

Personalens hållning till oacceptabla känslor och beteenden i möten med vårdtagare

**Bo Kahnberg
Leg. Psykolog**

**Handledare
Kjerstin Almqvist
Landstinget i Värmland**

Innehållsförteckning

Förord.....	3
Sammanfattning	4
Inledning	5
Metod	13
Resultat	17
Diskussion.....	28
Referenser	37
Bilagor.....	38

Förord

Denna uppsats har tillkommit som vetenskapligt arbete inom specialistutbildningen för psykologer. Utgångspunkten för studien är egen lång erfarenhet inom omsorgsverksamheten för funktionshindrade, främst psykiskt utvecklingsstörda och flerhandikappade personer. Denna erfarenhet har många gånger aktualiserat frågor kring förakt för svaghet och utanförskap och förnekande av egna känslor vilka uppfattats som oacceptabla. Därtill har studier av litteratur inom området visat på en påtaglig frånvaro av beskrivningar av sådana ovälkomna reaktioner varför ämnet inbjudit till denna studie.

Arbetet har genomförts parallellt med praktiskt psykologarbete och författaren vill härmed uttrycka ett stort tack till verksamhetschef Gunnel Alexanderson för uppmuntran och stöd. Ett stort tack till psykolog, psykoterapeut och docent Kjerstin Almqvist för den tålmodiga handledningen som varit förutsättningen för detta arbete. Slutligen är jag också stort tack skyldig de intervjupersoner vilka så uppriktigt bidragit med sina tankar och erfarenheter. Förhoppningen är förstås att i någon mån bidra till ett värdigare liv för huvudpersonerna för denna studie: personer med nedsatt autonomi.

Karlstad september 2008

Bo Kahnberg

Sammanfattning

Denna kvalitativa studie enligt Grounded Theory belyser hur personal i olika vårddyrken förhåller sig till frågan om kränkande handlingar och andra oacceptabla känslor och beteenden gentemot vårdtagare med nedsatt autonomi.

Åtta personer i olika vårddyrken, samtliga med lång erfarenhet från respektive vårdområde, intervjuades. Urvalet skedde successivt, så att erfarenheten från varje intervju bidrog till det fortsatta urvalet. Intervjuerna, som var öppna och utforskande till sin karaktär, bandades och det inspelade materialet transkriberades för analys.

Informanterna visade sig inledningsvis generellt närmast avvisa att de utforskade fenomenen förekommer, men efterhand beskrev de dels vad som kan bidra till att personal begår oacceptabla handlingar gentemot vårdtagare (företrädesvis avsaknad av adekvat utbildning) och vad som kan utlösa att sådana handlingar sker (företrädesvis känslor av maktlöshet hos vårdgivaren).

Ökad kunskap och kontinuerlig handledning beskrivs som nödvändigt skydd för personal i utsatta vårddyrken, dels för att förhindra emotionell förslitning vilken leder till stor personalomsättning, dels för att minska risken för att vårdtagare utsätts för kränkande handlingar av olika slag.

Inledning

Ett land eller en kultur, sägs kunna värderas utifrån bemötandet för dess svagaste medlemmar.

I alla tider har de som avviker genom svaghet, sjukdom eller lyte, löpt risk att utsättas för hån, löje eller övervåld av andra. Att för sitt dagliga liv vara beroende av andra människors stöd innebär en påtaglig utsatthet. Att inte självständigt kunna göra sina livsval i såväl stort som i smått, aktualiserar rimligtvis en upplevelse av vanmakt och frustration över detta hos den berörde. Oförmågan att forma sitt liv självständigt är en omständighet som utmanar envar som möter funktionshindrade och som – erkänt eller inte – utgör en komplicerande faktor i mötet.

Vår vård- och omsorgshistoria är välfylld med exempel på hur t ex mentalsjuka, utvecklingsstörda och andra personer med nedsatt autonomi bemötts negativt. Förklaringar till sjukdomar och handikapp har varierat under olika epoker, och har även innefattat sådant som att personen varit besatt av djävulen, eller rent av Gud. Uppfattningen att ett barns lyte är ett straff för föräldrarnas leverne är något som man faktiskt fortfarande kan möta.

Att riskera att behandlas illa har alltid varit den resurssvages lott. Det må sedan ha grundats i rådande samhällsattityder eller ha sitt ursprung i andra mer individuella bevekelsegrunder. Under arbetet med denna studie har vi genom pressen (2006) konfronterats med ett upprörande fall av vanvård och övergrepp riktat mot ett barn med funktionshinder, Bobby. Något halvår senare uppdagades i Södertäljetrakten hur passiv vanvård tog ett barns liv, genom att man uppenbart förnekade barnets vårdbehov. Kring julen 2006 avslöjades hur man på ett ryskt barnsjukhus tejpat för spädbarnens munnar med förklaringen att de inte skulle ”spotta ut medicinen”.

Samtidigt som man skulle kunna förvänta sig en hjälpare- och beskyddarinstinkt i mötet med barn och vuxna med behov av hjälp och stöd är det tyvärr så att just barn och vuxna med funktionshinder, fysiska som mentala, mer än andra riskerar att utsättas för oacceptabelt bemötande som kränkningar, hånfullhet, missaktning och till och med att berövas livet.

Enligt Socialstyrelsen (2005) finner man i en självrapportering att så många som 63 % av kvinnor med psykiska funktionshinder utsatts för våld. Uppgifter om förekomst ligger alltså

påfallande högt. Enligt Sobsey (1994) är risken för att barn med funktionshinder i USA utsätts för övergrepp 1,7 gånger större än för barn utan funktionshinder. Andra uppgifter från samma källa pekar på att risken att utsättas för övergrepp är fem gånger större för personer med funktionshinder än andra. Man kan med fog säga att funktionshinder av skilda slag, oförmåga att hävda egna behov och en låg grad av autonomi utgör en mycket påtaglig riskfaktor för skilda former av kränkningar och övergrepp.

Rapporterad förekomst av kränkningar, våld och andra former av oacceptabla beteenden gentemot personer med nedsatt autonomi, varierar av flera skäl. Förmågan och benägenheten att rapportera varierar bl a då många personer med funktionshinder är totalt beroende av den som agerat oacceptabelt. Rädslan för att förlora stödet och överges är en realitet i det asymmetriska maktförhållande som oftast råder i dessa sammanhang. Att inte bli trodd, att till följd av en anmälan kanske bli ytterligare illa behandlad, eller att tillskriva sig själv skulden för det inträffade, dvs att tro att man på något sätt förtjänat ett dåligt bemötande, kan vara andra anledningar till att inte klaga eller anmäla vårdnadshavare eller personal. Ett beroendeförhållande kan vara så starkt att förövaren till varje pris måste tillskrivas goda avsikter med allt han eller hon gör. Till allt detta kommer också att personen till följd av sitt funktionshinder kanske inte alls uppfattar sig ha blivit olämpligt bemött eller behandlad.

Många funktionshindrade saknar dessutom socialt nätverk som kan upptäcka och rapportera missförhållanden, liksom att den som upptäcker missförhållanden inte vill lägga sig i eller tro att det kan vara så illa.

Hur mänskligheten förhållit sig till olika former av utanförskap, och hur olika fenomen som kan uppträda i relationen mellan vårdgivare och vårdtagare har tidigare berörts av olika författare.

Harald Ofstad (1979) fokuserade i sin klassiker *”Vårt förakt för svaghet”* på nazismens uppfattning om vad som var värdefullt respektive värdelöst hos människor. Ofstad (1979) menar att de principer och värderingar som nazismen hyllade i huvudsak präglar oss alla. Framgång och prestationer hyllas och den svage möter lätt ett förakt för att han inte lyckas i tillvaron. Ofstad fokuserade sin granskning av nazistiska uttryck för föraktet för svaghet mycket på makt och kamp och menade att nazismen i huvudsak vilade på antagandet att den starke genom sin styrka är överlägsen den svage, så kallade socialdarwinistiska tankegångar.

Psykolog Hans Wrenne (1986) skrev för över 20 år sedan om tänkbara riskfaktorer vilka tenderar att sänka trösklarna för dåligt bemötande, i det här fallet av personer med psykiskt ut-

vecklingsstörning. Riskfaktorerna Wrenne beskrev är:

1. Miljön

Tidigare institutioners miljö var inte lika normaliserad som våra dagars, dvs de miljöer handikappade personer vistades i avvek i många avseenden från vad som var normalt. Ju mer onormal livsmiljö, desto mer onormalt riskerar bemötandet av dem som lever i miljön att bli. En avvikande boendemiljö dehumaniserar människorna i andras ögon.

2. Diagnos

Bruket av diagnoser för att beskriva våra medmänniskors symtom eller avvikande beteenden, skapar avstånd. Istället för att bemötas som person, bemöts den handikappade som bärare av sina stigmata, sin diagnos. En sådan perception främjar inte ett humanistiskt bemötande människa till människa, utan kan lätt legitimera olika former av restriktioner, tvångsåtgärder och maktfullkomlighet hos omgivningen.

3. Avvikande utseende och beteende.

Den skada eller annorlunda utveckling som ligger bakom förståndshandikappet, kan också orsaka ett annorlunda utseende och ett annorlunda beteende som lätt kan skapa ett avståndstagande från andra. Svårigheter att upprätta en god kommunikation försvåras förstås också.

4. Hjälpmedel

De hjälpmedel som används för att kompensera för svårigheter och underlätta livet, bidrar också till att i omgivningens ögon dehumanisera personen.

5. Experter

Ju mer engagemang av experter, desto mer bekräftas för omgivningen att den funktionshindrade personen inte är en vanlig människa.

Wrenne (1986) nämner även psykotiskt beteende, något som kunde förekomma på den tidens inrättningar för utvecklingsstörda, och en därmed förknippad rädsla för det okända, omständigheter som tillsammans med de tidigare nämnda jämnade vägen för ett dehumaniserat och föraktfullt bemötande.

Ludvig Igra (2001), som själv förlorade anhöriga under Förintelsen, tog sin utgångspunkt i psykologi och sociologi för att förstå hur vi kan utsätta andra för kränkningar och övervåld.

