LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Dokumentering av fastspänningar

- En kvalitativ studie om konsten att dokumentera en tvångsåtgärd inom den psykiatriska slutenvården

Av: Frida Asterhag, Manuel Henriquez

Kandidat SOPA 63
V.t. 2015
Antal ord: 12501
Handledare: Lupita Svensson
Examinator: Lars Harrysson

Abstract

Authors: Frida Asterhag & Manuel Henriquez
Title: Documentation of restraints - A study on the art of documenting a coercive measure within psychiatric inpatient care. [*Translated title*]
Supervisor: Lupita Svensson
Acessor: Lars Harrysson

The aim of this study was to examine how documenting restraints is perceived by practitioners within closed psychiatric care. We used semi-structured interviews to interview five senior physicians working within inpatient care in Sweden. We asked them to describe their experience of documenting this procedure. We also asked them what attitudes they have towards the subject. A combination of the norm-model and organizational theory, more specifically organizations as cultures, provided us with the theoretical tools to analyze the doctors statements. The participants saw the end product of documenting, the documentation, as important towards the patient's legal rights. But most saw documenting as a barrier that took time away from the patient's physical care. Doctors prioritized the patients needs rather than documenting restraint procedures. Our conclusion is that the health care's shared values of patient care makes doctors prioritize work with care needs rather than documentation at times when one must choose. Also policy makers should consider if the transparency requirements that come along with documentation are too high if these affect the professional's work to such an extent that they must decide between patient care and to meet these standards.

Key words: restraints, compulsory psychiatric care, documentation, law, practice

Förord

Vi vill tacka vår handledare, Lupita Svensson, som har varit ett enormt stöd under arbetets gång. Vi vill även tacka Anna Tegunimataka och Per-Erik Isberg som har hjälpt oss med den statistiska analysen. Till slut vill vi tacka alla våra informanter som har tagit sig tiden att bli intervjuade av oss.

Frida Asterhag & Manuel Henriquez

Helsingborg 2015-06-17

Innehållsförteckning

1 Inledning och problemformulering **6**
1.1 Inledning *6*
1.2 Problemformulering *6*
1.3 Syfte och frågeställningar *8*
1.4 Avgränsningar *9*

2 Bakgrund **10**
2.1 Fastspänning och dokumentation – dess delar samt regelverk *10*
2.1.1 Regelverk kring fastspänning 10
2.1.2 Regelverk kring dokumentation 10
2.1.3 Regelverk vid överskridande av fyra timmar 11
2.1.4 KVÅ-koder 11
2.2 Statistik över fastspänningar *11*

3 Orientering av kunskapsläget **15**
3.1 Dokumentation som ett legalt hjälpmedel *15*
3.2 Dokumentationens roll *16*

4 Teoretiska utgångspunkter **18**
4.1 Normmodellen *18*
4.2 Organisationskultur *19*

5 Metodologiska överväganden **21**
5.1 Val av metod *21*
5.2 Metodens förtjänster och begränsningar *22*
5.3 Urval och undersökningspopulation *22*
5.4 Tillvägagångssätt *23*
5.5 Bearbetning & Analys *25*
5.6 Metodens tillförlitlighet *26*
5.7 Etiska överväganden *27*
5.8 Arbetsfördelning *27*

6 Resultat och analys **29**
6.1 Presentation *29*
6.2 Beskrivning av processen *29*
6.2.1 Beskrivning av dokumentationens delar 29
6.2.2 Skillnad på dag och natt 30
6.2.3 Beskrivning av övrig personals roll i dokumenteringsprocessen 31
6.3 Inställningar och upplevelser *33*

6.3.1 Inställning till fastspänning ... 33
6.3.2 Upplevelse av dokumentation som ett legalt redskap ... 34
6.3.3 Upplevd problematik med att dokumentera ... 34
6.3.4 Beskrivning av prioriteringar ... 35
6.3.5 Upplevelser och inställningar till KVÅ-kodning ... 36
6.4 Patientmedverkan ... 37

7 Slutdiskussion ... 39
7.1 Diskussion om fastspänning ... 39
7.2 Diskussion om dokumentering av fastspänningar ... 40

Referenslista ... 43
Bilaga 1 ... 45
Bilaga 2 ... 46
Bilaga 3 ... 47

1 Inledning och problemformulering

1.1 Inledning

Bältesläggning – eller fastspänning – kan ses som ett kontroversiellt ämne då det ofta debatteras i publika forum. Vissa ser den integritetskränkande aspekten i att spänna fast en person som oetisk och inte lämpad för hälso- och sjukvården, andra ser den som en behövlig åtgärd som förhindrar personer ifrån att skada sig själva och andra.

Vårt intresse för denna fråga väcktes när en av oss var på en konferens som fokuserade på att minska fastspänningar. Vi tyckte båda att fastspänningar skulle vara ett intressant ämne att studera. Vi började med att diskutera vårt ställningstagande i debatten och var överens om att det fanns andra alternativ än fastspänning som kunde fungera lika bra. Andra länder såsom Island använder sig inte av fastspänning och vi tyckte att det skulle kunna vara ett alternativ även för Sverige. När vi inledningsvis började läsa på om ämnet fann vi rapporter som påpekat att det har funnits brister i den dokumentation som förts av fastspänningar, ifrån klinikernas sida. Detta såg vi som en intressant problematik att utgå ifrån. Dokumentering av fastspänningar ansåg vi dessutom vara en intressant och relevant avgränsning av vår studie. Vi bestämde oss för att göra en studie om själva dokumenteringsprocessen, arbetsmomentet med att dokumentera fastspänningar. Dokumentering, ansåg vi skulle passa bättre i relation till den problematisering vi utgick ifrån, snarare än en studie om slutprodukten, journalen eller dokumentationen. Dessa två begrepp är dock svåra att separera, utan dokumentering finns ingen dokumentation och vice versa, därför för vi resonemang kring båda delar.

Våra informanters berättelser, i kombination med den forskning vi har tagit del av, har hjälpt oss att förstå varför frågan om fastspänning är kontroversiell och har förändrat vårt eget ställningstagande. Studien fokuserar på dokumentering av fastspänningar, men öppnar också upp för frågan om hur mycket insyn man kan kräva ifrån verksamheter innan det blir problematiskt.

1.2 Problemformulering

Psykisk ohälsa är enligt många förknippat med en rad sociala problem. Studier har visat kopplingar mellan psykisk ohälsa och bl.a. hemlöshet, missbruk och utanförskap (Crane, 1998:175; Belcher, 1989:180; Swendsen et. al, 2010:1119,1120; Swartz & Lurigio, 2005:114; Teachman, Wilson & Komarovskaya, 2006:78,79). Organisationer som behandlar psykisk ohälsa och sociala problem i Sverige brukar ofta ta hänsyn till den behandlades

självbestämmanderätt och integritet. Vissa verksamheter inom samma område utgör undantag för denna regel och behandlar individen utan dennes samtycke.

I sjukvårdens bestämmelser finner vi lagarna LPT (Lag 1991:1128 om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (Lag 1991:1129 om rättspsykiatrisk vård) som ger kliniker stöd och befogenhet att vårda under tvång. Dessa utgör undantag ifrån Hälso- och sjukvårdslagens, (HSL) – bestämmelser om respekt för individens självbestämmanderätt, enligt 2 § pt. 3 (1982:763). Åtgärden fastspänning behandlas främst i 19 § LPT. Vi finner ett intressant fenomen i denna lag, en form av inskränkande i rörelsefriheten som ryms inom en lag som redan har inskränkt rörelsefriheten, ett slags tvång i tvånget.

Fastspänning innebär att man spänner fast en patient och på så sätt begränsar patientens rörelsefrihet, detta görs oftast på en specialutrustad säng med bälten i ett avskilt rum (Se bilaga 1). Denna metod på säng brukar också benämnas för bältesläggning och är den mest använda och accepterade metoden av fastspänning. Enligt Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, FPRV, ska dokumentation av en fastspänning innehålla beslut för fastspänning samt skälen till varför åtgärden utfördes.

I Socialstyrelsens (2013) rapport, *Bättre vård – mindre tvång?* gör man en jämförelse över hela den psykiatriska tvångsvården mellan 2011 och 2012 (2013:23). I samma rapport påpekar Socialstyrelsen att siffrorna inte stämmer överens med det verkliga antalet fastspänningar. Detta beror på att det finns brister i samband med inrapporteringen ifrån de olika klinikerna, enligt Socialstyrelsen (2013:24,25). Barnombudsmannen (2014) har i en egen rapport riktat kritik emot både en underrapportering av fastspänningar men också en bristande kvalité i den dokumentation man har undersökt (2014:101). I den granskning som har gjorts påpekas det att personal i vissa fall inte har dokumenterat längden för fastspänningar. I andra fall har personal inte motiverat anledning till fastspänning på patienter (2014:101). Barnombudsmannen menar att inrapporteringen är viktig för att det ska kunna gå att granska de berörda verksamheterna och att bristerna som påpekats försvårar insyn (2014:97).

Tvångslagar och tvångsåtgärder går även att finna inom socialt arbete vars huvudgripande lag – Socialtjänstlagen (2001:453), SoL – också betonar individens självbestämmanderätt och integritet. Lag (1990:52) om särskilda bestämmelser för vård av unga, LVU och Lag (1988:870) om vård av missbrukare i särskilda fall, LVM är undantagslagar ifrån SOL, enligt 1, 3 §§ SoL. Åtgärden avskiljning, vilket låter verksamheter avskilja brukare om det är för dess egna eller andras säkerhet går att finna i LVU/LVM. Vi likställer fastspänning och avskiljning och argumenterar för att dessa åtgärder har många liknande drag. Båda är

tvångsåtgärder riktade till en målgrupp som redan är utsatt för tvång, ett slags tvång i tvånget. Båda åtgärder går att finna i verksamheter som i övrigt månar om patientens självbestämmanderätt och integritet. Man betonar även i avskiljningar, krav på hur dokumentation ska se ut; motivering, tidsperioder och inrapportering, enligt 15b § LVU, och 34 § LVM, samt socialstyrelsens föreskrifter (Socialstyrelsen, 2014). Även en likartad problematik kring den dokumentering som förts av avskiljningar går att finna inom de sociala verksamheterna (Statens institutionsstyrelse 2009:13).

Eftersom tvångsåtgärderna är så pass lika i många hänseenden anser vi att resultat man kan finna genom att studera och analysera dokumentering av fastspänningar skulle kunna bidra till insikter även för dokumentering av avskiljningar. En anledning till varför det skulle kunna vara mer intressant att studera det valda ämnet inom vården, istället för i socialt arbete, är att vården har tydligare drag av olika aspekter jämfört med socialt arbete. Bland annat kulturen inom yrkesgruppen och organisationsstrukturen tycks vara mycket tydligare inom hälso- och sjukvården men det är också mer definierat när vård – eller professionell människohjälp – ges. Man kan även se att effekterna av vården är tydligare inom detta område, medicinering och operationer ger konkreta verkningar medan den de positiva effekterna av den hjälp som erbjuds i det sociala området kan ibland vara ibland svårare att definiera. Dessa faktorer kan öka chanserna för att hitta tydligare fenomen och trender inom det valda ämnet.

Vi argumenterar för att dokumentering av fastspänningar är belagd med krav, och att dokumentation är bland annat ett redskap som används ifrån en strukturell nivå för att ha insyn på hur professionella utövar åtgärden. Dessutom anser vi att vissa har upplevt brister när man har studerat denna dokumentation. Vi är intresserade av att se vilka faktorer som kan påverka dokumentering av fastspänningar och även vilka faktorer som kan bidra till att förstå vilken relation utövare har till dokumentering och slutprodukten av detta arbetsmoment. Kan denna kunskap i så fall bidra till en insikt om möjliga anledningar till varför det kan finnas en problematik vid dokumentering?

