Dövhetens orsaker kan ha betydelse. Personen kan ha blivit döv av en infektion, exempelvis hjärnhinneinflammation eller ha orsakats av att modern fick rubella, det vill säga röda hund under graviditeten. En följd av röda hund är B-12 brist, vilket inte alltid upptäcks. Därför kan det vara viktigt med somatiska undersökningar vid psykisk ohälsa (Hegethorn & Bergman

1992). En studie visar att röda hund innebär en ökad risk att drabbas av schizofreni. Forskning visar också att vissa orsaker till dövhet, till exempel för tidig födsel eller hjärnhinneinflammation, kan ge en lägre kognitiv förmåga (Haskins 2004).

### 3.4 Dövpsykiatrins historia i Sverige

Dövpsykiatrins historia i Sverige beskrivs i korthet i en rapport om den dövpsykiatriska verksamheten som utkom efter verksamhetens 20-årsjubileum år 1992. Författarna Hegethorn och Bergman (1992) skriver att avdelning 21, en avdelning för döva, bildades på Långbro mentalsjukhus i Stockholm i januari 1972. Femton vårdplatser på den slutna avdelningen skulle täcka behovet i huvudstaden (Hegethorn & Bergman 1992). Patienternas vårdtider där var mycket långa, mer än dubbelt så långa jämfört med andra psykiatripatienter. En förklaring kan vara att personalen endast hade fått en kort utbildning i tecknad svenska och att de psykiatriska sjukdomarna inte antogs visa sig på samma sätt som det gör hos andra patienter. Patienterna kom från olika kommuner där det saknades kunskap om döva och teckenspråk, därför kunde de inte skrivas ut utan att först undersöka sådant som resurser för att ta emot den döva patienten i hemkommunen. En bidragande orsak var också avsaknad av språk hos de döva patienterna i och med ”de sju vita åren” – i vissa fall var den psykiska problematiken en konsekvens av språklösheten. I och med att det inte fanns ett öppenvårdsteam blev det en hög belastning på Långbro. Detta förbättrades när ett öppenvårdsteam bildades i Älvsjö 1985 (Psykiatriska mottagningen för döva och hörselskadade idag). Avdelning 21 flyttade ut från sjukhuset 1989 och omorganiserades till ett behandlingshem som fick namnet Vårberg ”Våren” (ibid.). ”Våren” lades ner 1994 av ekonomiska orsaker (Kvist 2006).

I dagsläget finns det fyra psykiatriska öppenvårdsmottagningar<sup>1</sup> i Sverige som uteslutande riktar sig till döva och hörselskadade: Lund (upptagningsområde Skåne, Halland, Blekinge och Kronoberg), Göteborg (upptagningsområde Västra Götaland), Stockholm (hela länet) och Örebro. Vid dessa mottagningar har behandlarna kompetens i både psykiatri och svenskt teckenspråk. Det finns ingen slutenvårdsavdelning enbart för döva. I det fall då den döva är i behov av psykiatrisk heldygnsvård läggs personen in på ”vanlig” slutna avdelning.

---

<sup>1</sup> I fortsättningen benämner jag öppenvårdsmottagningarna som psykiatriska mottagningar för döva

## **4. Tidigare forskning**

### **4.1 Källkritik**

Merparten av den litteratur jag funnit som rör döva klienter och psykiatrin är internationella vetenskapliga artiklar, främst från USA och England. Jag anser att materialet kan användas för min studie för ofta har det handlat om relationen mellan behandlare och patient, det vill säga den mellanmännsliga relationen, och den är inte helt olik relationen i Sverige. Däremot kan man vara försiktig med att jämföra sjukvårdssystemet och lagstiftningen i andra länder med hur det ser ut här. Till exempel har USA ”ADA-lagen” (Americans with Disabilities Act) som förbjuder diskriminering på grund av fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, till exempel mot bristande tillgänglighet (ADA 2009). I Sverige har vi en diskrimineringslag men bristande tillgänglighet klassas inte som diskriminering (SDR 2010). I följande avsnitt presenteras forskning som rör kommunikation och bemötande av döva patienter, samt teckenspråkstolkning i psykiatrin.

### **4.2 Bemötande av döva patienter i slutenvård psykiatrisk vård**

Studier visar att döva patienter i England kritiserar sjukvården - primärvården i huvudsak, för att brista i empati och förståelse (Middleton et al. 2010). Ofta upplevs det som att det saknas en förståelse för hur stressande det är att uppsöka vård. Patienterna tycker det är jobbigt att söka vård på grund av alla språkbarriärer som uppstår. För de patienter som är hörselskadade är det ansträngande att kämpa sig genom samtalen och det är ångestfyllt att inte förstå instruktioner. På avdelningen blir den döva patienten socialt isolerad på grund av svårigheter att delta i samtal med andra patienter, besökare eller personal. TV-apparaterna kan sakna textningsfunktion och patienten får ingen möjlighet att följa med i TV-program. Hjälpmedel som system för varseblivning och texttelefon saknas, och patienten har ingen möjlighet att ringa (ibid.).

Fellinger, Holzinger och Pollard (2012) menar att det kan vara svårt för kliniker att göra en bedömning av döva patienter då personalen där oftast inte har träffat friska döva patienter och inte har en förståelse för dövskulturen. Att då bedöma patientens språk, kommunikativa beteende och kognitiva förmåga kan därför vara svårt om patienten har begränsade

språkkunskaper. Begränsade språkkunskaper kan alltså påverka bedömningen av psykiska och neurologiska problem (Fellinger et al. 2012). Sveriges Dövas Riksförbund menar att det förekommer feldiagnostiseringar på grund av språklig deprivation och kunskapsluckor hos den döva patienten. Den döva patienten kan ha fler funktionshinder och ett svagt socialt nätverk beroende på brist på teckenspråkskommunikation inom familjen (SDR 2010). Teckenspråket eller om den döva patienten använder kroppsspråk och gester kan missförstås på grund av dess visuella intryck. Patienten kan verka upprörd om behandlaren inte är van, vilket påverkar bedömningen (Fellinger et al. 2012). Författarna påvisar liksom Hegethorn och Bergman (1992) att döva patienter ofta har mycket längre vårdtid än övriga patienter. Anledningen är att det inte finns tillräckliga resurser för den döva patienten att få eftervård efter utskrivningen.

Haskins (2004) studie av ett psykiatriskt center för döva i USA pekar på några exempel på varför det ska finnas resurser med särskild kompetens att behandla döva patienter. Dessa patienter har ofta komplexa behov, kulturella som språkliga behov. Till exempel kan döva personer ha kognitiva och språkliga brister och därför ha svårt att förstå abstrakta ord såsom *vanföreställningar* och *hallucinationer*. En patient med sådana brister som var åtalad för brott upptäcktes upprepa och svara jakande på allt som sades för att inte framstå som okunnig när hen inte förstod innebörden. Man kunde tro att patienten hade förstått. Detta är vanskligt i en rättspsykiatrisk process där sådant kan ge följder (Haskins 2004).

### **4.3 Kommunikation**

Språket utgör en viktig grund i psykiatrin – med hjälp av det kan vi kommunicera och förstå psykopatologiska uttryck. Språkbarriärer kan leda till missförstånd och feldiagnostiseringar som i sin tur leder till olämpliga eller otillräckliga behandlingar (Luk 2008). Den förstudie om döva i den rättspsykiatriska vården som Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) har gjort pekar på de kommunikationsbrister som kan uppstå när den döva personen blir dömd till vård och placeras i slutna enhet (SDR 2010). Oftast är det i en miljö utan tillgång till teckenspråk. Förstudien baseras på kvalitativa intervjuer med tre personer som har blivit dömda till rättspsykiatrisk vård. De vittnar om att kvaliteten på kommunikationen i vården inte har varit god och att vårdtiden har varit längre än nödvändigt. De har fått kommunicera med personalen med hjälp av lappskrivning och kroppsspråk och endast fått tillgång till

teckenspråk vid ett par tillfällen i veckan, när de varit i kontakt med tolk eller behandlare som kan teckenspråk. Detta leder till social isolering och osäkerhet hos den döva personen. Uppgifter vittnar om att på grund av språkliga och kognitiva brister hos den döva har patienten svårigheter att förstå processen, diagnosen och vad han eller hon har dömts till. Ingen av intervjupersonerna hade pratat med psykolog eller haft behandlingssamtal förrän de kom till behandlingshem för döva (ibid.).

Fellinger et al. (2012) menar att bristen på förtroende för hälso- och sjukvården är stor bland döva patienter. Ansträngningar från personalens sida och kvalificerade tolkar är uppskattade men teckenspråkskunnig personal värdesätts högst. Att använda tolk eller att behandlaren kan teckenspråk ger en bättre vård. En studie har visat att döva patienter som väljer att använda tolk får förebyggande vård och psykiatriskt stöd i större utsträckning än om de skulle ha valt att kommunicera med behandlaren genom att skriva lappar (Fellinger et al. 2012). En undersökning gjord i Storbritannien visar också att döva patienter föredrar att kommunicera med någon som är medveten om de kulturella skillnader som finns mellan döva och hörande personer (Cooper & Rose & Mason 2003). Författarna menar att det förekommer en negativ attityd, ”tycka synd om”-attityd, mot döva personer. Fokus ligger på avsaknaden av hörsel snarare än att se döva som en sociokulturell grupp.

#### **4.4 Tolkning i psykiatri**

Vernon och Miller (2001) problematiserar teckenspråkstolkning inom psykiatri. De menar att teckenspråket inte är lika utvecklat inom det psykiatriska området som i vardagen. Ofta är psykiatriska och psykologiska termer svåra att översätta. Tolkarna har därför ofta en avgörande roll eftersom de måste välja rätt ord i rätt sammanhang och översätta så att innehållet blir detsamma. För döva patienter med svårigheter med det skriftliga språket kan det till exempel vara svårt att förstå ordet *självkänsla*. Om tolken översätter ordagrant får det en helt annan betydelse, det vill säga *själv+känsla*. Vad gäller standardiserade manualer för att kunna ställa diagnos på patienten innehåller manualerna ofta idiom och uttryck som är bekanta i det skriftliga språket men inte i teckenspråket. Därför kan det bli feltolkningar och missförstånd när tolken översätter: ”Do you feel on edge?” (...) ”Do you hear voices?” (Vernon & Miller 2001). En döv person med språkbegränsningar förstår inte innebörden av att ”höra röster” då personen inte kan höra (ibid.). Döva patienter med psykiska

funktionsnedsättningar har ofta en komplex problematik. Standardiserade tester eller modeller för att ställa en diagnos fungerar inte i de fallen (Kvist 2006).