Igra använde sig bl a av Melanie Kleins begrepp, de två skilda psykiska positioner varje människa har att leva med livet igenom. Klein menade att vi inledningsvis befinner oss i den *schizo-paranoida positionen*, vilken kännetecknas av en oförmåga att integrera ”det onda och det goda”, det vill säga man ser andra och sig själv som antingen goda eller onda personer. Så småningom utvecklas emellertid hos de allra flesta en förmåga att inse att både onda och goda aspekter faktiskt kan föreligga hos samma objekt, inklusive en själv. Denna integrativa position benämndes den *depressiva positionen*. Genom hela livet kommer vi att röra oss mellan dessa två positioner eller förhållningssätt. I de fall det mera primitiva schizo-paranoida förhållningssättet är förhärskande hålls som nämnts det onda skilt från det goda. Vanligen projiceras det onda ut och uppfattas som något som karaktäriserar andra personer, folkslag eller vad som råkar passa in.

Det schizo-paranoida förhållningssättet där ”det onda” projiceras på andra, utgör dessvärre en grund för förföljelser världen över, motiverade utifrån etnisk tillhörighet, religion eller andra variabler som används som urskiljande. Den psykologiska vinsten med detta är att onda eller allmänt oacceptabla egenskaper förläggs till den andre, och inte hotar den egna självkänslan. För att inte leda till alltför svåra etiska konflikter, då processer av detta slag är förhärskande på grupp-, klan- eller nationsnivå, sker parallellt en dehumanisering i synen på den grupp som tilldelats rollen som den andre. Det mänskliga kläs av, han/hon kanske demoniseras och beskrivs som en artfrämmande företeelse. Ett exempel på detta var nazismens utrotningsprojekt, där förintelsens offer berövades all mänsklig värdighet och avlivningarna fick en industriell prägel, med en väl utvecklad industriell terminologi. Detta möjliggjorde för ”vanliga tyska män” att delta i de excesser som man skulle kunna tro var möjliga enbart för svårare psykopatiskt störda individer. Åtgärder eller rutiner som förleder oss i den ovan beskrivna riktningen kan således jämna vägen för ”ondskan”, eller med andra ord, att människor går över gränsen och begår övergrepp eller våld mot andra.

Charles Darwins tankar om det naturliga urvalet, arternas utveckling och överlevnad kan utgöra en annan utgångspunkt för att förstå varför individer kan vara så destruktiva mot andra som på ett eller annat sätt avviker från normen i kollektivet.

I djurvärlden förekommer det bland många arter att individer som uppfattas som annorlunda, skadade eller icke livsdugliga, hanteras synnerligen omilt och fördrivs ur flocken eller dödas. Ur artens synpunkt kan detta te sig ändamålsenligt då endast de mest livsdugliga därmed ges möjlighet att föröka sig.

Vi utgår ofta från att vi människor inte betar oss på detta vis, men det finns gott om exempel på detta även i modern tid. Ett exempel är debatten kring värdet av fosterdiagnostik under 1970-talet, framförallt möjligheten att via fostervattenprov upptäcka sannolik förekomst av Downs syndrom hos det blivande barnet. Fostervattenprovet är inte ofarligt för fostret utan innebär dessutom en risk för missfall.

Argumenteringen för denna prenatala diagnostik innefattade även de ekonomiska nyttor ett avbrytande av graviditeter, vilka skulle resultera i ett barn med utvecklingsstörning, kunde ge. Landstingspolitikern och ledamoten i habiliteringsnämnden i Stockholm, Henrik Åkerman, beräknade samhällets besparingar vid sådana aborter till 1,2 miljarder kronor årligen i den tidens penningvärde. ”Vinsten” per abort beräknades till 3,75 milj kronor (Gustavsson, 1984).

Naturligtvis möttes detta med starka både emotionella och rationella argument, inte minst från människor med Downs syndrom själva vilka följde debatten. Debatten utgör ändå ett exempel på att värderingar av detta slag då och då luftas, och under speciella samhällsförhållanden kan de få större genomslagskraft. Man kan beskriva det som att beredskap har funnits, och fortfarande finns för att människor i vissa fall agerar i linje med djurflockens utstötningsbeteende.

Denna debatt till trots är det ändå så att prenatal diagnostik, med syfte att upptäcka avvikelser från normal fosterutveckling, sedan många år regelmässigt genomförs, och att flertalet föräldrar väljer att avbryta graviditeten och abortera fostret då de får kunskap om att det väntade barnet har ett funktionshinder.

Behandling med funktionshindrade personer

Psykoanalytikern Neville Symington (1992) upptäckte på sin mottagning att terapipatienter med handikapp bemöttes annorlunda, ett bemötande han identifierade och betecknade som föraktfullt.

Symington (1992) beskriver förekomsten av *en omnipotent egostruktur* hos den mentalt handikappade patienten. Denna egostruktur, menade han, var baserad på ett bristfälligt integrerat ego hos den funktionshindrade personen. Faktorer som bidragit till denna utveckling skulle bli att vara det bemötande de handikappade möter i samhället, samt avsaknad av en meningsfull funktion i livet (arbete exempelvis). Omnipotensinslagen, vilka således fungerade som kompenserande strategier hos patienterna, skapade enligt Symington känslor av förakt hos behandlarna. Upptäckten av detta förakt förorsakade i sin tur känslor av skuld hos behandlaren. Skuld känslorna utgjorde sedan bakgrund till ett beskyddande och överkompenserande bemö-

tande vilket fångade såväl terapeut som patient i en allians som innebar att patienten inte utvecklades i terapin då han eller hon aldrig konfronterades med sina känslor.

Kerstin Jaeckel (2006) beskriver liknande fenomen och menar att funktionshindrade patienters avsikter med att ingå i en terapeutisk allians inte alltid primärt uttrycker en önskan till förändring, utan snarare att nyttja terapeuten som någon som får ta över känslor och ageranden som rimligtvis skulle riktas mot föräldern man borde separera ut sig från (exempel på *överföring*). Motståndet mot förändring är så ihärdigt, och resulterar i så starka känslor av misslyckande hos terapeuten, att dennes upplevelse av skuld och skam till följd av detta resulterar i hämndbegär gentemot denna motsträvige och osympatiska patient (Jaeckel, 2006).

En av Symingtons medarbetare, Valerie Sinason (1992), fokuserar på vad hon kallar ”sekundära handikapp”. Med detta avses de emotionella och kognitiva dispositioner individen gjort i sina försök att hantera sin tillvaro, givet de primära handikappen. Sinason menar att en känsla av att alltid ha varit oönskad är påtaglig för personer med handikapp vilket medför en känsla av att omgivningen önskar att man helst inte skulle ha blivit född, och då man nu ändå blivit det, istället en känsla av att samma omgivning önskar att man helst skulle vara död.

Som Sinason beskriver skrev Sándor Ferenczi redan 1929 om hur omgivningen önskar den handikappades död och att dessa önskningar påverkade den handikappade med förödande resultat som resulterade i självdestruktivitet och depressivitet. Även Symington (1992) drar paralleller till djurvärlden där skadade individer ibland angrips och drivs bort, ev dödas. En fundamental existentiell fråga hos personer med funktionshinder är enligt honom just rätten att finnas till.

Det kan således enligt flera forskare föreligga ett komplicerat förhållande mellan vårdtagaren och dennes egenskaper å ena sidan, och vårdgivaren å andra sidan. Samspelet och påverkansriktningarna är ömsesidiga och i de fall förmågan att härbärgera och hantera starka känslor är begränsad, och/eller känslorna i sig är starka, riskeras oreflekterade utageranden, i form av negligierande, hånfullhet, förakt, passivt eller aktivt våld, att utlösas.

Skam

Emotionsforskningen hävdar att *skam* utgör en grundläggande emotion, en emotion av stor betydelse för sammanhållningen i flocken, klanen, samhället. Skam upplevs av den som av någon anledning känner sig inte riktigt passa in, vara avvikare. Svåra funktionshinder kan an-

tas utgöra en grund till känslan av utanförskap, en känsla av att ”inte höra till”. Skam är en intensivt obehaglig känsla som refererar till vår totala existens, vårt värde och rätt att existera, till skillnad från skulden som refererar till en handling eller ett val man gjort. Skuld är därmed något man oftast, genom att göra andra rationella val, kan reducera eller helt ta bort. Undvikande av skam är förmodligen en av de allra starkaste faktorerna som motiverar oss till socialisation. Inför alternativet att uppleva skam väljer de flesta om möjligt att acceptera och leva upp till förväntningar och normer i den kultur man vill tillhöra.

Uttryck för skamkänslor hos den avvikande har vidare befunnits generera känslor av avsky, äckel, hat hos resten av gruppen, och kan i sin allvarligaste form resultera i ett faktiskt fördrivande ur gemenskapen eller dödande. Kan man tänka sig att skamkänslor är en faktor som kan bidra till oacceptabla handlingar gentemot funktionshindrade?

Nathanson (1992) beskriver inställningen till våra egna kroppars avfallsprodukter och betydelsen dessa har i vår vokabulär som uttryck för förakt. Svårigheter för såväl det lilla barnet som den vuxne att kontrollera dessa funktioner utgör en väsentlig källa till upplevelse av skam, både hos personen själv, och äckel hos omgivningen. Svårigheter att kontrollera och sköta sina evakuerande funktioner, till exempel hos gamla människor och personer med olika funktionshinder, kan därmed spela en viktig roll för att utlösa förakt hos omgivningen, både som känslor och handlingar.

Nathanson menar att vi använder oss av fyra defensiva strategier då vi försöker värja oss mot skamkänslor: 1) undandragande, 2) undvikande, 3) attack på självet, 4) attack på andra. Från tid till annan använder vi oss kanske av alla dessa, även om vi förmodligen har våra favoritstrategier. Nathanson kallar modellen för *skammens kompass*. Förutom de mera passiva uttrycken undandragande och undvikande, medger kompassen som vi kan se även riktningar som innebär attacker på en själv och andra, dvs mer aktiva former.



Skammens katastrofala påverkan har med vår självbild att göra. Hot mot självbilden, en så kallad narcissistisk kränkning, utgör en av de vanligaste anledningarna till raseri och våldsbeteende (Scheff, 1997).

Marta Cullberg Weston (2008) tar upp skamfenomenet i samband med behandlingssituationer. Hon refererar till den amerikanska psykoterapeuten Helen Block Lewis som menar att skam är den allra vanligaste känslan som aktualiseras och ageras ut i en terapisisituation. Enligt Block Lewis kan det faktum att man erfar att en annan person ser ens skam, utlösa raseriutbrott. Häftiga raseriutbrott är i själva verket ett vanligt sätt att hantera egna skamkänslor på. Även Cullberg Weston menar att skamkänslor karaktäriseras av smittsamhet, vilket innebär att skam hos en person lätt överförs till närstående. Hon benämner fenomenet *överförd skam* (jämför *spegelfenomen* nedan). De exempel som hon nämner är mestadels exempel där anhörigas skamliga egenskaper genererar skam hos närstående enligt någon form av närhetsprincip, exempelvis skam över föräldrars missbruk eller sociala "haverier". Cullberg Weston menar för övrigt att avgränsningen mellan begreppen skuld och skam är mycket problematisk, då skam får antas finnas i botten även vid skuldproblematik. Det vi kallar överlevnadsskuld innefattar enligt henne även en skamkänsla hos den andre. En variant av sk överlevnadsskuld är ju t ex inte ovanlig hos syskon till funktionshindrade.