1.3 Syfte och frågeställningar

Vi vill undersöka hur utövare dokumenterar fastspänningar och hur utövarna förhåller sig till dokumentering

- Hur beskriver utövare processen för dokumentering av fastspänning?
- Hur upplever utövare dokumentering av fastspänning?
- Vilken inställning har utövare till dokumentering av fastspänning?

1.4 Avgränsningar

För att kunna genomföra studien har vi gjort flera avgränsningar. Vi har krävt att alla informanter, under studietillfället, jobbar inom psykiatrin och att de ansvarar över viss dokumentering av fastspänningar på sin arbetsplats. En annan aspekt som har varit av vikt för oss är att intervjua informanter ifrån flera regioner i förhoppning om att se regionala skillnader.

2 Bakgrund

Mycket av det vi talar om kräver en viss förförståelse av de regelverk som finns kring dokumentation och fastspänningar inom den slutna psykiatrin. Denna del ska hjälpa läsaren att få en bild av fastspänningar och dokumentering av fastspänningar, samt dess omfattning. Kapitlet ska även bidra till att ge läsaren en fördjupad bild av regelverket som styr dessa två delar av vården.

2.1 Fastspänning och dokumentation – dess delar samt regelverk

2.1.1 Regelverk kring fastspänning

19 § LPT är den paragraf som främst behandlar regelverket kring fastspänning.

19 § Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning.
Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.
Om det finns synnerliga skäl, får det beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket.
Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket. *Lag (2012:938).*

I SOSFS 2008:18, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångvård och rättspsykiatrisk vård*, står det att ett beslut om fastspänning endast får fattas av en chefsöverläkare. I *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* kan man läsa att en chefsöverläkare kan i sin tur delegera detta beslut till en psykiatriker (som även kan vara överläkare) som jobbar inom samma klinik (Socialstyrelsen, 2009:25).

En fastspänning ska vara så kortvarig som möjligt, max fyra timmar, och bör snarast ersättas med andra åtgärder. Personal ska vara närvarande under hela perioden som patienten är fastspänd (2009:51).

2.1.2 Regelverk kring dokumentation

I 2 § FPRV, står det – förutom att beslut om fastspänning och även skälen till fastspänning ska journalföras – att det är chefsöverläkaren som ansvarar för detta. Enligt samma förordning, 13 § FPRV ska en läkare som har fått i uppdrag att göra chefsöverläkarens uppgifter i detta hänseende, även dokumentera åtgärden.

2.1.3 Regelverk vid överskridande av fyra timmar

Socialstyrelsen (2009) menar att det kan finnas skäl för att, i vissa situationer, förlänga en fastspänning i över fyra timmar, men då ska det finnas synnerliga skäl och risken för allvarlig skada ska vara överhängande över en tid (Socialstyrelsen, 2009:52). Innan man kan besluta om en förlängning av fastspänning, måste den beslutande läkaren personligen komma till platsen och undersöka patienten (2009:50). Enligt 19 § LPT ska läkaren även utan dröjsmål underrätta Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

2.1.4 KVÅ-koder

Enligt SOSFS 2008:26, *Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret,* ska den som bedriver psykiatrisk tvångsvård lämna in uppgifter om patienter som befinner sig, eller har befunnit sig i deras avdelning under en viss period. Den som bedriver vården är, i det här fallet, landstingen. I dessa uppgifter ska det bland annat stå med vilka åtgärder som har använts samt hur många gånger de har använts, fastspänning är en av dessa åtgärder. Detta görs med hjälp av ett KVÅ-kodningssystem.

Arbetsgruppen för professionsgemensam samordning av åtgärdsregistrering inom psykiatrin (2012) har publicerat en rapport, *Baslista för KVÅ i psykiatrisk slutenvård.* I denna berättar man att KVÅ-koder – förkortning för klassifikation av kodåtgärder – började användas år 2009 inom den psykiatriska slutenvården (2012:1,12). Detta system används för att benämna olika former av åtgärder såsom fastspänning eller medicinering för att lättare kunna rapportera dessa till patientregistret. Statistiken som vi redovisar nedan är sammansatt med hjälp av detta kodsystem.

2.2 Statistik över fastspänningar

Socialstyrelsen (2015) har tillhandahållit oss med statistiska uppgifter ifrån fastspänningar som har gjorts år 2013. Denna statistik – likt den rapport vi har redovisat i problemformuleringen – anser Socialstyrelsen är problematisk och kan rymma mörkertal. Vi anser dock att det är viktigt i denna studie att få en bild över hur läget kring fastspänningar ser ut idag och detta är den enda statistik som finns att tillgå för det ändamålet. Det innebär dock att man inte kan dra några slutsatser utifrån statistiken mer än att det är dessa siffror som har rapporterats in av den slutna psykiatrivården runtom i Sverige.

Vi har bearbetat de tillhandahållna siffrorna och använt vissa för redovisning i diagram. Siffror som är mindre än tre – alltså kliniker som rapporterat tre eller färre fastspänningar, tre eller mindre patienter och så vidare – har anonymiserats av Socialstyrelsen. Vi har i efterhand

angett ett medelvärde på två för dessa siffror för att kunna göra diagram av statistiken. Detta innebär att siffrorna vi presenterar inte är helt i linje med det som rapporterats in till Socialstyrelsen, eftersom vi i vissa fall inte vet om det är ett, två eller tre av en variabel.

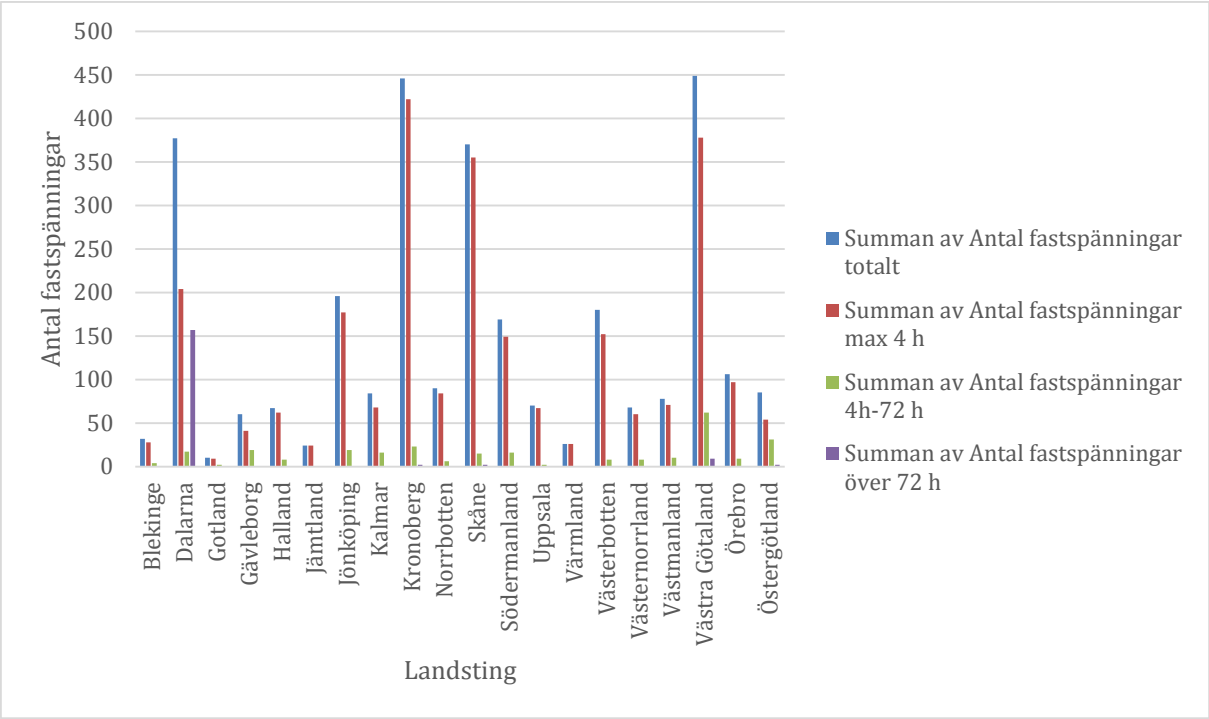
Det har rapporterats in cirka 15040 patienter runtom i landet, som har vårdats inom den psykiatriska slutenvården. Av dessa har ungefär 1440 patienter blivit fastspända, alltså ungefär 9 procent. Det har förekommit cirka 4180 fastspänningar under 2013 (Socialstyrelsen, 2015).

Socialstyrelsen redovisar tre olika tidsperioder för längden av patienters fastspänningar, detta görs med hjälp av KVÅ-kodning. Klinikerna använder olika koder för fastspänningar som varar mellan noll till fyra timmar, fyra och sjuttiotvå timmar samt sjuttiotvå timmar och över. Diagram 1.1 är en redovisning för antal fastspänningar som har gjorts runtom i landet år 2013 samt vilka tidssperioder det rör sig om. Den blå linjen representerar det totala antalet fastspänningar inom landstingen medan de andra färgerna representerar hur länge fastspänningarna varat i respektive landsting. Patienter kan återkomma i flera tidsperioder.

Vi har valt att bryta ut siffrorna ifrån Stockholms landsting i diagrammet och redovisa för dem i textformat istället, detta för att dessa siffror var mycket högre än hos de andra landstingen vilket påverkade synligheten i de andra staplarna. Stockholms landsting rapporterade ungefär 1188 fastspännningar totalt år 2013, 1174 fastspänningar som varade max fyra timmar och 35 fastspänningar som varade mellan fyra och sjuttiotvå timmar. De har inte rapporterat in några fastspännningar som varade över sjuttiotvå timmar. En anledning till att Stockholm sticker ut ifrån mängden i detta diagram kan vara att landstinget har en större patientproduktion än många andra.

Fastspänningar över 72 timmar kan vara lite problematiskt att läsa ut ur detta diagram det beror på att denna kategori rapporteras väldigt sällan in till Socialstyrelsen.

Diagram 1.1



(Källa: Socialstyrelsen, 2015)

I diagram 1.2 och 1.3 kan vi se hur många gånger de olika tidsperioderna har rapporteras in runtom i landet, under 2013. Diagram 1.2 visar hur många patienter som har rapporterats fastspända under respektive tidsperiod. Diagram 1.3 visar hur många gånger åtgärden har rapporterats in under respektive tidsperiod. En patient kan till exempel ha rapporterats fastspänd fem gånger i max fyra timmar. Då syns patienten en gång på det första cirkeldiagrammet och fem gånger på det andra, under tidsperioden fyra timmar. Patienter kan förekomma i båda tidsperioder.

Diagram 1.2

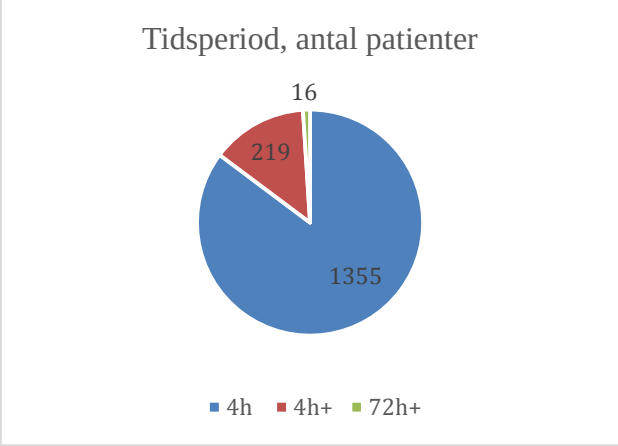
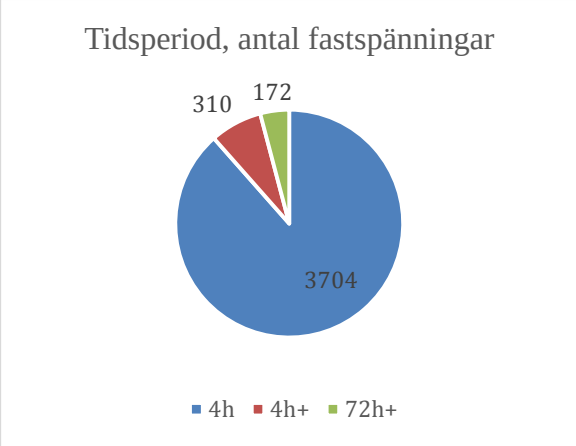


Diagram 1.3



(Källa: Socialstyrelsen, 2015)

Vi lämnar nu detta kapitel och går vidare till en orientering av tidigare forskning och studier. Kapitlets syfte har varit att måla upp en bild av hur fastspänningar reglereras samt hur ofta åtgärden rapporteras in. Regelverket som redovisar hur dokumentation av denna åtgärd ska se ut är en viktig del i studien och hjälper en att förstå stora delar av empirin vi senare presenterar. Vi tar även med oss att de utövare som är ansvariga för att dokumentera fastspänningar är överläkare, något som kan verka självklart just nu, men som kommer att problematiseras längre fram i studien.