Tolk och översättarinstitutet (TÖI) vid Stockholms universitet menar att det är svårt att översätta känslomässiga upplevelser eftersom de beror på sammanhanget, därför kan tecken till vissa ord inte etableras (TÖI 1993). Behandlaren ställer diagnosen via en tredje part (tolk), som i vissa fall kan ha stora brister, och detta kan leda till missförstånd och feldiagnostisering enligt SOU 2006:54 som pekar på följande: ”Inom exempelvis somatisk vård och andra samhällsstöd är detta med tolk som förmedlare av information mellan hörande och döva och andra teckenspråksberoende i de flesta fall inget problem. Problem uppstår däremot när språket blir en del av en behandling, exempelvis inom psykiatri.” (SOU 2006:54). Haskins (2004) menar att den diagnostiska precisionen går förlorad om en teckenspråkstolk används istället för en teckenspråkskunnig behandlare – översättningen blir inte densamma.

TÖI understryker vikten av att tolken ska ha förkunskap och förhandsinformation om så är möjligt. Ofta handlar det om känslomässigt starka möten med patienterna där oväntade situationer uppstår. För att tolken lättare ska kunna hålla distans till samtalet är det en fördel att ha kunskap om psykiatri och människans psykiska hälsa. Tolken översätter inte bara, det handlar också om att följa nyanserna i personens samtalston (TÖI 1993).

## **5. Metod**

### **5.1 Val av metod**

Jag valde att göra en kvalitativ studie och använda av mig semistrukturerade intervjuer. Att jag valde att utföra en kvalitativ studie handlar om att jag ville ta del av mina intervjupersoners upplevelser och tankar, något som kan gå förlorat i en kvantitativ studie. Eftersom jag ville undersöka professionernas syn på kommunikation och bemötande av döva patienter i psykiatrisk slutenvård ansåg jag att jag skulle få ut mer av undersökningen genom att göra intervjuer – där jag fokuserade på hur och vad intervjupersonerna sa (Bryman 2011). Jag kunde välja att fördjupa mig i intervjupersonens tankar och sondera till synes intressanta frågor under intervjun för att få svar på mina frågor eller upptäcka nya frågeställningar. En kvantitativ studie saknar den dialog jag vill ha med intervjupersonen.

I en semistrukturerad intervju följer intervjuaren en intervjuguide som hen har utformat, men intervjupersonen ges möjlighet att avvika från upplägget. Intervjuaren väljer fokus för intervjun i motsats hur det är i en ostrukturerad intervju där samtalet fortlöper relativt fritt. Att ha en intervjuguide med teman gör att alla teman går igenom och intervjuaren riskerar inte att missa någon fråga. Detta är särskilt bra när man har en klar fokus för intervjun. Samtidigt tillåts intervjupersonen att ta upp ämnen som inte har planerats från intervjuarens sida – på det sättet kan intervjuaren upptäcka nya frågeställningar (ibid.). För mig var det viktigt att intervjun inte blev alltför stel, något som kan hända när man är nervös eller följer ett strikt frågeschema. Eftersom studiens syfte är att undersöka hur studiens intervjupersoner upplever kommunikation och bemötande av döva personer i sluten psykiatrisk vård anser jag att den kunskap de delar med sig av får jag bäst genom att hålla en semistrukturerad intervju.

## **5.2 Urval och avgränsning**

Då jag ville undersöka de situationer som uppstår i mötet mellan behandlare och döv patient valde jag att intervjua personer med erfarenhet av döva patienter i slutenvården – det vill säga personer som jobbar i själva slutenvården samt personer som kommit i kontakt med döva patienter i slutenvården. Jag är intresserad av personernas olika erfarenheter och upplevelser av bemötande och kommunikation med döva patienter, därför har jag valt att ta kontakt med personer från olika verksamheter och en intresseorganisation. Behandlarna som arbetar på psykiatrisk mottagning för döva och hörselskadade har mer eller mindre kontakt med slutenvården – både före, under och efter vårdtiden. I de städer där det finns psykiatrisk mottagning för döva sker det naturligt att döva som blir inlagda för slutenvård har, har haft eller kommer att ha kontakt med mottagningen i de flesta fall. Därför anser jag att även de psykiatriska mottagningarna har erfarenhet av döva patienter i slutenvården.

Intresseorganisationen jag har valt att intervjua är Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) som är ett partipolitiskt och religiöst obundet förbund och har till uppgift att främja döva personers sociala, kulturella, ekonomiska och språkliga intressen (SDR 2012b). Eftersom SDR har hand om sociala frågor och arbetar intressepolitiskt anser jag att de besitter en del information om målgruppen i sluten psykiatrisk vård. Jag har också valt att intervjua personer som har eller har haft kontakt med patienter i slutenvården, dessa är en stödperson, en kontaktperson samt en teckenspråkstolk. Jag valde att intervjua en tolk eftersom jag anser att tolken har en stor

roll i kommunikationen. Under datainsamlingens gång fick jag tips på vilka jag kunde kontakta för intervju. Detta kallas för snöbollsurval (Bryman 2011).

Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne är det viktigt att motivera sitt urval för att kunna generalisera det resultat man får (2012). Eftersom jag var ute efter att undersöka en liten grupp var inte mitt syfte att generalisera det övriga samhället. Min undersökning fokuserar ett särskilt fenomen (Jacobsson & Meeuwisse 2008), alltså teckenspråkskommunikation i slutenvård. Författarna talar om två olika slags generaliseringar – empirisk och teoretisk. Empiriska generaliseringar görs av de studerade fallen medan teoretiska generaliseringar knyter empirin till teorin (Jacobsson och Meeuwisse 2008). Min undersökning är av kvalitativ art och kan därför inte generaliseras att gälla övrig slutenvård i landet, också av den anledningen att jag anser att det förekommer en bred variation beroende av i vilken utsträckning klinikerna har stött på teckenspråkskommunikation. Därför anser jag att min undersökning lämpar sig bättre för en teoretisk generalisering, exempelvis hur man ser på döva patienter. Detta kallas även för ett målstyrt urval då jag gör mitt urval utifrån mina frågeställningar (Bryman 2011). Jag ville utgå från verkliga händelser och inte vad intervjupersonerna trodde, vilket kan hända om intervjupersonerna inte stött på kommunikation på teckenspråk och inte kan utgå från sina erfarenheter.

### **5.3 Förtjänster och begränsningar**

Min tolkning av det Ahrne och Svensson (2012) menar med forskarens flexibilitet i en kvalitativ studie är att den är positiv för forskaren. Genom att växla mellan teori, samla in data och analysera data är forskaren flexibel att ändra på intervjufrågor eller teoretiska utgångspunkter för att finna nya ingångar till resultatet (Ahrne & Svensson 2012). Andersson och Swärd (2008) talar om den etiska aspekten i samband med intervjuer. Genom att ha tematiska eller öppna frågor är intervjupersonen delaktig på så sätt att hen kan påverka och förmedla sin bild, i jämförelse med frågeformulär eller strukturerade intervjuer där intervjupersonen är mer begränsad (Andersson & Swärd 2008).

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2012) menar att vi endast kan tolka en annans persons upplevelse, det vill säga att vi enbart kan se tecknen genom ord, kroppsspråk och handlingar. Risken är att forskaren tolkar på ett annat sätt än vad intervjupersonen vill förmedla. Ett sätt

att minimera risken är att använda respondentvalidering (se sida 17) för att säkerställa att jag uppfattat intervjupersonerna på ett korrekt sätt. En annan begränsning är att vi kan ha olika uppfattningar om vad syftet med intervjun är. Intervjupersonen kan vilja förmedla en annan verklighet än den som egentligen uppfattas på intervjupersonens arena, exempelvis genom att överdriva eller anpassa det som personen tror passar syftet (ibid.). En kritik mot kvalitativ forskning är att den är för subjektiv och intressestyrd (Bryman 2011). Forskaren tolkar resultatet mer eller mindre omedvetet utifrån sina intressen. Jag kan se en begränsning med att jag är döv. Jag kan ha en påverkan på mina intervjupersoner genom att tillhöra den målgrupp vi pratar om, det vill säga döva personer. Intervjupersonen kan vilja få fram en annan bild av den psykiatriska vården för att jag tillhör målgruppen. En fördel kan vara att jag är insatt i området teckenspråkskommunikation och vilka hinder som kan uppstå – min förförståelse gör att jag kan komma in på djupet mer än en person som inte har erfarenhet av en minoritetsgrupp.

## **5.4 Tillförlitlighet**

När man väljer metod ska man reflektera över metodens tillförlitlighet, det vill säga metodens reliabilitet och validitet. Reliabilitet handlar om att resultatet kan upprepas när man använder samma mått. Validitet är när man mäter det som man avser att mäta. I en kvalitativ studie undersöker man ett fenomen i dess kontext – som är föränderlig och beroende av tolkningar vilket gör det svårare att upprepa ett resultat (Bryman 2011). Exempelvis kan mitt syfte ändras om förutsättningar för teckenspråkskommunikation i psykiatri förändras och resultatet blir ett annat. Det jag kan tänka på är att vara tydlig med att presentera vilka verktyg jag har använt vid analys av material, det vill säga transparens (ibid.). Vad gäller validitet menar Bryman att forskaren kan använda sig av respondentvalidering. Det innebär att forskaren återkopplar till intervjupersonen och delar med sig av det underlag forskaren har fått från intervjun (ibid.). Så har även jag gjort och jag anser att det är av särskild vikt när det gäller intervjuer som går genom en tolk även om intervjuer med direktkommunikation såklart också är viktiga.

## 5.5 Genomförande

Totalt gjordes elva intervjuer, varav två var mejlintervjuer. De var mellan 20 och 80 minuter långa. Tre av intervjupersonerna arbetar inom slutenvården och är skötare, socionom respektive kurator. Fyra av intervjupersonerna arbetar vid psykiatriska mottagningar för döva och hörselskadade: en psykolog, en arbetsterapeut och två socionomer. En intervjuperson arbetar som kontaktperson och en intervjuperson arbetar som teckenspråkstolk. En intervjuperson är så kallad stödperson och har mångårig erfarenhet av döva patienter i slutenvården. Vid intervjun med Sveriges Dövas Riksförbund hade de två ombud.