Skamkänslors "smittsamhet" kan också förstås utifrån ett mera biologiskt perspektiv. Alla psykologiska fenomen har ju en biologisk motsvarighet. *Spegelfenomen* (Bauer 2007) är ett sätt att också se på denna "smittspridning". Nät av speciella "spegelneuron" i hjärnan utgör den biologiska basen för så kallade spegelfenomen. Dessa är oreflekterade responser som utlöses av beteenden som vi uppfattar hos andra. Ett tydligt exempel på sådana spegelfenomen är gäspningar. Personer som ser en person som gäspar tenderar att gäspa själva. Ur ett utvecklingsperspektiv har naturligtvis dessa fenomen utgjort goda förutsättningar för att utveckla förmågan att fungera i en gemenskap med andra. Men spegelfenomen kan även ligga bakom destruktiva beteenden som olika våldshandlingar och gängvåld. För vårt vidkommande kan man tänka sig att denna modell underlättar förståelsen för bland annat spridning av skam- och andra känslor i en vård- och omsorgssituation.

Vår kultur har med växlande framgång satt upp hinder mot att förakt får genomslag i onda handlingar (eller i att avstå från goda handlingar). Yrkesetiska principer inom vården slår fast höga ideal att inte såra, kränka eller skada personer som är sårbara eller har nedsatt autonomi,

men under vissa betingelser fungerar inte den kulturella skölden.

I allmänhet är beskrivningar av negativa reaktioner mot vårdtagare sparsamt rapporterade i litteraturen. Vad är det då som gör att sådana handlingar ändå ibland, och i varierad sublim form, utförs? Vilka är förutsättningarna för att beteenden kan utföras som innebär ett passerande av ”*den tunna hinnan mellan omsorg och grymhet*”, som Igra (2001) uttryckte det?

Denna rapports avsikt är att stimulera till reflektion över den problematik som här aktualiseras, och öka medvetenheten om de risker som många utsatta människor möter i relation till andra människor. Utgångspunkten för studien är författarens egen långa erfarenhet inom omsorgsverksamheten om funktionshindrade, främst psykiskt utvecklingsstörda och flerhandikappade personer. Denna erfarenhet har många gånger aktualiserat frågor kring förakt för svaghet och utanförskap, och förnekande av egna känslor vilka uppfattats som oacceptabla.

Särskilt avser vi studera vård- och omsorgspersonals yrkesmässiga erfarenheter av att möta vårdtagares avvikelser och utsatthet. Vilka påfrestningar upplever man i mötet med människor som i mångas ögon uppfattas som underliga, provocerande, svårbegripliga eller rent av väcker avsmak? Därför vill vi undersöka hur olika företrädare för vård- och omsorgsyrken förhåller sig till området och vilka erfarenheter man har därifrån.

Forskningsfråga

Hur förhåller vårdgivare sig till egna och andra vårdgivares uttryck för förakt och andra oacceptabla känslor och beteenden gentemot vårdtagare, samt i vilka sammanhang kan sådana uttryck aktualiseras?

Metod

Urval

För att besvara forskningsfrågan gjordes intervjuer med ett strategiskt urval av personer verk-samma i olika vård och omsorgsyrken och med skilda erfarenheter av ämnet. Urvalet av intervju-personer, fortsättningsvis benämnda informanter, gjordes av författaren, delvis på förslag från personer med överblick över ett vårdområde, till exempel verksamhetsledare inom socialtjänst. Informanterna tillfrågades om deltagande successivt under undersökningens gång för att erfarenheter från olika yrken och verksamheter skulle komma med och för att följa upp erfarenheter som gjorts från tidigare intervjuer. Informanterna hade alla en mång-

årig erfarenhet av arbete inom vård och omsorg. Yrken som representerats har bl a varit:

- Arbetsledare i social omsorg
- Behandlingspersonal på dagcenter för förståndshandikappade
- Personlig assistent hos funktionshindrad
- Psykolog
- Socionom/kurator
- Vårdpersonal vid gruppbostad för förståndshandikappade

Sammanlagt åtta personer intervjuades. Samtliga hade den formella utbildning som är aktuell för respektive yrke.

Bortfall

Utöver de åtta intervjuade personerna tackade ytterligare en person initialt ja till att delta och infann sig till intervju, men önskade sedan ej fullfölja denna. Personen hänvisande till tidigare upplevelse av att ha blivit felciterad.

Tillvägagångssätt

Intervjuerna genomfördes hösten 2006 - hösten 2007. Alla kontakter med informanterna, liksom kännedom om deras identitet och arbetsplats har hanterats av författaren ensam, förutom i de fall (tre st) då verksamhetschefer föreslagit personer att tillfrågas om deltagande. Vid intervjutillfällena har intervjuare och informant varit ensamma.

Vid den första telefonkontakten med informanten presenterades avsikten med intervjuerna och forskningsprojektet. Samtliga informanter fick även en skriftlig information (bilaga 1) om undersökningen där ändamål, tillvägagångssätt, möjlighet att avbryta medverkan, skydd av personuppgifter mm redovisades. Formaliteterna kring intervjuerna manifesterades därefter i en skriftlig överenskommelse (bilaga 2).

De flesta intervjuerna genomfördes i författarens arbetsrum, men en intervju genomfördes på informantens arbetsplats och en i informantens bostad. Samtliga intervjuer genomfördes under goda förhållanden, utan störande inslag. Vid ett par tillfällen resulterade skador på ljudbandet i kortvariga informationsbortfall, vilka emellertid inte bedöms ha påverkat förståelsen av intervjuerna. Varje intervju tog omkring 60 minuter.

Intervjuerna spelades in på band, varefter de ordagrant skrevs ut av författaren. Utskriften delgavs respektive informant för godkännande. Möjlighet fanns då att jämföra utskriften med den bandade intervjun och göra förtydliganden. Informanterna hade inte något att invända mot någon av utskrifterna. Därefter raderades bandet. Efter att utskriften godkänts av informanten inleddes analysen av texten. Urvalet av nästa informant gjordes utifrån hur ämnet kommit att hanteras och vilka uppslag den föregående intervjun givit.

Analys

De transkriberade intervjuerna analyserades med kvalitativ metod inspirerad av *Grounded Theory* ursprungligen beskriven av Glaser & Strauss 1967 (Starrin, 1996). I forskning utgående från *Grounded Theory* arbetar man induktivt och erhållna empiriska data avses efter analys generera alltmer generell kunskap och teoribildning. Till skillnad från en naturvetenskaplig vetenskapstradition utgår man inte från att undersökningen skall pröva giltigheten i en teoribaserad hypotes, utan man avser istället att generera en hypotes eller en teori.

Målet i kvalitativ forskning är att finna det specifika och subjektiva i informantens livsvärld (Kvale, 1997). Kvalitativa forskningsintervjuer är fokuserade på det aktuella temat men i övrigt tämligen ostrukturerade samtal där man söker informantens uppfattning i ämnet. Motsägelsefulla utsagor under en intervju stör inte, utan erbjuder snarare en breddad ansats. Informanten kan mycket väl under intervjuens gång förändra sin uppfattning i takt med fördjupade insikter i ämnesområdet. Nya spår följs därefter upp i nya intervjuer och intervjuandet fortgår tills inget nytt tycks komma fram. Man säger då att mättnad har nåtts i informationsinhämtandet (Kvale, 1997).

Vid undersökningar av det här aktuella slaget är uppmärksamheten på forskarens förförståelse och eventuella beroende av redan befintliga kunskaper och teorier av stort intresse. Skälet till detta är att kunskap framkommen genom intervjuer aldrig enbart är en följd av informantens bidrag, utan även av intervjuarens, vilket alltså måste beaktas. Intervjun är en interaktionsprocess varunder ett kunskapsområde gemensamt utforskas. Ordbilden

Inter – view

ger ett tydligt intryck av hur kunskapen erhålles. Det vill säga, det man ser är något som framträder mellan – i detta fallet – intervjuare och informant. Man har i den kvalitativa forskningsmetoden en mer tolerant inställning till det faktum att intervjuerna blir beroende även av intervjuarens bidrag (Kvale, 1997). Det ömsesidiga inflytandet ses inte bara som en potentiellt störande faktor utan även som en styrkefaktor vilken bidrar till ökad produktion av

synpunkter. Istället för att t ex strukturera en intervju hårt för att göra den optimalt lika vid de olika intervjusituationerna och därmed reducera intervjuarens inverkan genom sin förförståelse, gäller det för intervjuaren/forskaren att vara uppmärksam på de effekter den egna medverkan kan ha haft på intervjun. Detsamma gäller senare i processen, vid uttolkningen av intervjumaterialet.

Utskrifterna av intervjuerna analyserades fortlöpande tillsammans med handledaren direkt efter att de genomförts. I varje transkriberad intervju kodades utsagorna inledningsvis i tre avseenden/variabler. Varje sådan variabel bestod av två ”värden”:

Typ av utsaga	Generellt fenomen <i>eller</i> specifik händelse relaterades?
Vem som var berörd	Egna upplevelser/beteenden <i>eller</i> någon annans?
Synen på ansvar	Uttrycker utsagan ansvarstagande <i>eller</i> ansvarsbefriande?

I analysarbetet söktes svarsmönster och mening i de transkriberade intervjuerna. Uppmärksamhet fästes inte bara på vad som sades, utan även på hur, exempelvis med viss vanda eller med stor tveksamhet. Även information som uttalades ”mellan raderna”, eller frågor som undveks är av intresse och kan vara meningsbärande.

Resultaten grundas på analys av utsagor från de åtta genomförda intervjuerna. Intervjuerna visade sig kunna begränsas till de åtta då framförda synpunkter och erfarenheter oväntat snabbt kom att upprepas i påföljande intervjuer. Därmed kan mättnad anses uppfylld, det vill säga ytterligare intervjuer kunde inte väntas ge andra vinklingar eller fördjupningar av ämnet.

