

**Det våldsamma mötets fenomenologi
– om hot och våld i psykiatrisk vård**

Acta Wexionensia

Nr 32/2003

Vårdvetenskap och socialt arbete

**Det våldsamma mötets fenomenologi
– om hot och våld i psykiatrisk vård**

Gunilla Carlsson

Växjö University Press

Abstract

Carlsson, Gunilla, 2003. *Det våldsamma mötets fenomenologi – om hot och våld i psykiatrisk vård.* (The phenomenology of violent encounters – threats and violence in psychiatric care), Acta Wexionensia nr 32/2003. ISSN:1404-4307, ISBN: 91-7636-400-3. Written in Swedish with a summary in English.

The present study focuses on the phenomenology of the violent encounter, and is to be understood as the study of the violent encounter as a phenomenon, i.e. as experienced. The overall aim is to elucidate, analyse and describe violent encounters within psychiatric care as experienced by carers and patients. Moreover, the study aims at promoting the development of a phenomenological research approach in caring science in general and elucidating tacit caring knowledge in particular.

The thesis includes three empirical studies and one methodological study. The research is guided by a phenomenological and lifeworld theoretical approach. Research data consist of narratives and qualitative interviews, as well as re-enactment interviews with carers and patients. Data are analysed for meaning. The analysis and synthesis of meaning are aimed at openness and meaning sensitivity through a reflective attitude characterised by the intent to bridle the process of understanding. The goal of the analysis is to describe the general structure of the phenomenon and its meaning constituents.

The result shows that violence and threat do not evolve in “naked” caring, characterised by encounters where carers are able to touch their patients at the same time as being touched, speaking both literally and figuratively. It is through “naked” caring and caring touch that the carers are able to reach the patients and to give undisguised invitations to genuine presence. The possibilities of touch rely on the carers’ capacity to be authentic and to genuinely wish well. Violence is on the contrary nourished by touch without caring intention, or non-touch, i.e. caring where the reciprocity of touching and being touched is missing between patients and caregivers.

In the discussion, the different meanings of the violent encounter are related to the philosophy of Merleau-Ponty and Lévinas. The philosophical dimensions of touch are investigated and it is discussed how the “naked” encounter can be understood from a phenomenological ethical standpoint. The discussion focuses on the caregivers’ vulnerability and the high demands they are subjected to. It is also argued that a foundation of caring science is needed in caring practice in order to make possible a development of a caring attitude that prevents violence.

Key words: violent encounter, reflective lifeworld research, psychiatric care, "naked" caring, caring touch, caring presence, embodied caring knowledge, phenomenology, patients perspective, caregivers perspective

Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen vid Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, Växjö universitet 2003

Skriftserieredaktörer: Tommy Book och Kerstin Brodén

ISSN 1404-4307

ISBN 91-7636-400-3

Tryck: Intellecta Docusys, Göteborg 2003

Originalartiklar

Denna avhandling bygger på följande artiklar som i avhandlingen refereras till med romerska siffror:

I. Carlsson, G., Dahlberg, K., & Drew, N. (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 533-545.

II. Carlsson, G., Drew, N., Dahlberg, K., & Lützen, K. (2002). Uncovering tacit caring knowledge. *Nursing Philosophy*, 3, 144-151.

III. Carlsson, G., Dahlberg, K., Lützen, K. & Nyström, M. (accepted). Violent encounters in psychiatric care – A phenomenological study of embodied caring knowledge.

IV. Carlsson, G., Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Ekebergh, M. (submitted). Patients longing for “naked” caring - A phenomenological study of violent encounters in psychiatric care.

Avhandlingen omfattar tre empiriska studier (I, III och IV), samt en metodologisk studie (II).

Till Bo

Johanna, Oscar och Olivia

Förord

En klarblå himmel, en ljuv härlig bris från ett turkoskimrande hav och underbar varm gyllene sand som våra barfota fötter vandrade i. Det var i denna fantastiska miljö som de första tankarna om mitt avhandlingsarbete väcktes. Karin Dahlberg och jag hade precis avslutat vår presentation på en konferens som ägde rum på Jekyll Island, i delstaten Georgia, USA, och vi vandrade på stranden och tillsammans skissade vi fram de första penseldragen i min forskningsplan.

När ett avhandlingsarbete skall sammanfattas är det vanligt att ge liknelser genom resor och för mig har mitt avhandlingsarbete inneburit resor på olika vis. Begynnelsen inträffade just som ovan beskrivits under en resa. Därefter har jag också under mina studieår rest och flyttat omkring dels från Karolinska Institutet och Institutionen för omvårdnad där jag först blev antagen som doktorand i januari månad år 1999 till att flytta till Växjö universitet och Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete för ganska precis ett år sedan.

Jag vill börja med att tacka mina tre handledare, professor Karin Dahlberg, professor Kim Lützen och docent Maria Nyström som haft stor betydelse för mig i mitt avhandlingsarbete. Kim hjälpte mig att få en plats i forskarutbildningen och har framför allt guidat mig när de gällt att se och förstå de olika etiska frågeställningar som jag ställts inför. Jag tackar härmed också Institutionen för omvårdnad vid Karolinska Institutet och den doktorandgrupp jag där fick tillhöra. Trots att mina besök i vår huvudstad var sporadiska så kände jag mig alltid välkommen och speciellt tack till Kims doktorandgrupp där många intressanta diskussioner förts.

Jag har haft förmånen att få vara i Marias närhet under flera år. Våra diskussioner har alltid varit livliga och för mig ytterst lärorika. Maria kom formellt att bli min handledare under den senare delen av min forskarutbildning. Tack Maria för alla givande diskussioner, för alla dina briljanta idéer, din klarsynthet och många uppslag.

Karin har väglett mig in i fenomenologins fantasiska och underbara värld, i denna värld har jag verkligen genomfört en filosofisk och metodologisk resa och Karin har öppnat en mängd dörrar och fått mig att både förstå och anta filosofiska och metodologiska utmaningar. Karin har aldrig tröttnat på mina undringar utan ihärdigt och med stort engagemang såväl som intresse bidragit med konstruktivt stöd. Outtröttligt har Karin engagerat sig i alla de problem som jag brottats med och på ett berikande och fruktbart vis lett mig vidare i min egen utveckling. Resan i fenomenologins hänförande värld är inte på något vis avslutad utan den kommer jag att fortsätta. Stort tack också till Växjö universitet och Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete, dess lärare och till alla underbara, ”goa” doktorander som genom öppna livliga diskussioner fört mina tankar framåt.

Det finns ytterligare en plats jag ofta rest till och det är till köket i Pajebo. Här existerar den fenomenologiska idén i Husserliansk anda. I detta kök är det särskilt högt i tak och här lever en rik, dynamisk och kreativ kunskapsupbyggnad vilken djupt berikat min livsvärld. Det var nämligen vid detta köksbord som Karins första doktorandgrupp höll sina seminarier. Ett mycket stort tack till alla "gamla" och "nya" doktorander, för alla era tips och kommentarer. Jag vill här rikta ett särskilt tack till Birgitta Sundström, Caroline Ahl och Reet Sjögren. Till Birgitta för sitt outtröttliga tålamod att livligt diskutera och kommentera mitt avhandlingsarbete, vilket givit mig betydelsefull näring, till Caroline som engagerat givit mig värdefulla synpunkter och till Reet som med sitt lugn och harmoniska sätt alltid gett mig stöd och uppmuntran. Till denna grupp hör också Helena Dahlberg som vid många tillfällen berikat våra diskussioner med sina sakliga och väl genomtänkta inlägg, jag vill också tacka Helena för hjälp med översättningar och engelsk språkgranskning. Tillsammans med Helena har jag också varit på resa, både till Canada och till Merleau-Pontys värld, tack Helena.

Till alla mina arbetskamrater vid Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås vill jag framföra ett stort tack. Prefekterna Björn-Ove Suserud och Caroline Ahl vill jag tacka för stöd och uppmuntran. Jag riktar också ett tack till min tidigare studierektor Britt-Marie Halldén och till min nuvarande studierektor Ingela Höglund som med positiv inställning givit utrymme till mitt forskningsarbete. Ett särskilt tack till Ingela Lundgren, Margaretha Ekebergh samt Febe Friberg. Tack Ingela för ditt stöd, dina goda vetenskapliga råd och alla våra gemensamma små hemligheter. Tack Margaretha för dina sakliga kommentarer, för att du frikostigt delat med dig av din kunskap och tack för att du har läst och kommenterat mitt manus vid olika tillfällen under arbetets gång. Tack Febe för våra diskussioner och våra små gemensamma stunder där du lyssnat och gett mig utrymme.

Under avhandlingsarbetes gång har flera granskningar genomförts, på mittseminariet där professor Kerstin Segesten, professor Unni Lindström samt docent Louise Nygård ambitiöst granskat och fört fram kreativa synpunkter, tack för en givande sakgranskning. På mitt slutseminarium var professor Marit Kirkevold huvudgranskare, tack Marit för din förnämliga och rika sakgranskning, som medfört att mitt arbete har kunnat göras mer tydligt och stringent. Jonas Åberg, Håkan Jenner och Liselotte Ozolin vill jag också framföra mitt tack till, för deras värdefulla granskning under detta slutseminarium.

Ekonomiska bidrag för mitt avhandlingsarbete har givits från flera håll. Jag vill tacka Vårdalstiftelsen, f.d. FoU-Centrum, i Södra Älvsborg samt Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap, för ekonomiskt stöd.

Det finns några personer i mitt liv som är värda ett alldeles speciellt tack, det är en handfull människor närmare bestämt fyra, som jag ej kan leva utan. Förutan deras ständiga uppmuntran och hurrarop hade inget av allt detta arbete varit möjligt. Jag talar om min familj som gjort allt meningsfullt. Det är min älskade make Bo som under dessa år alltid stått vid min sida. Han har alltid trott på mig och när jag behövt närhet så har han alltid erbjudit mig en oas av kärlek. För honom är inget problem så stort att det blir övermäktigt, han förmår alltid att hjälpa mig så att problemen blir överkomliga. Tack min älskade make. Ett stort tack till våra underbara barn som stått ut med att ha en mor som visserligen med kroppen för

det mesta varit i hemmet men med tankarna många gånger på annat håll. Tack Johanna, Oscar och Olivia för att ni finns och för att ni har stått ut med mig. Jag älskar er så. Tack hela min underbara familj.

Till sist men absolut inte minst vill jag tacka alla mina informanter för utan er hade denna forskning absolut ej kunnat genomföras. Tack för att ni, både personal och patienter tog av er dyrbara tid för att på ett djupt och engagerat vis dela med er av era upplevelser och erfarenheter. Jag vill också tacka kontaktmän, avdelningschefer och alla ni som hjälpt mig i mitt sökande efter informanter.

Tack alla

Dalsjöfors, december 2003

Gunilla Carlsson

Innehåll

<i>Avhandlingsarbetets begynnelse</i>	15
Avhandlingsarbetets uppläggning	16
Det våldsamma mötet som fenomen	16
Avhandlingens ämne	17
<i>Bakgrund</i>	19
Hot och våld i vården – en forskningsöversikt	19
Kroppsbunden kunskap	22
<i>Forskningens problemområde, syfte, mål och design</i>	25
Delsyften och frågeställningar	26
Forskningens design	27
<i>Vetenskaplig ansats och metod</i>	29
Ett reflekterande livsvärldsperspektiv	30
Tyglat omdöme	31
”Re-enactment”	32
Idén om ett kroppsligt vårdande vetande	33
Reflektion kring ”re-enactment”	33
Forskningens genomförande	35
Beskrivning av deltagarna	36
Skrivna berättelser	37
Kvalitativa forskningsintervjuer	38
Intervjuer med inslag av ”re-enactment”	39
Analys och syntes av data	40
Metodologiska tillbakablickar	42
Valet av datainsamlingsmetoder	43
Reflektioner över genomförandet	44
Forskningsresultatets tillförlitlighet	45
Är generalisering möjlig?	45
Etiska överväganden	46
<i>Resultat</i>	47
Det förkroppsligade ögonblicket	47

Vårdande närvaro respektive frånvaro	47
Det ”nakna” vårdandet	48
Det våldsamma mötets generella struktur	49
Slutsatser	50
<i>Diskussion</i>	53
Det våldsamma mötets etik	53
Mekaniserade intellekt i vården	54
En vårdfilosofisk kärna	55
Den vårdande relationens nödvändighet	56
Vårdlidande	57
Rädslans betydelse för vårdandet	60
Att vårda vårdaren till en vårdande hållning	61
Avslutande reflektioner – behovet av vårdvetenskap	64
<i>Referenser</i>	67
Bilaga 1a	
Positivt våldsamt möte såsom vårdare erfar det	
Bilaga 1b	
Positivt våldsamt möte såsom en patient erfar det	
Bilaga 1c	
Ett negativt våldsamt möte såsom vårdare erfar det	
Bilaga 1d	
Negativt våldsamt möte såsom en patient erfar det	

Avhandlingsarbetets begynnelse

Under mina år som psykiatrisjuksköterska har jag alltid intresserat mig för hur patientens värld ser ut. Mina funderingar har kretsat kring frågor som: Hur är det att vara patient inom psykiatrisk vård? Överensstämmer patienters upplevelser och erfarenheter av den vård de får med det som vårdare rapporterar och dokumenterar? Min strävan i möten med patienter har varit att försöka förstå deras värld ur deras perspektiv. Inom psykiatrisk vård förekommer ibland att patienter uppträder hotfullt eller våldsamt gentemot vårdare och även mot medpatienter. Hur ser då dessa patienters värld ut? Hur är det att vara arg och samtidigt vara patient? Hur är det att vara vårdare i dessa situationer? Hur ser det vårdande ut som klarar av att möta hotfulla och/eller våldsamma patienter.

När jag fick möjligheten att gå forskningsmässigt vidare med mina funderingar kring den psykiatriska vården, koncentrerades mina frågor till hotfulla och/eller våldsamma¹ patienter. Mitt avhandlingsarbete tog sin början med min iakttagelse att vårdare² inom psykiatrisk vård många gånger var tvungna att möta hotfulla och våldsamma patienter. Ofta förundrades jag över hur dessa vårdare klarade av att hantera möten med inslag av hot och våld. Det verkade som att det ofta fanns en förmåga hos vårdarna att lugna de hotfulla eller våldsamma patienterna.

Under hela detta avhandlingsarbets gång har jag drivits av tanken att det är oerhört viktigt att förstå innebörden i det som människor uttrycker på olika vis. Min strävan har varit att försöka förstå människor utifrån den situation de befinner sig i. Och just att vara vårdare respektive patient i så svåra situationer som det "våldsamma mötet" många gånger innebär, har fascinerat mig och föreliggande avhandlings intention är att försöka besvara några av mina undringar i relation till detta möte.

¹ För läsbarhetens skull kommer fortsättningsvis hotfulla och/eller våldsamma respektive hot och/eller våld ibland att skrivas i en enklare form, t.ex. hotfulla eller våldsamma respektive hot och våld.

² Genomgående i avhandlingen används vårdare som en gemensam benämning för sjuksköterskor och skötare i psykiatrisk vård, samt undersköterskor.