3 Orientering av kunskapsläget

Det här kapitlet innehåller en redogörelse för den tidigare forskning vi tar med oss till vår analys av empirin, samt den diskussion vi har fört när vi har valt tidigare forskning.

Vi har i det här stycket försökt hitta ytterligare kunskap och inspiration, även ifrån det sociala området, med hänsyn till den diskussion vi har fört i problemformuleringen. Vi har alltså sökt efter tidigare forskning som har bedrivits både inom socialt arbete och inom vården, därefter har vi landat i att använda studier ifrån socialt arbete. Detta har gjorts eftersom vi har haft en önskan om att koppla vårt resultat till socialt arbete men främst har vi använt oss av dessa studier för att de har hjälpt oss att analysera empirin.

Vårt specifika studieområde är inte särskilt belyst och forskat kring, detta gäller även för området dokumentering av avskiljningar inom i socialt arbete. Vi har därför känt att vi har behövt bredda vår sökning. Nästa naturliga steg har, enligt oss, varit att hitta forskning som undersökt dokumenteringsprocessen inom LVM- och LVU-boenden respektive den psykiatriska slutenvården och här har vi funnit viss forskning. Mycket av den forskning vi har hittat på denna nivå fokuserar dock på de rättsliga aspekterna av området och berör snarare de legala aspekterna bakom utövandet av tvångsåtgärder och särskilda befogenheter än dokumenteringen av dessa. Nästa steg skulle vara att finna forskning som belyser dokumentering inom all socialt arbete respektive hälso- och sjukvård. Där finner vi desto mer forskning som vi kan ta del av, men som talar om dokumentering, och dokumentation, på en generell nivå.

De två studier som vi till slut har valt att redovisa är artiklar som belyser ämnet om dokumentering, och dokumentation, inom socialt arbete på ett generellt plan. Den första artikeln skriven av Reamer (2005) har vi tagit del av genom att söka på databasen SocIndex, via EBSCOhost. Där använde vi oss av flera sökord för att finna artiklar, ”social work” och ”documentation” använde vi när vi skulle finna just denna artikel. Vi använde oss av sökmotorns inställning ”peer-reviewed” för att säkerhetsställa artikelns legitimitet som vetenskaplig. Den andra artikeln skriven av Morén (1999) är en del av kursmaterialet till en av våra tidigare kurser.

3.1 Dokumentation som ett legalt hjälpmedel

Frederic Reamer (2005) har skrivit artikeln *Documentation in Social Work*, som handlar om dokumentationens utveckling inom socialt arbete i USA. Han talar om att många har adapterat

och anpassat dokumentation som ett viktigt verktyg för riskhantering i det praktiska arbetet. Ju mer information man har om en klient eller brukare, desto mer har man att stå på när man avväger nya behandlingar. Dokumentation fungerar även bra som en form av kommunikation om klientens problematik mellan professionella; jobbar en socialarbetare till exempel på ett sjukhus eller skola så kan klienten behöva träffa flera yrkesgrupper. Dokumentation kan i sådana fall underlätta så att alla som samverkar har en uppdaterad bild om hur det går för klienten. Dokumentation kan även användas som hjälpmedel för att på en större skala utvärdera och analysera olika program och behandlingar (2005:325).

Reamer menar att dagens socialarbetare har ett större etiskt och legalt ansvar än vad man haft tidigare, när det gäller att dokumentera (2005:327). Riktlinjer ifrån nationella organisationer och risken av att behöva försvara sina handlingar emot bl.a. stämningar om underlåtenhet har gjort att socialarbetare har utvecklat detaljerade och utarbetade standarder för att förhindra sådana situationer. Han sammanfattar dessa standarder i fyra kategorier som innefattar innehållet i materialet, trovärdighet, språk och terminologi samt vem som kan få tillgång till det dokumenterade materialet (2005:328). I dessa kategorier menar han att det finns flera delar som man som socialarbetare behöver ta hänsyn till, till exempel att inte överdokumentera då det kan skada klienten, men också att inte skriva för lite då det kan skada socialarbetaren om vissa kritiska steg i en eventuell behandling inte står med och granskas av en kommitté eller domstol (2005:329). Att inte dra slutsatser utan att ha med detaljer som stödjer dem. Att dokumentera i rätt tid; om man dokumenterar för långt efteråt kan trovärdigheten sjunka hos en tredje part som läser materialet men också att dokumentera innan något har hänt kan ses som dåligt då man i efterhand inte kan komplettera om oväntade händelser (2005:330,331).

Han påpekar att dokumentation idag inte är lika enkelt konstruerad som förr utan är mer sofistikerad och påverkad av nya etiska och legala standarder. Socialarbetare som jobbar med dokumentation idag har mindre påverkan på hur dokumentation ska utformas än förr. De måste gå till sina överordnande för att uttrycka sina åsikter och försöka nå förändring på ett sådant sätt (2005:333).

3.2 Dokumentationens roll

Stefan Moréns (1999) artikel, *Dokumentationens roll i socialt arbete*, belyser det faktum att dokumentation idag är mest ett redskap som används för legala och administrativa syften och att nyttan av dokumentation i det praktiska arbetet med klienten är outvecklad (1999:329). Morén menar att utvecklingen inom dokumentation har påverkats av förvaltningstraditionens

önskan av att ha kontroll och erbjuda rättssäkerhet för klienten (1999:330). Han anser att de legala och administrativa syften som upprätthålls i dokumentationstraditionen är viktiga men att ett alltför stort fokus på dessa aspekter hämmar dokumentationens utveckling inom det sociala arbetet. Morén frågar sig hur man kan utveckla en annan form av dokumentation som istället fokuserar på klienten och dennes personliga utveckling (1999:331). Han talar om ett biståndsperspektiv som han bygger på begreppet biståndsteori ifrån hans tidigare verk (1999:331,332). Med ett biståndsperspektiv vill han förändra synen på hur man använder dokumentation idag, ifrån ett legalt redskap till ett redskap som används för reflektion i arbetet med målgruppen. (1999:335,336). Han lyfter upp ett exempel ifrån ett reellt fall som han varit delaktig i. En kvinna han benämner som Jenny som fick, genom att vara delaktig i dokumenteringsarbetet, insikter i sina egna tankegångar och såg hur hon själv utvecklades ifrån möte till möte (1999:338).

Vi lämnar nu detta kapitel, vi tar med oss i bagaget att dokumentation kan ses som ett legalt verktyg, denna kan användas för att kontrollera och reglera professionellas beslut och handlingar inom verksamheten. Vissa tycker att detta sätt att se på dokumentation är föråldrat och att man ska finna nya sätt att dokumentera som involverar målgruppen och öppnar för reflektion i dokumenteringsprocessen. Vi går nu över till de teorier och teoretiska begrepp som används för att analysera empirin.

4 Teoretiska utgångspunkter

I det här kapitlet redogör vi för de teoretiska utgångspunkter vi har valt att använda oss av för att analysera vår empiri.

4.1 Normmodellen

Håkan Hydén (2002) definierar i sin bok, *Normvetenskap,* normer som ett beteende som anses vara normalt eller socialt accepterat av gruppen. Han menar att normer vägleder individens och gruppens handlande och om vi förstår den bakomliggande normen så kan vi möjligtvis också förstå handlandet (2002:14,15). Normbegreppet kan enligt Hydén förstås på två olika sätt, det kan vara en måttstock för normaliteten men det kan också ses som en handlingsanvisning eller regel (2002:15).

Ett annat begrepp Hydén använder sig av är rättsregler som han menar kan ses som en viss kategori av normer som har upphöjts och förstärkts. Det finns en viss skillnad på allmänna normer och rättsregler, enligt Hydén. Rättsregler kan vara allmänna normer men också en särskild normkategori med egna egenskaper (2002:270,271). Om en rättsregel inte etableras som norm av sig självt så kan man tillämpa sanktioner för att tvinga fram ett upprätthållande av rättsregeln. En rättsregel som norm är tydligare och mer strikt då den mäts och tolkas av jurister och domare, men denna strikthet kan också leda till att normen som upprätthålls av rättsregeln tappar sin flexibilitet, enligt Hydén (2002:271,272). En striktare rättsregel kan leda till att den och normen glider ifrån varandra. Om norm och regel avviker ifrån varandra kan det finnas en risk för att normen avviker ifrån rättsregelns anda och tänkta verkan (2002:272,273).

Hydén har tagit fram normmodellen för att kunna bryta ut normens komponenter och på det viset analysera normbegreppet samt gapet mellan systemets uppmaningar och den mänskliga tillvaron (2008:279). *Normmodellen* bygger på att normer har tre huvudsakliga förutsättningar, vilja, kunskap och systemmöjligheter (2002:280).

Viljan är en drivkraft för etableringen av normer, enligt Hydén (2002:282). Viljan kan i det här sammanhanget kopplas till vilka motiv som ligger bakom människans handlande, dessa är i sin tur kopplade till den individuella eller delade värderingar (2008:285).

Utan *kunskap* om både det sociala samspelet bland oss människor och om yttre system som behövs för att tillämpa normen så kan normen inte verkställas (2008:283). I det här sammanhanget är kunskap starkt kopplat till kognition, hur vi ser och uppfattar världen (2002:285).

De konkreta *systemmöjligheterna* att införa normen är också en viktig förutsättning, enligt Hydén. Han behandlar de naturliga och samhälleliga systemvillkoren som en faktor till vilka möjligheter och begränsningar som finns för en etablering av en norm (2008:283).

I vår studie är vi intresserade av både Hydéns normmodell och hans definition av rättsregler. Man kan se att dokumentering av fastspänningar är en norm som har upphöjts till rättsregel. Vi har också i problemformulering och bakgrund visat hur lagarna kring dokumentation har blivit alltmer omfattande, och dokumenteringsarbetet alltmer kontrollerat och oflexibelt. Det har blivit mer regler kring dokumentation vilket gör normen, att dokumentera, mer strikt och stringent. Om man håller med om denna uppfattning så kan det vara intressant att analysera normen utifrån det valda begreppsverktyget och se om Hydén har rätt att normen bryter sig ut ur rättsregelns tänkta tillvägagångssätt.

4.2 Organisationskultur

Michael Reed (1992) tar – i sin bok *The sociology of organizations* – en sociologisk ansats när han studerar organisationer. Han ger en översikt och bedömning av de mest inflytande tolkningarna som finns kring moderna och komplexa organisationer (1992:73). Reed talar om att dessa analytiska ramverk fyller bland annat uppgiften att de låter en dra slutsatser om organisationer vilket låter en förstå logiken bakom dem. Dessa ramverk utgår ifrån grundläggande antaganden om naturen av organisationer (1992:74).