Etiska överväganden

Varje form av kunskapsinhämtande utgör i någon mån ett intrång i människors liv och avsikten med detta måste alltid vara noga övervägd och ställas mot den nytta undersökningen kan förväntas medföra. Avsikten har här varit att undersöka ett område av stor betydelse både för vårdtagarnas liv och för vårdgivarnas. Resultaten av undersökningen bör därför återföras och kunna nyttiggöras i de berörda verksamheterna. En viktig avsikt är att medvetandegöra fenomenen och stimulera till professionell reflektion över ämnet. Att överhuvudtaget göra det

”pratbart”, utan hindrande inslag av skam eller känslor av att inte klara av sitt jobb. Att se att oacceptabla handlingar och känslor/tankar förekommer, är ju en förutsättning för att kunna hantera ämnet.

En annan etisk aspekt utgörs av att undersökningens värde helt bygger på benägenheten att ge ärliga personliga, såväl spontana som mer övervägda, svar och reflektioner över ämnet. Väsentligt är således att informanterna är övertygade om att allt görs för att utsagor inte skall kunna härledas till specifik uppgiftslämnare eller verksamhet och att således anonymiteten skyddas. I den skriftliga överenskommelsen (bilaga 2) ingick därför traditionella punkter avsedda för detta källskydd, och även resultatredovisningen tog hänsyn till detta behov. Utan att förändra meningen i de citerade utsagorna har dessa förändrats i viss omfattning. Detta har till exempel gällt benämningar på vårdtagarna, vilka skiljer sig åt mellan olika vård- och omsorgskulturer. Av denna anledning har genomgående de ursprungliga beteckningarna (patient, brukare, klient, arbetstagare etc.) ersatts med beteckningen *vårdtagare*. Likaså har ord vilka kunnat avslöja vilken vård- eller omsorgsverksamhet citatet är hämtat ifrån, utelämnats ur citaten eller ändrats. För den andra parten har av samma skäl benämningen *personal* eller *vårdgivare* använts.

Resultat

Generellt sett reagerade informanterna inledningsvis med olika former av förnekande förhållningssätt till ämnet och frågorna. Informanterna ställde sig spontant avvisande till att det överhuvudtaget förekom att man utsatte vårdtagare för någon form av kränkande behandling eller andra oacceptabla beteenden i vården. Dessa, främst spontana och i mindre grad reflekterade, reaktioner redovisas i avsnitt A nedan.

I en och samma intervju uttryckte informanten efterhand ofta motstridiga uppfattningar om oacceptabla handlingar, tankar och känslor, och om sådana förekom eller inte. Först förnekade man för att senare i intervjun reflektera om vad som kunde tänkas orsaka att någon gjorde så. Åtskilliga utsagor från informanterna visade på en benägenhet att reflektera över de egna ståndpunkterna i ämnet och en medvetenhet om riskerna för utagerande av allehanda oacceptabla handlingar.

I avsnitt B redovisas de svar och tankar informanterna gav uttryck för senare i intervjun, efter att den spontana reaktionen ersatts av ett mer reflekterande förhållningssätt. Utsagorna handlade då om i vilka sammanhang informanterna kunde tänka sig att otillåtna känslor eller handlingar kan bryta igenom våra tabun och sociala restriktioner.

A. Hur förhöll sig vårdgivarna spontant till ämnet?

Vid fråga till vårdgivarna om de kunde tänka sig att det förekommer att personal har oacceptabla tankar eller beteenden gentemot vårdtagarna, tog de initialt avstånd ifrån tanken. De uttryckte spontant på olika sätt att det inte förekom. Ett sätt att hantera frågan var att tillskriva professionen och utbildningen en starkt skyddande funktion.

Den dominerande hållningen, främst karaktäriserande spontana svar, visade inslag av avvärjande förhållningssätt. Men i likhet med spontaniteten i svaren baseras rimligtvis också reaktioner hos personal i stressiga och kritiska lägen, till stor del på tämligen ofreflekterade beslutsprocesser. Av denna anledning är de spontana svaren av intresse.

1. Avståndstagande till att oacceptabla känslor och beteenden förekommer hos vårdgivare

Oftast uttryckte informanterna initialt ett avståndstagande till frågor om oacceptabla känslor och beteenden förekommer hos vårdgivare gentemot vårdtagare. Informanterna beskrev en idealiserande inställning till arbetet, där man uttryckte att det var svårt att tänka sig negativa beteenden. Särskilt svårt hade informanterna att tro att egenskaper hos vårdtagarna kunde utlösa negativa reaktioner

- Ja /hos/ en del utav dom ... där, men det var ju så oerhört länge... /sedan/ där kunde man nog märka lite, men på senare år så har jag inte märkt nånting för att nu... de som jobbar inom vår verksamhet, dels så gör man det för att man vill göra det. Absolut ...Nej!

- Nej... det är så främmande för mej...jag skulle inte vilja tänka den tanken, att nån skulle vilja ta ett jobb för att.../avsiktligt kränka/

När informanterna närmade sig tanken att det kunde förekomma att vårdgivare utsatte vårdtagare för kränkande handlingar beskrev man detta som något som skedde långt borta från en själv och den egna vårdverksamheten. Avståndet markerades på olika sätt.

Då informanterna berättade om situationer som innefattade någon form av oacceptabla bete-

enden eller känslor var det i form av generella, otydliga händelser snarare än specifika, verkliga händelser. De generella utsagorna var fyra gånger flera än de som skildrade specifika händelser.

- Ja... man funderar ju på varför människor gör så /oacceptabla handlingar/ överhuvudtaget. Men det kanske kan vara så att idag – människor är så pressade, både i tid och just det här med att dom ska utföra kanske hos en vårdtagare nåt visst moment, kanske dom blir pressade i tid...

Ett sätt att öka det psykologiska avståndet var att de relaterade, specifika händelserna dubbelt så ofta handlade om andra medarbetare, anhöriga eller allmänheten än egenupplevda händelser.

- Jag kan inte erinra mej nånting så där på rak arm, men jag vet ju att i ett annat fall här så var det ju en vårdtagare, hennes make och vårdgivare. Och där fick alltså hon inte någon mat.... och det visade sig att maken underlät helt enkelt att ge henne tillräckligt med mat. Och det uppdagades förstås på det viset att hon gick ner i vikt och inte mådde bra och blev sämre... jag tror faktiskt att det gjordes en anmälan av /mot/ den här maken.

I en av intervjuerna diskuterades ett barnamord 2006 på en funktionshindrad pojke, Bobby. Denna händelse aktualiserade bland annat socialsekreterarens passivitet och obenägenhet att se vad han utsatts för under en rad av år dessförinnan.

- ... faktum är att jag tror att människor inte vill se för att det är för svårt att se.

Ett annat sätt informanterna använde sig av för att kunna berätta var att beskriva kränkande beteenden som något som inte hände nu för tiden, men kunde ske förr. I den mån förakt för svaghet och oförmåga och liknande attityder gav sig till känna i vårdarbetet, så var det för länge sedan, i ett annat sammanhang än det man själv just befinner sig i.

Intervjuaren: "Förekommer oacceptabla beteenden i vårdarbetet?"

- ... det skulle jag inte kunna tänka mej ,nej jag har jättesvårt att tänka mej det. Om du hade ställt den frågan till mej på 60-talet hade jag sagt ja absolut. För när jag började på /institution/, då stängde de /industri/, så dit kom det massor med kvinnor som inte hade något arbete och dom hade ingenting inom vården att göra, många av dom. En del försvann en del

blev kvar och en del skulle aldrig ha varit där. Och dom betedde sej väldigt väldigt oproffsigt, en del. Långt ifrån alla, absolut inte, men många gjorde det.

Ett annat sätt som informanterna markerade sitt avståndstagande på var att tillskriva den vårdgivare, som betedde sig oacceptabelt gentemot vårddagare, egenskaper syftande på dennes egna psyke och personlighet:

- ... men det måste ju vara nåt... lätt att säga – fel i barndomen för den som gjorde det eller nåt sånt, kanske varit utsatt för samma sak. Vad vet jag?

Gemensamt för samtliga dessa varianter av spontana, orefleterade svar var således att informanterna beskrev kränkningar och andra oetiska handlingar mot vårddagare som något som aldrig kunde förekomma i den egna verksamheten, bland de egna kollegorna eller hos sig själv. Hållningssättet till själva forskningsområdet var ett spontant avståndstagande eller förnekande.

Frågan om ansvar var central och i de flesta utsagor tog informanten ställning i ansvarsfrågan. Att inte ha nödvändiga kunskaper eller utbildning angavs ofta som en förklaring till att man kunde begå oacceptabla handlingar, ofta med innebörden att man som vårdgivare då inte var ansvarig. Någon hade ju anställt vederbörande, och denne var då ansvarig.

Synen på ansvaret för de inträffade händelserna eller reaktionerna var ganska jämnt fördelad mellan åsikten att man såg sig (respektive den berörde) friad från ansvar, t ex genom att ansvaret var någon annans å ena sidan, och att man kände ett ansvar för sina känslor och beteenden å andra sidan.

2. Om det har hänt finns det någon förklaring

Oacceptabla handlingar eller känslor kunde i informanternas berättelser göras mer acceptabla genom att förses med en förståelse för omständigheterna varunder de uppstått. När en vårddagare hade utsatts för något oacceptabelt sökte informanterna förklaringar till det som hänt, och förklaringarna söktes hos vårdgivaren, inte hos vårddagaren.

Ett exempel på detta är då en vårddagare blivit slagen, av en vårdgivare. Informantens inställning till denna handling kan tänkas påverkad av en förståelse för vårdgivarens situation vilken antogs präglad av egen privat stress.

- ...hon /vårdtagaren/ kom och var alldeles uppgiven en morgon... och så småningom så fick dom väl fram då att det var en av personalen hemma som hade slagit henne innan hon hade åkt iväg på morgonen.....hon och den här personalen fick sätta sej ner i lugn och ro då och han /vårdgivaren/ fick förklara varför han hade gjort si och så... jag tror inte att det var en så stressad situation utan jag tror att det var han /vårdgivaren/ som var stressad och pressad,...så jag gjorde aldrig nån anmälan. Men jag tror att det var egen stress. Personalens egen stress vid det tillfället... Situationen började nog helt enkelt med att han försov sej...

Samma förklaring, förövarnas förmodade egna privata tillkortakommande, använde informanten som beskrev det tidigare berörda barnmordet (fallet Bobby):

- Ja, dom kanske var... kanske begåvningsmässigt svårt att hantera situationen. Jag vet inte det, men det ligger nog något annat bakom också. Hos föräldrarna där. Om det är psykiska störningar eller, vad det kan vara, för det var ju så extremt. Och det pågick ju under en lång period. Och där var det ju en mamma som väl kanske också var illa behandlad av nån sambo eller vad det var. Nån styvpappa eller vad det var. Jag har för mej att det var så. Så att det kanske var mycket där.