Avhandlingsarbetets uppläggning

Avhandlingens sammanfattningsdel är uppbyggd av sex huvudavsnitt. Det introducerande avsnittet innefattar en beskrivning av vad som utgör ett våldsamt möte samt en kortfattad presentation av avhandlingens vetenskapliga ämne. Under rubriken bakgrund ges en forskningsöversikt över tidigare forskning av hot och våld i vården, samt presenteras några idéer omkring kroppsbunden kunskap. Eftersom en stor del av vårdandet finns inneboende i handling, krävdes en redogörelse för hur detta praktiker-kunnande förstås samt hur det kan bli möjligt att i en vetenskaplig studie komma åt denna i kroppen boende kunskap. I nästa avsnitt följer en beskrivning av forskningens problemområde, syfte och struktur. Därefter presenteras avhandlingens vetenskapliga ansats och metod. I avhandlingens fjärde avsnitt redogörs för den kunskapsteoretiska metodartikel som ingår i avhandlingsarbetet. Här presenteras också forskningens genomförande. Därpå följer en diskussion av de metodologiska val som genomförts. Det är också här som forskningens tillförlitlighet diskuteras. I nästföljande avsnitt presenteras resultatet av de empiriska delstudierna (I, III och IV), samt en beskrivning av fenomenets generella struktur samt presenteras forskningens slutsatser. I avhandlingens sista avsnitt diskuteras studiens resultat.

Det våldsamma mötet som fenomen

Avhandlingen behandlar det våldsamma mötets fenomenologi och är att förstå som studiet av det våldsamma mötet som fenomen, dvs. så som det erfars, i de olika delstudierna av patienter och vårdare. Det är således "våldsamma möten" mellan vårdare och hotfulla eller våldsamma patienter som står i denna avhandlings fokus. Med "våldsamma möten" avses händelser där patient och vårdare möts och vårdaren erfår patienten som hotfull eller våldsam, eller att patienten själv beskriver sig som att ha uppträtt hotfullt eller våldsamt i mötet med vårdaren. Ansvar för alla vårdmöten vilar på vårdaren. När mötet är hotfullt eller våldsamt sätts följaktligen vårdarens förmåga att hantera vårdande möten (med inslag av hot och våld) på prov.

Forskningens fenomen, det våldsamma mötet, står i fokus genom hela avhandlingen, men olika aspekter av fenomenet har bearbetats under forskningens gång. Det handlar om ett närmande till fenomenet i den första delstudien, som de övriga delstudierna hjälpte till att precisera³. I forskning med fenomenologisk ansats finns aldrig ett oberoende fenomen, dvs. ett fenomen som inte berörs av något subjekts erfarenhet. Tvärtom är det alltid relationen mellan subjekt och objekt som fokuseras och som också impliceras av själva begreppet fenomenologi (Husserl, 1995).

³ Forskningen utvecklas och de metodologiska övervägandena går hand i hand med att fenomenets olika aspekter betonas och tydliggörs. Det är viktigt att klargöra att det är ett och samma fenomen som studeras även om de olika aspekterna framträder mer eller mindre i de olika delstudierna. Det är perspektiven som ändras, inte fenomenet.

Det våldsamma mötet har dels belysts ur vårdares perspektiv, dels ur patienters perspektiv. Genomgående har patienters och vårdares erfarenheter/erfarande⁴ uppmärksammas men särskilt i en av delstudierna har vårdarnas strategier i dessa möten varit i fokus.

Ett våldsamt möte kan exempelvis vara när en sjuksköterska inom psykiatrisk vård gör ett hembesök hos en patient bl.a. i syfte att ge en injektion. Under besöket gång börjar patienten plötsligt att ifrågasätta injektionen, vill inte ha ”psykmedicin”. Sjuksköterskan börjar att förklara och försöker motivera patienten att ta emot sin injektion. Då går patienten fram till sin kökslåda och tar fram en kökskniv. (se bilaga 1a-d där andra våldsamma möten beskrivs⁵).

Ovan skildras det våldsamma mötet som fenomen i allmänhet, men forskningen uppmärksammar också positiva respektive negativa våldsamma möten, vilka definieras enligt följande: Med ett positivt våldsamt möte ur vårdares perspektiv avses ett våldsamt möte där de erfar sig ha lyckats möta patienten, och där hot och våld har avstyrats (se bilaga 1a). Ur patienters perspektiv erfars ett våldsamt möte som positivt när patienten känner sig lugnad, och upphör att vara hotfull. Patienten erfar inte längre något behov av att lösa situationen med våld (se bilaga 1b). Med ett negativt våldsamt möte avses ur vårdares perspektiv ett våldsamt möte, där de erfar sig ej ha lyckats lugna patienten och där hot eller våld i någon form uppstår (se bilaga 1 c). Med ett negativt våldsamt möte, ur patienters perspektiv, erfars ett hotfullt eller våldsamt möte när patienten erfar sig ej bli lugnad i mötet med vårdaren och hot eller våld i någon form uppstår (se bilaga 1 d).

De våldsamma möten som står i centrum i denna forskning har naturligtvis ej skett i ”tomrum”, utan i samtliga fall har de skett i något vårdssammanhang och ofta, men inte alltid, har andra personer varit närvarande. Dessa närvarande personer har dock inte varit delaktiga i det aktuella mötet.

Avhandlingens ämne

Den forskning som ligger till grund för avhandlingen är genomförd inom ramen för ämnet vårdvetenskap. Ämnet vårdvetenskap är emellertid inte homogent vare sig i ett internationellt eller nationellt perspektiv. Denna avhandlings forskning har inspirerats av den vårdvetenskap som vuxit fram under professor Katie Erikssons ledning vid Åbo akademi, Finland. Detta vårdvetenskapliga perspektiv har sin grund i en humanvetenskaplig ansats. En kunskapssubstans har utvecklats som berör människan i förhållande till hälsan, lidandet och vårdandet. När det

⁴ Språkbruket är ej helt enkelt när det gäller erfarenheter/erfarande. Inom ramen för den fenomenologiska ansatsen beskrivs hur människor ”erfar” något i världen, dvs. hur något framträder i människors livsvärld. Emellertid är ordet ”erfara” (som verb) inte ett gängse använt ord i det svenska språket. I vardagsspråket talar vi vanligtvis om våra ”erfarenheter”. Att tala om sina erfarenheter är också väsentligt inom ramen för en fenomenologisk ansats men samtidigt kan detta ord leda fel, då vi t ex. med erfarenhet menar att vara bekant med eller att ha stött på, så som det t ex används i uttrycket ”ha lång erfarenhet av sjuksköterskeyrket”.

⁵ Berättelserna är avidentifierade genom att bakgrundsfakta är blandade för att minska risken för att informanterna skall kunna kännas igen.

gäller att mer konkret förstå innebörden av ett vårdvetenskapligt perspektiv tillämpas i föreliggande avhandling den vårdvetenskapliga ansats som utvecklats av Dahlberg m.fl. (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

Denna vårdvetenskapliga ansats betonar ett patientfokus och vikten av att vetenskapligt beskriva vårdande ur patientens perspektiv, vilket medför att vårdvetenskapen har livsvärlden⁶ som grund. Genom livsvärldsteorin förstås patienten som en enhet, som en "subjektiv kropp". Det innebär att patienten förstås som kroppsligt upplevande och erfارande. Ett vårdvetenskapligt förhållningssätt som betonar patienters livsvärld berör också människors lidande och välbefinnande, båda naturligt förkommande i människors liv. Ett vårdande som betonar öppenheten för patienten som levd och subjektiv kropp är beroende av att det finns en fungerande mellanmänsklig relation, dvs. det är genom vårdrelationen som en god vård kan erbjudas.

⁶ Livsvärlden är "världen så som den erfars" av ett subjekt. Livsvärlden som en ansats beskrivs vidare på s. 30. Se även Bengtsson, 1998; 1999.

Bakgrund

Som bakgrund till avhandlingen presenteras en översikt över aktuell forskning inom området. Här presenteras också några idéer om ”kroppsbinden kunskap”.

Hot och våld i vården – en forskningsöversikt

Våld och hot har identifierats inom all vård både i Sverige och internationellt och utgör ett betydande problem samtidigt som kunskapen inom området är begränsad. I en översikt gällande svenska förhållanden av Wiitasara, Menckel och Carter (1997), samt Wiitasara (2000) har sammantaget tolv svenska vetenskapliga studier identifierats. Ekblom (1970) var först ut i Sverige med att i en avhandling belysa problemet med hot och våld inom psykiatrisk vård. Ekblom studerade vilka grupper av patienter som var farliga för andra, dvs. om personal och andra patienter löpte risk att bli skadade och om det gick att förutsäga vilka patienter som utgjorde ett hot mot andra. Här undersöktes också i vilka situationer som patienterna var benägna att bli farliga. Den slutsats Ekblom drog i sin studie var att både personal och andra patienter utsattes för liten risk att bli skadade av våldsamma patienter. Samtidigt kom Kalogerakis (1971) i USA ut med sin studie som konstaterade att våld från patienter inom psykiatrisk vård var sällsynt, men till skillnad från Ekbloms studie i Sverige visade Kalogerakis att personal ofta blev skadade av våldsamma patienter.

I en för Sveriges del rikstäckande enkätundersökning inom kommunal vård och omsorg, genomförd av Arbetslivsinstitutionen (Menckel & Wittasara, 2000) framkom att 51 procent av de anställda inom kommunal vård och omsorg (handläggare, specialister, vårdare, vårdbiträden, undersköterskor, personliga assistenter och föreståndare/arbetsledare) blivit utsatta för våld eller hot om våld under senaste året och nästan var tionde kommunalt anställd angav att de drabbats av hot och våld i stort sett dagligen. Internationellt finns en mängd studier (Whittington, 1994; Wykes, 1994; Whittington, Shuttleworth & Hill, 1996; Whitley, Jacobsen & Gawrys, 1996; Whittington, 1997; O’Connel, Young, Brooks, Hutchings & Loufthouse, 2000; Keely, 2002, m.fl.) som visar att hot och våld inom olika former av vård är ett ökande problem. Gray och Thomas (1998) konstaterar att hot- och våldssituationer inom den akutpsykiatriska vården har ökat och vårdavdelningarna idag har att omhänderta svårare psykiskt sjuka människor. Arnetz, Arnetz och Pettersson (1996) fastställer i sin studie att drygt 76 procent av sjuksköterskor inom den psykiatriska vården uppgav att de utsatts för våld, medan siffran för sjuksköterskorna från geriatriken var 40 procent. Dock råder ett stort mörkertal eftersom många hot- och våldshändelser inom vård ej rapporteras (Schnieden & Marren-Bell, 1995; Jansen, Dassen & Moorer, 1997;

Cutcliffe, 1999; Gates Fitzwater & Meyer 1999; Keely, 2002). Vårdare och undersköterskor är de mest utsatta yrkesgrupperna och skötare inom psykiatrisk vård (Arnetz, 2001) betraktas som en högriskgrupp.

I Sverige har Arnetz (1998, 2001) genomfört en omfattande kartläggning av både svensk och internationell forskning avseende hot och våld mot personal. Här fastställs att hot och våld i vården inte är något nytt fenomen, och det påpekas att frågan uppkom redan i en tysk studie 1889. Problemet gavs emellertid ingen större uppmärksamhet förrän i Ekbloms avhandling 1970. De första rapporterna om hot och våld mot vårdpersonal kom från den psykiatriska vården och först under 1990-talets början uppmärksammades detta som ett arbetsmiljöproblem på de somatiska vårdinrättningarna samt inom äldre vården.

Enligt Arnetz (2001) kom ett flertal forskare under 1980- och 1990-talen att ägna sig åt att studera hot och våld i vården, och Lanza (1983) från USA var bland de första att studera våld inom psykiatrisk vård ur ett bredare perspektiv, dvs. såväl patient- som personal- och arbetsplatsfaktorer kartlades. I ett uppmärksammat arbete av Libscomb och Love (1992) beskrevs våld mot vårdpersonal som en växande arbetsmiljöfara.

Inom den rättspsykiatriska vården i Sverige har Rask (2002) i sin avhandling belyst vårdarens syn på rättspsykiatrisk vård samt på sitt eget dagliga arbete. Syftet var att kartlägga fältet rättspsykiatrisk omvårdnad och hans forskning ger en bred beskrivning av det rättspsykiatriska vårdfältet. Rask anser att behov finns av fördjupade studier för att nå en ökad förståelse för området. Forskningen visar att det finns hög risk för våld och destruktivitet, samt att det är viktigt att vårdare har tillräckliga kunskaper om hur de skall möta hotfulla och aggressiva patienter. Rask pekar också på den "tysta kunskap" som vårdare tycks besitta när de bemöter hotfulla och aggressiva patienter på ett mjukt och icke-kränkande vis. Vårdarna i Rasks forskning ansåg att relationsarbetet visserligen bör karaktäriseras av gränssättning, tydliga regler och rimliga krav, men att det dessutom bör präglas av en relation med trygghet, värme, tillit, hopp och humor. Att patienten får vara i centrum och att vårdare förmedlar en känsla av att patienten är betydelsefull och delaktig var viktiga attribut för relationen, enligt Rask.

I Arnetz avhandling (1998) är avsikten att förutom kartläggning, förekomst och riskfaktorer också att mäta om vårdkvaliteten förändras när hot och våld förekommer i vårdandet (Arnetz & Arnetz, 2001). I denna forskning tydliggörs att personalens upplevelser av hot och våld i sitt arbete har en negativ effekt på vårdkvaliteten. Arnetz visar i samma avhandling att hot och våld i vården är ett arbetsmiljöproblem som har negativa konsekvenser för personalens hälsa och välbefinnande. Vårdpersonal rapporterar att de känner ilska, rädsla och irritation samt upplevelser av hjälplöshet, sorg och förnedring.

Att hot och våld i vården är ett arbetsmiljöproblem konstateras också av Åkerström (1991) i en omfattande intervjustudie där flera olika personal kategorier ingår. Åkerström pekar på att hot och våld är mest frekvent inom åldringsvård, men att denna personalgrupp samtidigt är minst orolig och minst rädd för patienterna. Även Menckel och Wiitasara (2000) konstaterar att våld och hot om våld i vårdandet är ett allvarligt arbetsmiljöproblem eftersom de som drabbas dels utsätts för fysisk skada, dels för långvariga psykiska besvär. Enbart oron för

att möjligheten finns att utsättas för våld och hot om våld innebär för många vårdare en psykisk påfrestning, enligt forskarna.

Personalens reaktioner och konsekvenser av hot och våld i vården har i Sverige bl.a. studerats av Rinnan och Sylvan (1992), Åkerström (1993), Wiitasara m.fl. (1997), och av Menckel och Wiitasara (2000). Här rapporteras att de anställda som drabbats av hot och våld i arbetet också upplever olika reaktioner till följd av vålds- och hothändelsen. Flera har upplevt olika psykiska reaktioner, 40 procent har känt sig irriterade och arga och en tredjedel har känt sig ledsna, frustrerade och hjälplösa. Vålds- och hothändelser påverkar också personalen i deras fortsatta arbete: de blir mer försiktiga, mer på sin vakt och hela 24 procent uppges ha känt mindre arbetsglädje till följd av hot eller våldssituationer. Personal tar med sig sin oro hem efter en våldsincident, rapporterar Omerov (1990) och Järholm (1996), vilket kan resultera i att de får mardrömmar och de kan känna olust över sitt arbete. Att ständigt vara på sin vakt kan leda till sömnstörningar och nedstämdhet. Arnetz (2001) fann i sitt forskningsarbete att ständig utsatthet för hot- och våldshändelser under en längre tid kan bidra till psykisk ohälsa och bristande arbetsglädje.