En av dessa analytiska ramverk som Reed tar upp ser organisationer som symboliska konstruktioner och kulturella samfund. Detta perspektiv har flera grundantaganden, ett av dem är att organisationer bildats genom frambringandet av bland annat värderingar och ideologier (1992:103,104). Reed menar att ramverket föreslår att organisering sker via kulturellt utvecklande och transformation. I en organisation är kultur både en process och en resurs för att utveckla och omforma social interaktion (1992:104). Stadgandet eller bekräftandet av kulturen är beroende av vissa symboler såsom värderingar och ideologier (1992:105).

Vi lämnar nu teorin och tar dessa perspektiv med oss. Hydéns resonemang hjälper oss att förstå hur normen kan skilja sig ifrån rättsregeln och att rättsregelns strikthet kan påverka dess benägenhet att fortsätta och, i vissa fall, etableras som norm i det praktiska arbetet. Etablerandet av normen grundar sig på utövarnas kunskap, möjligheter och vilja, viljekomponenten är starkt kopplat till värderingar. Med Reeds tankar om organisationskultur kan vi se att vissa värderingar är viktiga för en organisation och är ofta delade mellan alla utövare. Om Hydéns resonerande öppnar upp för att utövare ibland går en väg som är emot

den tilltänkta rättsregeln, ger Reeds resonemang oss en öppning till att diskutera varför utövare väljer att gå den vägen. Vi går nu över till kapitlet som belyser de metodologiska överväganden som har gjorts i studien.

5 Metodologiska överväganden

I det här kapitlet ska vi tala om hur vi har resonerat kring den metod vi har valt i studien och hur vi har förhållit oss till metodens riktlinjer. Vi ska även tala om vilka övervägande vi har gjort i samband med studien.

5.1 Val av metod

Vi är alltså intresserade av att studera läkares beskrivning av dokumenteringsarbetet som görs kring fastspänningar. När vi valde metod för att utföra undersökningen så funderade vi först på vilken forskningsinriktning vi ansåg vara effektivast till att undersöka syftet i studien. Vi kom då fram till att göra en studie utifrån en kvalitativ forskningsinriktning. Alan Bryman (2011) förklarar i sin bok *Samhällsvetenskapliga metoder* att denna inriktning kan definieras på olika sätt. Den kvalitativa inriktningen kommer oftare på tal när man vill studera ord, såsom analys av berättelser eller blogginlägg. Kvalitativt inriktad forskning har en kunskapsteoretisk ståndpunkt vilket innebär att man tenderar att vilja förstå den sociala verkligheten utefter aktörernas uppfattning av den (2011:341). Den kvantitativa forskningsinriktningen förespråkar att den sociala verkligheten kan uppfattas objektivt, och att den går att förklara genom objektiva mätningar (2011:40, 155). Den kvalitativa forskningen vill förstå ett fenomen eller en uppfattad verklighet medan den kvantitativa vill förklara dessa. Vi ville främst förstå dokumentering av fastspänningar och ansåg oss behöva tala med de som utför denna dokumentering samt analysera deras berättelser för att uppnå detta mål. Därför ansåg vi att den lämpliga inriktningen för vår studie var av en kvalitativ sort.

Den kvalitativa forskningsinriktningen har flera metoder att välja mellan. Vi var mest intresserade av intervjumetoderna eftersom vi sökte efter läkares inställning och beskrivning av arbetsmomentet. Bryman talar om två olika metoder för att intervjua i den kvalitativa andan. Ostrukturerade intervjuer är en metod som kan ses som avskalad och låter informanten associera fritt kring ämnet (2011:414,415). Vi har dock valt att använda oss av den andra metoden, semi-strukturerad intervju, som har en viss flexibilitet men samtidigt håller struktur genom att forskaren har förvalda teman som tas upp (2011:415). Denna intervjumetod har erbjudit oss mer struktur vilket har underlättat arbetet med att analysera empirin och att jämföra utsagor mellan de intervjupersoner som deltagit i studien (2011:416).

5.2 Metodens förtjänster och begränsningar

En risk med semi-strukturerade intervjuer är att det ibland kan vara svårt som forskare att inte ställa ledande frågor. Detta kan möjligtvis mynna ut till att informanternas svar blir formade utifrån det forskaren vill komma fram till (Bryman 2011:369). Vi har tagit detta till oss och förhållit oss till denna risk när vi har framställt frågor och teman till våra intervjuer. Vi har i största mån försökt ställa objektiva och icke-ledande frågor.

Kvalitativt inriktade undersökningar har ofta induktiva egenskaper, vilket betyder att teorin genereras utifrån det data som undersökningen har samlat in (Bryman 2011:341). Denna aspekt tycker vi har varit en styrka i vår studie eftersom vi inte behövt låsa oss till förvalda hypoteser, dessutom kunde vi under studiens gång öppna upp oss för nya faktorer. Det medicinska området har varit en ny miljö för oss och det har funnits flera delar i denna som vi inte har haft kunskap om i början av studien. Den induktiva ansatsen har gjort att vi har kunnat vara öppna för ny information som vi inte haft i början av studien samt lättare kunnat anpassa oss till sådant som påverkat studiens riktning.

Två andra fördelar med att använda en intervjumetod i vår studie tas upp av Ulla Eriksson och Göran Ahrne (2011) i boken *Handbok i kvalitativa metoder*. Enligt författarna är intervjumetoder lämpade för att ta reda på hur grupper gör saker i praktiken och att undersöka personliga upplevelser av ett fenomen (2011:56). Dessa två fördelar som författarna tar upp stärker våra tankar om metodens lämplighet. Båda faktorerna som tas upp anser vi har varit väldigt relevanta i vårt arbete.

Eriksson & Ahrne talar om att intervjumetoder ger en begränsad bild av ett fenomen som inte kan generaliseras vidare till en större grupp (2011:56). Detta kan ses som en svaghet i metoden. Vi har dock funnit stöd till våra slutsatser i tidigare forskning, vilket har gjorts för att tala om ämnet på en större skala och inte bara begränsa oss till våra informanters beskrivning av fenomenet. En kvalitativ metod kan möjligtvis ge en begränsad bild men också en djup sådan. Detta har vi använt oss av i vår studie för att beskriva komplexiteten i ämnet.

5.3 Urval och undersökningspopulation

Bryman (2011) förklarar att en population i kvalitativt inriktad forskning är samtliga de enheter eller personer som befinner sig inom det område man vill undersöka (2011:179). Den population som varit intressant för oss är överläkare och specialistläkare inom psykiatriska slutenvårdskliniker i Sverige, eftersom det är de som ansvarar för dokumentering av fastspänningar.

I början av studien ville vi få tag på sex läkare, men i slutändan lyckades vi endast få tag på fem. Dessa består av fyra överläkare och en chefsöverläkare inom allmänpsykiatrin. Vi fick kämpa med att få tag på ett adekvat antal informanter. Redan innan vi började leta efter informanter förstod vi att detta kunde vara en risk och vi hade heller ingen tanke om att någon specifik grupp inom yrkeskåren skulle vara bättre lämpad än någon annan. Vi valde därför relativt snabbt att jobba med ett bekvämlighetsurval. Bryman (2011) tar upp ett exempel om en forskare som gjorde en studie i ett köpcenter och valde sina informanter genom att intervjua de personer som inte undvek honom (2011:195). Vi har haft en snarlik tanke i vår studie, vi har helt enkelt valt de informanter som inte undvikit oss. När vi väl fick kontakt med de första informanterna och intervjuade dessa försökte vi använda oss av ett snöbolls-urval. När intervjun var över så frågade vi informanten om denne kände andra läkare som skulle kunna tänka sig delta i studien (2011:196). Vi har även haft korrespondens med en läkare som inte har deltagit studien men som bidragit med information om ämnet. Denne har även bidragit med namn till andra läkare som skulle kunna vara lämpliga informanter i studien. Dessa två urvalsmetoder är inte helt främmande för varandra, ett snöbollsurval kan ses som en form av bekvämlighetsurval, enligt Bryman (2011:196). En risk som vi kan se med ett bekvämlighetsurval är att det möjligtvis har varit överläkare med visst intresse för dokumentering av fastspänningar som har ställt upp i studien. Denna faktor skulle i så fall ha kunnat påverka vår studie att gå åt en viss riktning. Vi tycker dock att risken för detta är liten och även om så är fallet så anser vi inte att studien skulle gått åt en annan riktning om bara läkare som inte alls har ett intresse för ämnet hade ställt upp.

5.4 Tillvägagångssätt

När vi började på den här studien så ville vi inledningsvis göra en flermetodsstudie, en studie som både hade en kvalitativt och en kvantitativt inriktad forskarmetod. Vi hade tänkt göra kvalitativa intervjuer tillsammans med en sekundär-analys som skulle analysera den statistik vi tar upp i bakgrundskapitlet. Vi stötte dock på problem eftersom dessa inriktningar för vissa argument som ibland kan vara direkt motsägande till varandra. Dessa två inriktningar går ibland att kombinera men i den studie vi har gjort ansåg vi att det för det första inte behövdes för att besvara vår frågeställning och för det andra komplicerade det studien mer än nödvändigt. Vi gick till slut tillbaka till problemformuleringen och med hjälp av denna funderade vi på vad vi egentligen ville undersöka. Vi kom fram till att vårt syfte med studien var av en kvalitativ sort och valde därför att fortsätta studien i denna anda. När vi väl var klara med denna omstrukturering började vi leta efter informanter till studien.

När vi hade funnit lämpliga kliniker samt nummer till dessa tog vi kontakt med verksamhetscheferna och förklarade ytligt vad vi ville undersöka. De i sin tur sa antingen ja eller nej till att motta ett informationsmejl ifrån oss som de sedan vidarebefordrade till de överläkare som ansågs vara lämpliga att delta i studien. Sedan tog vissa av dessa överläkare kontakt med oss och vi förklarade lite mer om studiens innehåll samt syfte. Vi har sökt efter informanter i två omgångar. I den första omgången tog vi kontakt med åtta kliniker där tre läkare ställde upp till att bli intervjuade. I den andra omgången sökte vi sex stycken och fick tag på två läkare till. Bryman berättar att det är svårt att veta hur många intervjuer man behöver göra för att känna en teoretisk mättnad (2011:436). Vi är medvetna om att det är relativt få informanter i vår studie, men vi anser att vi har uppnått en viss mättnad då många läkare har upprepat samma upplevelser främst i beskrivningen av det administrativa arbetet.

Samtidigt som vi letade efter informanter i den första omgången formade vi en intervjuguide utifrån vårt syfte. Som vi redan har diskuterat tog vi stor hänsyn i vår guide att frågorna skulle vara så öppna som möjligt och inte vara ledande, det var viktigt för oss att de frågor vi ställde skulle inbjuda till eget resonerande hos informanterna. Vi började varje intervju med att fråga läkarna om de kunde presentera sig själva. Detta gjorde vi för att påbörja intervjun med en neutral fråga och på så sätt få de att känna sig mer bekväma. Vi tog i det här skedet även ställning till hur vi ville att intervjun skulle gå till rent praktiskt. Vi kom fram till att en av oss skulle vara observatör och den andra intervjuare, observatörens främsta uppgift var att se till att alla teman togs upp och uppmärksamma om någon fråga glömdes bort.

Eftersom vi ville öppna upp för att överläkare ifrån vilken klinik som helst inom Sverige skulle kunna vara med i studien och vi ansåg inte det vara möjligt att resa runt i landet, valde vi att göra intervjuerna via telefon. Telefonsamtalen spelades in vilket informanterna gav samtycke till. Observatören hade också i uppgift att ta hand om tekniken vilket innebar rent konkret att se till att intervjuaren hördes av informanten och tvärtom. Intervjuerna varade mellan 35-50 minuter.

När det var dags att hålla den första intervjun utgick vi ifrån att det skulle vara en pilotintervju. Bryman berättar att en fördel med att göra en pilotstudie är att man kan avgöra hur bra frågorna och ordningsföljden av dessa är, eller om något behöver ändras på (2011:259). Vi värderade våra resultat i den första intervjun utifrån Brymans resonemang och gjorde mindre ändringar. Alla teman och frågor fick vara kvar men vi ändrade i ordningsföljden på två teman. Eftersom vi hade svårt att få tag på läkare och vi ansåg att den

första intervjun var väldigt lik de andra resultatmässigt tog vi beslutet att även använda oss av denna som en bas för vår empiri.