3. Tilltro till utbildningens och professionens skyddsfunktion

Att formell utbildning för professionen skulle vara en garant för att man kan kontrollera sitt beteende och vara empatisk, var en vanlig uppfattning. Samtliga intervjuade hade föreskriven utbildning för sina respektive arbeten.

I de fall informanterna kunde tänka sig förekomst av oacceptabla handlingar eller känslor i vårdarbetet, beskrevs detta framförallt som en följd av att personalen saknade utbildning. För att ibland ytterligare distansera sig själv (såsom formellt behörig för jobbet) från det oacceptabla, kunde den felande kollegan även tillskrivas attribut som vikarie och/eller tillhörighet till annan kultur.

- ... då kommer jag åter tillbaka till det här med okunskapen om vårdtagaren, om en vårdbehövande människa överhuvudtaget, det är mycket okunskap som gör att det blir, ja att man t o m kan bruka våld. Ja, okunskap och inte ha nån förståelse inte ha nån empati överhuvudtaget.

- Och ... jag är också tillbaka till det här med kulturkrockar, i och med att det kommer mycket mera invandrare som aldrig stött på folk med handikapp överhuvudtaget

-...det gör man ju inte /vända ilskan mot vårdtagaren/, men man känner ju... det finns ju in i en, man kan bli jätteirriterad och... men man är ändå så pass professionell så man låter det ju inte gå ut över vårdtagaren, det gör man inte, eller... ja, man är ju väldigt olika där, men jag gör det inte för att... ja...

Professionaliteten och andra skydd som finns i vårdstrukturen antogs vidare kunna förhindra att människor med olämpliga egenskaper söker sig till vård- och omsorgsyrken

... om det är nån sån personal så tror jag att det kommer fram ganska snabbt liksom och man har ju en skyldighet som personal om nån annan personal eller vårdtagare som blir kränkt eller så av en personal som inte är professionell eller... våld eller kränkningar eller så har man ju faktiskt skyldighet att anmäla, det hoppas man ju att nån personal gör då.

4. Att tänka men inte handla

Informanterna gav flera uttryck för motsägelsefulla uppfattningar i en och samma intervju. Inställningen till att vårdgivaren tänkte negativa saker om vårdtagaren, tankar vilka kunde rymma ilska, förakt, fientlighet eller liknande känslouttryck, var komplicerad. En spontant uttryckt uppfattning var att alla former av negativa reaktioner, tankar och känslor likaväl som handlingar, är olämpliga. Efter närmare eftertanke uttrycktes också en mer accepterande hållning till egna negativa, kanske fientliga känslor och tankar, det vill säga man gjorde en åtskillnad på tankar och känslor å ena sidan och handlingar å andra sidan.

Intervjuaren: Vad kan du tillåta dej att tänka?

- Ja, tanken kan faktiskt skena iväg med en.

Intervjuaren: Är det OK det?

- ... samvetsfråga. Det är en samvetsfråga men tanken... när man har den spärren och man är medveten om att det här är en tanke som jag egentligen inte ska tänka då är det ofriskt, fortfarande, tror jag.

Intervjuaren: ...att tänka tanken?

- Ja, jag tror det. För då har jag ju ändå spärrarna kvar, så här kan jag ju inte göra, eller så som jag tänker alltså, det får jag ju inte göra. Jag tror man har det friska kvar då i alla fall.

Eller. Ja, jag tror det. Fast tanken kan nog komma.

- Det är nog en ventil tror jag som man måste få ha. Att tänka det. För annars så klarar man

ju inte av sitt... ja jag tror att i en pressad situation kan man nog inte vara så helig.

Intervjuaren: Om man inte tillåter sej att tänka dom här tankarna, vad kan hända då?

- Ja... det kanske är då det är som farligast? Egentligen. Då har man ju inte kontroll över det, när man har en tanke om det och man sätter gränserna inom huvudet på nåt sätt, då är man ju medveten på nåt sätt...

...Det kanske är när man inte.../tänker/ utan man handlar... det kan nog egentligen vara farligare. Och sedan just den här – men det var som jag sa förut – just det här att man pratar om det, att det inte är förbjudet att tänka hemska saker, för det kan vi göra faktiskt.

5. Att inte utsätta vårdtagare för skamkänslor

Direkta upplevelser av skam hos vårdgivare, relaterad till vårdtagare, förnekades oftast. Vårdgivare beskrev inte att de skämdes för vårdtagarna, och inte heller att vårdtagarna uttryckte skam för sitt funktionshinder. Några utsagor antyder emellertid förekomst av känslor av skam hos endera parten, vårdgivaren eller vårdtagaren. Det handlade om när informanterna beskrev att vårdtagare hade utsatts för något kränkande genom att försättas i en situation där de riskerade att känna skam eller att de riskerade att känna skam om de inte skyddades.

Första exemplet är situationen där en svårt beteendestörd vårdtagare tagits med till en allmän badplats med avsikten att ”fostra” allmänheten till att bli mera tolerant mot avvikande. Detta är i varje fall den förklaring vårdgivarna i efterhand gav händelsen. Berättelsen återberättas av en informant som själv inte var närvarande utan fått händelsen berättad för sig. Det finns ingen information om hur vårdtagaren i exemplet själv upplevde det skedda, huruvida det upplevdes kränkande eller rent av positivt. Däremot gör informanten tolkningen att det här handlar om en exponering som uttryck för ett förakt eller åtminstone en vårdslös och ogenomtänkt handling från vårdgivarnas sida.

- ...och det var en person som inte hade några gränser, vem man gick fram till, utan gick in på filten hos familjen med barnen som satt och fikade, började ta saker, klädde av sej naken fast det här var en ganska vuxen person. Sprang omkring, tog leksaker från barn. Och personalen som var med sa att det här är för att omgivningen ska lära sej...

...Men det har väl funnits varianter av det här, att låta nån gå ut och göra bort sej, men att man sedan har ansett att syftet var att samhället skulle lära sej att leva med dom här människorna.

Att söka beskydda en vårdtagare från exponering kan synas vara ett sätt att även beskydda denne från upplevelse av skam. Lokaliseringen av skamkänslorna blir emellertid problematisk:

-...en del ser ju annorlunda ut. Och det märker man också på folks attityd mot dom också. En del ser... folk tittar verkligen. Vi har en kille som... jag gör så att när bussen kommer utanför så ställer jag inte honom på trottoaren när vi väntar på transport t ex och när bussen står framför oss då tycker jag att – för hans skull – så tycker jag att jag vill inte att hela bussen ska stå och titta på honom. Där har du en bit. Dom kanske inte alltid ska utsättas för allas blickar.

Intervjuaren: Och ändå så kanske han inte uppmärksammar så mycket?

- Nej det gör han ju inte...

Intervjuaren: ...på tittandet?

-Nej han ser inte så långt heller så... men jag tänker ändå för hans skull.

Man kan förstå berättelserna som ett uttryck för kränkning endast om det vore så att vårdtagaren kände skam eller kände sig utsatt för andras fördömande reaktioner. Det finns dock inget i berättelserna som tyder på sådana känslor hos vårdtagaren. Ändå rapporterar informanten om händelsen som att vårdtagaren utsätts för något kränkande, genom att han/hon blir sedd av andra i sitt avvikande. Berättelsen kan förstås som en form av vikarierande skam. Om informanten själv hade varit i vårdtagarens position och sett ut som vårdtagaren eller betett sig som vårdtagaren hade informanten inte velat bli betittad av andra. Att utsättas för andras beskådande i denna situation hade med andra ord av informanten upplevts skamfyllt. Informanten tolkar in de egna känslorna som skulle ha väckts av att bete sig eller se ut som vårdtagaren och att detta blev sett av utomstående. Vi kan beskriva reaktionen som en sorts vikarierande skam.

Informanterna är i dessa exempel tydligt medvetna om vårdtagarnas sänkta autonomi och behov av beskydd för att inte utsättas för omgivningens förakt, och de beskriver händelser som belyser att bristande insikt hos vårdgivaren om detta kan innebära att vårdtagaren utsätts för kränkande behandling.

B. Sammanhang där oacceptabla beteenden och känslor trots allt kan komma till uttryck gentemot vårdtagaren

Vid närmare eftertanke, och efter att en spontan avvärjande hållning övergivits, kunde ett antal omständigheter identifieras där informanterna kunde tänka sig att risken kan öka för att oacceptabla reaktioner (tankar eller handlingar) kan komma till uttryck.

1. När vårdgivaren känner maktlöshet

Känslan av vanmakt tas upp av nästan alla informanterna som en omständighet som kan jämna vägen för utagerade negativa beteenden gentemot vårdtagare.

I flera fall beskrivs maktlöshetskänslorna vara nära förbundna med avsaknad av formella kunskaper eller utbildning inom vårdområdet. Känslan av vanmakt och insikten om vad det kan leda till, kan bli så stark att man t o m lämnar ett arbete.

-.. Jag kan säga så här då... att... jag jobbade med en person en gång och då kände jag en maktlöshet, för jag kunde inte göra nånting åt situationen, och då... jag slutade faktiskt på det stället, jag kom ingen vart med det. Jag kände att, ja det gick inte... jag kunde inte göra nånting åt situationen, jag hade gjort allt jag kunde och vårdtagaren försökte provocera mej hela tiden. Med vissa saker, så jag kände att, nej jag kommer inte längre, jag slutar. Klarar inte av det, det gick inte, för att jag vet att då kanske det hade brustit till slut och då hade det blivit nånting dumt utav det, det ville jag inte.

Det var det här att jag kände att jag kommer att bli arg på den här personen till slut, det kommer att brista för mej och ja då kanske jag kallar den för nåt olämpligt eller gör nåt dumt, kanske tar till våld helt enkelt och jag kände att det vill jag inte göra. Och då gav jag mej.

Svar i linje med att vårdtagarens utsatthet, maktlöshet eller belägenhet i största allmänhet, konfronterade vårdgivaren med egna upplevelser eller känslor av liknande art var mycket sparsamma. Bara i några enstaka utsagor gjordes kopplingen mellan dessa.

-... när det svaga, motbjudande, vad det nu kan vara, som jag ser, sammanfaller med sånt som inte är acceptabelt hos mej själv...