Vid fem av intervjuerna hade vi direktkommunikation, det vill säga utan att en tredje part (tolk) var inblandad. Vid fyra av intervjuerna använde vi teckenspråkstolk då intervjupersonerna inte kunde eller ville använda teckenspråk. Jag är medveten om att det kan bli missuppfattningar eller feltolkningar när det går genom en tolk. Jag försökte därför vara noggrann och hellre fråga en gång för mycket för att få en så korrekt bild som möjligt. Efter samtliga intervjuer skickade jag intervjumaterialet till intervjupersonerna och de fick möjlighet att korrigera. Eftersom jag genomförde intervjuer med personer som arbetar i olika städer på ett inte så behändigt avstånd från mig, var det nödvändigt med telefonintervjuer. Bryman menar att telefonintervjuer är kostnadseffektiva men att man går miste om intervjupersonens kroppsspråk och att få mötas i intervjupersonens naturliga miljö (2011). Jag använde mig av bildtelefon där jag kunde se intervjupersonens ansikte och går därmed inte miste om personens kroppsspråk. Däremot använde jag av mig tolk under två bildtelefonintervjuer och kunde inte se intervjupersonerna, vilket var en nackdel. Jag filmade bildtelefonintervjuerna på samma sätt som jag gjorde med de vanliga intervjuerna.

Jag valde att spela in och transkribera samtalen för att få ut så mycket som möjligt av intervjuerna (Bryman 2011). Jag använde mig av filmkamera då detta underlättade efterarbetet. Ljudinspelningar skulle innebära extrajobb för mig då jag inte kan höra vad som sägs. Samtliga intervjupersoner utom en tillät sig att bli filmad. Jag har ändå valt att ta med intervjupersonens svar i min uppsats för jag anser att det har betydelse för resultatet. Jag förde detaljerade anteckningar under hela intervjun och renskrev dem direkt efteråt.

Intervjupersonen fick, liksom de övriga intervjupersonerna, ta del av dem och chansen att korrigera. Transkriberingen gick till på samma sätt som när man transkriberar ett talat språk.

Bryman menar att det är viktigt att inte göra ändringar av intervjupersonens ord, för att få fram en så exakt framställning som möjligt (2011). Eftersom jag transkriberade från teckenspråk till skrivet språk fann jag ett problem här då det svenska teckenspråket inte har samma grammatik och ordföljd som det skrivna. Detta problem finns även när man transkriberar från ett talat språk, därför är det nödvändigt att redigera med försiktighet utan att innebörden går förlorad (ibid.). Ett exempel är att man ibland inte säger ”han” eller ”hon” på teckenspråk utan man bara pekar med handen, på så sätt vet man inte om det är en man eller kvinna personen syftar på. Jag hade detta i åtanke när jag transkriberade. Jag markerade där intervjupersonen hade gestikulerat med händerna och i vissa fall har jag skrivit exakt det personen sa på teckenspråk. Om jag sedan använder citatet i uppsatsen har jag redigerat så att det blir på svenska utan att poängen försvinner.

## **5.6 Analys och begränsningar i genomförandet**

I min analys använde jag mig av kodning. Genom att strukturera och sortera intervjumaterialet – både empiriskt och analytiskt tydliggör man mönster och samband, samt finner nya ingångar (Jönson 2010). Jag började med att kategorisera materialet i analys-scheman och delade upp det i teman som har varit framträdande, såsom bemötande, svårigheter, brister, rutiner, den sociala miljön med mera. Så på sätt blev mönster och avvikelser tydligare i både intervjupersonens egna uttalanden och jämförelse med andra intervjupersoner. Parallellt under processen kunde jag även se samband med teoretiska utgångspunkter, vilka jag gick närmare in på. Slutligen tolkade jag materialet med hjälp av teorierna.

Jag upplevde det problematiskt att få tag på intervjupersoner i slutenvården. Det blev inte lika många personer som jag hade önskat mig. Jag fick tips av psykiatriska mottagningarna vilka avdelningar som haft döva patienter, men de flesta som jag fick kontakt med sade sig inte ha haft döva patienter. Det kan bero på vem som svarade i telefonen just då.

## **5.7 Litteratursökning**

För att finna tidigare forskning om psykiatrisk vård för döva personer i Sverige har jag tagit reda på dövpsykiatriens historia i Sverige. Jag fann material genom att använda sökordet

*dövpsykiatrin* på Google. Det ledde till att jag kunde hitta material om hur det har sett ut samt utvärdering av sådana verksamheter via Lunds universitets bibliotekskatalog Lovisa. Förutom några svenska rapporter och utredningar finns det inte mycket forskning som handlar om just slutna psykiatrisk vård för döva i Sverige, därför har jag sökt mig utanför Sverige. För att hitta internationella publikationer har jag använt mig av Lunds universitetsbiblioteks söktjänst Summon och databasen SocINDEX som innehåller publikationer i fulltext som rör socialt arbete. En annan möjlighet var också att använda andra databaser, till exempel Medline som innehåller publikationer om psykiatrin. De sökord jag använt har varit *deaf\**, *social work with deaf*, *language in psychiatric practice*, *language barriers* och *communication*. För att finna material om teckenspråkstolkning har jag använt sökorden *interpreter* och *interpreters in psychiatric practice*.

## **6. Etiska överväganden**

### **6.1 Förförståelse**

Som tidigare nämnts, menar Bryman att en kritik mot kvalitativ metod är att forskaren inte är objektiv (Bryman 2011). Vidare säger Ahrne och Svensson (2012) att det är ett vanligt synsätt att forskaren är objektiv under datainsamlingen men författarna menar att det är tvärtom. Meningen med en kvalitativ studie är just att visa den komplexitet som finns (Ahrne & Svensson 2012). Forskarens egna intressen kan påverka resultatet, val av teorier och vad man fokuserar på under intervjuerna. Vi kan ställa oss frågande till om en forskare är helt objektiv, oavsett om det handlar om en kvantitativ eller kvalitativ studie. Alla människor har en förförståelse som styr resultatet. Det kan vara en utmaning för forskaren att tänka på detta under processen, just för att man inte inser *vad* som är ens förförståelse. I mitt fall lät jag personer i min omgivning läsa uppsatsen under processens gång för att minimera risken att fastna i ett och samma tankesätt.

### **6.2 Etiska principer**

Av etiska skäl har jag valt att inte intervjua patienterna. Jag vägde forskningskravet och individskyddskravet mot varandra och ansåg att det kan bli negativa konsekvenser för patienten då mina frågeställningar kan vara av känslig natur (Vetenskapsrådet 2012). Vidare

anser jag att min undersökning är viktig då det kan handla om personer som utsätts för social isolering och traumatiska upplevelser på grund av hinder i kommunikationen. Men då personerna ofta har långvariga psykiska problem kan de fortfarande vara i en fas där de är i behov av vård, vilket gör det olämpligt att intervjua dem. En ytterligare anledning till att avstå är att döva är en liten grupp, vilket gör att intervjupersonerna kan kännas igen, trots avidentifiering.

Vad gäller personerna jag intervjuade skedde det i enlighet med informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2012). Innan intervjun ägde rum gav jag förhandsinformation till den som blev intervjuad – både skriftligt och muntligt. Informationen innehöll undersökningens syfte, att deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta intervjun. Jag valde att avidentifiera intervjupersonerna av samma skäl som jag nämnde ovan och benämna dem endast som till exempel *kurator psykiatrisk mottagning A* eller *psykolog slutenvårdsavdelning B*. Alla utom SDR (Sveriges Dövas Riksförbund) är avidentifierade. Ingen annan än jag har använt sig av intervjumaterialet och det ska inte användas till annat än denna uppsats. Materialet kommer att raderas efter att uppsatsen godkänts.

## **7. Teoretiska utgångspunkter**

De teoretiska referensramarna är kommunikationsteorier och maktaspekter. Här kan vi se hur makten spelar roll i kommunikationen, vilka slags kommunikationsbarriärer föreligger och hur mötet mellan professionell och patient kan te sig. Eftersom studien avser att undersöka förhållandet mellan professionell och patient koncentrerar jag mig på teoretiska utgångspunkter som lämpar sig för den relationen.

### **7.1 Kommunikation och makt**

Vinthagen (2007) menar att kommunikationen mellan klient och behandlare inte är jämlik utan präglas av makt från vårdens sida. Det är inte meningen att ansvar ska läggas på klienten då hen ofta befinner sig i en beroendesituation och på grund av sin problematik inte har resurser att hantera hinder i samtalet mellan klient och vårdare. Vinthagen (2007) menar att makt upplevs olika beroende på vilken roll man har. ”För maktutövaren kan den vara osynlig,

självklar och välmenande medan för den som utsätts kan makten vara påtagligt kränkande, rent av nedbrytande.” (Vinthagen 2007). Patienten är underordnad vårdaren från första stund då patienten möter vårdaren med dennas kunskap och förmåga att behandla. Vilken kunskap vårdaren har är varierande och beror på kontexten. Vården grundas på rådande värderingar och prioriteringar, samt ekonomiska och politiska ideologier. Vinthagen (2007) beskriver med hjälp av Jürgen Habermas diskursetik hur kommunikationen i vården ser ut. Habermas menar att när en dialog mellan två personer resulterar i att man agerar kommunikativt innebär det att man har agerat utifrån en gemensam förståelse och att det kan sägas vara ett sätt att minimera maktutövningen. Denna samtalssituation är idealisk – ofta ser det inte ut så i praktiken. Störningar i en dialog leder till att man inte uppnår en gemensam förståelse. Förståelsen kan också förvrängas. Parterna kan vilja förstå varandra men på grund av kulturella skillnader – medvetna eller omedvetna lyckas man inte uppnå en gemensam förståelse. Vinthagen (2007) menar att idealet i en dialog är att man kan ändra sin uppfattning – man kan erkänna att man har kunskapsbrister eller har fel – och på så vis uppnår man en öppenhet (ibid.).

## **7.2 Kommunikationsbarriärer**

Dimbleby och Burton (1998) talar om interpersonell kommunikation – personer som interagerar med varandra utgör en verbal och en ickeverbal kommunikation. Författarna menar att det finns tre typer av barriärer i den interpersonella kommunikationen: *mekaniska*, *semantiska* och *psykologiska*. Mekaniska barriärer innebär att det är fysiska hinder i kommunikationsprocessen, till exempel störande ljud eller dövhet. Semantiska barriärer är när vi inte förstår ordens betydelse, till exempel vid koder och konventioner. Psykologiska barriärer baseras på attityder, erfarenheter, övertygelser och värderingar och är den vanligaste blockeringen i interpersonell kommunikation. Författarna menar att det är en tolkningsprocess, det går inte att undvika att tolka personens ord, men genom en effektiv kommunikation kan ett samförstånd skapas och de psykologiska barriärerna minimeras (ibid.).