5.5 Bearbetning & Analys

Redan efter den första intervjun började vi arbetet med att transkribera. Fördelen med att spela in och sedan transkribera är att det underlättar att analysera vad informanterna har sagt samt att man kan lyssna på och läsa intervjun upprepande gånger (Bryman, 2011: 428). För att göra en bra och riktig bearbetning av materialet vi samlade in lyssnade vi först igenom materialet en gång för att få en helhetsbild av vad informanterna hade sagt. Därefter transkriberade vi materialet för att få en detaljerad utskrift av det som kom upp i samtalet. Bryman menar att forskaren genom en transkribering kan förbättra minnet av resultatet och dessutom underlättar för sig själv vid en noggrannare analys av densamma (2011:428).

Bearbetningen av det transkriberade materialet har skett i tre stadier först i minsta detalj, sedan har vi tagit ut det viktigaste och till slut skalat av det ännu mer. Detta för att få ut de delar som vi har ansett vara mest relevanta för studiens syfte och som kan svara på våra frågeställningar. Genom att ha transkriberat intervjuerna själva har vi lärt känna vårt material väl vilket har underlättat kodning och tolkning av materialet.

Efter transkribering kodade vi materialet utifrån det huvudsakliga temat. Vi fyllde sedan på med andra kategorier som vi ansåg vara relevanta och intressanta för ämnet. De tre teman vi har utgick ifrån var; en beskrivning av processen, inställningar och upplevelser, samt hur patienten kommer fram i dokumentationen. Vi kom fram till dessa teman genom att analysera sammanhang samt skillnader och likheter i läkarnas utsagor vilket gav oss en översiktlig bild av empirin och en djupare förståelse för den. Detta kallas för selektiv kodning.

De citat vi beslöt oss för att använda i analysen reviderade vi till en viss del, vi har exempelvis tagit bort intervjuarens ”mm”. Detta gjordes för att det skulle bli ett bättre flyt i citaten, och har utförts med stor försiktighet. Vid transkriberingen anonymiserades också materialet för att skydda våra informanter. Vi tog även valet att använda oss av påhittade flicknamn som börjar på bokstäverna A-E som fick representera läkarna. Detta gjordes för att inte förlora den mänskliga kontakten mellan läsare och informant. Vi ville även att man skulle kunna urskilja vilken läkare som har sagt vad.

När vi hade funnit intressanta teman och kopplingar i vår studie så letade vi efter en lämplig teori och gick även tillbaka till vår tidigare forskning för att revidera denna och se om litteraturen fortfarande var en relevant spegling av empirin. Efter att vår teori och tidigare forskning var färdigställd så gick vi återigen över till resultatet och tolkade denna. Med hjälp

av de begreppsverktyg vi nu hade, försökte vi förklara de fenomen vi såg och koppla de till varandra. När vi kände att vi var färdiga med vår analys gick vi återigen tillbaka till forskning och teori och såg om någon del hade missats eller om vi skrivit för mycket av någon del som inte tog stor plats i analysen. Detta gjordes för att anpassa teorin och kunskapsläget till resultat och analys.

5.6 Metodens tillförlitlighet

Reliabilitet och validitet är två begrepp som används för att se om undersökningens resultat är pålitlig (Bryman 2011:49). Dessa två begrepp har diskuterats inom forskarvärlden och många frågar sig om de passar in i den kvalitativa forskningsinriktningen. Vissa anser att man måste förändra deras innebörd för att kunna ställa samma krav på denna forskningsgren, andra anser att det krävs helt nya begrepp. Man har föreslagit två begrepp som alternativ för att kunna bedöma kvalitativt inriktad forskning, dessa är tillförlitlighet och äkthet (2011:351–353). Vi har valt att jobba med de alternativa begreppen eftersom vi har ansett att dessa är bättre anpassade till att bedöma kvaliteten av studien.

Begreppet tillförlitglithet består av flera kriterier; bland annat trovärdighet, pålitlighet samt möjligheten att styrka och konfirmera studien (2011:354). För att vi ska kunna vara trovärdiga i vår studie har vi strikt följt de regler som finns tillgängliga för att bedriva forskning. Vi har tagit varje citat i beaktning på ett sådant sätt att den kontextuella andan i det som sägs före och efter stämmer in med den åsikt vi har försökt framhålla. För att få en så pålitlig studie som möjligt har vi redogjort för studiens process och alla delar. Vi har i största mån låtit våra personliga värderingar kring ämnet stå åt sidan och redogör endast för det som vi finner är informanternas åsikter i resultatdelen. Vi har även valt att erbjuda tolkningar ifrån teori och annan forskning istället för att fritt spekulera när vi analyserar vår empiri.

Bedömningen av äkthet i denna studie har också flera kriterier, vi har fört en diskussion kring allihop men valt att endast redogöra för kriteriet om en rättvis bild. De andra kriterierna rör vilken effekt eller påverkan studien kan ha haft på informanterna. Då vi inte har intervjuat en utsatt målgrupp har vi ansett att dessa kriterier inte rör vår studie (2011:356). Vi har försökt uppge en rättvis bild av läkarnas upplevelser och uppfattningar kring ämnet. Vi har dock diskuterat sinsemellan om det någonsin går att uppfylla en helt rättvis bild av en grupp individer som har olika uppfattningar om hur denna rättvisa bild skulle kunna se ut. Vi anser inte att det finns ett rätt svar på denna fråga men vi har, under studiens gång, försökt att representera alla individers åsikter. Vi har bland annat beaktat att åsikterna är representativa för hela gruppen vid övervägandet av teman till resultatdelen. Vid de tillfällen då vi ansett att

materialet har varit tillräckligt intressant trots att inte alla håller med så har vi skrivit att åsikterna inte delas av alla informanter i gruppen. Vi har även tagit med båda sidor i de fall där informanternas utsagor har varit direkt motsägande till varandra.

5.7 Etiska överväganden

Etik är något som alla vet om vad det är men många har svårt att förklara. En förklaring till etik är att det är ett förhållningssätt gentemot ens medmänniskor (Hildur & Lövgren 2012:9). Etik kan ses som tanken om det acceptabla beteendet mot andra människor enligt samhällets mått. Vi har utgått ifrån Vetenskapsrådet (2002) riktlinjer i våra etiska överväganden. Vetenskapsrådet – som beslutar kring etiska frågor inom forskning – betonar individskyddskravet i rapporten, *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (2002:5). I rapporten belyser man fyra huvudkrav gällande det grundläggande individskyddskravet, dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (2002:6).

Informationskravet betonar att deltagare i studien ska vara informerade om studiens syfte och dess tillvägagångssätt, samt förutsättningarna för frivillighet i deltagandet av en studie (2002:7).

Samtyckeskravet kräver först och främst att informanten frivilligt ställer upp i studien och tar även upp att denna när som helst kan hoppa av studien om han eller hon vill (2002:9, 10).

Konfidentialitetskravet tar upp att alla deltagare ska i största mån vara anonyma och att all empiri ska avidentifieras (2002:12).

Nyttjandekravet belyser att det insamlade materialet inte får användas för något annat än den studie det är menat för (2002:14).

Under studiens gång har vi förhållit oss till alla dessa krav. Bland annat har vi varit noga med att informera våra informanter om vad studien handlar om i informationsmailet vi skickade ut till alla kliniker (se bilaga 3). Vi har även vid varje intervjutillfälle informerat läkarna om hur vi senare avidentifierade materialet och att materialet endast kommer användas till denna studie och sedan makuleras.

5.8 Arbetsfördelning

Eftersom vi båda har varit angelägna om att sätta oss in i ämnet och i studiens alla delar så har vi jobbat tätt ihop under hela denna period. På så sätt har vi lyckats kommunicera bättre och hela tiden kunnat diskutera det ämne den andra skriver om sinsemellan. Vi har hjälpts åt i de

analytiska delarna och i det konkreta skrivandet har vi fördelat olika kapitel av studien mellan varandra för att sedan låta den andra läsa och bidra till texten.

Vi lämnar nu denna diskussion om metodik. Som forskare måste man förhålla sig till alla delar som har tagits upp i detta kapitel, men som läsare är det viktigare att man är medveten om studiens ramverk, vilken metod som används, samt vilka begränsningar och styrkor denna metod innebär för studiens mål att besvara syfte och frågeställningar. Vi går nu över till en selektiv redovisning samt analys av studiens empiriska material.

6 Resultat och analys

Vi ska i detta kapitel redovisa vad vi anser vara de mest intressanta fynden i vår empiri och samtidigt analysera dessa med hjälp av den teori och tidigare forskning vi har redogjort för i tidigare kapitel.

6.1 Presentation

Våra fem informanter jobbar alla inom den psykiatriska tvångsvården, men på olika kliniker. Majoriteten är överläkare, förutom Dora som är chefsöverläkare och jobbar bakjour inom tvångsvården, vilket innebär att hon jobbar hemifrån på jour vissa nätter och helger. En annan läkare som sticker ut är Elvira som är dokumentationskontrollant, detta innebär att hon är aktiv i en grupp som kontrollerar att all dokumentation inom deras region är korrekt utförd enligt den standard de har.

Alla våra informanter, förutom Dora, börjar dagen med en rapportering om hur natten och föregående kväll har sett ut för att sedan gå på rond. Efter detta träffar majoriteten patienterna i kliniken, med utgångspunkt ifrån vad de har hört ifrån rapporteringen.

6.2 Beskrivning av processen

6.2.1 Beskrivning av dokumentationens delar

Utifrån beskrivningarna läkarna har gett oss har vi kunnat tyda tre olika moment i dokumenteringen som förs vid fastspänning. Dessa delar flyter ihop i många hänseenden men fyller separata funktioner i dokumentationen.

Dokumentering i journal har beskrivits på olika sätt, vissa har talat om två olika journaler som de skriver i, en patientjournal och en beslutsjournal. I beslutsjournalen samlar man alla beslut av tvångsåtgärder som har gjorts och i patientjournalen står det mer specifikt om patientens mående och historik. Alla våra informanter är överens om vilka delar som ska vara med i dokumentationen när man beslutat om fastspänning. Dessa delar benämns med olika namn av läkarna men har liknande innebörd och syfte.

- Händelseförlopp
- Motivering
- Alternativ

Händelseförloppet behandlar vad som föranledde fastspänningen, alltså en beskrivning av situationen före beslutet.

Motivering fokuserar på hur överläkaren kom fram till beslutet. Läkaren ska helt enkelt skriva en motivering till varför man beslutat om fastspänning.

> …det kan väl se lite olika ut men oftast är det en sammanfattning av situationen och varför det inte gick att hantera på annat sätt … sedan står det att överläkaren har fattat beslutet om bältesläggning och sen kanske det står att man har valt att ge någon medicinering i samband med detta och vad man i sådana fall har ordinerat för medicin.
>
> (Dora, chefsöverläkare)

Delen alternativ belyser antingen vilka åtgärder man har använt för att undvika en fastspänning, eller en beskrivning av varför man inte har kunnat använda andra åtgärder.

> …varför det inte var möjligt att använda mindre ingripande åtgärd. Alltså varför till exempel rumsavskiljning inte hade varit något alternativ. Varför bara tvångsmedicinering … utan fastspänning varför var det inget alternativ. Och varför inte man lyckats frivilligt att få patienten att ta någonting under den akuta situationen, det måste finnas med.
>
> (Elvira, överläkare)

Inrapportering av fastspänningar i över fyra timmar beskrivs som en process som görs på en separat blankett. En samlad bild av informanternas beskrivning om vad som ska finnas med i en sådan blankett är att det ska vara ytterligare motiverat till varför fastspänningen fortgår. Vissa talar också om att en förklaring till varför man inte kan prova alternativa åtgärder, såsom medicinering, borde finnas med. Denna blankett beskrivs som ett komplement till den dokumenteringen som görs i journalen och att journalen även ska innehålla det som står med i blanketten.