Lite mer specifikt är det när jag är i någon form av vårdgivareposition gentemot den som är svag, motbjudande, fel på något sätt. Då tror jag det har att göra med vilka krav det ställs på mej, är rädd för ställs på mej, vilka krav jag ställer på mej själv men tänker mej kommer från den andra. ”Gör nånting som kan hjälpa mej – som gör att jag blir bättre, vackrare, kloka-re!” Då, om jag som vårdgivare, personal känner mej hjälplös, inte har medel till mitt förfo-gande, då tror jag att sådana tankar som du talar om, dom destruktiva, och handlingar fram-förallt, kan bryta fram.

- /när/ det sätter mej i en position av den som är svag, den som inte har, den som inte kan... Och då blir jag rädd, och då blir jag arg. Eventuellt skäms jag...

En känsla av att (kompetensmässigt) degraderas av vårdtagaren är ett uttryck en av informan-

terna använder. Denna känsla av degradering upplevs då man kommer till korta eller inte finner sig kunna hantera situationen.

Informanten har här resonerat i termer av hot, såväl konkreta mot liv och hälsa, som hot mot upplevelsen av den egna professionaliteten, kompetensen:

Jag tycker jag har fått så många bevis för när personal får lite mer kunskaper eller hjälp med att förstå vad det kan bero på, med metoder hur man kan gå vidare, så tycker jag att ett föraktfullt förhållningssätt minskar. --- För det är när man inte känner att man klarar av som man kan bli degraderad. Av andra. Och även av vårdragaren själv. Och blir man degraderad av vårdragaren själv då blir det för personligt. --- Och bli degraderad så, då blir det lätt att det vänder för personalen till förakt mot vårdragaren, ilska och att man börjar prata illa mot denne och att man är hård i tonen när man pratat till dom och vill läxa upp lite grann, då kan det här komma.

- Jag vet inte vad som kan trigga igång, men just det här att man känner att man kommer tillkorta, räcker inte till, kanske många gånger kunskapsbrist också, inte kunna hantera situationen, att man känner sej maktlös på nåt sätt. I den desperationen kanske det kan bli att – ”nej, du ska sitta där och vara tyst” eller vad det nu är.

Upplevelsen av maktlöshet, vanmakt, visade sig alltså vara det de flesta informanterna i första hand kopplade problematiken till. Maktlösheten som beskrevs upplevdes i relation till en kravsituation, den var alltså definierad i en relation, en vårdragares behov i förhållande till en vårdgivares förmåga att tillgodose detta behov.

2. När vårdgivaren har ett behov av att känna makt

Känslan av makt eller behovet av att känna makt beskrevs som något som finns hos vissa personer som söker sig till vårdrken och där kan vara förknippat med att man utsätter vårdragaren för kränkningar.

Ungefär hälften av informanterna har poängterat just detta som en omständighet bakom oacceptabla handlingar och reaktioner från vårdgivare.

- Det är nog den biten att man väljer att jobba med en svagare, där får man då utlopp för att utöva någon form av makt.

Kanske främst då den egna maktlösheten gentemot andra då, som man har svårt att hantera... och jag tror att det smittar och blir en del av kulturen på vissa ställen, att man utövar

makt som på nåt sätt blir en form av övergrepp, förnedring, ibland kan man kanske gömma /det/ bakom att det är omtänksamhet...

- ...att man som personal kan känna nån slags maktkänsla över att man... det är jag som bestämmer... en maktkänsla som man får som personal och ...jag vet inte riktigt...

Även om man således kan tänka sig vårddyrken locka personer med behov av att känna makt gentemot andra, så är tanken att någon avsiktligt söker kränka eller göra någon illa i någon form svårare att föreställa sig. Professionaliteten och andra skydd som finns i vårdstrukturen (anmälningsskyldighet, att olämplig personal avslöjas t ex) fäste man tilltro till. Detta framkom i de flesta intervjuerna.

Lättväckt maktlöshet och känslor av vanmakt, liksom önskan att dominera, eller behov av att uttrycka makt, beskrevs således som känslor hos vårdgivaren som kan utlösa oacceptabla handlingar gentemot vårdtagare.

3. När vårdgivaren är omogen eller obalanserad

Flera informanter menar att många oacceptabla beteenden från vårdgivarens sida torde kunna förstås utifrån att man privat är i dålig balans, att man t o m har en psykisk störning eller psykisk struktur som gör att man är olämplig för vårdarbete. Oförmåga att i pressade situationer skilja tanke från handling, kunna reflektera över och härbärgera (stå ut med) stress, kan tänkas leda till utagerande beteende från vårdgivarens sida. I fall där resurssvaga vårdtagare utsätts för mer påtagligt och planlagt våld eller kränkningar antyder informanterna dessutom ett rationellt övervägande gällande upptäcktsriskerna.

- Kan tänka mej när personal själv inte är i nån god balans, kanske en rad provocerande saker, men också att man förstår att den här personen inte kan rapportera eller bli trodd – Jag tror inte man gör så här mot dom man tror kan berätta och bli trodda. Kanske man i sitt privatliv har varit utsatt för något övergrepp...

- Sedan kan det ju också vara det här att vara omogen som människa själv. Inte veta själv var man står, det tror jag också kan vara... att man kanske är lite labil själv... inte känner sej själv riktigt, hur man reagerar i olika situationer. Det kan jag tänka mej. Kan vara en egenskap hos vårdgivare.

Diskussion

Undersökningens avsikt var att belysa inställningen bland personal som arbetar i olika typer av vård och omsorg till oacceptabla handlingar, negativa och fientliga tankar och känslor gentemot vårdtagare med nedsatt autonomi. En annan avsikt var att identifiera faktorer som man kunde tänka sig öka risken för att oacceptabla beteenden, tankar eller känslor manifesteras.

Resultatet tyder på att området rymmer betydande problematik. De etiska och moraliska påbuderna är stränga och den man är satt att hjälpa avses man inte kränka eller göra illa på något vis. Då man påmindes om att så ändå sker ibland, tillgreps därför spontant några defensiva strategier.

Spontant initialt förnekande hållning

Den tydligaste och närmast reflexartade reaktionen var en form av spontant förnekande. Denna reaktion manifesterades så gott som undantagslöst då informanterna konfronterades med frågor om eller exempel på oetiska handlingar eller bekymmersamma känslor och tankar gentemot vårdtagaren. Att denna reaktion var så allmänt uttryckt utgjorde ett oväntat fynd. Tanken att personal i vården kan göra ont istället för gott höll man med kraft ifrån sig. Tidsfaktorn spelade dock en viktig roll. Förnekandereaktionerna var av kortvarig karaktär. Då frågorna fördjupades och ämnet utvecklades kunde informanten i regel närma sig problematiken, om än under viss vanda.

Tilltron till utbildningens skyddande funktion

Den andra tydligt framträdande reaktionen hos informanterna var att man hyste mycket stor tilltro till sin utbildning (formell) och erfarenhet, och att dessa utgjorde ett pålitligt skydd mot att handla oetiskt och icke-professionellt. Kunskaper och erfarenheter är tveklöst goda förutsättningar i alla jobb, inte minst i de emotionellt påfrestande arbeten som här var föremål för undersökning, men därutöver krävs även en personlig mognad och lämplighet vilket flera informanter påtalade. Att de formella kompetenserna var väsentliga låg förstås nära till hands att betona då samtliga informanter uppfyllde samtliga formella utbildningskrav för sina respektive yrken.

Skamkänslor

Tidigare forskning har beskrivit skammens betydelse för mänskligt samspel och hur känslor av skam utlöses hos den som avviker från den sociala gruppen genom sitt sätt att se ut eller bete sig. Att skamkänslor utlöses när man känner sig utanför och inte förmår leva upp till gemenskapens förväntningar verkar rimligt. Att så dessutom är fallet hos människor med stora svårigheter att klara av sina liv på egen hand verkar troligt. Cullberg Weston (2008) skriver bland annat om överförd skam och det faktum att skamkänslor lätt smittar mellan människor. Därmed kan man på goda grunder förmoda att känslor av skam på olika sätt är involverade i interaktionen vårdtagare – vårdgivare.

Att skamfenomen inte är alldeles lätta att förstå och hantera antyder de beskrivna exemplen. Det är i de exemplifierade fallen (badplatsen respektive busshållplatsen, sidan 22 f) inte klart om vårdtagarna faktiskt upplevde skam i de aktuella situationerna, kanske fanns till och med utvecklingsmässiga och kognitiva hinder för att överhuvudtaget känna skam? Men vårdgivarna beskrev situationerna som om vårdtagarna utsattes för kränkande behandling av vårdgivarna om de inte skyddades för omgivningens förmodat fördömande blickar och tankar. Om vårdgivarna själva befunnit sig i vårdtagarens situation hade de antagligen upplevt den skamfylld får man anta. Varifrån kommer då denna svårförankrade skam? Föreligger den inte från början hos vårdtagaren torde det väl i vedertaget ”smittosynsätt” inte utgöra en smitta över till vårdgivaren? Men skammen finns där ändå - hos vårdgivaren.

Här finns således skäl att ytterligare utforska skamkänslornas hemvist och utbredning. Utifrån denna studies fynd kan man ändå notera komplexiteten samt poängtera vikten av att så långt det är möjligt söka förståelse för de fenomen som uppkommer i vårdrelationer.

Maktlöshet

Upplevelse av vanmakt eller maktlöshet, var enligt informanterna den mest påtagliga riskfaktorn bakom oacceptabla beteenden, tankar och känslor riktade mot vårdtagarna. Maktlöshetskänslor uppkomna i den omedelbara vårdssituationen tillhörde de tillfällen då man främst antog att oreflekterade felhandlingar lätt kunde bli resultatet. Även verbala negativa uttryck, till exempel förhånande, eller andra oacceptabla beteenden kunde bli uttryck för den frustration man kände då den egna förmågan att förstå och hantera en akut situation sviktade. Att uppleva sig hotad i sin yrkesroll kan säkert ses som besläktat med skamkänslor. Upplevelsen innebär därmed en utmaning av självbilden, en narcissistisk kränkning. En kränkning som alltså enligt Sheff (1997) lätt kan väcka ilska, raseri.

Känsla av maktlöshet förknippades av informanterna med frånvaro av formaliserad utbild-

ning, erfarenhet. Att vare sig fysiskt eller kunskapsmässigt kunna ta sig ur vanmaktssituationen, att sakna strategier, utgör en starkt frustrerande upplevelse. Att inte ens förstå situationen och mentalt kunna hantera den kan inge en känsla av fångenskap och frustration.