## **7.3 Mötet mellan professionell och patient**

Johansson (2007) menar utifrån ett maktperspektiv att det finns fyra nivåer i mötet mellan professionell och patient: *strukturell*, *positionell*, *relationell* och *upplevelsenivå*. Mötet mellan

professionell och patient är en ojämlik situation oavsett vad som görs, men man kan minimera maktobalansen genom att vara medveten om vilken inverkan dessa nivåer har på relationen.

På den strukturella nivån kan vi se att mötet präglas av strukturella faktorer såsom regler, synsätt, förhållningssätt och metoder. Relationen mellan professionell och patient är ojäm i och med att den professionella har ett maktövertag. Den professionella representerar en institution och innehar en större makt (Johansson 2007). Den institutionella strukturen är något som även Goffman (1973) diskuterar kring. När en patient placeras på institution och därmed socialiseras in i systemet börjar en process som bryter ner patienten. Regler och inskränkningar leder till att patientens självbestämmande minskas. Även om det rör sig om frivillig vård kan patienten ändå förlora sin identitet, just för patienten bryts ner psykologiskt och socialt. Kontakten med omvärlden och den fysiska miljön är begränsade. Patienten kan också göra motstånd mot den institutionella strukturen genom olika medel och ett annorlunda beteende, såsom tystnad eller ovilja att samarbeta. Men då blir bilden av patienten också bekräftad av institutionen - att patientens sjukdomsbild stämmer (Goffman 1973). Johansson (2007) talar om att den professionella tenderar att placera patienten i ett fack och att den institutionella strukturen bidrar till det. Resurser och tid saknas för att ge adekvat vård. Klientdemokrati är ett sätt för patienten att motverka det institutionella förtrycket. Genom att känna till sina rättigheter och på så sätt få mer insyn och delaktighet får klienten en större chans att påverka sin situation. Onödiga barriärer föreligger mellan den professionella och patienten om kunskap om rättigheterna saknas och patienten vet inte hur systemet fungerar (Johansson 2007).

Maktobalansen i mötet förstärks av positionella faktorer som klass, kön, livsstil och etnicitet. Samhället präglas av de normer vi har genom vårt sätt att vara och hur vi agerar. Vissa stereotypa föreställningar är mer dominerande än andra. De inverkar på de metoder, attityder och förhållningssätt som finns i det sociala arbetet. Den relationella nivån och upplevelsenivån påvisar den makt som förekommer på individnivå, i direktmötet mellan professionell och patient. Relationen präglas av de positionella faktorerna och även strukturella, det vill säga våra föreställningar, normer och förväntningar. Vi riskerar att fastna i tankegångar som påverkar det arbete vi gör negativt. Genom att vi är medvetna om detta kan vi förändra vårt arbetssätt och undvika hinder i kommunikationen och förhindra att det leder till onödig frustration (ibid.).

I analysdelen (punkt 9) kommer jag att presentera min analys av det resultat jag fått från intervjuerna. Utifrån de valda teorierna undersöker jag vad som sker i relationen mellan professionell och klient och hur de professionella upplever de svårigheter som uppstår i mötet med den döva patienten.

## **8. Presentation av empiri**

I detta avsnitt presenteras resultatet från intervjuerna. Jag har delat in empirin i fyra kategorier med underliggande teman: kommunikation, teckenspråkstolkning, bemötande och kunskap om döva och teckenspråk. Sett utifrån empirin har dessa teman varit av särskild vikt under intervjuerna. I några fall har temat varit särskilt framträdande, i andra fall har uttalandena framträtt tydligare efter analys.

Jag vill i det här avsnittet belysa att erfarenheter av döva patienter i slutenvården finns i varierande utsträckning hos intervjupersonerna. Gemensamt är att samtliga vittnar om att det inte är särskilt vanligt att döva patienter läggs in. Det finns geografiska skillnader men de är inte särskilt stora. De psykiatriska mottagningarna för döva har oftast kontakt med patienten under den period som patienten är inlagd, då besöker de patienten, deltar i möten eller har egna samtal. Ibland får de kontakt med patienten först efteråt. Mottagningen kan antingen ha remitterat patienten till slutenvården eller blivit kontaktade av slutenvården. En intervjuperson på en mottagning menar att det ofta är återkommande kortare inläggningar i slutenvården. Studiens intervjupersoner som arbetar i slutenvården menar att de inte har haft så många döva patienter, ofta går det flera år mellan gångerna och att graden av hörsel varierar hos patienterna liksom att inte alla av dessa patienter kan teckenspråk. De personer som inte jobbar i slutenvården eller på psykiatrisk mottagning för döva är antingen kontaktperson, stödperson, teckenspråkstolk eller representerar SDR. I vissa fall har intervjupersonerna varit med i själva situationen och i andra fall har de fått kännedom om händelserna av andra.

### **8.1 Kommunikation**

Med temat kommunikation vill jag visa kommunikationens olika sidor och nivåer och vilka hinder som kan uppstå.

### 8.1.1 Kommunikationssätt

Den verbala kommunikationen kan ske på varierande sätt. Jag vill påpeka att det ena kommunikationssättet inte utesluter det andra. På vissa avdelningar finns det ibland personal med teckenspråkskunskaper, men ofta blir den döva personen inlagd på en avdelning där det inte finns någon som behärskar teckenspråket. De flesta av intervjupersonerna menar att teckenspråkskommunikationen i slutenvården sker via teckenspråkstolk, alternativt skrivtolk eller genom att ringa till tolkcentralen via tolkförmedlingen<sup>2</sup>. Alternativa kommunikationssätt än teckenspråkskommunikation förekommer, som att skriva på lappar, skriva på mobilen, skriva på datorn, läppavläsning, rita eller använda kroppsspråk och gester. Vissa patienter kan vilja försöka prata och läsa på läpparna. En intervjuperson i slutenvården hade en döv patient som läste på läpparna för det mesta. Patienten kunde inte teckenspråk. Intervjupersonen och patienten lärde sig TSS (tecken som stöd) under tiden patienten var på avdelningen och de använde skrivtolk vid vissa tillfällen. Intervjupersonen beskriver hur de brukade kommunicera:

Hon läste nästan aldrig [använde inte skrivtolken], tittade bara på mig. Sen umgicks vi mycket, vi lärde... oss att förstå varandra. [---] Jag kunde göra vissa rörelser som hon förstod, till exempel gå [tecknar gå], då visste hon att vi skulle gå ut, [tecknar ”sked”] kaffe, olika.. [rycker upp huvudet] svälja medicinen, hon gjorde alltid så, ryckte upp huvudet så jag gjorde så, [pekar på baken] ta sprutan [---] Ibland var jag tvungen att rita vissa saker.  
(skötare rättspsykiatri)

### 8.1.2 Hur kommunikationen upplevdes

När två personer pratar olika språk kan det vara svårt att hitta en bra metod eller lösning. Samtliga intervjupersoner i slutenvården upplevde att det kunde vara svårt att kommunicera med de döva patienterna. Användningen av papper och penna fungerade hyfsat – en intervjuperson nämnde att det var lite ”fattigt” med bara papper och penna när en tolk inte

---

<sup>2</sup> Man ringer med bildtelefon via tolkförmedlingen till tolkcentralen. Tolkcentralen tolkar samtalet mellan personerna som antingen sitter bredvid varandra framför bildtelefonen eller sitter på olika platser. Tolkförmedlingen är en videoförmedlingstjänst som tolkar till tal från teckenspråk och vice versa.

fanns på plats men upplevde att det ändå fungerade. En annan intervjuperson upplevde att det tog längre tid att skriva och att det inte gick att lösa allt på detta vis. En intervjuperson beskriver att det var svårt att kommunicera med patienten för patienten hörde dåligt och kunde inte teckenspråk. Missförstånden var många i början men så småningom blev det bättre ju mer de lärde känna varandra. De kommunicerade främst genom kroppsspråk och läppavläsning:

... sa hon att mitt röstläge passade henne bra, hon tyckte att mitt sätt att artikulera var bra. Därför blev det bra. [...] Viktigt också, om det är en tydlig kommunikation, kort, precis och nästan lite fyrkantig, då fungerar det.

(skötare rättspsykiatri)

Intervjupersoner i slutenvården beskriver också att de upplevde att de fick vara en slags tolk och förmedla information till annan personal, andra patienter eller i samtal med läkare eller psykolog. Intervjupersonerna kunde kommunicera och göra sig förstådda bättre än annan personal, därför fick de agera tolk när andra inte förstod de döva patienterna.

### **8.1.3 Avsaknad av teckenspråkskommunikation**

En tolk kan inte vara på plats dygnet runt, därför är situationer där döva patienter inte kan kommunicera på teckenspråk oundvikliga såvida inte behandlaren kan teckenspråk. Några intervjupersoner menar att man har ett stort behov av att få kommunicera på sitt första språk när man mår psykiskt dåligt. En begränsning av kommunikationen, till exempel att skriva på lappar, fungerar inte när det handlar om att man ska uttrycka känslor och tankar. En intervjuperson uttrycker följande:

Att inte kunna förmedla sig, vare sig på sitt språk eller utifrån sitt tillstånd ger inte en känsla av "KASAM" [känsla av sammanhang], du vet Antonoski [sic!]. För att bli tryggad behöver delarna bli en helhet. Saknas bitar uppstår ångest.

(psykolog psykiatrisk mottagning B)

Intervjupersonen menar att det kan bli en otäck upplevelse för patienten att bli inlagd utan att få en förklaring på vad som händer och detta kan leda till att patienten blir traumatiserad. En del menar att när det handlar om enklare saker brukar det fungera att skriva på lappar, som ett komplement till kommunikationen. En intervjuperson menar att patienter som har svårigheter med svenskan är mer begränsad när handlar om att uttrycka sig. Att man förstår det vårdaren har skrivit innebär inte alltid att man kan uttrycka sig på samma sätt. En annan intervjuperson pekar på skriftlig information som en viktig del, exempelvis när det handlar om information om medicin eller hur behandlingen ska se ut. Då ska informationen vara kort och tydlig och detta minimerar missförstånd jämfört med om man ger all information muntligt. Patientens tillstånd avgör också hur kommunikationen går till. Patienter som mår väldigt dåligt och är apatiska eller psykotiska är det naturligtvis svårare att kommunicera med. Då spelar det ingen roll om behandlaren kan teckenspråk eller om en tolk finns på plats.