> …jag fattar ett beslut om att fastspänningen ska fortsätta utöver fyra timmar och dokumenterar det tillsammans med samma grad av dokumentation samma detaljkrav som när jag dokumenterar att fastspänning har påbörjats med tillägget att jag också skriver en liten bilaga till IVO ... där jag förklarar varför den här fastspänningen var mer än kortvarig … varför inte mindre ingripande åtgärder kunde användas och helt enkelt förklara med lite mer ord i slutmotivering. Varför det inte gick att göra på annat sätt.
>
> (Elvira, överläkare)

KVÅ-kodning tas upp av samtliga informanter, vissa nämner även att det görs nederst på samma journal där beslutet har tagits.

6.2.2 Skillnad på dag och natt

Eftersom alla läkare vi har talat med jobbar på låsta kliniker så behöver det även finnas bemanning på natten. Majoriteten nämner att det finns skillnader mellan dag och natt, alltifrån mindre bemanning till upplevd försämrad dokumentation nämns. Den enda läkare i vår studie som själv jobbar bakjour fördjupar sin beskrivning av skillnaden mellan dag och natt.

är det på jourtid så … våra överläkare finns i hemmet, då tillkallar man primärjouren det vill säga en underläkare som finns i huset, som kommer till avdelningen, gör en snabb check att allting är i sin ordning och som sen kontaktar sin bakjour för att diskutera ärendet och för att få ett formellt beslut om det här och sen är det primärjouren det vill säga underläkaren som dokumenterar vad vederbörande har sett och hört och att man har varit i kontakt med vilken namngiven överläkare som sedan har fattat beslut.

(Dora, Chefsöverläkare)

Dora berättar att det har förekommit diskussioner på hennes klinik om det är rätt att låta underläkare dokumentera fastspänningar under jourtid.

…det kan man diskutera och det här har vi diskuterat och en del säger att ja men det är väl inte okej, de borde ju bakjouren själv dokumentera det här, och då säger jag ja på ett sätt ja men bakjouren kan inte diktera detta hemifrån och ska vi lägga det på bakjouren att komma ihåg att diktera detta nästa gång vederbörande är på sjukhuset så kommer vi få en massa bortglömda diktat och vi kommer inte att få dem införda förrän det blir vardag igen om det skulle vara på helgdagar.

(Dora, Chefsöverläkare)

6.2.3 Beskrivning av övrig personals roll i dokumenteringsprocessen

Alla informanter nämner att överläkaren oftast inträder i en fastspänningssituation när patienten redan är fastspänd eller är på väg att bli fastspänd av personal som varit på plats. Informanterna berättar att när överläkaren inte är på plats så ”beslutar” övrig personal – såsom sjuksköterskor och vårdpersonal – om fastspänning med hjälp av nödvärnslagen i brottsbalken, eftersom det endast är läkare som får besluta om tvångsåtgärden fastspänning enligt LPT. Man berättar till oss att när en patient är fastspänd enligt nödvärnslagen måste personal skyndsamt kontakta överläkare som sedan får bedöma situationen och ta beslut om fastspänning på samma patient enligt LPT.

Men oftast så är det så att det är en situation som går överstyr på avdelningen, så att oftast går det ett larm … och vårdpersonalen är ju på plats först och det de gör är ju att utnyttja en form av nödrätt och nödvärnslag ... tills det är förankrat av en överläkare som har rätt att ta beslut men vi är ju inte alltid på plats när det händer. Så vi kommer oftast in … antingen när de precis har hamnat i bältet eller när man är på väg att lägga över någon i en bältessäng.

(Alma, överläkare)

Flera informanter berättar att man enligt nödvärnslagen endast får frihetsberöva en person under en kort period och att man i nödvärnslagen inte finner stöd till att fortsätta en fastspänning för behandling samt medicinering av en patient.

Vissa informanter berättar även att dokumenteringsprocessen påverkas av detta sätt att fastspänna en patient.

... den ena dokumentationen handlar om själva situationen och den står omvårdnadspersonalen för och den andra handlar om det medicinska tillståndet och själva beslutet om fastspänning.

(Dora, chefsöverläkare)

Om man tolkar LPT och LRV så talar dessa lagar om att det är överläkaren som ska besluta om fastspänning, och det gör dem enligt våra informanter. Men samtidigt beskriver dem att det finns en viss aspekt som inte står med i lagstiftningen. Nämligen att överläkare, inte i alla gånger men i vart fall vissa, tar beslut om fastspänning när patienten redan är fastspänd. Både lag och proposition säger att det är enbart chefsöverläkare eller överläkare som får besluta om fastspänning. Övrig personal får inte besluta om fastspänning enligt LPT och LRV, men det betyder heller inte att klinikerna begår ett brott. Läkarna ska i det här sammanhanget endast besluta om fastspänning som en behandlingsåtgärd. Övrig personal beslutar inte om fastspänning som behandling utan agerar i nödvärn och tar hjälp av bältessängen för att hindra patienten att skada sig själv eller andra.

En analys – av dessa utsagor och denna tankegång – utifrån Hydéns (2002) normmodell ger oss möjligheten att se detta som ett gap emellan rättsregelns tilltänkta tillvägagångssätt av normen; att överläkare ska besluta och dokumentera fastspänningar. Då är frågan om vi kan finna normkomponenter eller förutsättningar som gör att det finns ett gap mellan rättsregelns tilltänkta verkan och praktikens norm.

Viljan kan vi inte säga så mycket om, det är rimligt att anta att läkaren vill vara på plats när en patient fastspänns, både utifrån en önskan om att följa rättsregeln och en önskan om måna om patientens bästa. Den övriga personalens vilja, väljer vi att inte spekulera kring men vi anser att den också spelar en roll i det här sammanhanget.

Kunskapen om när det är rimligt att besluta om fastspänning finns hos båda grupper i det här fallet. Men om rättsregeln var tänkt att cementera att bara överläkare får besluta om fastspänning finns kunskapen hos denna kår, detta borde då rimligtvis inte stoppa en etablering av normen.

Vi argumenterar för att det är i systemmöjligheterna som rättsregeln finner en problematik att etableras till norm. Övrig personal finns det betydligt fler av, i en avdelning, än överläkare. Chansen, att en överläkare är i samma rum när en situation kräver beslut om fastspänning, är därför mindre än att annan personal finns där. Det är också rimligt att anta att personalen som är på plats vill lugna ned situationen så fort som möjligt. Det finns då möjligheter att avvika ifrån rättsregelns tilltänkta tillvägagångsätt och det finns dessutom hinder i möjligheten att rättsregeln ska etableras som den är tänkt.

6.3 Inställningar och upplevelser

6.3.1 Inställning till fastspänning

Samtliga informanter uppger generellt sett liknande åsikter kring fastspänningar. Alla anser att det är ett nödvändigt redskap inom den tvångspsykiatriska vården idag. Majoriteten anser även att människor som är utanför den psykiatriska tvångsvården har en negativ bild av fastspänningar. Inga läkare som nämner denna negativa bild för oss håller med om den.

> Jag vet att speciellt de som inte har jobbat med psykiatrin och även de som har jobbat i psykiatrin men som inte har sett den gruppen av patienter, de anser att fastspänning är ett primitivt sätt. Samtidigt kan jag inte säga att jag har träffat någon som har jobbat med den gruppen av patienter och har någon annan lösning. Så jag vet att vi inte har något annat verktyg att hindra patienten att skada sig själv och skada andra. Jag kan nämna flera, flera massor av patienter som har gjort vad som helst från att tugga glasbitar till att attackera oss med knivar … så i sådana situationer finns det inte någon annan lösning.
>
> (Cim, överläkare)

Majoriteten nämner också vikten av ett syfte bakom beslut om fastspänning. Vissa nämner det på ett generellt plan för alla fastspänningar, men vissa talar även om att varje individuell fastspänning ska utföras med ett bakomliggande syfte.

> …jag tror inte det är bra om man bara fastspänner en patient och inte gör någonting sen, att man bara väntar på det går över av sig själv. Det tycker jag är dåligt.
>
> (Cim, överläkare)

> …allting beror ju på varför man gör det, och på vilket sätt, och gör man det med respekt för individen och syfte att tjäna folk och liksom hjälpa dem. I en situation som naturligtvis inte är rolig.
>
> (Alma, överläkare)

Vi kan också utläsa en fokus på den tekniska aspekten hos våra informanter, man månar om hut åtgärden utförs för att inte skada patienterna. Återkommande teman hos de tillfrågade läkarna är; olika specifika tekniska aspekter och olika utbildningar man har gått för att förbättra vården och fastspänningsmomentet.

> …är det en del av denna utbildning att reflektera lite över vad kan vi göra för att inte trigga igång situationer för att få situationer som håller på att segla upp att inte bli några situationer … den andra är det mera fysiska där man lär ut metoder för att få minsta risk för skador och kunna hålla fast och lägga ner patienter och hur man gör det i samarbete med andra och hur man gör det för att få minimal risk för att personal ska bli skadad och minimal risk för att patienten ska komma till skada.
>
> (Dora, cheföverläkare)

Det analytiska ramverket Reed (1992) talar om ser organisationer som kulturella samfund och menar att organisationers kultur är beroende av samt grundas på kollektiva eller gemensamma värderingar. Dessa värderingar fungerar som symboler för denna kultur. Vi anser att våra

informanter delar en gemensam värdering som månar om patientsäkerheten. De tycker att åtgärden är användbar då de kan se nyttan den gör för patientens säkerhet.

> Det är mindre skadligt tror jag både för patienterna och för andra att man fastspänner de och kan använda den tiden då de är fastspända för att kunna medicinera dem och ge en tid tills medicineringen, tills den verkar så de blir lugnare…
>
> (Cim, överläkare)

6.3.2 Upplevelse av dokumentation som ett legalt redskap

Alla informanter anser att dokumentera fastspänningar är en viktig del av arbetet, främst för patientens skull. Denna ska kunna överklaga om den känner att ett beslut om fastspänning har beslutats på felaktiga grunder tycker de.

> Det är nödvändigt för att om patienten vill veta senare vad som hände eller om man överklagar sitt beslut då har man möjlighet att kunna se vad som hände egentligen och varför han fattat det här beslutet och på vilket sätt … så jag tror det är bra att våra beslut ska omprövas också.
>
> (Cim, överläkare)

Vi tolkar informanternas beskrivningar som tecken på Morén (1999) och Reamers (2005) förhållning till dokumentation som ett legalt redskap. Vi anser att det i det här sammanhanget finns en koppling mellan dokumentering inom socialt arbete och dokumentering inom tvångspsykiatrin. Informanterna beskriver dock dokumentation som nödvändig främst inför patientens legala rättigheter, vilket skiljer sig till viss del ifrån Reamers tankegångar om att dokumentation främst är viktig för att skydda den professionella emot stämningar.

6.3.3 Upplevd problematik med att dokumentera

Alla informanter beskriver att dokumentationen är viktig främst för patientens legala rättigheter, men de skiljer sig i sitt ställningstagande om processen att dokumentera. Vissa uppger att dokumentationskraven är rimliga.

> …om man inte vårdar sociallagstiftningen och hedrar den och använder den som det är tänkt så ingår man i olaga frihetsberövanden … och jag är kanske inte tillräckligt luttrad än och har inte jobbat med den enorma tidsnöd och överbelastning som många andra har gjort … jag tycker väl det är rimligt liksom …
>
> (Alma, överläkare)

Andra upplever att det kan vara problematiskt att dokumentera i vissa hänseenden. Vissa av våra informanter tycker att det ibland tar för lång tid.