Maktbehov och andra personliga egenskaper

Känslan av maktlöshet är ett fenomen som både är beroende av personliga egenskaper hos den som känner maktlöshet, och den faktiska situationen. Ett påtagligt behov av att vara den som bestämmer, styr och ställer, kanske ett behov av att vara behövd, sågs av informanterna som en annan tänkbar bakgrund till oacceptabla handlingar och reaktioner mot vårdtagare. Egna känslor av tillkortakommande i olika sammanhang, kunde ge individen skäl att ”ta igen” på lämpligt offer. Jobbet och agerandet där fick därmed en kompensatorisk betydelse i detta avseende.

Personlig omognad och egen psykisk problematik hos vårdgivarna var andra riskfaktorer som informanterna kunde se bakom oacceptabla handlingar och beteenden mot vårdtagare.

För att förstå mekanismer bakom oacceptabla handlingar riktade mot vårdtagare med nedsatt autonomi måste man med all sannolikhet beakta såväl individuella egenskaper hos vårdgivaren som hos vårdtagaren. Även utan att informanterna explicit beskrev fenomenen i interaktionstermer ser man ändå ett inslag av insikt om att ett komplicerat samspel här ständigt äger rum i vårdarbetet.

De vårdtagare informanterna refererade till karaktäriserades av låg grad av autonomi. De hade alla olika former av funktionshinder, ofta en psykisk utvecklingsstörning. Gemensamt för samtliga var behovet av direkt hjälp för de dagliga bestyren och ett avsevärt beroende av en trygg och stabil hjälparrelation. Förmågan att skydda den egna integriteten och värdigheten var oftast begränsad hos vårdtagaren och även i detta avseende var man i behov av stöd utifrån.

En rimlig tanke är att den belägenhet de flesta vårdtagare med nedsatt autonomi befinner sig i hos dessa lätt inger en känsla av maktlöshet. För många kan denna känsla vara outhärdlig, kanske på grund av att funktionshindret i sig begränsar förmågan att stå ut med aversiva affekter, men också beroende av de omständigheter man lever under. Maktlöshet som en permanent komponent i den egna personligheten kan för övrigt vara utmanande att stå med ut för flera än personer med funktionshinder.

En försvarsstrategi mot känslan av vanmakt kan utgöras av den omnipotenta egostruktur som

Symington (1992) talar om. Bland konsekvenserna av sådana fann Symington bland annat känslor av förakt gentemot vårdtagarna, en påtaglig riskkomponent i vården.

Den således på flera ställen nämnda känslan av vanmakt hos såväl vårdgivare som vårdtagare, torde kunna associeras med känslan av skam. Det finns anledning att anta att denna, för vårt sociala fungerande, så väsentliga emotion finns väl inprogrammerad i de mest fundamentala kommunikationssystemen, varav spegelfenomenen (Bauer, 2007) utgör ett sätt att beskriva dessa utifrån ett biologiskt perspektiv.

Skamtemat är erkänt svårt att hantera. Flera författare (Nathanson, 1992), noterar den betydande frånvaron av litteratur om ämnet, och menar att en form av ”skam för skammen” kan förklara denna frånvaro. Omskrivningar för känslan är istället vanliga i språket (”pinsamt”, ”genant”, ”jobbigt”). Det verkar alltså som om blotta omnämmandet av skam aktiverar en olust. Vi ser av våra intervjuer en klar benägenhet att på direkta frågor om skamkänslor hos vårdtagare och vårdgivare, i olika situationer, förneka dessa.

Om man nu antar att vårdtagarens upplevelse av maktlöshet utgör en väsentlig riskfaktor bakom oacceptabla handlingar hos vårdgivaren, hur ska man då kunna förstå bakgrunden till dessa maktlöshetskänslor?

En möjlighet att bättre förstå fenomenet är att vårdtagarens känsla av vanmakt förs över till vårdgivaren och upplevs av denne som en egen känsla. Detta fenomen har beskrivits av många författare som *projektiv identifikation* (Ogden, 1982). Denna process innefattar två steg, dels projektionen, det vill säga att man tvingar på en känsla på den andre, dels identifikationen. Mottagaren (här vårdgivaren) kan nämligen utsättas för en så intensiv påverkan att enda sättet att hantera situationen är att införliva det projicerade (känslan) såsom en egenskap hos sig själv, att identifiera sig med känslan. Processen som försiggår i interaktionen mellan vårdtagare och vårdgivare sker omedvetet.

I olyckliga fall kan det överförda även hos vårdgivaren vara så outhärdlig att något utagerande för att lösa spänningen blir resultatet. Ett sådant handlande kan till exempel vara ett oacceptabelt utspel gentemot vårdtagaren.

En annan tanke kan vara den som uttryckts i ett par av citaten, att maktlösheten (eller annan känsla/egenskap) manifesterad av vårdtagaren, alltför mycket konfronterar vårdgivaren med liknande egna känslor eller egenskaper vilka är svåra att acceptera. Här är således situationen

sådan att den oacceptabla känslan eller egenskapen samtidigt finns hos såväl vårdgivaren som vårdtagaren, och upptäckten av egenskapen hos både vårdtagaren och vårdgivaren blir en oönskad konfrontation för den senare. Även här kan lösningen bli att angripa egenskapen hos den andre (dvs vårdtagaren) genom någon form av oacceptabelt agerande.

Som synes sker i interaktionen vårdgivare – vårdtagare många komplicerade processer i det fördolda. Att betrakta fenomenen i sådana interaktionstermer kan öka begripligheten för de studerade fenomenen. Sådana processer är till sin karaktär oftast omedvetna varför det inte förvånar att informanterna i denna studie inte i första taget tänker i sådana banor. Det handlar ju här om känslor vilka inte med lätthet accepteras eller ses som karaktäriserande det egna självet. I alla händelser är dessa processer komplicerade och inbegriper oftast minst två personers oacceptabla och okända egenskaper.

Metodologiska komplikationer

Möjligen kunde ännu mer fördjupade och personliga reflektioner ha erhållits vid upprepade intervjuer med samma informant, eller intervjuer av längre varaktighet. Denna möjlighet fick emellertid vägas mot risken att intervjupersonerna efterhand som intervjutiden gick, alltmer anpassade sig till intervjuarens frågeställningar och antaganden och därmed även kunde tänkas bli mindre fria i sina utsagor. Undersökningens fokus har inte heller varit på vårdgivarnas insikter om och reflekterade hantering av komplicerade skeenden utan snarare om förekomst av och förutsättningar för att oacceptabla handlingar och känslor ändå ibland aktualiseras.

Intervjuaren/författaren delar en stor del av vårdkulturen med intervjupersonerna. Denna förståelse är, samtidigt som den är en förutsättning för att ställa relevanta frågor, även en riskfaktor. Förståelsen kan göra att frågor inte ställs i den omfattning som metoden kräver, utan att intervjuarens egna erfarenheter och kunskaper ”fyller i” eventuella luckor eller ”korrigerar” mångtydigheter i informationen från informanterna med egna tolkningar.

En annan riskfaktor kan vara att en koalition grundad på kollegialitet och många gemensamma erfarenheter minskar benägenheten att ställa naiva och provocerande frågor och därmed trampa på eventuellt ömma tår. Att undvika tydlighet och efterforskning inom ett gemensamt men besvärande område kan således göra sig gällande även i relationen informant – intervjuare och därmed utgöra ett parallellt fenomen till vad som kan ske i relationen vårdtagare – vårdgivare (Jaeckel, 2006). Fenomenet har därmed stora likheter med vad Symington (1992) beskriver som den beskyddande, överkompenserande, relationen vilken fångade såväl patient som terapeut i en garanterat stillastående process.

Medvetenheten om denna ”intervjuareffekt” kan givetvis även innebära risker i rakt motsatt riktning, att inte se det som ändå är tydligt men som man är rädd för är resultat av egna övertolkningar. Det är med andra ord en grannliga uppgift att hålla processer som dessa under rimlig kontroll. I föreliggande arbete har dessa faktorer reflekterats kring i handledningen.

Den kvalitativa undersökningsmetoden tycks ytligt sett väl överensstämma med vanligt förhållningssätt i en psykologs arbete, både i psykoterapi- och i handledningssammanhang. Man strävar i båda fallen efter en nyanserad berättelse, avsedd att öka kunskapen, sammanhangen och begripligheten inom området genom både fördjupande och breddande ansatser i samtalet. Men det finns även betydande skillnader. Ambitionen att nå en förståelse av den enskilde individen är här inte primär. Den förståelse man söker handlar om fenomenet man studerar, inte hur det gestaltar sig hos den enskilde. Att låta informanterna beskriva det studerade frågeområdet är därmed målsättningen. Medvetenhet om dessa skillnader är därför påkallad vid varje intervjuundersökning.

Samtliga intervjuade hade den för respektive tjänst föreskrivna formella utbildningen. Detta visade sig vid analysen av de aktuella intervjuerna möjligen utgöra en begränsning då utbildning ofta framfördes som ett skydd mot oacceptabla handlingar. Ett fortsatt undersökande av frågor liknande de som varit föremål för denna bör därför beakta detta och även omfatta personer utan formell kompetens.

Vid planeringen av denna undersökning fanns alternativet att i djupintervjuer med ex vis handledare för vårdgivare i de aktuella verksamheterna, undersöka de mer känsliga frågorna. Detta torde kunna ge en fördjupad insikt och skulle också kunna vara en form av uppföljande undersökning.

Kliniska implikationer

Erfarenheten från denna undersökning antyder att kränkande handlingar, tankar och känslor hos personal gentemot vårdtagare är ett svårhanterligt problemområde. En avsikt med studien var också att genom att fokusera problemområdet uppmuntra till reflektion och ökad medvetenhet och förståelse för fenomenen hos personal, och därmed ge större förutsättningar att bättre kunna hantera dessa. Detta torde sedan vara till gagn för alla parter i vårdarbetet.

Vårdtagare, särskild med svåra funktionshinder, är i en särskilt utsatt position och deras beroende av vårdgivare kan vara total. Utsattheten medför en sårbarhet för svåra kränkningar och att avsikten med vård- och omsorgsarbetet kan omkullkastas med avsevärda personliga men som resultat.

Att vara vårdgivare är inte bara fysiskt påfrestande i många fall, det är ofta också emotionellt påfrestande. Närheten till mänskligt lidande utsätter vårdgivaren för stora påfrestningar, vilka vård- och omsorgsorganisationerna inte alltid är tillräckligt medvetna om. Om situationen väcker oacceptabla känslor och tankar hos vårdgivaren, och detta inte är tillåtet att prata om i organisationen, finns en stor risk att personalen ifråga lämnar yrket eller arbetsuppgiften. Resultatet kan bli en onödigt stor personalomsättning innebärande avsevärda kostnader i pengar förutom yrkesmässig otillfredsställelse. Brister i kontinuitet på personalsidan kan också vara mycket negativt för de kategorier vårdtagare som här varit aktuella.