Internationellt var Lanza (1983) tidigt ute med att kartlägga personalens reaktioner efter en hot- eller våldshändelse. Lanza fann att 30 procent hade fått någon form av reaktion efteråt. Gates m.fl. (1999) visar i sin studie över personalens reaktioner att många kände sig besvikna, kränkta och maktlösa samt att de heller ej hade fått något stöd, vare sig från arbetsgivare eller arbetskamrater. I O'Connells m.fl. (2000) undersökning uppgavs att om de kände stöd från omgivningen så var det från arbetskamraterna. I denna studie framkom också att personalens reaktioner efter en våldshändelse många gånger var allvarliga och innebar att de kände sig emotionellt sårade exempelvis var känslor av frustration, rädsla, oro, skuld och hjälplöshet vanligt förekommande. Långvariga psykosociala effekter som upplevelser av skuld, självanklagelser, känsla av professionell inkompetens och misslyckande beskrivs också av Wykes och Whittington (1994) och av Rees och Lehane (1996).

När det gäller stöd och hjälp efter en hot- eller våldshändelse inom svenska förhållanden uppgav 40 procent av vårdarna i en undersökning (Wiitasara & Menckel, 2000) att de erhållit olika typer av hjälp och stöd efteråt, de flesta uppgav att stödet kommit från arbetskamraterna. En fjärdedel uppgav att arbetsgivaren erbjudit information eller utbildning om hot och våld som förebyggande insats, en fjärdedel angav att de ej erhållit någon form av hjälp eller stöd. Även Arnetz (2001) rapporterar om bristfälligt stöd från arbetsledningen och att det på flera arbetsplatser ej tycks finnas tid att diskutera eller bearbeta hot- och våldshändelser.

Här finns också ett flertal studier som berättar om att personal som ofta utsätts för hot och våld i sitt dagliga vårdarbete till slut accepterar detta som en del av sitt jobb (Arnetz, 1998; Gates m.fl., 1999).

Palmstierna (1992) har utvecklat och utvärderat en metod som mäter både patientegenskaper och arbetsmiljöaspekter i samband med hot och våld i den svenska vården. Undersökningen visade att det var främst inom den psykogeriatriska vården som våld mot personal förekom. Den av Palmstierna utvecklade metoden används idag för farlighetsbedömning av våldsamma patienter inom

psykiatrisk vård samt som en rapporteringsteknik vid tillbud om hot och våld för personalen.

Enligt den tidigare nämnda översikt som Arnetz (2001) presenterat är det endast i Nordamerika, och framför allt USA, som storskaliga studier om hot och våld som arbetsmiljöproblem genomförts. Också från Storbritannien rapporteras ett större antal studier om hot och våld mot vårdpersonal. Forskning bedrivs också i Skandinavien, Kanada och Australien men endast ett fåtal studier har rapporteras från Mellanöstern och inga studier alls har rapporterats från Östasien.

Kroppsbunden kunskap

I vårdandet finns en dimension av kunskap som inte så lätt låter sig fångas och beskrivas. Här finns ett praktikerkunnande som har utvecklats under många år. Inom vårdaren lever en inbäddad kunskap som vanligtvis inte är explicitgjord, den är kroppslig och tyst och kan därmed förstås som en kroppsbunden kunskap. Detta praktikerkunnande är en vardagskunskap som inte självklart låter sig uttryckas. Ekebergh (2001) har i sin avhandling studerat begreppet tyst kunskap utifrån olika perspektiv. En övergripande betydelse är att människor vet mer än vad de kan uttrycka, vilket innebär att yrkesmässiga färdigheter inte kan eller endast med möda kan uttryckas i ord. Kunskapen finns inneboende i handlingen, vilket kan bli problematiskt vid önskan om en kunskapsöverföring, konstaterar Ekebergh.

Det finns flera olika sätt att se denna tysta dimension av kunskap och ett sätt som anses vara betydande beskrivs i Polanyis kunskapsteori. Under 1950-talet utvecklade Polanyi (1974, 1983) sin teori om tyst kunskap, vilket han benämner "tacit dimension eller "personal knowledge". Enligt Polanyi är verkligheten så komplex att språket inte alltid räcker till, "we can know more than we can tell" (Polanyi 1983, s. 4). Som exempel menar Polanyi att vi känner igen en persons ansikte bland tusentals andra, men vanligtvis inte kan förklara hur vi känner igen just detta ansikte. Människan kan alltså göra fler begreppsliga skillnader i en situation än vad språket just då kan beskriva. Fast detta betyder inte, anser Polanyi, att det finns någon bestämd kunskap som ej går att beskriva. Genom distansering och reflektion kan det bli möjligt att verbalisera och synliggöra denna kroppsbundna kunskap (Polanyi, 1983; Bengtsson, 1993; Benner, 1993; Schön, 1995; Ekebergh, 2001).

I debatten om tyst kunskap refereras ibland till filosofen Wittgenstein, som använder begreppet "osägar" i relation till förståelse av viss kunskap. Rolf (1995) anser emellertid att detta är en missförståelse av Wittgenstein, som med "osägarhet" avser att den "skall skydda de djupaste existentiella insikterna mot filosofernas prat" (s. 249). Även enligt Ekebergh (2001), som stödjer sig på Rolf (1995), bör inte Wittgensteins osägarhet föras samman med eller tillämpas i diskussionen kring tyst kunskap.

Rolf (1995) har ingående studerat och vidareutvecklat Polanyis kunskapsteori och ger uttryck för att denna kunskap kan vara möjlig att fånga, göra tydlig och beskriva. Samtidigt är det så att medvetenheten om att viss kunskap är svår att uttrycka i ord är, precis som Rolf påpekar, inget nytt: "Tyvärr anses det ofta vara

en ”nyupptäckt” att det är problematiskt att sätta ord på det man vet. En sådan ”nyupptäckt” är möjlig endast för den som är okunnig i kunskapsteori och saknar erfarenheter av att verkligen formulera sina och andras kunskaper” (Rolf, 1995, s. 249). Jag är således medveten om att problematiken och diskussionen kring tyst kunskap inte på något sätt är ny, och att det tycks finnas en kroppsbunden vårdande kunskap som inte alltid är uttryckt i ord. Detta betyder inte att den skulle vara särskilt märkvärdig eller mystisk, utan tvärtom något helt naturligt, men som vi bör tydliggöra och ta till vara.

Explicitgörandet av kroppsbunden vårdande kunskap är en viktig del av den vårdvetenskapliga forskningen (jfr Diekelmann, 2003). Emellertid värderas inte alltid denna forskning särskilt högt. När vi förmår att avtäckta t.ex. vårdares inbäddade kunskap så utgör detta för många ett redan känt material, dvs. de känner igen sig.

Rolf är också kritisk mot viss vårdforskning som t.ex. Benners (1993) och Josefssons (1990) syn på forskning och teoriutveckling inom vård, där intuition och förtrogenhet lanseras som tyst kunskap. Hans kritik innebär att de båda hamnar i, vad han uttrycker som, en ”förtrogenhetsfälla”, dvs. där ”tyst kunskap” fungerar i syfte att konservera rådande rutiner. Detta innebär i sin tur att man kan bli förtrogen med en verksamhet som baseras på mer eller mindre falska föreställningar eftersom det råder en avsaknad av kritisk reflektion. Polanyi (1974, 1983) anser att den mänskliga kunskapen utvecklas genom en kritisk reflektion över den tysta kunskapen. Den här aktuella forskningen ansluter sig till Polanyis syn på ”tyst kunskap”.

Från ett fenomenologiskt perspektiv kan inneboende tyst kunskap förstås som kroppsbunden kunskap. Hos Merleau-Ponty (1995) finns ingen motsättning mellan kropp och själ, som istället bildar en integrerad enhet. Det är genom denna enhet av levd kropp vi har tillgång till världen och varje förändring av kroppen medför en förändring av världen. Det är genom den subjektiva kroppen som världen och tingen erfars, och detta kroppsliga erfande gör att världen får betydelse och mening. Merleau-Ponty anser vidare att minnet, varseblivningen, samt känslomässiga eller kognitiva relationer till världen är kroppsbundna. Följaktligen blir den kunskap som människan utvecklar också kroppsbunden.

Merleau-Ponty (1995) och Polanyi (1983) använder samma exempel med den blinde mannen och hans käpp: Den blinde mannens käpp blir en del av hans kropp, genom att käppen utgör en förlängning av kroppen och dess interaktion med världen. När ett ting, ett objekt införlivas med kroppen innebär det att en vana skapas. Till en början finns en distans mellan kroppen och tinget men när distansen successivt övervinns försvinner upplevelsen av att ”tinget” finns utanför kroppen. Det har då införlivats med kroppen. På samma sätt införlivas även annan kunskap i kroppssubjektet. Bengtsson (1993) ger ytterligare exempel på detta fenomen när yrkesutövarens kunskap kan förstås som ett införlivande av praktisk kunskap i den egna kroppen. Denna dimension av kroppsbunden kunskap kan jämföras med det omedelbara och intentionala förhållningssätt till världen som Husserl beskriver i sin teori om medvetandets intentionalitet.

Teorin om medvetandets intentionalitet infördes av Husserl (1970a) för att förstå och begreppsligt bestämma den naturliga erfarenheten (Bengtsson, 2001). Teorin innebär att medvetandet alltid är riktat mot något annat än sig självt, det

är alltså ett medvetande om något. När människan erfar något i världen så är det *som* något, och detta som, har en mening, en innebörd. Husserl (1973) förstår de erfarenheter som människan gör som prepredikativa, dvs. det som erfars är inte väl avgränsade egenskaper givna i termer som direkt kan uttryckas med ord, utan "begynnelsen är den rena och så att säga ännu stumma erfarenheten, vars mening det nu gäller att bringa till uttryck" (Husserl, 1992 s. 55). Detta innebär att de föregår alla aktiviteter som omdömen, jämförelser, slutsatser osv. (Bengtsson, 1999). I sig själva utgör dessa inte en intellektuell aktivitet, utan när något erfars sker det direkt, spontant och passivt. Den prepredikativa erfarenheten föregås inte av en aktiv tillskrivning av en företeelses olika egenskaper utan sker spontant och naturligt, här att jämföra med när vårdaren i den naturliga kontakten med världen är försjunken i aktiviteten, spontant engagerad och distanslöst fördjupad i t.ex. sina vardagssysslor. Också vårdarens möte med patienten i det våldsamma mötet sker många gånger i detta omedelbara förhållningssätt till världen. I detta förhållningssätt reflekterar inte vårdaren över vad de gör och inte heller det som de erfar.

Kroppsbunden kunskap innebär att vårdare vet vad som skall göras och hur, vilket sker automatiskt och spontant, utan reflektion. Efter att handlingen är utförd kan de inte säkert till fullo beskriva allt som skett dvs. hur de tänkt eller känt. Innebörden är oftast inte medvetandegjord utan finns där implicit och kunskapen finns där utan att vårdaren egentligen så noga kan redogöra för den. Denna kroppsbundna kunskap styr handlandet även i väsentliga och kritiska situationer (Dahlberg, Drew & Nyström 2001; Rolf, 1995), som exempelvis i "våldsamma möten".

Forskningens problemområde, syfte, mål och design

För att kunna erbjuda god vård till patienter som blir hotfulla eller våldsamma i möten med vårdare är det nödvändigt att förstå innebörden i fenomenet, dvs. det våldsamma mötet såsom det erfärs av både patienter och vårdare. Föreliggande forskning tog sin utgångspunkt i de ”goda exemplen” dvs. hos de vårdare som tycks kunna möta våldsamma situationer på ett framgångsrikt sätt. Forskningen kom alltså inledningsvis att fokusera kroppsbunden kunskap i vårdandet. Genom att inta distans till och reflektera över det som erfärs kan erfarenheter bearbetas, artikuleras och skriftligen formuleras. Därmed kan kunskap sprungen ur handlingar i praktiken utvecklas till teoretisk kunskap, i det här fallet gäller det kunskapen om hur man på ett fruktbart sätt hanterar mötet med en hotfull eller våldsam patient.

Den vårdvetenskapliga eller vårdande kunskapen är till stora delar att betrakta som en praktisk kunskap, och samtidigt som den är outtalad, kroppsbunden och ”tyst” är den en rik källa att ösa ur. Här finns åtskilliga vårdargenerationers traderade kunskap, som väntar på att synliggöras, analyseras och beskrivas, till glädje för dagens och morgondagens vårdare. Det finns ett behov inom vården av ett explicitgjort praktiker-kunnande. Samtidigt är det ett faktum, att det är just praktisk kroppsbunden kunskap som är allra minst beskriven i vetenskaplig litteratur inom hälso- och sjukvård. Framför allt saknas forskning inom det område som berör våldsamma möten, och det saknas insikt i den tysta praktiska, ofta personliga kunskap, som vissa vårdare besitter och som gör att de t.ex. behärskar möten med hotfulla eller våldsamma patienter, en kunskap som därför behöver explicitgöras.

En väsentlig del av problemområdet utgörs av patienters perspektiv på våldsamma möten. För att till fullo förstå och beskriva det våldsamma mötet som fenomen krävs, att vi får ta del av deras berättelser om möten med vårdare där patienterna själva erfår att de uppträtt hotfullt eller våldsam.

I föreliggande avhandling är intresset främst riktat mot psykiatrisk vård och vårdmöten som präglas av hot eller våld. Det övergripande syftet med forskningen var att explicitgöra, analysera och beskriva ”våldsamma möten”, med grund i hur de erfärs av vårdare respektive patienter. Syftet var också att bidra till utvecklingen av en fenomenologisk forskningsansats inom vårdvetenskapen, fr.a. gällande explicitgörandet av kroppsbunden kunskap.

Ökad insikt i den nämnda problematiken kan komma att lindra lidande hos såväl patienter som vårdande personal. Genom kunskap om det våldsamma mötet som fenomen kan strategier utvecklas i syfte att förebygga utbrott av hot och våld, samt förhindra dess negativa konsekvenser inom vård. Kunskapen är av betydelse exempelvis för sjuksköterskeprogrammet och relevanta specialistutbildningar för sjuksköterskor, samt fortbildning för vårdpersonal där möten med hotfulla eller våldsamma patienter fokuseras.

Delsyften och frågeställningar

Avhandlingen har följande delsyften:

- att beskriva hur vårdare inom psykiatrisk vård erfar det positiva mötet med patienter som varit hotfulla och/eller våldsamma. (I)
- att beskriva vårdares strategier i det ”våldsamma mötet”. (I)
- att med utgångspunkt i ”våldsamma möten” med positiva respektive negativa utfall beskriva hur vårdare erfar dessa möten samt hur de hanterar sin rädsla. (III)
- att beskriva vårdares kroppsbundna kunskap så som den visar sig i det ”våldsamma mötet”. (I och III)
- att beskriva det ”våldsamma mötet” såsom det erfars av patienter inom psykiatrisk vård. (IV)
- att utveckla kunskap om kvalitativa forskningsintervjuer samt att beskriva hur ”re-enactment” kan användas för att explicitgöra kroppsbunden vårdande kunskap. (II)

Följande frågeställningar har bearbetats under forskningen:

- Vad tänker, känner, vill och gör vårdare i ”våldsamma möten”?
- Finns det kroppsbunden kunskap som påverkar dessa möten, och hur ser den i så fall ut?
- Hur hanteras den rädsla som vårdare erfar i ”våldsamma möten”?
- Vad tänker, känner, vill och gör patienter i ”våldsamma möten”?
- Hur kan forskningen anpassas så att kroppsbunden kunskap kan belysas?