#### **8.1.4 Interaktion med andra patienter på avdelningen**

Oftast är den döva patienten ensam döv på avdelningen där ingen annan kan teckenspråk. Detta kan skapa ett utanförskap hos patienten som hörande personer inte alltid tänker på. Det är varierande uppfattningar om detta bland intervjupersonerna. En del upplever att det fungerar bra, patienten har själv tagit initiativ till kontakt och kommunicerat via papper och penna. Några av intervjupersonerna menar att interaktionen med andra patienter varierar mycket och det beror på förmågan att kommunicera med andra. Det beror även på de psykiatriska problemen patienten har och hur man klarar av den slutna miljön. En intervjuperson menar att döva patienter är vana att det finns hinder i kommunikationen och uttrycker sig såhär: ”Avdelningen speglar verkligheten utanför. Det är samma sak ute i samhället. Det är bara i en mindre miljö, men det ser likadant ut i samhället.” Det förekommer även situationer där döva patienter inte trivs på avdelningen, ett exempel är en patient som låste in sig på toaletten för att slippa de nyfikna medpatienterna. Ett par intervjupersoner beskriver hur de andra patienterna saknade kunskap om den döva patientens situation och som därför retade och/eller var rädda för den döva patienten. I situationen där de andra patienterna var rädda för den döva patienten fanns också aggressivitet och frustration från patientens sida när han inte kunde göra sig förstådd.

Några intervjupersoner pekar på en känsla av otrygghet hos den döva patienten när patienten inte hänger med i vad som händer på avdelningen. En intervjuperson uttrycker att om den döva patienten har ett behov av att hänga med måste patienten oftast kämpa för att få information, men att den ändå missar mycket av det som sägs runt omkring. En annan intervjuperson efterlyser mer skriftlig information till döva patienter om de klarar av att läsa den. Vid bråk på avdelningen kan det skapa oro hos den döva patienten och hen vill få en förklaring på det som händer.

## 8.2 Teckenspråkstolkning

Teckenspråkstolkning är en stor del i kommunikationen och är ett återkommande ämne hos intervjupersonerna.

Några av intervjupersonerna menar att personalen i slutenvården brukar beställa teckenspråkstolk – ofta till viktigare möten såsom vårdplanering och läkarsamtal. Flera intervjupersoner menar dock att detta inte alltid görs, ibland har personalen inte varit medvetna om att tolk hade behövts eller inte vetat hur man skulle få tag på en. Det händer också att tolkar inte funnits tillgängliga. Några anser att det inte är tillräckligt med den korta tiden som tolken är där och menar att det behövs kontinuitet för att det ska fungera. Patienten kan fortfarande ha obesvarade frågor eller en vilja att dubbelkolla saker när tolken gått. En tolk är kanske på plats en gång i veckan eller ännu mer sällan och detta är för lite med tanke på att patienten inte har någon att prata med på sitt första språk större delen av tiden. SDR ställer sig frågande till vem det är som ska avgöra tolkbehovet och menar att sättet att tänka behöver förändras:

De ser det bara från sitt perspektiv, att man inte ska slösa på resurser, man ska inte slösa på... att det kostar mycket. Man måste tänka att det finns ett annat perspektiv också. När man är i slutenvården, det är en process hela tiden. Den processen startar inte och slutar inte vid tolktillfällena, vad händer mellan dem? I praktiken avstannar processen mellan tillfällena. Tillfriskningsarbetet fungerar inte mellan gångerna. Den typen av kunskapen finns inte hos vårdinrättningarna.  
(SDR)

En del intervjupersoner menar att det ofta handlar om känslosamma samtal, då är det viktigt att ha förtroende för tolken. Om det inte fungerar kan patienten tappa förtroendet och inte vilja samarbeta. En intervjuperson menar att man ska våga ”gå ur sin tolkroll”, särskilt i situationer med mycket känslor, våga vara ödmjuk för man är människa i första hand:

Om hen har blivit våldtagen till exempel eller något hemskt och hen gråter, då är det viktigt att hen känner förtroende för mig som tolk, att vi fungerar, att på något sätt... hen vet att jag finns här i syfte att det ska bli bra samarbete. Samarbetet är viktigt.

(teckenspråkstolk)

Förberedelse är en förutsättning för att det blir ett bra samarbete. Intervjupersonen menar att man ofta inte har möjlighet att prata med patienten innan de möts, på så sätt hinner man inte fråga om patienten har några önskemål vad gäller tolkningen. Intervjupersonen menar att samarbetet med behandlaren också är viktigt. Tolken vill gärna kunna förbereda sig genom att prata med behandlaren före mötet med patienten och även efteråt. Men detta hinns ofta inte med på grund av tidsbrist eller att behandlaren inte tänkt på det. Informationsutbytet är viktigt – behandlaren kan då informera relevanta saker om patienten för att tolken ska kunna göra ett bra jobb och tolken informera behandlaren kring tolkningen och vad det innebär.

Intervjupersonen menar att tolken ofta kastas in i situationen utan att veta någonting om patienten. Upplysningen är otillräcklig och det kan bli en jobbig upplevelse eftersom man inte vet vad som är fel. Vid regelbundna besök ser tolkcentralen till att det inte blir alltför många olika tolkar som kommer varje gång, så att tolken kan få den senaste informationen och man slipper att upprepa.

Flera av intervjupersonerna poängterar att tolken inte bara ska översätta. Tolkarna ska även förmedla känslor och ”det innersta”. En intervjuperson i slutenvården exemplifierar med en situation som kändes bra:

Sist var det väldigt bra tolk, som gjorde det levande. Så det fungerade jättebra [...] Hon levde med i tolkningen. Jag satt där [pekar där intervjuarens tolkar sitter] så jag kunde se lite i ögonvrån. Hon satte ord på känslorna, med betoning, hon översatte inte bara, hon

försökte... det var känsla i också. Förhoppningsvis var det ju det som patienten kände, att det inte var en egen uppfattning.

(socioonom slutenvårdsavdelning A)

Några menar att det inte är lätt och att det inte alltid går till så – det beror mycket på tolkens kompetens. En intervjuperson anser att tolken behöver psykiatrisk kompetens och kunna bemöta patienten på rätt sätt, mycket handlar om känsla. Intervjupersonen menar också att det är viktigt att tolken översätter varje ord patienten säger – det spelar ingen roll om det inte blir rätt grammatik. En annan intervjuperson menar dock att det beror på situationen och vad behandlaren vill: antingen översätta ord för ord eller om det räcker med att ”bara” tolka, det vill säga översätta från teckenspråk till svenska. Det gäller även behandlarens ord – om tolken råkar ändra på något i frågan eller uttalandet kan innebörden förändras och påverka patientens svar.

### **8.3 Bemötande**

Med temat bemötande vill jag visa på hur bemötandet av döva patienter upplevdes, både vid första mötet och löpande under vårdprocessen. Jag vill även visa vilken betydelse förkunskap och patientens önskemål har för bemötandet. En intervjuperson beskriver en patient som upplevdes vara svår att kommunicera med. Patienten kunde bli aggressiv och frustrerad på grund av missförstånden och detta skapade en osäkerhet hos personalen:

En del av personalen ville inte anstränga sig för att försöka utan undvek honom bara. Frågan är om hur bra bemött han blev. Jag försökte i alla fall, kunde ibland lugna honom när han blev arg och frustrerad.

(kurator slutenvårdsavdelning B)

Ett par intervjupersoner nämner att det är viktigt med en god attityd och ett respektfullt bemötande. Den ena intervjupersonen menar att det är viktigt med rätt attityd i grunden och ställer sig frågande till vilken påverkan en ”tycka synd om döva”-attityd har i behandlingen – vad ger det för signaler till patienten? Bilden av döva blir förvrängd om man bara träffar på sjuka och ledsna patienter och inte glada och friska döva, menar intervjupersonen.

Om man inte har tidigare erfarenheter av döva patienter kan det vara ovant i början. Ett exempel är när en intervjuperson, som arbetar i slutenvården, var på besök hos sin patient tillsammans med patientens kontaktperson. Kontaktpersonens mobiltelefon började ringa mitt under besöket och hon gick ut ur rummet för att svara. Detta skapade misstänksamhet hos patienten och intervjupersonen förstod efteråt att det var för att patienten inte hörde telefonen ringa och trodde att kontaktpersonen inte brydde sig om henne. Samma intervjuperson upptäckte också att det var extra viktigt att förklara för patienten när personalens överfallslarm signalerade – då kunde patienten förstå att intervjupersonen inte stack utan anledning.

En intervjuperson beskriver hur den döva patienten blir bemött när patienten först kommer till avdelningen och kommunikationsbehovet är som störst – ”på grund av tidsbrist kanske man, i bästa fall, [får] ett vänligt leende istället för en förklaring”. Situationen blir värre när man inte får sina frågor besvarade och man går runt med sina funderingar och inte kan få en egen bild av händelsen. Några intervjupersoner pekar på brister i patientens eget deltagande och inflytande – uppfattningen är att patienten ibland ignoreras istället för att man försöker kommunicera med denna.

Flertalet av intervjupersonerna menar att det hos personalen ofta saknas förståelse för och kunskap om patientens rättigheter. Till exempel har en döv patient rätt till teckenspråkstolk. En intervjuperson beskriver när en patient inte blev lyssnad på:

Tjejen begärde tolk men det kom ingen tolk och det sades ”äh vi kan skriva eller ta hjälp av en annan personal”. En annan personal kom och försökte teckna. Den döva sa ”nej, jag vill inte prata med den personen, jag vill att det bara ska vara vi två med en tolk”. De försökte med andra lösningar, istället för att lyssna på den dövas...”krav”... på den dövas villkor.

(kontaktperson)

En annan intervjupersons uppfattning är att patienten kanske uttrycker en vilja att ha tolk och när personalen säger nej, blir det inte heller någon nästa gång. Patienter orkar inte kämpa emot och accepterar situationen eller väntar ut tiden. En intervjuperson vid psykiatrisk

mottagning för döva hade en patient som blev inlagd akut. Patienten ville inte kommunicera och ansåg att det räckte med att skriva lappar till personalen – därför hade personalen inte beställt tolk. Intervjupersonen ansåg att kommunikationen skulle bli bristfällig utan en tolk och talade om detta för patienten som inte ville acceptera det. Patienten förflyttades sedan till en slutenvårdsavdelning och intervjupersonen trodde inte att detta skulle bli bra eftersom personalen på avdelningen varken hade teckenspråkskunskaper eller döv kulturkompetens. Men till intervjupersonens förvåning blev patienten bättre. Intervjupersonen menar att den psykiatriska omvårdnaden var det största behovet hos patienten i detta fall och att teckenspråk inte behöver vara lösningen på allt.