> …man har till exempel två timmar för att träffa flera patienter och flera av de här patienterna, är aggressiva eller behöver … de är vårdkrävande på något sätt. Då kommer man inte ihåg allt och man hinner inte dokumentera allt, så man behöver på något sätt begränsa sig till vad som är viktigast … det ska alltid finnas något som är

dokumenterat även om det är kort och det är bättre än att det inte finns någonting alls, och sen utifrån hur mycket vi hinner … vi gör så gott vi kan.

(Cim, överläkare)

Om man ska analysera dessa utsagor med hjälp av Hydéns normmodell så anser vi att problematiken som lyfts upp av vissa informanter handlar om en problematik i systemmöjligheterna. Rättsregeln, att dokumentera fastspänningar, vill implementera normen att överläkare ska dokumentera beslut om fastspänning utefter förutbestämda krav. Kunskapen finns hos läkarna, både hur det ska gå till i stora drag och kunskapen om nyttan att dokumentera, vilket vi anser påverkar värderingarna och viljan att dokumentera. Informanterna känner dock av en tidspress och har då inte samma möjlighet att dokumentera utefter de krav som finns. Tid är i det här sammanhanget en systemmöjlighet som påverkar läkarnas förmåga att kunna etablera normen, att dokumentera fastspänningar.

6.3.4 Beskrivning av prioriteringar

Flera informanter talar om vikten av att vårda patienten vid fastspänningsmomentet. Flertalet beskriver också att den konkreta vårdsituationen prioriteras före dokumenteringsmomentet.

Mycket är ju så att man fattar beslutet i huvudet sen har man kriterier uppställda och sen tar man hand om det akuta i situationen först … och att informera patienten upplever jag som viktigare än att föra in det i journalen. Sen är det ju jätteviktigt att det kommer in i journalen. Men det behöver inte ske momentant, medan patienten måste ju informeras om vad som händer och det måste ske där och då.

(Alma, överläkare)

Vi tolkar återigen dessa utsagor med hjälp av Hydéns normmodell. Vi anser oss se två rättsregler i det här sammanhanget. Den ena rättsregeln månar om den direkta vården, att överläkaren ska bedöma en situation, besluta om fastspänning och se till att den sköts på ett ansvarsfullt sätt. Den andra rättsregeln berör den administrativa världen, att man dokumenterar en fastspänning utefter förutbestämda krav. Båda dessa rättsregler är tänkta att implementeras till normer i det praktiska arbetet, alltså uppgifter läkarna regelbundet ska utföra. Vi anser att rättsreglernas tilltänkta normer problematiseras i tidsaspekten vilket kan ses som en systemmöjlighet. Om det uppstår en situation då tid är en bristvara behöver läkarna prioritera mellan vilken av dessa två uppgifter som ska få mest uppmärksamhet. Vi anser att prioriteringen görs utifrån viljekomponenten som är enligt Hydén starkt kopplad till värderingar, både personliga och gemensamma. En gemensam värdering hos våra informanter är den om att måna om patientens vårdbehov och säkerhet. En annan värdering som vi kan utläsa ifrån empirin är att dokumentation är viktig för patientens legala rättigheter. Vi anser

att man i det här fallet prioriterat mellan dessa två värderingar när man avvägt vilken uppgift som är viktigast att utföra vid tillfällen då tiden inte räcker till. Informanterna prioriterar den direkta vården före dokumentering, vilket vi menar, också är en prioritering av värderingen som månar om patientens säkerhet och vårdbehov före patientens legala rättigheter.

> … så dokumentation är nödvändig … lagen kräver detta, det finns inget annat att säga. Men det är bättre för mig att samtala i lugn och ro istället för att gå … och dokumentera en halvtimme, som man kan använda till andra saker som ger mer mening åt patienten.
>
> (Bea, överläkare)

6.3.5 Upplevelser och inställningar till KVÅ-kodning

Alla informanter berättar att deras kliniker använder sig av KVÅ-koder. Men deras utsagor skiljer sig i beskrivandet om vem som sköter kodningen i kliniken. Vissa säger att de journalför detta själva och vissa säger att KVÅ-kodningen sköts av sekreterarna i kliniken. De som nämner att deras sekreterare tar hand om kodningen nämner också att de upplever att kodningen sköts på ett bra sätt.

En informant uppger att hon själv dokumenterar kodåtgärder och tycker att det är problematiskt med kodningen;

> Och sen brukar jag inte komma ihåg de här koderna och det finns någon lapp någonstans men den är kanske inte tillgänglig vid den diktafon som jag använder. Sen finns det olika KVÅ-koder det är inte bara att man dokumenterar fastspänning utan det är läkemedelsändringar, det är KVÅ koder när man samlar in information ifrån anhöriga...
>
> (Cim, överläkare)

Denna upplevelse av saknad kunskap för hur kodningen ska användas anser vi vara representativ för gruppen som en helhet. Elvira vars klinik använder sig av sekreterare för att KVÅ-koda säger såhär;

> … jag måste säga att det funkar bättre om man överlåter det till dem som är proffs och administratörer att dokumentera, då blir det mer av bestämmelserna av vad man kan utläsa ifrån journalen av vad som faktiskt har hänt än vad det blir om man som glad amatör på administrationsområdet försöker dokumentera …
>
> (Elvira, överläkare)

Om man ska tolka detta utifrån Hydén och normmodellen så kan vi se att informanterna anser att kunskapsförutsättningen fattas för att etablera normen, att KVÅ-koda. Som vi tidigare redovisat är det klinikernas ansvar för att KVÅ-kodningen ska skötas. Lagen nämner inte specifikt en yrkesgrupp och det är fritt för kliniker att tolka vem som ska sköta kodningen på egen hand. Det innebär att det finns en laglig öppning för att sekreterare ska kunna sköta denna del av dokumenteringen.

6.4 Patientmedverkan

Majoriteten av de tillfrågade läkarna beskriver vad vi benämner som uppföljningssamtal, detta har dock nämnts med olika namn av olika deltagare. Själva syftet med samtalet benämns lika hos alla som berättar om det, att patienten ska få komma till tals om vad som hände under fastspänningen.

> Det vill säga uppföljande samtal efter tvångsåtgärder … till exempel analysera vad tror du är orsaken till att du spänns i fast bälte … att man förklarar tydligt varför man blivit bältad och … hur han upplevde detta, eller hon, under tiden de blev bältade och hur personal behandlat patienten under den här tiden om de har känt smärta och obehag och om det kändes som ett övergrepp.
>
> (Bea, överläkare)

Läkarna beskriver att samtalet äger rum efter att en fastspänning har utförts. Någon ifrån personalen som har varit med under fastspänningen sätter sig ned med patienten och går igenom vad som hände under den aktuella händelsen. Den samlade bilden av informanternas utsagor ger oss tre delar i själva samtalet. Första delen av samtalet fokuserar på hur patienten har upplevt situationen. I den andra delen så går man tillsammans igenom den dokumentation som förts kring den aktuella fastspänningen och för en diskussion kring den. I den tredje delen diskuterar man hur personalen har uppfattat situationen och varför personalen har beslutat att fastspänna patienten.

Vi tolkar detta samtal utifrån Moréns tankar kring ett biståndsperspektiv i dokumentation. Vissa beståndsdelar, ifrån Moréns resonemang, beskrivs av informanterna, såsom att interagera patienten i sin egen vård och behandling genom att uttrycka sina åsikter om redan etablerad dokumentation och på det viset göra behandlingen mer individuell.

> I den allra bästa av världar så kommer man, i ett sånt samtal, fram till att kanske, att det som hände var riktigt agerat men att om man hade gjort så här och så här så hade man kanske kunnat undvika den här fastspänningen … en del patienter är ganska kloka i efterhand och kan se att, ja jag gjorde fel där men om ni hade hjälpt mig på det här sättet så hade jag kanske klarat av att må bättre, och då kan man ju dokumentera detta, det är ju väldigt viktig dokumentation, att få fram dem här åsikterna.
>
> (Dora, chefsöverläkare)

Morén menar att man måste ta ett avstånd ifrån den gamla synen på dokumentation, vilket inte riktigt har gjorts i verksamheten. Men man har lyckats inkorporera vissa tankar och idéer ifrån biståndsperspektivet i det redan befintliga legala perspektivet på dokumentation genom införandet av uppföljningssamtal, enligt oss.

Vi avslutar nu det här kapitlet där resultatet av vår studie har redovisats samt analyserats. Allt som tas upp i detta kapitel anser vi ha ett värde, men det man kan ta med sig till vår avslutande diskussion är överläkarnas förhållning till dokumentation och deras åsikt om att

man prioriterar patientens vårdbehov före dokumenteringsarbetet. Vi går nu över till att diskutera våra slutsatser av studien.

7 Slutdiskussion

I det här kapitlet ska vi sammanfatta studien samt diskutera våra fynd och slutsatser. Vi ska även belysa andra områden inom ämnet som skulle kunna vara intressanta att forska vidare på.

Syftet med denna studie har varit att undersöka hur dokumentering av fastspänning kan gå till och hur överläkare kan förhålla sig till detta moment i arbetet. Våra frågeställningar har fokuserat på hur läkare beskriver dokumenteringsprocessen samt vilka upplevelser och inställningar man har till detta moment. En samlad bild visar oss att våra informanter har upplevt både nytta och problematik i att dokumentera fastspänningar. Vi har märkt att betoning på nytta har legat i slutprodukten av dokumentering, journalen eller dokumentet, medan problematiken har beskrivits ligga i själva arbetsmomentet, att dokumentera.

7.1 Diskussion om fastspänning

Vi har valt att ta upp själva åtgärden – fastspänning – eftersom vi anser den vara relevant för studien. Bilden av läkarnas inställningar till dokumentering av fastspänningar har inte varit komplett utan en redogörelse för deras inställningar av åtgärden. På samma sätt är vår diskussion om dokumentering av fastspänningar inte komplett om vi inte först för en diskussion kring inställningar till fastspänningar.

En svart och vit bild ger oss två läger som går emot varandra i frågan, ett läger som förespråkar att fastspänningar ska få användas inom psykiatrin och ett som förespråkar att åtgärden ska tas bort. I dessa finns dock flera andra, mer nyanserade, åsikter som förespråkar en väg mitt emellan dessa två motpoler. Om man tar våra informanter som exempel vill de att åtgärden ska finnas kvar men de är också medvetna om nackdelarna med den, vissa ser åtgärden som ett nödvändigt ont. Stacey Tovino (2007) tar upp, i sin artikel *Psychiatric restraint and seclusion*, åsikter som liknar våra informanters ställning i frågan. Tovino menar att vissa förespråkare för att behålla åtgärden ser faran i den, främst i de psykologiska negativa följder som kan uppkomma hos patienten. Men de anser att åtgärden ändå är nödvändig och effektiv för att undvika skador och minska oro i en miljö där patienter uppvisar allvarliga psykiska störningar (2007:531). Våra informanter nämner även att vissa samhällsröster ser negativt på denna åtgärd och vill att den ska tas bort. Tovino talar om att vissa förespråkare för att ta bort åtgärden anser patienter får alltför negativa och

ångestframkallande upplevelser av fastspänningar. De negativa följderna anses, enligt dessa förespråkare, väga över de positiva effekterna som åtgärden kan ge (2007:532).

Tovino menar att åtgärden är kontroversiell eftersom två viktiga värderingar inom vården går emot varandra i denna fråga. Patientens säkerhet och patientens självbestämmanderätt. Domstolar har beslutat att kliniker och dess professionella utövare har ett ansvar över patienten och måste se till att denne inte skadar sig själv eller andra människor. I situationer där patienter har blivit fastspända har professionella tagit ansvar för patientens säkerhet men också förminskat patientens självbestämmanderätt. De samhällsröster som är emot fastspänningar anser att fördelarna inte väger över självbestämmanderätten, enligt detta resonemang (2007:559-561).