En vårdtagare i en värmländsk kommun hade exempelvis under en tioårsperiod över 300 olika personliga assistenter, det vill säga en avsevärd omsättning och därmed bristande kontinuitet i omsorgen. Då handledning infördes för personalgruppen upphörde denna för alla parter destruktiva olägenhet helt. Handledningen var en stödresurs som innebar tillfälle till reflektion kring processer av den art vi här diskuterar, och som gav personalen förutsättningar att härda ut, förstå, och fortsätta utgöra ett stöd för vårdtagaren. Vinsten i detta arrangemang kan inte bara räknas i pengar (personalrekrytering, sjukfrånvaro) utan i högsta grad även i form av minskade olägenheter för vårdtagaren och otillfredsställelse för vårdpersonalen.

En av informanterna i denna undersökning utsattes uppenbarligen för mycket starka provokationer från en vårdtagare men insåg själv faran vid fortsatt arbete med denne. Lösningen på detta blev att byta arbete. Denna lösningsform var förmodligen i den aktuella situationen vad som fanns att tillgå men är kanske inte den optimala, varken för vårdgivare eller för vårdtagare. Bruten kontinuitet i vård-/omsorgsrelationen är inte ofta till gagn för vårdtagaren och upplevelser av att inte klara sitt arbete är definitivt inte till gagn för vårdgivaren, även om man ändå gjort ett professionellt korrekt val.

Det är antagligen inte bara förmågan att konkret kunna lösa sin uppgift som är väsentlig i detta sammanhang. Många svårigheter och egenskaper som vårdtagarna har kan de inte befrias från hur gärna vårdpersonalen än vill. Att orka med att stå ut med detta i mötet med personer med livslånga funktionshinder eller progredierande sjukdomstillstånd, det vill säga att ha en

hållbarhet förmåga (*containing function*) är i många fall istället den hjälp man kan bestå vårdtagaren med.

Vi söker gärna enkla och begripliga förklaringar till fenomen vi inte förstår oss på. Vårdarbete innefattar dock ofta komplicerade interaktiva processer som det kan vara svårt att förstå. Förklaringar söks då istället gärna i form av karaktäristika hos vårdtagaren, dennes avvikelse från normen. När detta förklaringsökande inte alltid ger trovärdiga svar utan att även vår egen (vårdgivarens) medverkan i samspelet gör sig påmind, och det dessutom handlar om sidor vi har svårt att acceptera, blir det hela genast besvärligare. Vanligt förekommande interaktionsprocesser kan utgöra ett sätt att förstå samspelet. Och att förstå vad som sker är en god grund då man skall söka hantera dessa konstruktivt. När man själv är en av parterna i en sådan process är det rimligtvis svårare att se och förstå, varför man oftast behöver assistans i detta arbete.Handledning, och då främst sådan inriktad på processer i vårdarbetet, utgör en sådan form av stödprocess.

Sammanfattning

Den här aktuella studien har haft som avsikt att beskriva vård- och omsorgspersonalens tankar kring oacceptabla handlingar, liksom känslor och reaktioner gentemot vårdtagare vilka upplevs otillåtna i vårdarbetet. Problematiken kring överförings/motöverföringsfenomen i samband med vård- och omsorgsarbete, främst då det gäller vårdtagare med svårare funktionshinder såsom bland annat utvecklingsstörningar, har berörts av andra författare. Dock har det då främst handlat om fenomen som resulterat i hållningar hos personal präglade av beskydd och omhändertagande. Däremot har ”negativa” och aggressiva reaktioner varit påtagligt frånvarande i texterna. Man känner här igen den spontana avvärjande hållning till sådana fenomen, vilken tydligt framträdde i denna studie. Detta område är sålunda mindre utforskat men förtjänar definitivt uppmärksamhet, inte minst påminns vi om detta av de fall av övergrepp och olämpligt bemötande som då och då relateras i media. Man får därtill förmoda avsevärda mörkertal av skäl som tidigare relaterats.

Frågeställningarna berör en betydande moralisk problematik. Att föreställa sig handlingar, eller reaktioner som är olämpliga och riktade mot vårdtagarna är mycket besvärande för personal i vården. Att tänka sig att eventuella reaktioner har någon form av ursprung i egenskaper hos vårdtagarna var ännu värre att prata om.

I det komplicerade växel-spelet mellan vårdtagare och vårdgivare sker processer som behöver

förstås för att kunna hanteras. Personalförslitningen är avsevärd i de här studerade arbetena och risken för stress- och utmattningsreaktioner är stor om detta underhåll i form av yrkesmässig reflektion inte finns. Tid och rum för gemensam reflektion och möjligheter att erhålla stöd i detta grannliga arbete är därför helt nödvändigt. En förståelse och förmåga att hantera de ibland obegripliga processerna i ett vård- och omsorgsarbete måste utgå från insikten om att vi alla påverkar och påverkas av varandra, det vill säga fenomenen vi här studerat måste förstås utifrån ett interaktionistiskt perspektiv.

Referenser

- Bauer, Joachim (2007). *Varför jag känner som du känner*. Falun: Natur & Kultur.
- Cullberg Weston, Marta (2008). *Från skam till självrespekt*. Tryck: WS Bookwell, Finland. Natur & Kultur.
- Gustavsson, Sture. (1984) *Vem har rätt att födas?* Borås: LTs förlag.
- Igra, Ludvig (2001). *Den tunna hinnan mellan omsorg och grymhet*. Falun: Natur & Kultur.
- Jaeckel, Kerstin (2006). Negativ terapeutisk motivation. *Insikten* nr 4/2006, sid 23-30.
- Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Nathanson, Donald L (1992). *Shame and Pride*. New York: Norton.
- Ogden, Thomas H (1982). *Projektiv identifikation och psykoanalytisk teknik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Ofstad, Harald (1979). *Vårt förakt för svaghet*. Stockholm: Prisma.
- Scheff, Thomas (1997). *Deconstructing Rage*. Artikel. 4 aug 1997.
www.soc.ucsb.edu/faculty/sheff/7.html
- Sinason, Valerie (1992). *Mental Handicap and the Human Condition*. London: Free Association Books Ltd.
- Sobsey, D (1994). *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities: The End of Silent Acceptance*. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co.
- Socialstyrelsen (2005). *Våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder*. Art nr 2005-131-23.
- Starrin, Bengt (1996). Grounded Theory – En modell för kvalitativ analys. I Svensson, P-G & Starrin, Bengt.(red) (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik* (sid 103-168). Lund: Studentlitteratur.
- Symington, Neville (1992). Countertransference with Mentally Handicapped Clients. I Waitman, Alexis & Conboy-Hill, Suzanne. (ed) (1992). *Psychotherapy and Mental Handicap* (sid 132-138). London: SAGE Publications.
- Wrenne, Hans (1986). Övergrepp mot psykiskt utvecklingsstörda personer – att förstå och förebygga. *POMS-bladet* nr 73, 23-31.

Bilaga 1

Bo Kahnberg
Leg psykolog
Hälsa Habilitering Rehabilitering
Psykologenheten

2007-02-16

Information om forskningsprojekt

Reaktioner av skam och förakt – personalens hållning till oacceptabla känslor och beteenden i möten med patienter

Inom ramen för ovanstående forskningsprojekt avses nedanstående frågeställning undersökas:

”Under vilka betingelser riskerar grymhet, förakt och andra oacceptabla känslor bryta igenom och iscensättas i det praktiska vårdarbetet?”

Forskningsprojektet avser att genom en intervjuundersökning få en bild av intervjupersonernas tankar kring när, var och hur ”onda handlingar och onda tankar” kan tänkas komma till uttryck i vårdarbete med *resurssvaga personer*. Resurssvaga personer kan t ex vara personer med svåra sjukdomar eller funktionshinder. Det gemensamma är vanligtvis en *utsatthet och begränsad förmåga att ta tillvara sina rättigheter*.

Intervjun tar ca 1 tim i anspråk och det är mycket värdefullt att olika uppfattningar och erfarenheter kommer till tals.

Följande överenskommelse görs med varje intervjuad inför medverkan:

- 1 Medverkan avser intervju om ovanstående tema.
- 2 Informanten/intervjupersonen informeras om syftet och upplägget av studien och kan när som helst välja att avbryta deltagande i projektet
- 3 Intervjun spelas in på band varefter en utskrift av intervjun görs. Denna tillställs informanten som då kan lämna synpunkter och/eller kompletteringar.
- 4 Bandet raderas efter att intervjun skrivits ut och godkänts av informanten.
- 5 Intervjun avidentifieras så att såväl uppgiftslämnare/informant som övriga omständigheter som däri nämns förändras så de ej kan förknippas med specifika personer eller verksamheter.
- 6 Utdrag och citat ur intervjun kan komma att publiceras i forskningsrapporten som informanten erhåller ett ex av.
- 7 Någon ersättning utgår inte för medverkan.

Ansvarig:

Bo Kahnberg
Landstingets Psykologenhet
Järnvägsgatan 7
652 25 Karlstad
tel 054-61 73 72 e-post: bo.kahnberg@liv.se

Bilaga 2

Bo Kahnberg
 Leg psykolog
 Hälsa Habilitering Rehabilitering
 Psykologenheten

Överenskommelse om medverkan i forskningsprojekt

Reaktioner av skam och förakt – personalens hållning till oacceptabla känslor och beteenden i möten med patienter

- 1 Medverkan avser intervju om ovanstående tema.
- 2 Informanten/intervjupersonen informeras om syftet och upplägget av studien och kan när som helst välja att avbryta deltagande i projektet
- 3 Intervjun spelas in på band varefter en utskrift av intervjun görs. Denna tillställs informanten som då kan lämna synpunkter och/eller kompletteringar.
- 4 Bandet raderas efter att intervjun skrivits ut och godkänts av informanten. Utskriften av intervjun förstörs efter att uppsatsen färdigställts.
- 5 Intervjun avidentifieras så att såväl uppgiftslämnare/informant som övriga omständigheter som däri nämns förändras så de ej kan förknippas med specifika personer eller verksamheter.
- 6 Utdrag och citat ur intervjun kan komma att publiceras i forskningsrapporten som informanten erhåller ett ex av.
- 7 Någon ersättning utgår inte för medverkan.
- 8 Utskrift av intervju förstörs efter att rapporten färdigställts.

Karlstad den

.....
 Informant/intervjuperson

.....
 Bo Kahnberg