## **8.4 Kunskap om döva och teckenspråk**

Här lyfter jag fram intervjupersonernas resonemang kring betydelse av kunskap om döva och teckenspråk i mötet med den döva patienten.

### **8.4.1 Varför det är viktigt**

Något som är återkommande i flera intervjuer är vikten av att ha kunskap om patientens bakgrund. Om man till exempel känner till att teckenspråk är dövas första språk och svenska därmed är dövas andra språk får man en ökad förståelse för varför den döva patienten kan vara begränsad i det svenska språket. Språkdeprivation och diverse syndrom en döv person kan ha, till exempel till följd av rubella, det vill säga röda hund, är också viktigt att känna till. En intervjuperson menar att personalen oftast vill väl men med avsaknad av bakgrundkunskap bemöts patienten inte på ett bra sätt. En annan intervjuperson poängterar att dövas sätt kan vara annorlunda än hörandes – både uttryckssättet och kroppsspråket. Till exempel går döva mer rakt på sak – det man säger menar man, det finns inga bakomliggande motiv. En person som inte har träffat på döva och teckenspråk tidigare kan tycka att den döva personen har en ”kraftig mimik”, det kan missuppfattas som att personen är arg eller upprörd. Flera intervjupersoner menar att bristen på kunskap kan påverka patienten negativt. Patienten blir aggressiv och frustrerad och detta leder till att det blir missförstånd mellan parterna. Det blir svårare att skapa en bra allians med patienten, på så sätt påverkas relationen och behandlingen negativt.

SDR menar att kunskapen om de rättigheter en döv person har behöver ökas, till exempel kunskaper om språklagen och FN-konventionen. Det är inte många som känner till dessa rättigheter och vilken betydelse de har för döva personer. En intervjuperson menar att det kan vara svårt för patienterna att tydliggöra sina rättigheter. Därför ligger ansvaret att upplysa om rättigheterna hos dem som kommer i kontakt med patienterna, till exempel gode män och förvaltare samt intresseorganisationerna. Några intervjupersoner menar att problematiken inte gäller enbart i sluten psykiatrisk vård utan även i övrig vård. Genom att öka kunskapen och förbättra kommunikationen i vården i allmänhet skulle inläggningar i slutenvården minska i antal.

#### **8.4.2 Patientsäkerhet och rättsäkerhet**

Vid frågan om rutiner på avdelningen svarade samtliga intervjupersoner i slutenvården att de inte har några riktlinjer eller någon mall att följa vad gäller döva patienter. När det specifikt handlar om tillgång till hjälpmedel på avdelningen blev det varierande svar – från att det inte fanns någonting till att de var medvetna om det men var osäkra på var man kan få tag på sådana. En intervjuperson berättade att hon ordnade fram hjälpmedel på egen hand genom att söka information själv. En annan intervjuperson bestämde sig under vår intervju för att kontakta brandskyddsombuden på avdelningen för att kolla upp om brandvarnaren hade ljussignaler<sup>3</sup> – det var något hon inte hade tänkt på före intervjun. En intervjuperson vid psykiatrisk mottagning nämnde att en sjuksköterska på en slutenvårdsavdelning berättade för intervjupersonen att han skulle kontakta ledningen i syfte att utveckla riktlinjer för hjälpmedel.

Vad gäller tvångsåtgärder menar några intervjupersoner att det gäller att tänka lite extra när det handlar om döva patienter. Tvångsåtgärder är en skakande upplevelse för alla oavsett hörsel men döva patienter är extra utsatta. Ett exempel är bältesläggning, den döva förhindras då att använda sina händer, som är viktiga för att kunna teckna. En intervjuperson menar att man kan prata lugnande och beskriva vad man gör till en person som hör, om personen till exempel ska tvångsinjiceras. Med en döv person går det inte att berätta samtidigt om man inte har en tolk. Då gäller det att agera först och förklara efteråt.

---

<sup>3</sup> Det finns olika slags hjälpmedel för personer som inte hör. Uppmärksamhet påkallas genom vibrationer eller ljussignaler.

Vad gäller rättssäkerheten har SDR fått signaler om att processen inte alltid går rätt till inom rättspsykiatri. Kunskapsbrister hos professionella äventyrar patientens rättssäkerhet. SDR menar att det finns fall där patienter hade feltolkats och feldiagnostiserats och att det fick ohyggliga följder – patienterna vårdades i flera år på felaktiga grunder och i vissa fall visste patienten inte sin egen diagnos och vad den innebar. SDR ifrågasätter om patienterna känner till sina lagliga rättigheter, till exempel att man kan kontakta patientnämnden. De menar att det inte är alltid som patienterna får information om detta på sitt första språk, det vill säga teckenspråk. En intervjuperson i slutenvården menar att upprepningar krävs för att den döva patienten ska förstå och att det inte räcker att bara lämna över papper på diverse saker. Här ser intervjupersonen en skillnad mellan en hörande och en döv patient. Den döva patienten behöver längre tid på sig för att förstå. Att man upprepar och ser till att patienten förstår innebär att det blir mer rättssäkert.

## **9. Analys**

I detta avsnitt analyserar jag mitt empiriska resultat med hjälp av nämnda teoretiska utgångspunkter om kommunikation, makt och mötets olika nivåer samt förhåller mig till tidigare forskning. Jag har delat in analysen i kommunikationsbarriärer, mötet mellan professionell och patient och betydelse av kunskap om döva och teckenspråk, vilka jag anser har varit undersökningens huvudsakliga inriktningar.

### **9.1 Kommunikationsbarriärer**

Det empiriska resultatet visar att kommunikationen sker på varierande sätt beroende på vårdaren och patientens förmåga att kommunicera, tidigare erfarenheter och bemötande. Gemensamt är att en tolk har använts i de flesta fall, och mer eller mindre. En del anser att det fungerar trots de brister som finns. Andra pekar på bristerna som allvarliga och anser att individen inte får den vård den behöver på grund av kommunikationsbarriärerna.

En mekanisk barriär uppstår när det föreligger fysiska hinder, till exempel dövhet (Dimbleby & Burton 1998), det vill säga när en icke teckenspråkskunnig behandlare möter en döv patient. För att barriären ska försvinna eller minskas krävs det att man tar till andra lösningar.

Om behandlaren behärskar teckenspråk, skriver eller kommunicerar på annat sätt försvinner den mekaniska barriären. Men det betyder inte att kommunikationsproblemet försvinner helt – istället kan de psykologiska och semantiska barriärerna kvarstå på grund av språkliga och kulturella skillnader. En teckenspråkstolk som förmedlar samtalet innebär inte heller att barriärerna försvinner. En döv person med språklig deprivation och/eller med svårigheter i det svenska språket kan ha svårigheter att förstå det språk behandlaren använder. Då handlar det särskilt om abstrakta ord, idiom och uttryck som inte finns i det svenska teckenspråket (Vernon & Miller 2001). Om man inte behärskar det språk behandlaren använder är det svårt att förstå koder och konventioner som kanske ter sig självklara för behandlaren. När behandlaren inte har kunskap om patientens bakgrund händer det att behandlaren tar för givet att patienten förstår om patienten inte har visat att hen inte förstår. Patienten kan till exempel känna att hen inte vill framstå som mindre kunnig (Haskins 2004). Samma sak gäller den skriftliga kommunikationen. Om den döva personen har ett svagt skriftspråk blir det problematiskt att ha en skriftlig kommunikation, man får inte samma möjlighet att uttrycka sina känslor och tankar. När det handlar om enklare saker kan det dock fungera som ett komplement till den muntliga kommunikationen.

Att ta en teckenspråkstolk till hjälp löser en del av kommunikationshindren. Däremot menar en del intervjupersoner att det inte löser allt. Tolken har ofta en stor roll i samtalet. Det gäller att kunna översätta nyanser och känslor då språket är en del av behandlingen – vilket skiljer sig från tolkning i andra situationer där detta är av mindre betydelse (SOU 2006:54). Jag vill peka på att tolken är en tredje part. Det innebär att det är en person till - eller till och med två - som är inblandade i samtalet. Det är en person till att tyda och värdera. Därmed föreligger en större risk för psykologiska barriärer. I och med att det saknas motsvarighet till psykiatriska och psykologiska termer på teckenspråk måste tolken ibland avgöra hur vissa ord ska översättas så att innehållet blir detsamma (Vernon & Miller 2001). Ett samarbete mellan tolken, patienten och behandlaren förutsätts för att tolken ska göra de bästa möjliga översättningarna. Antingen översätter tolken ordagrant, vilket kan bli konstigt eftersom teckenspråket inte har samma grammatik som svenskan, eller om det räcker med att ”bara” tolka. Förberedelse och återkoppling bidrar till en öppen dialog och ökat samförstånd för samtliga parter. Om patienten känner att det inte fungerar kan hen tappa förtroendet för tolken och/eller behandlaren. Patienten känner sig då maktlös på grund av sin beroendesituation och har inte heller resurser att lösa det. Vinthagen (2007) menar att kommunikationen präglas av makt från vårdens sida och patienten är underordnad vårdaren från första stund.

Maktobalansen är märkbar här även om behandlaren och tolken gör sitt bästa för att det ska bli så bra som möjligt.

## 9.2 Mötet mellan behandlare och döv patient

Bemötandet av en döv patient kan skapa osäkerhet hos personalen. Missförstånd kan leda till att patienten inte får adekvat vård eller sina behov tillgodosedda. En patient som inte blir bemött som hen ska eller vill kan vara ett exempel på en psykologisk barriär enligt Dimbleby och Burton (1998). Den uppstår till exempel när personalen inte förstår vikten av eller av annat skäl väljer att inte beställa tolk. Personalen har då gjort sin bedömning utifrån sina egna erfarenheter och värderingar, kanske med hjälp av råd från andra. En patient som hävdar sin rätt till tolk eller försöker ge indikationer på hur vården ska bedrivas och inte får sin vilja igenom kan härledas till hur makten kan spela roll i kommunikationen (Vinthagen 2007). Vårdare och patient har inte lyckats komma fram till en gemensam förståelse, därmed har vårdaren inte agerat kommunikativt. Vårdaren som inte menar något illa säger att det går att lösa situationen utan tolk men patienten upplever det negativt och kränkande att inte få rätt till en kvalificerad tolk. Här kan vi också se hur institutionella faktorer enligt mötets olika nivåer (Johansson 2007) har en inverkan på bemötandet. Personalen kan ha en medvetenhet om att en tolk är en förutsättning för en effektivare kommunikation men väljer att inte beställa tolk i tron att det kanske är onödigt eller att det kostar mycket pengar. Om patient och vårdare kommer fram till hur kommunikationen eller bemötandet ska gå till har de uppnått en gemensam förståelse (Vinthagen 2007). Det minimerar frustration och aggressivitet mellan parterna (Johansson 2007). Det minimerar även maktutövningen från vårdarens sida, om vårdaren accepterar patientens önskan och beställer tolk har vårdaren agerat kommunikativt. Vikten av teckenspråkskommunikation kan variera hos patienterna och vara beroende av det psykiska tillståndet. Ett intressant exempel är en situation där patienten bad att få skriva på lappar istället för att använda en tolk. Vårdaren agerade kommunikativt och gjorde det patienten önskade. Ett annat fall är när patienten blev bättre trots att ingen teckenspråkskommunikation förelåg. Det var den psykiatriska omvårdnaden patienten behövde mest av allt.