Forskningsens design

Forskningen tog sin början i antagandet att vårdare besitter en viss kunskap i hur de på bästa sätt skall möta hotfulla eller våldsamma patienter inom psykiatrisk vård. I vårdtraditionen finns inbäddad kunskap som kännetecknas av att vara oreflekterad och därmed ej explicitgjord, den förstås som oartikulerad, kroppslig och tyst, och används spontant i det våldsamma vårdmötet. Utgångspunkten i den första studien (I) var våldsamma möten som av vårdare erfars ha förlöpt väl⁷. Tanken var att vi kan lära av de goda exemplen, att kunskap söks genom en belysning av vårdande som fungerar väl. Den första studien kom således att påverkas av ett pedagogiskt intresse⁸ eftersom förståelsen av vårdandet och i synnerhet det våldsamma mötet antogs kunna finnas hos vårdarnas förmåga att på ett bra sätt kunna möta hotfulla eller våldsamma patienter.

Genom resultatet av den första studien kunde en del av den kroppsbundna kunskap som vägleder vårdaren i mötet beskrivas, men här visade det sig finnas en gräns för vad vårdarna förmådde att förmedla. Under intervjun uttrycktes detta genom att vårdarna ej kunde finna ord för vad som skett. Detta kom till uttryck i utsagor som "jag kände vad jag skulle göra", eller "jag bara visste". För att komma bortom denna gräns krävs datainsamlingsmetoder som förmår att belysa det ännu ej reflekterade, och göra det till föremål för reflektion. Inför den andra empiriska studien genomfördes således en kunskapsteoretisk och metodologisk fördjupning av Drews (1993) tidigare beskrivna arbete med "reenactment" som datainsamlingsmetod i fenomenologisk forskning, vilket utmynnade i artikel II. Framförallt togs ytterligare ett steg genom att denna teknik användes för att frigöra den i handling inneboende kunskapen. Vad som också skedde i avhandlingens metodologiska studie (II) var att föra ett resonemang där kroppsbunden kunskap och människans naturliga förhållningssätt till världen knyts samman med den "subjektiva kroppen" och dess minne.

Den framtagna metodologiska kunskapen praktiserades därefter i studien som ligger till grund för den andra empiriska delstudien (III) där både positiva och negativa våldsamma vårdmöten fokuserades, så som de erfars av vårdare. Här blev det också möjligt att problematisera den rädsla som beskrevs av vårdarna i den första studien.

Det sista delarbetet (VI) har ett patientperspektiv och det är här som patienternas röst kan höras. Det är framför allt genom att få ta del av patienters erfarenheter av vad som händer i våldsamma möten som deras livsvärld får möjlighet att träda fram.

⁷ Positiva våldsamma möten beskrivs under rubriken "Avhandlingsarbetets begynnelse" samt bilaga 1a.

⁸ Det pedagogiska intresset var enbart en utgångspunkt i den första studien, vare sig avhandlingen eller den första studien hör hemma inom det pedagogiska fältet. Avsikten har under hela arbetets gång varit att beskriva vårdandet, även om vägen till en början gick genom det vårdpedagogiska fältet.

Vetenskaplig ansats och metod

För att vi skall förstå möten mellan vårdare och patienter och för att erhålla kunskap om hur människor erfar dessa möten krävs en forskningsansats och metoder som förmår att möta en komplex och mångfacetterad värld. Fenomenologin med sitt reflekterande livsvärldsperspektiv beskrivs av Dahlberg m.fl., (2001) som en forskningsansats som klarar av att möta dessa krav. Det fenomenologiska perspektivet har därför varit vägledande i den här aktuella forskningen och utgör avhandlingens kunskapsteoretiska ram och metodologiska struktur. Forskningens utgångspunkt är ett livsvärldsperspektiv, vilket innebär att en företeelse beskrivs, så som den erfars av berörda individer. Det fenomenologiska livsvärldsperspektivet är antitetiskt mot alla former av reduktionism, där den komplexa världen förenklas för att exempelvis kunna mätas eller på andra sätt beräknas. Fenomenologins idé om att förstå världen så som den levs av människor innebär istället ett närmande av vetenskapen till människor och deras vardagsvärld utan att dess innebörd förloras.

Ursprungligen är "livsvärlden", ett filosofiskt begrepp som har fått sin betydelse genom Edmund Husserl, som är den moderna fenomenologins grundare. Livsvärlden är utgångspunkten i fenomenologisk vårdvetenskaplig forskning, man kan säga att den är en slags grundbult. I utvecklandet av livsvärldsteorin utgick Husserl (1970b) från den naturliga inställningen eller den naturliga erfarenheten, dvs. den vardagliga tillvaro där vi i allmänhet tar saker och ting för givna. De händelser och skeenden som är oss nära, och som verkar naturliga, brukar vi inte problematisera. Därmed har vi ej heller reflekterat över eller kritiskt granskat vårt naturliga förhållningssätt till den värld vi lever våra vardagsliv i. Utgångspunkten är alltså den värld "som vi dagligen lever i, erfar, talar om och tar för givna" (Bengtsson 2001, s. 46). Att vara i det naturliga förhållningssättet innebär en frånvaro av analys och kritisk reflektion. Den naturliga inställningen till världen innebär alltså att vi saknar distans till den (Bengtsson, 1998). Husserl problematiserade och vidareutvecklade kunskapen om människors naturliga förhållningssätt till världen, och så småningom ersattes det med det mer övergripande och grundläggande begreppet "livsvärld" (Husserl, 1970b).

Genom livsvärldsteorin betonas människors erfارande och erfarenheter. Till skillnad från övriga filosofiska och psykologiska traditioner har fenomenologin, enligt Bengtsson (1998), ett ovanligt rikt erfarenhetsbegrepp och innefattar allt det som en människa kan erfara och känna i sitt dagliga liv. Erfarenheterna kan gälla allt från det djupt existentiella, det gudomliga och heliga, till olika föremålsfunktioner och betydelser. Det erfarenhetsbegrepp som fenomenologin utgår

ifrån är inget mystiskt utan tvärtom det mest konkreta och naturliga erfandet vi känner från vårt dagliga liv.

Husserl myntade fenomenologins slagord "Zu den Sachen selbst" (Husserl, 1992 s. 13), "tillbaka till sakerna⁹ själva", vilket innebär att förstå ett fenomen i sin ursprungliga mening, dvs. "att undersöka innebörden i att något *är till* för medvetandet överhuvudtaget", (s. 13). Husserl manar oss att återvända till det ursprungligt givna i erfarenheten, vilket med hans egna ord innebär att: "Begynnelsen är den rena och så att säga ännu stumma erfarenheten, vars mening det nu gäller att bringa till uttryck." (s 55). Den ursprungliga erfarenheten är ren och ännu stum vilket innebär att den finns där före alla teorier om den. Livsvärlden är för-reflexiv, den föregår och förutsätts av reflektion och tänkande. På samma vis är livsvärlden också för-vetenskaplig. I och med att livsvärlden är för-reflexiv och för-vetenskaplig har vi inte alltid ett explicit vetande om den, utan den kännetecknas av ett implicit och tyst vetande. Detta innebär att vi har en förståelse av världen, men att vi kan sakna ord och begrepp för att uttrycka våra erfarenheter av den, vilket i sin tur beror på att vi i det naturliga förhållningssättet saknar distans till livsvärlden, som vi är ursprungligt och spontant engagerade i.

Merleau-Ponty (1995) vidareutvecklade Husserls livsvärldsteori. I hans filosofi blir det tydligt att människan och världen förstås som en enhet som ej kan separeras. Att vara i världen innebär att vara i historiska, kulturella och sociala sammanhang och när vi människor erfar olika företeelser så har de redan mening för oss. Merleau-Ponty uttrycker detta som att vi är dömda till mening, dvs. vi kan inte undvika mening, innebörd. För Merleau-Ponty är dessa sammanhang nödvändiga för kunskapen, de finns där även om vi inte är medvetna om dem. Vi kan endast tala om världen i relation till vår erfarenhet av den. Med andra ord kan vi tala om världen enbart såsom den erfars.

Ett reflekterande livsvärldsperspektiv

Ett forskande livsvärldsperspektiv som kännetecknas av öppenhet och följsamhet innebär reflektion (Dahlberg, 1997; Dahlberg m.fl., 2001). Öppenhet är ett centralt förhållningssätt inom fenomenologin, vars avsikt redan från början är att låta "sakerna" få visa sig i all sin mångfald med alla sina horisonter och inte tvinga in dem i språkliga kategorier. Detta är utgångspunkten för Bengtsson (1991), när han säger att den fenomenologiska metoden består av två grundläggande komponenter, dels är det vändningen mot "sakerna själva", dels är det kravet på följsamhet mot "sakerna". Det fenomenologiska förhållningssättet förutsätter således en fördomsfrihet och en avsaknad av färdiga modeller som utgångspunkt för undersökningen.

Avsikten är att göra full rättvisa åt fenomenet, så som det presenterar sig, och inte ta teorier, sunt förnuft eller andra åsikter för givna (Bengtsson, 2001; Giorgi, 1997). Här krävs öppenhet från forskarens sida så att företeelsen kan framträda.

⁹ Med sakerna avses de fenomen som studeras, dvs. här inkluderas både konkreta och abstrakta företeelser.

Detta betyder att forskaren måste förhålla sig öppet och följsamt så att företeelsen själv, så att säga, kan ge förslag på hur den kan eller bäst bör studeras (jfr. Husserl, 1970b; Heidegger, 1998; Gadamer, 1995; Merleau-Ponty, 1995). Öppenheten är nödvändig i en ansats med ett livsvärldsperspektiv, men inte alldeles enkel att tillämpa eftersom vi i vårt naturliga förhållningssätt till världen tar den för given.

Här fodras en följsamhet och en känslighet så att "sakerna" kan visa sig. Istället för att utgå från en förutbestämd forskningsmall eller i teori börjar forskning som har ett livsvärldsperspektiv i världen så som den erfars, t.ex. av vårdare eller patienter. Avsikten är att så öppet och förutsättningslöst som möjligt möta subjektet och dennes bild av världen. Det handlar för forskaren om att ha ett öppet sinne, dvs. hysa en äkta önskan att se ur den andres perspektiv, en äkta önskan att förstå något på ett nytt sätt. Öppenheten inbegriper en nyfikenhet och en undran, samt kräver en förmåga till klarsyn. Husserls uppmaning "tillbaka till sakerna" innebär alltså en tillbakagång till fenomenet så som det presenterar sig, med alla sina horisonter och till vad Dahlberg och Dahlberg (2003) benämner "den obestämda bestämdheten". Vi finner fenomenologins kärna när "sakerna själva" tillåts presentera sig och visa sig i all sin mångfald, med alla sina möjligheter och med sina horisonter. Vi får ej våldföra oss på "sakerna", vi får inte "göra det obestämda bestämt" för tidigt eller på ett brutalt sätt. I ett vetenskapligt arbete måste vi emellertid begreppslägga och förklara erfarenheten, såsom Bengtsson (2001) beskriver, annars hade ju en ny begriplighet inte varit möjlig. Det är genom en reflekterande hållning i det vetenskapliga arbetet som det blir möjligt att begreppslägga och beskriva fenomenet såsom det erfars.

Tyglat omdöme

Ett centralt redskap, som kan förstås som ett förhållningssätt under hela det metodologiska arbetet, är en strävan om att hålla tillbaka det egna omdömet om fenomenet. Genom ett tyglande av förståelsen blir det möjligt att "inte bestämma det obestämda" (Dahlberg & Dahlberg, 2003) för tidigt, utan att istället stanna upp och med reflektionens hjälp lossa lite på den fasta tråd som håller fast oss i livsvärlden. Så här beskriver Merleau-Ponty (1995) reflektionen: "It slackens the intentional threads which attach us to the world and thus bring them to our notice" (xiii).

Med reflektionens hjälp kan vi alltså lösgöra de "intentionala trådarna", även om vi aldrig helt kan lösgöra oss från livsvärlden. Därigenom kan vi skapa oss lite mer utrymme och få tid att förstå "sakerna" när de vill visa sig för oss. Vi kan således aldrig "klippa bort" vår förförståelse, men vi kan tygla dess inverkan på förståelseprocessen. Genom att tygla förförståelsen kan vi hindra den från att okontrollerat ta över förståelseprocessen och det är genom denna medvetenhet som det blir möjligt att öppet och följsamt gå tillbaka till "sakerna".

Idén om att inte låta förförståelsen ta över förståelseprocessen har sitt ursprung i Husserls (1995) filosofi och Merleau-Ponty ger oss redskapet när han för in tanken om en "reflective stance". Reflektionen innebär en kontrollerad hållning där det naturliga förhållningssättet kan hållas tillbaka, vilket gör det

möjligt för världen att presentera sig som den är eller som den kanske inte är. Tyglandet innebär en hållning där egna föreställningar, kunskaper och idéer om fenomenet med hjälp av reflektion och distansering hålls tillbaka, istället för att okontrollerat styra erfandet (Dahlberg m.fl., 2001).

Det är således det naturliga förhållningssättet som måste problematiseras för att forskaren öppet skall kunna möta världen såsom den är. Forskaren är medveten om förförståelsens existens, men har hela tiden att sträva mot att fokus ligger på det som presenterar sig, på det som visar sig, på forskningsfenomenet. Tyglandet som alltså handlar om att inte ta den naturliga hållningens självklara antaganden om världen för givna, påverkar allt arbete under forskningens gång, dvs. såväl "datainsamling"¹⁰ som sökandet efter innebörder och strukturer i forskningens analys. Strävan om att hålla tillbaka det egna omdömet om fenomenet är en grundförutsättning för att fenomenets innebördsstruktur skall kunna beskrivas och för att fenomenet skall kunna beskrivas, i sin rikedom och mångfald.

"Re-enactment"

Här följer en sammanfattning av det andra delarbetet (II), dess utgångspunkter och framför allt vad som där utvecklades i förhållande till den tidigare presenterade studien av Drew (1993). Idén om ett kroppsligt vetande belyses, därpå följer en reflektion av "re-enactment" som datainsamlingsmetod i kvalitativ forskning.

Vårdforskning innebär att upptäcka och beskriva nya fenomen inom vårdande, men också att förstå och eventuellt förklara redan kända men ännu ej beskrivna och analyserade företeelser. Vad som i den första studiens inledningsskede redan var känt var att vårdare många gånger väl klarade av att möta hotfulla och våldsamma patienter. Men vad som ej tidigare var beskrivet och analyserat var hur detta gick till. Att försöka belysa vårdande kunskap utifrån de handlingar som vårdare utför, dvs. hur de gör, agerar ("lever") ett våldsamt möte, är en väg att komma nära och förstå innebörden av våldsamma möten. Här är det angeläget att försöka avtäckta den kroppsbundna kunskap som vårdare använder sig av i våldsamma möten med patienter. Och som tidigare diskuterats (se s. 22) är detta ofta en oreflekterad kroppsbunden kunskap som inte så enkelt görs tillgänglig för beskrivning.