Vi har tidigare diskuterat att hälso- och sjukvården, som organisation, kan innehålla en kultur, med värderingar och ideologier som symboler, vilket driver organisationen och cementerar dess nytta (Reed, 1992:103-105). En av de mest grundläggande värderingar som finns inom Hälso- och sjukvården är individens livsvärde. Denna värdering har drivit fram institutionaliserandet av Hälso- och sjukvården. Den väger tungt inom organisationen och hjälper aktörerna att göra val såsom att fastspänna eller inte. Patientsäkerheten är då väldigt viktig i dessa miljöer då den månar om livsvärdet. I vår problemformulering diskuterar vi att patientens självbestämmanderätt ryms i lagen, HSL, och även denna värdering är en vägledande markör för Hälso- och sjukvården. Vi anser dock att våra informanter prioriterar patientsäkerhet före självbestämmanderätt eftersom värderingen om att rädda liv som är en stark symbol för hela institutionen väger över, i det här fallet.

Organisationer som kulturer är en term som lånar begreppet kultur ifrån samhällen. Alla samhällen har symboler, ideologier och värderingar som även driver fram dessa. En grundläggande värdering i vårt samhälle är individens rätt till frihet. Det är en värdering som enar många delar av den västerländska kulturen. De samhällsröster som vill motverka fastspänningar genom att värna om individens självbestämmanderätt anser vi finner sitt stöd i denna värdering.

7.2 Diskussion om dokumentering av fastspänningar

Vi har tidigare diskuterat att våra informanter värderar den direkta patientvården före dokumentering. Tovino (2007) tar, i samma artikel, upp en diskussion om legalism kontra medikalism, två begrepp som hon lånar ifrån Phil Fennel. Begreppet legalism används i det här sammanhanget för att beskriva de stränga rättsregler och krav som ställs på psykiatrin. Det är ett formalistiskt perspektiv som säger hur professionella inom psykiatrin ska uppträda

och som inte lämnar rum för individuella tolkningar. Legalism förespråkar att utövare ska följa lagen till punkt och pricka istället för dess anda. Kritiker till legalism menar att perspektivet påverkar de professionellas handlingsfrihet till förmån för patientens rättigheter (2007:564). Medikalism, eller antitesen till legalism, vill istället frigöra psykiatrin och dess utövare ifrån för mycket reglering. Den värderar utövarnas professionella omdöme högt och uppmuntrar dessa att ta de beslut som utgör minst skada för deras patienter. Kritiker till medikalism ser perspektivet som paternalistiskt (2007:565). Tovino menar att kontroversen kring fastspänningar gör sig bättre förstådd genom dessa perspektiv. Många som förespråkar patientens självbestämmanderätt har som mål att reducera fastspänningar. Ett sätt att uppnå dessa mål är att genom regleringar och rättsregler påverka så att patienternas grundläggande rättighet om autonomi upprätthålls (2007:565). Medikalister kan tycka att professionella är de som är bäst lämpade att bedöma om en fastspänning behövs i det aktuella läget med basis av patientens historik och diagnos. De menar att man måste lita på den professionellas kompetens och tolkning av situationen. Medikalister tror att man inom vården använder sig av fastspänning i syfte att skydda patienten medan legalister kan tro att åtgärden snarare används för att kontrollera patienten (2007:566).

Vi har i vår studie dragit många paralleller mellan dokumentation och rättsregler. Det är bland annat i denna handling som man på en strukturell nivå ofta bedömer professionellas handlingar. Reamer (2005) diskuterar dokumentation som ett legalt hjälpmedel inte bara för målgruppens bästa utan även som ett redskap för att kontrollera de professionella utövarnas handlingar i den valda situationen (2005:328). Vi argumenterar för att legalister även ser ett värde i dokumentation som ett sätt att kontrollera hur utövare hanterar fastspänningar. I till exempel Barnombudsmannens (2014) rapport skrivs det att man inte får tillräcklig insyn i verksamheten om dokumentation inte håller den standard som krävs av lagstiftningen och då blir det svårare att granska denna (2014:97).

Vissa som förespråkar att fastspänningar är nödvändiga menar även att man måste ha en viss tillit till de som jobbar med åtgärden och låta dessa bedöma individuella situationer utifrån deras erfarenhet och kompetens. Vissa som förespråkar att fastspänning är mestadels negativt vill genom reglering ha kontroll och insyn på hur läkare jobbar med åtgärden. Vi anser att båda dessa sidor har sina poäng, självklart är det viktigt att patienten i största mån får bestämma över sin egen kropp men vi ser även en vikt vid att ingen kommer till skada. Det är även viktigt att ha viss insyn kring hur man på lokal nivå tillämpar åtgärder, speciellt om de är integritetskränkande. Men när kraven på insyn påverkar den professionelles arbete i en sådan

grad att denna måste välja mellan patientvård och att uppfylla dessa krav, då kan man fråga sig om kraven fortfarande är rimliga.

Slutligen vill vi tillägga en not om den koppling vi ser till samma område inom socialt arbete. Vi har under studiens gång sett samma krav på insyn och samma problematik av dokumentation inom socialt arbete som den vi redovisat för slutenvården (Reamer, 2005:328, Statens institutionsstyrelse 2009:13). En undersökning, med utgångspunkt ifrån vår studie, inom socialt arbete anser vi skulle kunna vara av intresse för vidare forskning.

Referenslista

Baslista för KVÅ i psykiatrisk slutenvård gällande fr.o.m. 2013-01-01 (2012) Stockholm: Arbetsgruppen för professionsgemensam samordning av åtgärdsregistrering inom psykiatrin. Tillgänglig på internet: http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/Documents/Baslista-KV%C3%85-slutenv%C3%A5rd-2013.pdf/

Belcher, John R. (1989) On becoming homeless: a study of chronically mentally ill persons. *Journal of Community Psychology* 17, 2, 173-185.

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder.* Malmö: Liber AB upplaga 2.

Bryt tystnaden: barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa. (2014). Stockholm: Barnombudsmannen
Tillgänglig på internet:
http://www.barnombudsmannen.se/Global/Publikationer/bryttystnaden_web%20slut.pdf/

Bättre vård - mindre tvång?: utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården. (2013). Stockholm: Socialstyrelsen

Crane, M (1998) The associations between mental illness and homelessness among older people: an exploratory study. *Aging & Mental Health* 2, 3, 171-180.'

Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. (2014). Stockholm: Socialstyrelsen
Tillgänglig på internet:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19453/2014-5-19.pdf

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2011) Intervjuer I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [Elektronisk resurs]. (2002). Stockholm: Vetenskapsrådet
Tillgänglig på Internet: http://www.cm.se/webbshop_vr/pdfer/etikreglerhs.pdf/

Hydén, Håkan (2002). *Normvetenskap*. Lund: Sociologiska institutionen, Univ.

Kalman, Hildur & Veronica Lövgren (2012) ”Etik i forskning och etiska dilemman” I Kalman, Hildur & Veronica Lövgren (red.) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård: handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) (2009) Stockholm: Socialstyrelsen
Tillgänglig på Internet:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8336/2009-126-114_2009_126_114.pdf
SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen* Stockholm: Justitiedepartementet

SFS 1990:52 *Lagen om särskilda bestämmelser för vård av unga* Stockholm: Justitiedepartementet

SFS 1988:870 *Lagen om vård av missbrukare i särskilda fall* Stockholm: Justitiedepartementet

SFS 1991:1128 *Lagen om psykiatrisk tvångsvård* Stockholm: Justitiedepartementet

SFS 1991:1129 *Lagen om rättspsykiatrisk vård* Stockholm: Justitiedepartementet

SFS 1982:763 *Hälso- och Sjukvårdslagen* Stockholm: Justitiedepartementet

Socialstyrelsen (2015) Socialstyrelsens egna statistik, ej publicerad.

SOSFS 2008:18 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* Stockholm: Socialstyrelsen

SOSFS 2008:26 *Socialstyrelsens föreskrifter om rapporteringsskyldighet till patientregistret* Stockholm Socialstyrelsen

Statens institutionsstyrelse *Uppdrag att göra en översyn av avskiljning m.m.*(2009) Stockholm: Socialdepartementet
Tillgänglig på internet: http://www.stat-inst.se/Documents/lvu-vard/slutredovisning-uppdrag-att-gora-en-oversyn-av-avskiljning-mm.pdf

Sverige. Psykiatrilagsutredningen (2012). *Psykiatrin och lagen: tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd : betänkande*. Stockholm:
Tillgänglig på Internet: http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/189660

Swartz, James A. & Arthur J. Lurigio (2005) Detecting serious mental illness among substance abusers: use of the K6 screening scale. *Journal of Evidence-Based Social Work* 2, 1/2, 113-136.

Swendsen, Joel, Kevin P. Conway, Louisa Degenhardt, Meyer Glantz, Robert Jin, Kathleen R. Merikangas, Nancy Sampson & Ronald C. Kessler (2010) Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addiction*, 105, 6, 1117-1128.

Teachman, Bethany A., Joel G. Wilson & Irina Komarovskaya (2006) Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 1, 75-95.

Tovino, Stacey A. (2007) Psychiatric restraint and seclusion: resisting legislative solution *Santa Clara law review* 47, 3 511-571.

Bilaga 1

Bild på en bältessäng.

(Källa:http://www.dn.se/kultur-noje/konst-form/arskronika-konst-konstnaren-som-mediefenomen/)

Bilaga 2

Intervjuguide

Teman och frågor

1. **Bakgrund**
   - Kan du presentera dig?
   - Hur ser en vanlig dag ut för dig på jobbet?
2. **Processen**
   - Kan du berätta om senaste gången du var med och beslutade om fastspänning på en patient?
3. **Hinder och möjligheter**
   - Kan du beskriva en situation då allt går fel?
   - Kan du beskriva idealsituationen?
4. **Upplevelse och inställning**
   - Upplever du några förändringar i ditt dagliga arbete under de senaste åren när det gäller dokumentering av fastspänning?
   - Vad är din personliga åsikt kring fastspänning?
   - Vad är din personliga åsikt kring dokumentering och inrapportering av fastspänningar?

Bilaga 3

Informationsmejl

Hej!
Vi är två studenter ifrån Socialhöskolan i Helsingborg, som heter Manuel Henriquez och Frida Asterhag. Vi skriver just nu en kandidatuppsats kring ämnet rapportering, dokumentering och registrering av fastspänningar. Vi försöker nå kliniker inom slutenvården där en eller möjligtvis två överläkare skulle kunna ställa upp på en halvtimmes intervju via telefon. Nedan står lite mer information om själva studien och inom vilka former den skulle ske.

Som sagt så söker vi att intervjua en eller två läkare ifrån er klinik. Vi fokuserar studien på läkarens upplevelse och inställningar av den dokumentering som förekommer vid fastspänningar.

- Vilken inställning har man kring dokumentering av fastspänningar?
- Vilka upplevelser har man av dokumentering?
- Hur ser man på den konkreta processen ifrån beslut till dokumentering, registrering och rapportering?

Intervjun baseras på teman som vi formulerar till en fråga och sedan låter läkaren få tala fritt om sina åsikter och upplevelser i ämnet. Vi kräver alltså inget ifrån läkarna som vill vara med i studien förutom en halvtimme av deras tid. Självklart så är deltagandet i studien helt anonym, varken er klinik eller ni personligen kommer att namngivas. Ni kan när som helst avsluta ert deltagande och vi skickar gärna ut ett exemplar till er när uppsatsen är publicerad.

Vi hoppas innerligt att någon känner sig manad att ställa upp! Vi är nu inne på slutet av vår empiri-insamling och vi skulle gärna vilja ha intervjun så snabbt ni har möjlighet. Helst under denna vecka (alltså vecka 19) om ni kan finna tiden. Har ni några frågor eller funderingar så får ni jättegärna kontakta oss på nummer 0720118508 eller via mejl manuel.henriquez.739@student.lu.se.

Många hälsningar, Manuel och Frida.