Intervjupersonerna vittnar om att det kan vara svårt att stå fast vid att man vill ha tolk. Patienten kanske nämner en gång att hen vill att en tolkbeställning ska göras. Personalen säger

nej på grund av prioriteringar, osäkerhet eller okunskap. Tolkbeställning görs när personalen anser att det behövs, vilket kan skilja sig från patientens och övriga inblandades uppfattning. Ett exempel är att tillfriskningsarbetet avstannar mellan tolktillfällena och patienten har ingen möjlighet att kommunicera på sitt första språk när tolken har gått. Det kan leda till att patienten bryts ner socialt och psykologiskt. Patienten utsätts för den institutionella strukturen genom regler och inskränkningar och har begränsad kontakt med andra (Goffman 1973). En döv patient som har ett begränsat nätverk är mer utsatt i och med att den enda kontakten patienten har är när en tolk eller en teckenspråkig person kommer någon gång i veckan (SDR 2010). Patienten har ofta knapphändiga resurser att påverka i riktning mot förändring.

När patienten inte hör vad som händer runt omkring sig och inte kan ta del av information och aktiviteter på samma sätt, till exempel att inte kunna titta på TV om det inte finns någon textningsfunktion, utgör det fysiska hindret i kommunikationen: den mekaniska barriären. Detta skapar en osäkerhet och social isolering hos patienten (SDR 2010). Personal och andra patienter som är osäkra på hur patienten ska bemötas och gör det på ett olämpligt sätt eller undviker att göra det skapar en frustration hos patienten. Patienten känner att förståelse och empati för patientens situation saknas (Middleton et al. 2010). Detta bidrar till det institutionella förtrycket (Johansson 2007). På detta sätt bryts patienten ned och i vissa fall blir patienten traumatiserad av en sådan behandling.

### **9.3 Betydelsen av kunskap om döva och teckenspråk**

Som nämnt ovan har strukturella faktorer en påverkan på mötet mellan patient och behandlare (Johansson 2007). När det saknas rutiner och riktlinjer för hur en döv person ska vårdas och ett visst synsätt på detta föreligger kan vårdaren vara omedveten om hur systemet påverkar patienten. Det är svårt att veta om man saknar kunskap om den döva patienten. Vinthagen (2007) menar att vårdarens kunskap är föränderlig och beroende av kontexten. En vårdare bemöter en patient utifrån den kunskap vårdaren har i just det läget, en kunskap som inte garanterar att det blir bästa möjliga vård för patienten.

Vidare vill jag peka på hur positionella faktorer kan ha en inverkan på vården och behandlingen, det vill säga den relationella nivån och upplevelsenivån (Johansson 2007). Man kan omedvetet förtrycka en döv person, det vill säga förtrycka den funktionsnedsättning

personen har. En person med språkdeprivation kan bedömas vara ointelligent eller ha en utvecklingsstörning om man inte har kunskap om denna avsaknad av språk under barnets tidigaste år (SDR 2010). En omedveten eller medveten ”tycka synd om döva”-attityd är en form av positionell diskriminering där hörseln är i fokus snarare än en syn på döva som en sociokulturell grupp (Cooper et al. 2003). En intervjuperson ifrågasätter vilken inverkan denna attityd har på relationen mellan patient och behandlare. Genom att ha en viss attityd och vissa förväntningar finns risk för att fastna i ett särskilt tankesätt. Ett exempel är patienter som blir kvar på samma plats i flera år därför att de har fått fel diagnos eller behandlas felaktigt. Om patient och behandlare inte känner till sina rättigheter respektive skyldigheter uppstår det onödiga barriärer och relationen påverkas negativt (Johansson 2007). Patienten får ingen eller en liten insyn i sin situation och behandlaren förhindras att ge patienten adekvat vård. Intervjupersonerna beskriver hur döva patienter ibland kan bli ignorerade eller dåligt upplysta om vad som händer. Med bristande kunskap om till exempel språkdeprivation eller en komplex problematik hos patienten kan det innebära att informationen inte ges på ett korrekt sätt, patienten kan behöva mer stöd på teckenspråk, att man förklarar med lättare begrepp eller använder alternativa sätt som att rita eller skriva stödord. I vissa fall har patienten vårdats i flera år utan att förstå vad den egna diagnosen innebär. Det är ett exempel på vilken betydelse språket har i behandlingen, språkbarriärer kan leda till olämpliga eller otillräckliga behandlingar (Luk 2008). Genom att information ges på teckenspråk eller förklaras med lättare begrepp blir patienten mer delaktig i processen. På så sätt uppstår en klientdemokrati och patienten kan lättare påverka sin situation när patienten känner till sina rättigheter (Johansson 2007). En intervjuperson menar att man då ökar rättssäkerheten. Patienter som vårdas en längre tid än vad som är nödvändigt kan också vara ett exempel på hur patienten motsätter sig systemet enligt Goffman (1973). Patienten är ovillig att samarbeta eftersom patienten inser att den inte kan göra förändringar på egen hand, till exempel gällande tolkbeställning eller sin diagnos. En moteffekt blir då att bilden av patienten bekräftas av behandlare som tror att patienten inte har förbättrats nog för att skrivas ut. Patienten vårdas då längre än det egentligen är nödvändigt.

Några intervjupersoner pekar på att rutiner och riktlinjer för hjälpmedel eller bemötande av en döv patient saknas. Jag vill därför lyfta fram patientsäkerheten för döva patienter. När hjälpmedel som till exempel brandvarnare med ljussignaler saknas på avdelningen utsätts patienten för fara. Även vid tvångsåtgärder är den döva patienten extra utsatt eftersom patienten förhindras att använda sina händer vid bältesläggning eller inte kan få information

om vad som händer. Det är oundvikligt när det handlar om akuta situationer men vårdaren har då ett maktövertag som man inte får glömma bort.

## **10. Slutdiskussion**

### **10.1 Återkoppling till frågeställningar**

De tre frågeställningar jag har i inledningen handlar om bemötande av och kommunikation med döva patienter, hur detta går till när behandlaren inte kan teckenspråk eller inte har kunskap om döva patienter, vilka konsekvenser det kan få och vilken betydelse har i behandlingsarbetet. Utifrån det empiriska resultatet kan vi se att det finns kommunikationsbarriärer och svårigheter i bemötandet av en döv patient om den professionella inte kan teckenspråk eller har kunskap om den problematik patienten kan ha. Alternativa kommunikationssätt som att skriva på lappar, använda kroppsspråk och läsa på läppar är en lösning men tar längre tid och leder inte alltid till en effektiv kommunikation. En teckenspråkstolk som förmedlar samtalet ger inte heller en fullgod kommunikation eftersom man kan gå miste om vissa saker av betydelse i översättningen, så kallade semantiska och psykologiska barriärer. En person som inte har svenska som sitt första språk kan ha svårigheter med att förstå de uttryck som finns i det svenska språket. Risken är stor att ingen gemensam förståelse uppnås mellan behandlare och patient på grund av kommunikationsbarriärerna. Det föreligger även svårigheter att få tolk, i några fall vet de professionella inte hur en tolkbeställning görs och i andra fall blir patienten nekad tolk. Om parterna känner till varandras rättigheter respektive skyldigheter kan onödig frustration minimeras. Patienten är oftast ensam döv på avdelningen och detta skapar osäkerhet hos både personal och patienter. Den döva patienten missar information om vad som sker på avdelningen. Det kan leda till att patienten känner sig ensam, otrygg och frustrerad för att hen inte förstår eller kan göra sig förstådd. Bristande kunskap om språkdeprivation och att svenska inte är döva personers första språk kan leda till att den döva patienten vårdas längre än nödvändigt, får fel diagnos eller fel behandling. Maktobalansen visar sig på olika nivåer i mötet mellan vårdare och patient. Patienten utsätts för det institutionella förtrycket, negativ attityd och stereotypa föreställningar och har ofta inga resurser till förändring.

## 10.2 Slutord

Maktobalansen är tydlig i slutna psykiatrisk vård där individen får vård för sin psykiatriska problematik innanför låsta dörrar. Jag menar att döva patienter som vistas på slutna avdelning befinner sig i en utsatt situation i dubbel bemärkelse på grund av kommunikationsbarriärer. Behandlare som inte har kunskap om teckenspråk, döva eller dövulturen anser jag leder till att den döva patienten blir mer utsatt. Behandlaren och patienten som inte förstår varandra på grund av diverse faktorer bidrar till en längre vårdtid för patienten och medför merkostnader för samhället. Avsaknaden av riktlinjer och rutiner för hur en döv patient ska bemötas bidrar till den okunskap och osäkerhet som finns hos behandlare. Lagstiftningar och FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning ger döva personer rätt till teckenspråkstolk och samma kvalitet i vården som andra patienter. Som det har påpekats i uppsatsen saknas det kunskap om dessa rättigheter hos vårdare. Alltså får döva patienter inte den vård de har rätt till. Döva patienter i slutenvården är en liten grupp med varierande behov av förutsättningar. Vem ska se till deras rättigheter då patienterna själva ofta saknar resurser för att förbättra sin situation? Med tanke på att jag inte har funnit särskilt mycket svensk forskning anser jag att detta område är relativt outforskat i Sverige. Jag skulle vilja efterlysa en kartläggning och utveckling av riktlinjer för dessa patienter. Genom att utveckla riktlinjer kan vården förbättras.