När analysen efter den första delstudien var klar var det uppenbart att vårdarna under intervjun nådde en gräns för vad som var möjligt att uttrycka med ord. Driven av en nyfikenhet att försöka komma närmre och förstå vad som egentligen vederfors vårdaren sökte jag nya vägar för att samla innebördsrika data. För att komma bakom denna gräns krävdes en datainsamlingsmetod som bättre skulle förmå att komma åt det oreflekterade, det som skulle kunna beskrivas som en kunskap som "sitter i kroppen". Med stöd hos Bengtsson (1999) som uppmanar forskaren till kreativitet så att metoder kan utvecklas, fann jag Drews (1993)

¹⁰ "Datainsamling" är ett vedertaget begrepp i sammanhanget men inte desto mindre besvärligt. Med "datainsamling" avses inte att "data" "samlas in" på samma sätt som när man exempelvis plockar blommor (Dahlberg & Halling, 2001).

beskrivning av ”re-enactment” som en intervjustrategi inom fenomenologisk forskning¹¹. Drew, som förutom att vara forskare också är psykodramaterapeut, har beskrivit ”re-enactment” som en psykodramaterapeutisk teknik för vårdforskning. Tekniken beskrivs i tre steg¹² vilka i sin tur ingår i den kvalitativa intervjun som ett redskap. Tidigare var själva tekniken och hur den kan användas under intervjuer beskriven, det jag ville pröva var om metoden skulle kunna utvecklas för att också frigöra kroppsbunden kunskap (II).

Idén om ett kroppsligt vårdande vetande

Genom att använda ”re-enactment” i den andra empiriska delstudien (III) utvecklas en bild där det verkar finnas ett kroppsligt vetande som är aktivt utan att vi har ett rationellt medvetande om det. Följande exempel belyser detta kroppsliga vetande: I en av intervjuerna där en kvinnlig vårdare återagerade det våldsamma mötet i ”re-enactment” upptäckte vårdaren något hon ej varit medveten om tidigare. Nämligen att det var genom sitt ”kroppsliga vetande” som vårdaren visste hur hon skulle agera, det kroppsliga vetandet fanns före hennes medvetna tanke. Denna upptäckt skedde hos vårdaren genom den reflektion som ägde rum under och efter ”re-enactment”-agerandet. Vad som också framkom var att vårdaren plötsligt kom ihåg att hon faktiskt litade på sin känsla i situationen och att tilliten till henne själv ökade när hon upptäckte sitt kroppsliga vetande.

När vi förstår relationen mellan ”kropp” och ”värld” blir det påtagligt att kunskap om vårdande ej enbart kan ske genom teoretiska studier, utan att den vårdande kunskapen också utvecklas hos individen genom ”ett kroppsligt vetande”. På samma sätt som den blinde mannens käpp är en förlängning av mannens kropp, är det kroppsliga vetandet ett utvidgande av kunskapen hos vårdaren. Ovanstående resonemang kommer ur att vårdare i vårdssituationer fattar sina beslut utifrån vad de genom kroppen känner är rätt. Denna kroppsliga förståelse kan existera före ett rationellt betänkande, med andra ord är den ”tacit”. Det är en kroppslig insikt som vårdaren i situationen litar på och som utgör basen för vårdarens därpå följande rationella beslut att exempelvis stanna kvar. Genom ”re-enactment” framkommer att vårdaren inte medvetet *väljer* att, exempelvis, inte vara rädd. Det är genom ett kroppsligt implicit vetande som vårdaren vet vad som skall göras, inte enbart genom att rationella beslut fattas, och när vårdaren lyssnar till och följer kroppens budskap så avtar rädslan och vårdaren kan stanna kvar i mötet med patienten.

Reflektion kring ”re-enactment”

Utgående från avhandlingens metodologiska studie (II) kan ”re-enactment” förstås som ett tillvägagångssätt för att ytterligare närma sig och komma åt kropp-

¹¹ Jag har också haft förmånen att träffa professor Nancy Drew personligen och fått möjlighet att delta i hennes dramaundervisning. Här fick jag lära mig grunderna i vad som utgör tekniken i ”re-enactment-intervju” och jag blev snart varse denna tekniks potential för att lyfta fram det som kan ligga gömt hos människor som ”kroppssubjekt”.

¹² Dessa tre steg beskrivs utförligt på s. 40

bunden kunskap. Därmed inte sagt att detta ej skulle vara möjligt även i en mer traditionell kvalitativ forskningsintervju. "Re-enactment" är ett redskap som kan användas för att lösgöra det oreflekterade, vilket naturligtvis också är möjligt under en god "vanlig" reflekterande intervju. Om vi för ett ögonblick föreställer oss ett vårdande samtal mellan en vårdare och en patient, är det här också fullt möjligt för patienten att komma åt och sätta ord på känslor och upplevelser. Det är genom att vårdaren ställer frågor som det blir möjligt för patienten att reflektera och verbalisera sina tankar och erfarenheter. Denna handling beskrivs också av Lindström (1994) som en central vårdhandling inom den psykiatriska vården. Det är på samma sätt med den kvalitativa forskningsintervju som liknar det vårdande samtalet¹³. "Re-enactment-intervjun" skiljer sig dock från den kvalitativa forskningsintervjun, även om båda syftar till att verbalisera levd erfarenhet. Styrkan i "re-enactment", i förhållande till vårdande samtal i allmänhet, är att den stödjer just hågkomsten av den levda situationen och dess innebörder.

Vad som också är viktigt att betona är att det är informanten som väljer graden av "re-enactment", det är inte intervjuaren som bestämmer hur mycket informanten skall agera. Perls (1969) försäkrar oss om att i dialog med dem vi möter professionellt skall vi inte vara rädda för att väcka till liv minnen och känslor som kanske varit "gömda". Dessa minnen och känslor kan visserligen kännas olustiga och smärtfyllda, men de kan också kännas behagliga och lustfyllda. Perls påminner oss om att just intensiva känslor och minnen är viktiga för oss att tala om. Han försäkrar oss också om att när vi arbetar med glömda minnen så kan vi lita till den egna personens bedömning av vad de låter oss få ta del av. Trots denna försäkran ser jag en begränsning i användningen av denna metod, vilket är att den kan vara alltför kraftfull, i synnerhet om den används i relation till "sköra", sårbara människor med psykisk störning. Därför har "re-enactment" ej använts i den tredje empiriska delstudien (IV) där patienters erfarenheter från våldsamma möten efterfrågades.

Att det föreligger ett avstånd i tid mellan händelsen och intervjun är jag medveten om. Tanken bakom "re-enactment" bygger i själva verket på vetskapen att det finns ett tidsavstånd mellan själva händelsen, och den intervju som handlar om händelsen. Det är rimligt att förmoda att den tid som har förflutit har inneburit en viss bearbetning av det skedd. I denna bearbetning kan vissa "minnen" ha lagts till och andra dragits bort. Poängen med "re-enactment" är att hjälpa informanten tillbaka till den levda erfarenheten, men i en mycket tryggare miljö än den där det våldsamma mötet ägde rum. I agerandet kan kroppsbundna minnen väckas till liv och verbaliseras. Den trygga intervjusituationen torde innebära att informanten i "re-enactment-situationen" använder en lägre grad av psykologiska försvarsmekanismer, än i den verkliga hotsituationen. Som en konsekvens av detta har jag utgått ifrån att de känslor som fanns i det våldsamma mötet blev mer tillgängliga för medveten reflektion i "re-enactment-intervjun", än i den hot-

¹³ Syftet med det vårdande samtalet och den kvalitativa forskningsintervjun är dock ej helt samma. Det vårdande samtalet är ej identiskt med forskningsintervjun eftersom det är patientens hälsa som är i fokus under det vårdande samtalet, medan det i forskningsintervjun är ökad kunskap om ett fenomen som är det primära syftet.

fulla situationen. Först i det trygga återskapandet¹⁴ var det möjligt att upptäcka ”jag var nog egentligen rädd fast jag just då mest kände mig kränkt och arg” etc.

Som väl tidigare torde ha framgått är det fullt möjligt att den situation som informanterna beskrev hade beskrivits annorlunda av andra närvarande personer. Men inom den fenomenologiska ansatsen riktas alltid intresset mot företeelser såsom de erfars, vilket är själva andemeningen i begreppet fenomen.

Forskningens genomförande

Genomgående i forskningens genomförande var avsikten att utgå från konkreta beskrivningar, vilket t.ex. Giorgi (1985, 1997) anser vara väsentligt i fenomenologisk forskning. Här talas om ”levd erfarenhet” och ”levd värld”. Vad avses då med att erfarenheten är ”levd”? Merleau-Ponty (1983) ger oss svaret, han menar att ett fenomenets mening eller egentliga innebörd inte är intellektuellt konstruerad utan ”levd” i betydelsen att innebörder alltid är inbäddade i människans existens. Vad som avses i fenomenologisk forskning med dessa uttryck är att företeelsen som studeras skall vara ”genomlevd” och att innebörder kan nås genom detaljrika konkreta beskrivningar av levd erfarenhet. Datainsamlingen¹⁵ syftar således till att erhålla en så konkret och detaljrik beskrivning som möjligt av levd erfarenhet, inte till att få ta del av åsikter eller ytliga uppfattningar om något. Informanterna informerades omsorgsfullt om vikten av att berätta om en händelse som de själva varit delaktiga i. De upplystes om att den skriftliga berättelsen och/eller intervjun skulle handla om vad de tänkte, ville, kände och gjorde i det våldsamma mötet.

För att vara forskningsfenomenet troget, och för att ha möjlighet att möta informanterna i sin livsvärld, har det varit viktigt att kunna förverkliga kravet på öppenhet. Det redskap som gör det möjligt för fenomenet att visa sig är reflektion. En vetenskaplig självreflektion över de egna antagandena om fenomenet har varit central under hela forskningen, en självreflektion som innebär att den egna naturliga hållningen till fenomenet problematiseras och tydliggörs. Eftersom jag har varit verksam som vårdare inom psykiatrisk vård under många år fanns det många ”förgivettaganden” att reflektera över. Strävan har under hela denna forskningsprocess varit att så noggrant som möjligt, genom självreflektion och distansering, medvetandegöra de egna antagandena och därmed försöka ha kontroll över och hantera min naturliga hållning. Jag är medveten om att denna självreflektion gör det möjligt att öka min självmedvetenhet, men att det samtidigt är så att en absolut insikt ej är möjlig att uppnå.

Inom den fenomenologiska ansatsen finns krav på att kunna göra ”sakerna” rättvisa, och när komplexa fenomen skall beskrivas så som de erfars krävs både sensitiva och differentierade metoder. Enligt Bengtsson (1999) är det viktigt att de datainsamlingsmetoder som används är utvecklade med utgångspunkt i det område som ska undersökas. I forskning med en livsvärldsansats finns ingen gi-

¹⁴ Psykoterapin och framför allt psykodrama och sociodrama bygger på samma grundidé.

¹⁵ Se fotnot s. 32

ven metod, utan här krävs att lämpliga metoder utvecklas utifrån det område som skall studeras. Det kan också bli fråga om att använda flera olika metoder för att kunna fånga den komplexa verkligheten. Här går det följaktligen inte att förlita sig på den "rätta metoden", utan det krävs en metodologisk kreativitet för att finna den närhet till fenomenet som krävs. Datainsamlingarna i denna avhandlings olika delstudier har skett genom skrivna berättelser (I och III), kvalitativ intervju (I, III och IV) samt "re-enactment-intervju" (III).

Beskrivning av deltagarna

Inför den första empiriska delstudien (I) kontaktades avdelningschefer från fyra avdelningar på en allmänpsykiatrisk klinik. De tillfrågade vårdare från sina enheter om de ville ingå i studien. Kriterier för att ingå i studien var att som vårdare ha mött våldsamma eller hotfulla patienter inom psykiatrisk vård, samt en vilja att i en intervju tala om denna händelse. Därefter kontaktade jag vårdarna personligen och informerade om studiens syfte, samt deras roller som informanter. Vårdarna ombads att erinra sig en händelse där de mött en våldsam eller hotfull patient, och där de tyckte sig ha lyckats möta patienten på ett sådant sätt att våldshändelsen hade avstyrts. Det är detta som i avhandlingen rubriceras som ett positivt våldsamt möte¹⁶.

Deltagarna i den andra empiriska delstudien (III) utgörs av vårdare från allmänpsykiatrisk klinik samt från kommunal hemsjukvård. Deltagarna från den allmänpsykiatriska kliniken söktes och informerades på samma sätt som till den första delstudien (I), och deltagarna från kommunal hemsjukvård söktes genom att enhetschefer informerades om studien på ett personalmöte och därefter anmälde de vårdare som önskade delta i studien detta direkt till mig. Jag träffade vårdarna personligen och de ombads att skriva ner ett positivt eller ett negativt våldsamt möte¹⁷. Med ett negativt våldsamt möte avsågs ett möte där vårdaren ej lyckats att lugna patienten och att våld i någon form uppstått eller ej gått att avvärja.

I den första empiriska delstudien (I) deltog fem vårdare, en man och fyra kvinnor, från en allmänpsykiatrisk klinik. De hade arbetat inom psykiatrisk vård i mer än fyra år när den aktuella händelsen utspelades. I den andra empiriska delstudien (III) deltog sju vårdare vid en allmänpsykiatrisk klinik, samt fem vårdare inom kommunal hemsjukvård. Sammanlagt deltog tolv informanter, en man och elva kvinnor.

I den tredje empiriska delstudien (IV) skedde datainsamling genom kvalitativa forskningsintervjuer med patienter från tre olika avdelningar vid ett svenskt rättspsykiatriskt sjukhus, samt från en allmänpsykiatrisk klinik. Vid det rättspsykiatriska sjukhuset valdes informanterna ut av chefsöverläkaren och respektive avdelningschef. Inom den allmänpsykiatriska vården gav chefsöverläkaren sitt

¹⁶ Positiva våldsamma möten beskrivs under rubriken "Avhandlingsarbetets begynnelse" samt i bilaga 1a.

¹⁷ Negativa våldsamma möten beskrivs under rubriken "Avhandlingsarbetets begynnelse" samt i bilaga 1c.

samtycke, därefter valdes informanterna ut tillsammans med respektive kontaktman. Vid tillfället för intervjun vårdades ej patienterna inom psykiatrisk slutenvård, utan de befann sig inom olika boendeformer. Kriterier för att ingå i studien var att som patient ha egen erfarenhet av våldsamma möten med vårdare, samt att patienten var villig att under en intervju berätta om sina erfarenheter.

De som anmälde intresse för att ingå i studien talade jag personligen med, för att ge information om studiens syfte samt om själva intervjun. Här ombads de att inför intervjun erinra sig två händelser där de själva upplevt att de hade varit hotfulla eller våldsamma i mötet med vårdare. De uppmanades dels att berätta om ett positivt möte, dvs. att de blev lugnade och att våld avstyrades eller ej uppstod. De ombads dessutom att berätta om ett negativt möte, vilket innebar att de ej blev lugnade och att våld ej kunde avstyrras. Därefter bokades ny tid för själva intervjun.

Fyra patienter från allmänpsykiatrisk vård samt fem patienter från rättspsykiatriska avdelningar deltog i studien. Av dessa var 7 män och 2 kvinnor. Informanternas ålder var mellan 20 år och 48 år.

Skrivna berättelser

Skrivna berättelser anses vara en lämplig datainsamlingsmetod inom fenomenologisk forskning (Giorgi, 1985; 1997; van Manen, 1990; Dahlberg m.fl., 2001) eftersom avsikten är att få ta del av en genomlevd situation. En berättelse utgörs av en beskrivning av en levd erfarenhet, och avsikten är att få en så levande beskrivning som möjligt. Berättelser kan med fördel användas när kritiska situationer av en levd erfarenhet fokuseras, eftersom det är händelser som ofta stannar kvar i minnet. Det är också lämpligt när olika kritiska situationer belyses att be informanten att beskriva en positiv och en negativ kritisk situation, enligt Dahlberg m.fl., (2001).

I berättelsen är det informantens erfarenhet av företeelsen som fokuseras och informanten ombads att skriva ner sin upplevelse så noggrant som möjligt. Att skriva fixerar tanken på papper, menar van Manen (1990). Skrivandet distanserar oss från det naturliga förhållningssättet, och när vi sedan läser det skrivna skapas ett reflektivt tänkande som kan ge en ökad grad av förståelse. Berättelsen kan också med fördel användas inför en intervju (Dahlberg m.fl., 2001) eftersom den tidigare nedskrivna berättelsen stimulerar den där på följande dialogen.

Gällande både positiva (I och III) och negativa våldsamma möten (III) skulle berättelsen utgöras av en skildring av hela mötet, där de också skulle skriva ner vad de hade känt, sagt, tänkt, gjort och upplevt. De ombads att skriva ner sin erfarenhet av mötet så noggrant som möjligt. Därutöver uppmanades de också att skriva ner var händelsen utspelades, hur det såg ut i rummet, om det var fler personer närvarande, vilken tidpunkt på dygnet mötet hade utspelat sig, osv.

I den första empiriska delstudien (I) var de nedskrivna berättelserna utgångspunkten för de kvalitativa forskningsintervjuerna, och i den andra empiriska studien var berättelserna¹⁸ utgångspunkten för ”re-enactment-intervjuerna”.

¹⁸ Tolv informanter deltog med fem positiva och sju negativa berättelser.

Kvalitativa forskningsintervjuer

När syftet är att erhålla en fördjupad och vidgad kunskap om andra människor, krävs någon form av möte, och då är den kvalitativa forskningsintervjun ofta att föredra. I föreliggande forskning var avsikten att låta informanterna verbalisera sina erfarenheter av "våldsamma möten" och därför valdes intervjumetoden, så som den beskrivs av Dahlberg m.fl., (2001) respektive Kvale (1997). Intervjun skall vara så öppen att informanten livsvärld kan träda fram. Då blir det möjligt för innebörder att visa sig och mening kan förstås utifrån ett livsvärldsperspektiv, dvs. så som företeelsen erfars av intervjupersonen.

Oreflekterade erfarenheter förstås av Bengtsson (1999) som prepredikativa erfarenheter och de är svårast att nå och ge ord åt, men det är endast här i människors spontana och oreflekterade erfarenheter, som vi möter den konkreta livsvärlden i sin komplexitet. När Dahlberg m.fl. (2001) beskriver den kvalitativa forskningsintervjun innebär den ett möte med det intervjuade subjektet och dennes livsvärld. Intervjun beskrivs här som en reflekterande dialog där syftet är att intervjupersonen tar sin utgångspunkt i den oreflekterade "stumma" och naturliga hållningen, och där börjar reflektera. För det är genom att reflektera som det blir möjligt för intervjupersonen att komma åt och sätta ord på sina prepredikativa erfarenheter.

Kvale (1997) talar om den kvalitativa forskningsintervjun som ett professionellt samtal som bygger på vardagens samtal, men som samtidigt skall innebära att det finns en metodologisk medvetenhet. Intervjuaren har att förhålla sig öppet och följsamt samtidigt som en omedelbarhet krävs i intervjusituationen (Dahlberg m.fl., 2001). Smaling (1995) refererar till Heidegger och påminner oss om ett alldeles särskilt lyssnande som benämns "hearkening". Ett lyssnande som inbegriper mer än intervjuarens öron, och innebär ett slags överlämnande till den intersubjektiva relationen som finns i mötet mellan intervjuaren och intervjupersonen. För det är först i denna relation som informanten kan känna den tillit som krävs för att börja reflektera.

Att tala om reflektion i förhållande till öppenhet innebär att forskningen inte utgör ett sökande efter "det rätta svaret". Innebörden i detta förhållningssätt i relation till forskningsintervjun är en betoning av vikten av att ge informanten tillräckligt utrymme för reflektion. Forskningsintervjun måste innebära möjligheter för informanten att reflektera över den fokuserade företeelsen, samt sina tankar och känslor i relation till den.

För att intervjun skulle innebära ett möte mellan "två subjekt" krävdes att jag förmådde att skapa en naturlig och ärlig relation till informanten, vilket skedde genom att jag försökte ge förutsättningar för ömsesidighet och omedelbarhet där också informanten blev bekräftad och kände trygghet och tillit. Det var också viktigt att jag visade mitt uppriktiga intresse inför informantens berättelse. Jag var tydlig med att visa informanten att mitt intresse var äkta och att jag verkligen ville få veta hur det var.

För att jag skulle kunna se "sakerna" när de visade sig, fordrades en speciell vetenskaplig hållning. I stället för att följa i förväg detaljerade steg krävdes ett förhållningssätt präglad av öppenhet och en målmedveten insiktsfull strävan att lämna antaganden och tidigare erfarenheter åt sidan så att fenomenet och dess

mening kunde visa sig och därmed också överraska. Öppenhet som förhållnings-sätt innebar ett upptäckande sätt att vara. När jag var tillräckligt öppen kom också fenomenet att visa mig på vilket sätt det bäst studerades.

Intervjuerna präglades av omedelbarhet, en särskild sorts närvaro som kan förstås som en balansgång mellan närvaro och distans. Under intervjun märktes detta när både informanten och jag var helt försjunkna i samtalet. Samtidigt krävdes det av mig att jag kunde distansera mig, så att jag såg "sakerna" när de visade sig. Det var också med hjälp av distansering som dialogen fördes framåt genom följdfrågor. För att intervjun skulle innebära möjlighet för reflektion var det viktigt att jag gav utrymme för denna. När informanten stannade upp, och kanske blev tyst och fundersam, krävdes att jag kunde vara kvar där, och inte otåligt driva samtalet framåt utan att vänta ut informantens beskrivning av sina upplevelser.

Intervjuerna i den första empiriska delstudien (I) startade med att jag bad informanten att berätta mer om den händelse som de tidigare hade skrivit ner som en berättelse. Utöver denna första ingångsfråga bestod mina frågor av så kallade följdfrågor, som t ex. Hur menar du? Kan du berätta mer? Hur var det? Vad innebär det? osv. Intervjuerna ägde rum i ett avskilt grupprum i anslutning till informanternas arbetsplats. Detta rum var beläget på ett annat våningsplan än där vårdarna arbetade. Alla intervjuer spelades in på ljudband och transkriberades ordagrant, de varade mellan 40 – 60 minuter.

I den tredje empiriska delstudien (IV) startade intervjun med att jag bad informanterna berätta om de två "våldsamma" händelser de återerinat sig. Därefter bestod mina frågor av så kallade följdfrågor med syfte att fördjupa vår dialog. Patienterna från allmänpsykiatrisk vård valde själva var intervjun skulle äga rum. En intervju ägde rum i anslutning till en öppenvårdsmottagning, tre intervjuer skedde i patienternas egna boende. När det gällde patienterna från de rättspsykiatriska avdelningarna ägde intervjuerna rum i ett av personal särskilt anvisat besöksrum. Alla intervjuer spelades in på ljudband och transkriberades ordagrant, de varade mellan 40 - 60 minuter.

Intervjuer med inslag av "re-enactment"

Bengtsson (1999) och Dahlberg m. fl. (2001) förespråkar i sina texter att det krävs en speciell känslighet i forskningsmetoden för att fånga levd erfarenhet. Vad som då krävs är att finna och metodologiskt beskriva en metod som förmår att fånga komplexa fenomen.

Genom att använda "re-enactment" under intervjun ökar förutsättningen att intervjupersonen skall komma åt det ofreflekterade. När vårdaren under intervjun "lever om" mötet genom att också med kroppen visa vad som sker, resulterar det i att vårdaren erfar mötet på nytt och "minns" flera erfarenheter och "kommer på" nya innebörder av erfarenheterna. Just genom att agera med kroppen aktiveras "kroppens minne". Informanten får tillgång till flera minneslager och kan djupare och mer ingående beskriva vad som utspelats i mötet. När människors ofreflekterade erfarenheter skall verbaliseras måste en reflektion ske, dvs. personen måste börja distansera sig och reflektera över sina egna erfarenheter. Här införs en distans, den levda erfarenheten omvandlas till en reflekterad erfarenhet,

det som var levande givet blir nu ett konkret meningsinnehåll. Nästa steg är att personen skall formulera sina reflektioner i ord eller rättare sagt resultatet av sina reflektioner, som har en språklig konstruktion. Det är dessa två steg som förlångsammats och fryses genom att användandet av "re-enactment".

"Re-enactment-intervjun" inleddes som en kvalitativ forskningsintervju med en ingångsfråga där jag bad informanten att berätta om den händelse som de tidigare hade skrivit ner som en berättelse. Därefter fördjupades intervjun med följdfrågor. "Re-enactment-intervjun" startade med en "uppvärmningsfas" som syftar till att informanten skall identifiera en särskild händelse. Denna fas påbörjades redan när informanterna började att fundera ut vilket våldsamt möte de skulle välja att skriva berättelsen om.

Att arbeta med "re-enactment" i samband med intervjuerna innebar i föreliggande forskning att jag, istället för att be informanterna att enbart med ord berätta, bad jag dem att också visa vad som hände. Den andra fasen utgörs av att "iordningställa scenen", vilket skedde genom att jag frågade: Hur ser det ut i rummet? Jag bad informanten att visa hur det ser ut. Vilka färger ser du? Vilka personer finns mer i rummet? Visa var du är i rummet? Var är patienten? Vad gör patienten nu? Vad gör du? Hur känns det nu? Jag försökte att hålla kvar informanten i ögonblicket genom att ställa följdfrågorna i presens. Genom att tala om det våldsamma mötet precis som att "det händer nu", kunde informanten återuppleva händelsen med alla känslor som fanns bundna till det. Jag bad informanten att gå runt i rummet och visa och beskriva alla färger, dofter, ljud textilier m.m.. Det tredje steget innebar att informanten skulle "föra en monolog", detta var möjligt eftersom allt skedde "in-action". Informanten återupplevde det våldsamma mötet, tankar och känslor som informanten hade gömt undan kom snabbt tillbaka. Monologen var möjlig eftersom informanten "levde om" det våldsamma mötet, och då också gärna ville tala om det. Tankarna och känslorna inom informanten krävde att få komma till uttryck. Kroppens minne var aktiverat och kunde nu också bli verbaliserat. Informanten mindes mer, erinrade sig tankar, känslor och skeenden som de detaljerat beskrev. Under monologdelen förlångsammades händelseförloppet och i det ökade tidsutrymmet mindes informanten det våldsamma mötet mer detaljerat. Det var "här och nu" som den kroppsbundna kunskapen kunde komma till uttryck, eller i alla fall delar av den.

När agerandet var klart satte vi oss ner igen och fortsatte intervjun genom att gå igenom det våldsamma mötet ännu en gång. Informanten reflekterade över själva "re-enactment"-delen, vilket ytterligare berikade intervjun med detaljer och gav förtydliganden till det som tidigare utspelats, dvs. det våldsamma mötet så som informanten erfar det.

"Re-enactment-intervjuerna" ägde rum, dels i ett avskilt grupprum, dels i andra för personal avsedda utrymmen där vi garanterat kunde vara ostörda. "Re-enactment-intervjuerna" spelades in på ljudband och transkriberades ordagrant, de varade mellan 50 – 80 minuter.

Analys och syntes av data

Berättelser, kvalitativa intervjuer samt "re-enactment-intervjuer" har alla genomgående analyserats med avseende på innebörd och här har öppenhet, följsamhet,

reflektion och tyglad förförståelse varit tydliga inslag. Analys av data följer den struktur som Dahlberg et al. (2001) beskriver, som är en empirisk bearbetning av den fenomenologiska filosofi som fr.a. beskrivs av Husserl och Merleau-Ponty, och som delvis är inspirerad av Giorgi (1985, 1997) men anpassad till vårdvetenskapens behov. Analysens mål var att beskriva fenomenets essentiella struktur samt dess olika innebördselement.

Analysgången kan beskrivas som en rörelse vari det ingår ett bekantgörande arbete, ett egentligt analyserande till delar, samt syntes av en ny helhet. Analysgången började med att läsa all insamlad data, för att få en övergripande bild av hela innehållet. Data lästes här så många gånger att materialet framstod som en bekant helhet. Här skedde ingen aktiv analys utan syftet med denna första fas var enbart att öppna upp mitt sinne mot den mening som fanns i data. Förhållningssättet präglades av öppenhet och omedelbarhet vilket innebar att kunna försjunka in i texten, men samtidigt krävdes också att jag förmådde distansera mig för att förhålla mig nyfiken och att låta mig överraskas av texten. Det bekantgörande arbetet var viktigt för det var här som den övergripande förståelsen införskaffades, vilket krävdes för att därefter obehindrat kunna vandra mellan helhet och delar.

Ett egentligt analyserande i relation till delar innebar att data delades in i meningsbärande enheter, vilket gjorde texten mer lättbearbetad. Det var då som de olika delarna tilläts framträda. Avsikten var att systematiskt gå igenom texten genom att aktivt ställa frågor till den, frågor som sökte efter mening. Exempel på frågor som ställdes var: Vad är det som sägs? Hur sägs det? Vad är innebörden av det? Här bytte alltså analysen skepnad och en dialog fördes med texten. Avsikten var att förstå data på sina egna villkor, precis så som de var givna, vilket medförde stora krav på öppenhet, följsamhet och med hjälp av reflektion hela tiden tygla min tidigare förståelse av fenomenet. I denna fas av analysen skall, som Gadamer (1995) uttrycker, det texten "förhöras", den skall frågas ut. Denna förståelseprocess karaktäriseras av en aktiv dialog där syftet var att förstå texten utifrån texten själv och inget annat än texten själv. Eller som Giorgi (1997) lär oss, meningen skall ej tillskrivas fenomenet utifrån, utan den metodologiska hållningen innebär att vänta ut fenomenet tills den visar sin mening för oss. Ett förhållningssätt som innebär tålmod och kräver att man står ut med ovissheten. Vi vill så gärna snabbt veta och förstå, vi har svårt att stå ut med ovissheten, men här gäller det att vänta ut fenomenet som till slut visar sig i sin rikedom och helst också i sin annorlundahet.