Slutligen vill jag lyfta fram de engagerade vårdare och personer som vill förbättra och utveckla den slutna psykiatriska vården. Tillsammans kan vi sträva efter att sprida kunskap och öka medvetenheten inom området.

## 11. Referenslista

ADA-gov (2012) "A guide to disability rights laws" (elektronisk), ADA <<http://www.ada.gov/cguide.pdf>> (2012-12-20)

Ahrne, G. & Svensson, P. (2012) "Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen" I Göran Ahrne & Peter Svensson (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Andersson, G. & Swärd, H. (2008) "Etiska reflektioner" I Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rosmari Eliasson-Lappalainen & Katarina Jacobsson (red) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Cooper, A E. & Rose, J. & Mason, O. (2003) "Mental health professionals' attitudes towards people who are deaf" *Journal of Community & Applied Social Psychology* 13: 314–319

Cullberg, J (2011) *Dynamisk psykiatri – i teori och praktik*. Stockholm: Natur & kultur

Danielsson, T. 2005 *Promemoria: Statens offentliga utredningar - Översyn av teckenspråkets ställning 2003:12*

Dimbleby, R & Burton, G (1999) *Kommunikation är mer än ord*. Lund: Studentlitteratur

Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2012) "Intervjuer" I Göran Ahrne & Peter Svensson (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Fellinger, J., Holzinger, D. & Pollard, R. (2012) "Mental health of deaf people". *Lancet* 2012; 379: 1037-44

Fredäng, P. (2003) *Teckenspråkiga döva – identitetsförändringar i det svenska dövsamhället* Sociologiska institutionen: Uppsala universitet

Gulati, S. (2007) "Psychiatric care of culturally deaf people" I Glickman Neil & Gulati Sanjay (red): *Mental health care of deaf people*: New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Goffman, E (1973) *Totala institutioner – fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Norstedts Akademiska förlag

Haskins, B. G. (2004) "Serving deaf adult psychiatric inpatients" *Psychiatric Services* 2004 55,4: 439-441

Hegethorn, B. & Bergman, B (1992) "1972-1992 Dövpsykiatriska verksamheten 20 år i Sverige – historia, nutid och framtid. Föredrag vid dövpsykiatriska verksamhetens 20-årsjubileum Novum forskningscentrum Huddinge sjukhus den 18 augusti 1992".

Hörselskadades Riksförbund (2012) "Hörselnedsättning" (elektronisk) *HRF* <<http://hrf.se/templates/Page.aspx?id=2146>> (2013-01-03)

Jacobsson, K. & Meeuwisse, A. (2008) "Fallstudieforskning". I Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rosmari Eliasson-Lappalainen & Katarina Jacobsson (red) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur & Kultur

Johansson, T (2006) "Mötets många ansikten – när professionella möter klienter" I Anna Meeuwisse, Sune Sunesson & Hans Swärd (red): *Socialt arbete – en grundbok*. Stockholm: Natur & kultur

Jönson, H. (2010) *Sociala problem som perspektiv – en ansats för forskning & socialt arbete*. Malmö: Liber

Kvist, G. (2006) Kartläggning av behov inom socialpsykiatri för döva i Stockholms län. Skärholmens stadsdelsförvaltning, Stockholms stad.

Luk, S. (2008) "Overcoming language barriers in psychiatric practice: culturally sensitive and effective use of interpreters" *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, Vol. 6(4) 545-566

Middleton, A. & Alagaratnam, N & Gill, G. & Phyo, K M. (2010) ”Communicating in a healthcare setting with people who have hearing loss” *BMJ* 2010, 341:726-731

SOU 2006:54 *Teckenspråk och teckenspråkiga. Översyn av teckenspråkets ställning*. Stockholm: Socialdepartementet

Sveriges Dövas Riksförbund (2010) ”Den rättspsykiatriska vården för teckenspråkiga döva: Vård eller förvaring?” (elektronisk), *SDR* <<http://www.sdr.org/material/rapporter>> (2012-11-09)

Sveriges Dövas Riksförbund (2012a) ”Dövkultur” (elektronisk), *SDR* <<http://www.sdr.org/om-dova/dovkultur>> (2012-11-26)

Sveriges Dövas Riksförbund (2012b) ”Sveriges Dövas Riksförbund” (elektronisk), *SDR* <<http://www.sdr.org/sveriges-dovas-riksforbund/sdr>> (2012-12-30)

Tolk- och översättarinstitutet vid Stockholms Universitet, TÖI (1993) ”Psykiatri för tolkar” Stockholm: CE Fritzes AB

Vernon, M. & Miller, K. (2001) “Interpreting in mental health settings: issues and concerns” *American Annals of the Deaf*, 146,5: 429-434

Vetenskapsrådet (2012) "*Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*" (elektronisk) *Vetenskapsrådet* <<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>> (2012-10-29)

Vinthagen, S (2007) ”Kommunikation ur ett maktperspektiv” I Björn Fossum (red): *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur

Vårdguiden (2012) ”Hälsa- och sjukvård” (elektronisk) <<http://www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Halso-och-sjukvard/>> (2012-12-30)

# Bilaga 1

## Intervjuguide till professionella i sluten psykiatrisk vård

- Vad jobbar du med
  - Befattning
  - Yrkeserfarenhet
  - Utbildning
  
- Erfarenheter av döva klienter
  - Ungefärligt antal
  - När och hur många gånger
  - Vilken roll hade du
  - Tidigare erfarenheter
  
- Miljön
  - Tillgång till teckenspråk
  - Klientens rättigheter
  - Hjälpmedel
  - (vet du den döva klientens rättigheter?)
  
- Rutiner vad gäller bemötandet av döva klienter
  - Riktlinjer eller liknande
  - Vem ansvarar för dessa frågor
  - Hur ser du på det
  - Tvångsåtgärder
  
- Upplevelser och tankar kring kommunikationen
  - Tolkanvändning eller annat sätt
  - Svårigheter/begränsningar/fördelar/utmaningar
  - Vad tycker du är viktigt att tänka på
  
- Skillnader mellan döva klienter och klienter som hör/talar svenska
  - Förhållningssätt
  - Patientens behov
  - Jobbar du på ett annorlunda sätt? Hur?
  
- Klientperspektiv
  - Indikationer på hur klienten ville bli bemött
  - Frågade klienten
  - Sökte information
  - Ingetdera
  
- Makt
  - Patientsäkerhet
  - Rättssäkerhet
  - Hur ser du på din maktposition i förhållande till klienten?

- Finns det behov av förbättringar/vidareutveckling/kompetensutveckling i allmänhet
  - Utbildning
  - Tolkanvändning
  - Material
  
- Övrigt
  - Något annat som är viktigt

## Bilaga 2

### Intervjuguide till övriga

- Vad jobbar du med
  - Befattning
  - Yrkeserfarenhet
  - Utbildning
  
- Erfarenheter av döva klienter i slutenvården
  - Ungefärligt antal
  - När och hur många gånger
  - Vilken slags kontakt
  
- Miljön
  - Tillgång till teckenspråk
  - Klientens rättigheter
  - Hjälpmedel
  - (vet du den döva klientens rättigheter?)
  
- Rutiner vad gäller bemötandet av döva klienter
  - Riktlinjer eller liknande
  - Vem ansvarar för dessa frågor
  - Hur ser du på det
  - Tvångsåtgärder
  
- Upplevelser och tankar kring kommunikationen
  - Tolkanvändning eller annat sätt
  - Svårigheter/begränsningar/fördelar/utmaningar
  - Vad tycker du är viktigt att tänka på
  
- Skillnader mellan döva klienter och klienter som hör/talar svenska
  - Förhållningssätt
  - Patientens behov
  - Jobbar man på ett annorlunda sätt? Hur?
  
- Klientperspektiv
  - Indikationer på hur klienten ville bli bemött
  
- Makt
  - Patientsäkerhet
  - Rättssäkerhet
  - Hur ser du på maktpositionen i förhållande till klienten?
  
- Finns det behov av förbättringar/vidareutveckling/kompetensutveckling i allmänhet
  - Teckenspråkskurs
  - Tolkanvändning
  - Material

- Övrigt
- Något annat som är viktigt

## Bilaga 3

### Intervjuguide till tolk

- Vad jobbar du med
  - Befattning
  - Yrkeserfarenhet
  - Utbildning
  
- Erfarenhet av teckenspråkstolkning i slutenvård
  - Vilka typer av möten
  - Annan tolkning
  
- Upplevelser av teckenspråkstolkning i slutenvård?
  - Hur upplever du att det fungerar?
  - Svårigheter/begränsningar/utmaningar
  - Upplever du att tiden avsatt för tolkning brukar räcka?
  - Förberedelser och/eller efterarbete
  - Känslomässiga upplevelser
  - Tvångsåtgärder
  - Vad är viktigt att tänka på?
  
- Skillnader på att tolka i psykiatri och vardagstolkning?
  - Skillnader på slutenvård och öppenvård?
  - Skillnader på psykiatri och övrig vård?
  
- Finns det behov av förbättringar inom tolkning i psykiatri?
  - Utbildning?
  - Material?
  
- Övrigt?
  - Något annat?

## Bilaga 4

### INFORMATIONSBREV INFÖR DELTAGANDE

Hej!

Stort tack för att du är villig att dela med dig av dina erfarenheter.

Jag som genomför denna studie heter Emelia Nilsson och går sjätte terminen på Socialhögskolan i Lund. Mitt syfte med studien är att undersöka hur bemötandet och kommunikationen av döva klienter i sluten psykiatrisk vård upplevs av professionella. Jag är döv, därför har jag med mig teckenspråkstolkar på intervjun om du inte kan teckenspråk.

Jag följer forskningsetiska principer i enlighet med Vetenskapsrådet. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan. Jag använder videokamera på mina intervjuer för att underlätta arbetet med intervjumaterialet efteråt, men naturligtvis avstår jag att filma om det inte känns bra. Vad gäller materialet kommer det bara vara jag och eventuellt min handledare som tittar på det. Det raderas när uppsatsen är färdig. Om du önskar att titta genom resultatet från din intervju går det bra.

Jag kommer att avidentifiera samtliga intervjupersoner i uppsatsen och endast nämna vilken typ av verksamhet intervjupersonen jobbar i. Under intervjun får du gärna tänka på att inte avslöja detaljer som gör så att klienterna känns igen. Då dövgruppen är liten kan det vara lätt att känna igen klienterna. Uppsatsen kommer att publiceras elektroniskt när den är klar så detta är viktigt.

Om du har frågor eller funderingar får du gärna höra av dig till mig

Emelia Nilsson