Denna fas innebar också en försiktig abstrahering av förståelsen samtidigt som strävan fanns att vara nära ursprungliga data och kunna beskriva den med perspektivets språkbruk. Detta arbete gestaltas av Giorgi (1997) som att innebörder "packas upp" ur datamängden för att synligöra dess mening. Innebörderna strukturerades i sökandet efter mönster, mönstren växte fram ur olikheterna, dvs. hur olikheterna förhåller sig till varandra och ordnas till s.k. kluster. Till respektive kluster fördes meningsenheter som ansågs höra samman. Efter att allt data-material bearbetats på detta vis och meningsenheter förts samman till kluster skedde nästa abstrahering genom att de kluster som förts samman formulerades till en sammanfattande text. Att skapa kluster var en dynamisk process som skedde över relativt lång tid och här prövades olika möjligheter genom att jag var

i dialog med klustren samt med det ursprungliga datamaterialet. Här måste jag röra mig mellan det konkreta och det abstrakta för att bli så säker som möjligt på att överensstämmelse mellan klustren och datatexten förelåg.

Därefter behandlades återigen texten som en helhet, genom att klustren fördes samman när fenomenets essentiella struktur lät sig beskrivas. Att beskriva fenomenets essens¹⁹ är målet för den fenomenologiska analysen. En essens kan förstås genom det faktum att alla företeelser konkret erfarna eller imaginära kan anta olika former i medvetandet, när vi t.ex. tänker på dem (jfr. Husserl, 1973). Variationsmöjligheterna är oändliga, men den ursprungliga ”modellen” guidar variationerna och sätter stopp om de plötsligt beskriver en annan företeelse. Det finns en inre struktur i företeelsen som inte varierar och det är denna inre struktur som utgör ett fenomenets essens, som gör fenomenet till det fenomen som det är (Dahlberg m.fl., 2001).

Essensökande är inte något mystiskt utan är att förstå som något naturligt förekommande i vår vardagsvärld. När vi erfar något *som* något, t ex. när vi erfar ett hus eller en katt, har vi gripit företeelsens essens, det som gör huset till hus och katten till katt. I ett vetenskapligt arbete är dock det tyglade omdömet väsentligt och innebär att företeelsens essens inte ”bestäms” för snabbt, så att t ex. huset bestäms som koja, eller katten som hund (Dahlberg & Dahlberg, 2003).

Den essentiella strukturen talar om hur innebörderna förhåller sig till varandra och är den mest abstrakta nivån. När fenomenets struktur är klarlagd blir det också möjligt att beskriva dess beståndsdelar i form av innebörselement. Innebörselementen beskrivs därefter var för sig, och här används också direkta utsagor från datamaterialet för att ytterligare förtydliga innebörderna.

I föreliggande forskning har en essens beskrivits inom ramen för varje empirisk delstudie, och ”det våldsamma mötet” har beskrivits dels ur vårdarens perspektiv, dels ur patienters perspektiv. När samtliga studier var genomförda utvecklades en generell struktur på basis av delstudiernas resultat. Den generella strukturen kan förstås som en ”metastruktur”²⁰ och inkluderar alla de olika aspekter av fenomenet som beskrivs i respektive delresultat (jfr. Ekebergh, 2001).

Metodologiska tillbakablickar

När ett forskningsarbete börjar närma sig sitt slut är det angeläget att fundera en gång till över de metodologiska valen. Hur våldsamma möten erfars av vårdare och patienter måste förstås utifrån ett perspektiv som kan möta människors erfarenheter, grundade i tankar, känslor och handlingar, alltså utifrån människors

¹⁹ ”Essenser” inom den fenomenologiska ansatsen är att förstå som ett metodologiskt redskap. Den fenomenologiska essensen är således inte att förstå som ena sidan av den välkända essens-existensdualismen och har heller inget att göra med essentialism (se t.ex. Honderich, T.: (Ed.): *The Oxford Companion to Philosophy*, 1995).

²⁰ Med metastruktur avses här en struktur som inbegriper tidigare i forskningen beskrivna innebördsstrukturer, och medför en högre abstraktionsnivå (jfr. Kirkevolds (1997) beskrivning av ”metaanalys”).

livsvärld. Livsvärldsperspektivet är grundbulten inom den fenomenologiska forskningsansatsen inom vårdvetenskap, som därför blev ett naturligt val för ansats i denna forskning. Fenomenologin kan svara an på kravet att öppet och följsamt belysa våldsamma möten så som de erfars, dvs. utifrån ett levtt perspektiv.

När det som är vårdande i vårdrelationen skall beskrivas så görs det ofta genom att olika kvaliteter och egenskaper tillskrivs vårdaren, säger Lindström (1995), som saknar studier som explicitgör det verksamma dynamiska skeendet, som förblir osynligt. Detta var ett av skälen till att den fenomenologiska ansatsen med sitt livsvärldsperspektiv, valdes. Därmed kunde det intersubjektiva skeendet avtäckas ur de agerandes perspektiv.

Avsikten har också varit att inte teoribelägga eller tolka datamaterialet utan strävan har varit att utifrån den kunskapsteoretiska ansats som tidigare beskrivits i avhandlingens metoddel, varsamt låta fenomenet visa sig självt. Därigenom har dess grundläggande struktur varit möjlig att nå. Under forskningens gång fördes dock tanken fram om en mer tolkande ansats. I studier med hermeneutisk forskningsansats är inte strävan i första hand att mejsla fram fenomenets inre struktur, utan att genom tolkning försöka ge en bild av underliggande innebörder i data. Ibland kan en teori användas som hjälp för att förstå det som inte är omedelbart givet (Nyström, 2003a). Risker med att använda en teoretisk tolkningsram är dock att vissa innebörder dukar under för teorin, framför allt om det teoretiska stödet kommer in för tidigt i tolkningsarbetet. Naturligtvis hade en tolkande ansats kunnat möjliggöra insikter av annan natur än vad en fenomenologisk beskrivning förmår, men i föreliggande avhandling har det tolkande perspektivet fått stå tillbaka till förmån för avsikten att så rent och nära som möjligt beskriva fenomenets inre struktur. Forskningsprocessen har kännetecknats av att vara datanära för att innebörden därigenom skulle tydliggöras och för att fenomenets struktur så småningom skulle vara möjlig att avtäckas.

Valet av datainsamlingsmetoder

Våldsamma möten så som de erfars av vårdare respektive patienter inom psykiatrisk vård, är ett komplext och mångfaldigt fenomen som ej enkelt låter sig beskrivas. I våldsamma möten ingår minst två personer, en vårdare och en patient. Avsikten med forskningen är att förstå våldsamma mötens karaktäristika, deras "natur". Däremot söks ingen position utanför livsvärlden. De levda erfarenheterernas giltighet ökar inte om flera utomstående observatörer bekräftar att mötet verkligen varit våldsamt, och vice versa. Frågan om vad som "faktiskt hänt" blir därmed ej intressant i föreliggande avhandlingsarbete.

Observation som datainsamlingsmetod fick stå tillbaka till förmån för berättelser och kvalitativa intervjuer. Om jag skulle delta och observera när mötet ägde rum skulle jag ej komma åt det våldsamma mötet så som det erfars av de berörda parterna. Avsikten har ej varit att fånga ett skeende så som det uppfattas utifrån, utan avsikten har hela tiden varit att erhålla fenomenets mening så som det är givet i informanternas livsvärld. En annan anledning till varför observation ej har använts, var svårigheten att i förväg veta när "våldsamma möten" skulle ske. Därtill kom den etiska problematiken i att observera när en patient blir hotfull eller våldsam, utan att ingripa.

Det för mig mest fruktbara sättet att fånga fenomen från människors livsvärld är genom den kvalitativa öppna forskningsintervjun, där betoning av öppenhet och följsamhet (se Dahlberg m.fl., 2001) innebär att människor får tala till punkt inför en intresserad och engagerad lyssnare. Intervjun bjuder in informanten till att reflektera över den studerade företeelsen som därmed kan ges en fördjupad förståelse. När sedan den kvalitativa forskningsintervjun kompletteras med "reenactment" ökar möjligheten att informanten kan komma åt bortglömda tankar och känslor som kan vara betydelsefulla för hur fenomenet erfars.

Reflektioner över genomförandet

Hur har då den enligt Bengtsson (1991) överordnade metodprincipen, gällande vändningen och följsamheten mot "sakerna", följts? Vändningen och följsamheten mot fenomenet uppmanar till en särskild grundhållning från forskarens sida, vilken innebär att vara lyhörd, uppmärksam och öppen för fenomenet och mot den andres värld. Denna grundhållning har genomsyrat hela forskningsarbetet, även om den stundom varit vansklig att upprätthålla. Exempelvis har det varit svårt att inte "förstå" alltför snabbt.

Förhållningssättet kräver en medveten självreflektion och en avsiktlig strävan om att hålla tillbaka det egna omdömet, så att tidigare erfarenheter inte okontrollerat skulle ta över förståelseprocessen. Det krävdes alltså att mitt omdöme hela tiden kunde "tyglas". "Tyglandet" kan förstås som en forskningskonst, den lärs in och utvecklas genom att vara i, träna och erfara denna hållning. Det är med hjälp av distansering och reflektion som jag kan distansera mig från den naturliga hållningen så att "sakerna" tillåts att visa sig, vilket under forskningsarbetet var en ständigt pågående process där jag hela tiden måste kämpa med mina "förgivettaganden" av fenomenet.

Hur har jag då tränat detta förhållningssätt? Dels genom att teoretiskt studera metodlitteratur, men framför allt har jag försökt att tillägna mig denna konst genom att vara i och erfara denna hållning. Ju mer integrerad livsvärldsteorin har blivit hos mig, desto mer oproblematiskt har jag upplevt att upprätthålla det reflekterande och tyglade förhållningssätt som krävs i denna ansats. Under intervjuer och analysarbete krävdes ett koncentrerat arbete från min sida, och med hjälp av en disciplinerande självreflektion har strävan hela tiden varit att tygla mitt eget omdöme av fenomenet.

Centralt i fenomenologisk forskning är att förstå och beskriva ett fenomenets innebörd, vilket innebär ett strängt arbete där jag som forskare har att från det konkreta beskrivna genom analysens steg röra mig mot en allt högre abstraktionsnivå, där det slutliga målet är att finna och beskriva fenomenets generella struktur. Det är informanternas utsagor som ligger till grund för de abstrakta beskrivningarna, som inte är identiska med utsagorna. I den fenomenologiska analysen fokuseras alltid ett fenomen, och informanternas utsagor är en väg till att förstå detta fenomen. Sökandet efter fenomenets essens är ett arbete fyllt av kreativitet. Där har jag använt mig själv på ett medvetet reflekterande vis, för att pröva olika möjligheter. Som oerfaren forskare var jag till en början mer försiktig när det gällde kreativitet och fantasirikedom och försökte istället att vara så nära data

som möjligt. Men allt efterhand har jag tränat min kreativitet och vågat låta den inverka mera på forskningen.

Forskningsresultatets tillförlitlighet

När en företeelse beskrivs i perspektiv av hur den erfars menar Dahlberg m.fl. (2001) att det inte finns några självklara regler för hur validiteten skall provas. Polkinghorne (1986) menar att ett humanvetenskapligt validitetskrav är att forskaren diskuterar sina teoretiska eller metateoretiska utgångspunkter samt de kontextuella faktorer som påverkat forskningen utformning och resultat²¹. Denna studies teoretiska utgångspunkt utgörs av fenomenologi och ett reflekterande livsvärldsperspektiv, där ett väsentligt validitetskriterium kommer ur strävan att "gå tillbaka till sakerna själva". Det är genom att hela tiden sätta fenomenet i fokus och genom att öppet och följsamt låta "sakerna" få visa sig i all sin rikedom som trovärdigheten i en fenomenologisk studie visas.

Jag har strävat efter att vara så öppen och följsam som möjligt under forskningens alla faser, dvs. när data har samlats in, när data har analyserats samt när studierna redovisats. Förutom den metodologiska ansatsen och den vetenskapliga hållning som forskaren har är det forskningens praktiska genomförande som är avgörande för resultatets tillförlitlighet. Jag har bemödat mig om att så noggrant som möjligt redogöra för forskningens alla steg, där reflektionen har varit ett viktigt redskap för bibehållandet av öppenheten. Genom att stanna upp och reflektera över det som visar sig kan öppenheten bibehållas. Genom att jag hela tiden strävar efter att tygla mitt eget omdöme, hindras förförståelsen att helt okontrollerat ta över förståelseprocessen, vilket utgör ytterligare ett validitetskriterium.

När livsvärldsperspektivet ligger som grund i forskningen är fokus riktat mot en företeelse så som den visar sig för någon, i detta fall för vårdare respektive patienter. Det är endast genom människors erfarenheter som kunskap om livsvärlden kan utvinnas, menar Giorgi (1997) och Dahlberg m.fl. (2001). Därför är det inte intressant att spekulera i människors trovärdighet eller liknande aspekter av föreliggande data. Det är inte rimligt att tro att informanter ljugar om sina erfarenheter, utan tvärtom har informanterna i föreliggande studie verkat ta sin uppgift på största allvar. Både patienter och vårdare har uttryckt att de gärna ville berätta om sina erfarenheter, de uttryckte ett stort allvar och de såg sina berättelser av våldsamma möten som viktiga.

Är generalisering möjlig?

I föreliggande forskning kan möjligheten att generalisera relateras till resultatet i form av en generell struktur. Denna struktur kan emellertid aldrig förstås som universell, utan är alltid, enligt Dahlberg m.fl. (2001), att förstå som kontextuell. Den generella strukturbeskrivningen betyder att resultatet lyfts ovan den kon-

²¹ Också Larsson (1993) för ett resonemang kring kvalitet i kvalitativa studier och lyfter just fram denna perspektivmedvetenhet som ett kriterium för validitetsfrågan.

kreta nivån, samtidigt som den alltid tillhör en särskild kontext. I föreliggande studie har den generella strukturbeskrivningen abstraherats till en nivå som gör den möjlig att överföra till andra psykiatriska vårdkontexter än till det omedelbara sammanhang som denna forsknings data härstammar ur. Resultatet kan eventuellt också överföras till andra sammanhang utanför den psykiatriska vårdkontexten. Det är rimligt att anta att de innebörder som beskrivs i resultatet är betydelsefulla för flertalet vårdande möten. I enligt med Gadamer (1995) måste emellertid kunskapen ”användas” för att dess tillämplighet skall kunna bedömas.

Etiska överväganden

Forskningsetiskt tillstånd erhöles av forskningsetisk kommitté i Göteborg samt i Örebro. Samtliga informanter omfattas av frivillighetsprincipen samt rätten att när som helst avbryta sitt deltagande utan att någon motivering behövde ske. Alla informanter tillfrågades om deltagande i studien av avdelningschef (gällande vårdare) eller kontaktman (gällande patienter) och först därefter har jag träffat informanterna. Alla informanter har informerats av mig personligen och givit sitt samtycke till att ingå i studien.

En viktig forskningsetisk fråga är huruvida intervjun väcker svåra minnen och känslor till liv som kan orsaka informanten lidande. En forskningsintervju som syftar till reflektion innebär ju oundvikligen att informanterna kommer nära den händelse som fokuseras, med allt vad det kan innebära av svåra minnen. I denna forskning gavs utrymme för informanterna att fritt få uttrycka sina känslor och min uppgift var att förhålla mig sensitiv och följsam till det som utspelades.

Erfarenheten av intervjuerna visar att både vårdare och patienter har uppskattat de intervjuer som de deltagit i. För några av dem verkade det vara första gången som de hade fått sätta ord på och berätta om sina upplevelser av våldsamma möten. Flera av patienterna uttryckte också sin uppskattning över att det äntligen var någon som ville lyssna till deras röst, de förmedlade ett stort allvar och gav uttryck åt att de såg sina berättelser om våldsamma möten som mycket viktiga att nå en förståelse för.

Under intervjuerna var min vana vid ”djupare” samtal som psykiatrisjuksköterska en tillgång. Jag var också lyhörd inför att stanna kvar efter avslutad intervju där informanten gavs utrymme att återhämta sig. Patienterna var också tillförsäkrade stöd och hjälp från respektive kontaktman.

Resultat

I detta avsnitt redovisas de tre empiriska delstudiernas essensbeskrivningar. Övrig resultatbeskrivning återfinns i respektive artikel. Här beskrivs också fenomenets generella struktur, som är ett resultat av en övergripande analys och syntes av resultaten av de olika delstudierna.

Det förkroppsligade ögonblicket

Analysen i den första delstudien (I) visade att det som är avgörande i våldsamma möten är vårdarens förmåga att vara i ögonblicket. Fenomenets essens förstås som ett förkroppsligat ögonblick där all tycks ske samtidigt och som karaktäriseras av vårdarens följsamhet och känslighet i situationen. Dennes förmåga att vara nära och distanserade på en och samma gång, att samtidigt vara aktiv och passiv, och förberedd på att vänta samtidigt som hon/han är redo för att agera, tycks vara en viktig förmåga att kunna använda i situationer där hot och våld förekommer.

I det förkroppsligade ögonblicket fattar vårdaren flera viktiga, spontana beslut. Ett betydande resultat från denna första studie var att vårdare känner sig hotade och rädda, men att de inte försöker undkomma denna känsla utan erkänner och bejakar sin rädsla. När känslan av rädsla känns igen och accepteras tycks den minska och förlora sin intensitet. Därmed förmår vårdaren att fortsätta möta patienten i en äkta och nära gemensamhet.

Vårdande närvaro respektive frånvaro

I denna delstudies resultat (III) beskrivs essensen av "våldsamma möten", så som de erfars av vårdare, som ett kritiskt moment karaktäriserat av en spänning mellan vårdande närvaro och frånvaro. Det är ett kritiskt moment där mycket sker samtidigt, oavsett om mötet erfars som positivt eller negativt. Därutöver existerar viktiga skillnader beroende på om mötet erfars som positivt eller negativt. Därför beskrivs också resultat utifrån innebörden av om mötet erfars som positivt eller negativt.

Det positiva mötet kännetecknas av vårdarens närvaro. Vårdaren finns där och delar hela händelsen med patienten. I början av mötet känner vårdaren rädsla, men i det positiva mötet kan rädslan hanteras av vårdaren.

I resultatet av den första empiriska delstudien (I) kunde en "extern" dialog påvisas, dvs. vårdarna kommunicerade aktivt med patienterna i "det våldsamma mötet". I resultatet av den andra empiriska delstudien kunde även en "intern" dialog upptäckas. Av resultatet framgår att vårdaren förmår att hantera sin rädsla

genom att föra en "inre dialog", som botten i vårdarens vilja att göra gott. Den inre dialogen ger vårdaren mod att stanna kvar. I detta ögonblick lyssnar vårdaren till sig själv, lutar på vad som känns rätt i situationen och klarar därmed att följa och möta patienten utan att hot eller våld uppstår.

Närvaron genomsyras av en gemenskap två individer emellan, där vårdaren erfar patienten som ett subjekt. Det är ett utpräglat mellankroppsligt möte, där vårdaren använder alla till buds stående medel, verbala såväl som icke-verbala, för att visa respekt, ta ansvar och försöka inge förtroende. En vårdare som i den aktuella situationen har förmågan att åstadkomma ett positivt möte uttrycker en ödmjukhet inför patienten och dennes lidande, möter patienten öppet och förutsättningslöst och tar inget för givet om vad patienten önskar, vill och menar. Istället präglas det positiva mötet av att vårdaren ärligt och aktivt går in för att finna och förstå den mening som situationen har för patienten, samt försöker hela tiden se och möta patienten utifrån sina förutsättningar, och inte från vårdarens egna.

Det negativa mötet kännetecknas av frånvaro. Frånvaron är sprungen ur den rädsla vårdaren känner i mötet, en rädsla som vårdaren ej förmår att hantera, och som medför att vårdaren intar en mer tvingande hållning gentemot patienten. Det möte som utspelar sig är ett möte där vårdaren alltmer ser patienten som ett objekt. Trots att vårdaren har kunskap om vad som är viktigt i situationen, förmår vårdaren inte att handla utifrån det som vårdaren egentligen vet är bäst. Den otyglade rädslan dominerar det negativa mötet. Vårdaren förmår då inte att vara lyhörd och lyssna in vad patienten egentligen önskar, utan skyndar istället på och visar samtidigt en flyktighet. Flyktigheten skapar en instabilitet och en oro hos vårdaren som blir allt osäkrare på sin förmåga att vara i situationen. Vårdaren känner en oro över sin egen säkerhet och tappar allt mer kontrollen över situationen. Till slut tar den otyglade rädslan helt över, tvingar in vårdaren i ett kaos, vilket till sist tvingar vårdaren att ge upp och fly. Vårdaren ger upp alla försök att hitta en lösning på det våldsamma mötet.

Det "nakna" vårdandet

Fenomenets struktur i denna studie (IV), där patienten är i fokus, kännetecknas av en rörelse mellan det "nakna" vårdandet och ett vårdande som präglas av ett potentiellt undflyende. Patienten efterlyser det "nakna" mötet, dvs. ett rättframt och oförställt möte där patienten erfar en oinskränkt aktning för sig själv som människa. I det "nakna" mötet finns en vårdare som är närvarande, och som uppriktigt förmår att ge av sig själv och därmed också låta sig bli berörd. Det "nakna" mötet erbjuder en ärligt menad inbjudan till patienten som kan känna sig säker på att vårdaren verkligen vill väl. När mötet präglas av ett potentiellt undflyende finns samtidigt en riskfylld och rotlös osäkerhet vilket för patienten innebär en rädsla inför att vårdaren ej ska stanna kvar. Osäkerheten får sin näring av det faktum att patienten aldrig riktigt säkert vet om vårdaren bjuder in till ett vårdande möte eller kan komma att sky närvaron och försvinna ut i ett icke-möte. Patienten försöker vara följsam och till lags för att erhålla vårdarens upp-

märksamhet men i det undflyende mötet erfars vårdaren alltmer som en gäckande skugga som skyr närvaro.

I resultatet tydliggjordes en gammal ”sanning”, att patienten inom psykiatrisk vård redan från början är i ett utsatt läge, vilket medför en särskild sårbarhet och skörhet som påverkar patientens förmåga att ta emot och härda ut. Patienten fruktar icke-möten eftersom risken är uppenbar att dessa skall förorsaka en outhärdlig kränkning, som innebär en känsla av att ej vara värdig vårdarens närvaro.

När vördnaden och respekten för patienten som människa uteblir infinner sig en alldeles särskild ”förmälselse” till den egna personen och för att inte existentiellt krossas låter patienten sina skydd falla ut. Genom att t.ex. visa upp en kall fasad kan de svåra känslorna av kränkning avvärjas. Dessa skydd mot den inre kränkningen syftar till att hålla ihop gestalten människa, men när kränkningen blir för stor håller inte skydden, och då kan våld vara den enda tillgängliga lösningen på situationen, ur patientens perspektiv.

Det våldsamma mötets generella struktur

Mot bakgrund av de empiriska studierna (I, III och IV) har en generell struktur av fenomenet, våldsamma möten så som de erfars av patienter respektive vårdare, utvecklats. Den presenteras här och skall förstås som en ytterligare syntetisering och abstraktion av de tidigare presenterade delresultaten.

Det våldsamma mötets fenomenologi handlar om beröring, både i en abstrakt och en konkret mening. Beröringens möjligheter vilar i sin tur på vårdarens förmåga att vara äkta, dvs. hyser en genuin önskan att vilja väl, som vårdaren osminkat visar upp för patienten.

Det tycks vara avsikten bakom beröringen som ger den dess betydelse. En mekanisk, ej levande beröring hör inte hemma här. Att exempelvis bli upptryckt mot en vägg och fasthållen kan genom beröringens kraft för patienten innebära en tillit till vårdaren och ett närmande till det ”nakna” vårdandet, trots att situationen i övrigt kan verka otrevlig. Detta får dock ej missförstås som att all beröring självklart är av godo. Det är alltid intentionen bakom handlingen som ger liv åt beröringen. Om intentionen bakom beröringen inte är att ärligt och uppriktigt vilja patienten väl, om beröringen exempelvis blir mer tvingande än vad situationen kräver, och inte heller vilar på den nämnda äktheten, kan patienten istället fjärma sig och låta sina skydd falla ut. Våld kan således få näring ur beröring som inte har en vårdande avsikt. Enligt forskningens resultat får emellertid våld framför allt sin näring ur icke-beröring, ur ett vårdande som innebär att vårdare och patienter ej berör och ej berörs av varandra.

Ett potentiellt våldsamt möte kan således avvärjas av en vårdarens äkta intentioner att vilja väl, dvs. här råder inget falskt förhållande, utan istället finns en ren och ärligt menad inbjudan som förmedlas oförställt. I ett bra möte förmedlar vårdaren trygghet och självsäkerhet, vilket för patienten innebär en vårdande stabilitet, dvs. vårdaren visar att hon/han är stark nog för att ta emot allt det som patienten vill uttrycka. Den nämnda äktheten och oförställdheten är emellertid inte oproblematis, utan avslöjar samtidigt vårdarens utsatthet och sårbarhet. En

vårdande stabilitet är dock även skyddande för vårdaren, enligt denna forskningsresultat.

Förutom att vårdande beröring har dessa generella drag i relation till våldsamma möten, kan fenomenet belysas genom beröringens olika aspekter. Beröringens första aspekt utgörs av den kroppsligt vårdande beröringen. I forskningen visade det sig, exempelvis, att när det blev tillåtet för vårdaren att ta i patienten, och vårdaren fick börja lägga om patientens sår, skedde en förändring. Genom beröringen förändrades klimatet i rummet. I den kroppsligt vårdande beröringen kan patienten visa sin skörhet, och när vårdaren kan möta denna, och kan röra vid patienten, tycks ett tillåtande klimat kunna uppstå. Genom beröringens inverkan kan det vårdande mötet fortgå utan att våld uppstår.

Beröringens andra aspekt utgörs av beröring som verbal såväl som icke verbal kommunikation. Vanligtvis fästs stor vikt vid den verbala kommunikationen i vårdande möten. Forskningens resultatet bekräftar detta, men visar också på vikten av icke-verbal kommunikation. Den kommunicerande beröringen tycks vara väldigt viktig för att avvärja våldsamma möten, och kan innebära kommunikation via exempelvis en gest med handen, ett ögonkast eller ett talande ansiktsuttryck. Genom berörande kommunikation förmedlar vårdaren (och patienten) sin närvaro eller frånvaro i mötet.

Beröringens tredje aspekt innebär att tillåta sig bli berörd. Det krävs både mod och en uppriktig vilja, av såväl vårdare som patient, för att våga medverka i ett sådant "naket" möte. Denna aspekt av beröring springer ur att känslor tillåts att få träda fram och bli betydelsefulla i mötet, och här kan både bekant och främmande mark komma att beträdas. När beröringen tillåts, banar den väg för känslor som värme och äkthet, men vid minsta misstanke om att vårdarens intention ej är äkta, och utgörs av att verkligen vilja väl, stängs snabbt dörren och beröringens kraft uteblir. För vårdarens del utesluts möjligheten att bli berörd, eller att beröra patienten, när rädslan tar över och, framför allt, när viljan att vårda inte är tillräckligt stark.

Slutsatser

En av forskningens slutsatser är att det vårdande "nakna" mötet utgör en styrka i situationer där hot och våld riskerar att omintetgöra vårdandet och dess syfte att ge hälsa och välbefinnande. Vårdarens sätt att vara och handla innebär en stor vårdande potential, som vårdare inte alltid tycks vara helt medvetna om, enligt föreliggande forskning. Beröring som redskap i vårdandet visade sig vara ett kraftfullt instrument för att förhindra en negativ utveckling av våldsamma möten. Hot och våld får svårare att gro i ett vårdande där vårdare förmår att beröra sina patienter, och samtidigt själva vågar bli berörda, både i konkret och abstrakt mening, och där vårdandets intentioner kommuniceras såväl verbalt som icke-verbalt. Omvänt tycks våld få näring ur beröring som inte har en vårdande avsikt, men framför allt tycks våld hämta sin näring ur icke-beröring, ur ett vårdande som innebär att vårdare och patienter varken berör eller berörs av varandra.

En slutsats av forskningen är också att om det skall vara möjligt att förhindra en negativ utveckling av hot och våld i vården, måste detta arbete påbörjas innan

ett våldsamt möte uppstår. Risken minskar när vårdare förstår att lägga grunden till ett "naket" vårdande innan några våldsamma möten uppstår.

En annan av forskningens slutsatser är att vårdare inte specifikt kan "lära sig att möta hot och våld". Förståelse för och kunskap om hot och våld i vården måste ses i det sammanhang ur vilket hot och våld uppstår. Framför allt måste förståelse för och kunskap om hur hot och våld skall förhindras sökas i insikten om hur sårbara och utsatta patienter kan bemötas utan att kränkas.

Slutligen är en av forskningens slutsatser att om en vårdande hållning skall utvecklas hos vårdare krävs också att vårdarna vårdas. Otrygga och osäkra vårdare har svårt för att erbjuda berörande vård, och de har svårt för att låta sig beröras på ett sätt som förhindrar ett hotfullt eller våldsamt skeende.

Diskussion

Forskningens vetenskapliga ansats och metod har tidigare diskuterats under ”metodavsnittet”. Nedan diskuteras därför endast forskningens resultat.

Alltid när en forskning har nått ett slut ställer forskaren och omgivningen frågan: Vad är det för nytt som framkommit i denna forskning? Vad har denna forskning bidragit med? När jag ställde mig denna fråga, drog jag mig till minnes ett samtal med professor Amedeo Giorgi när han besökte Institutionen för vårdvetenskap vid Högskolan i Borås för ett par år sedan. Vad Giorgi lyfte fram under detta samtal var att fenomenologin ibland anklagas för att beskriva det självklara. Som exempel beskrev Giorgi ett tillfälle när han berättade om sin forskning och de fenomen, rigiditet och dess motsats labilitet, som han studerade. Han frågade åhörarna om de kunde beskriva vad dessa fenomen skulle kunna tänkas ha för essens. Det var ingen som kunde svara på frågan, men när han därefter själv beskrev fenomenets essens som ”brist på centrering”, gav åhörarna uttryck för att ”det var ju självklart”, att detta visste de ju redan.

Vårdforskning, liksom allt vetenskapligt arbete i övrigt, handlar om att upptäcka nytt, men också att sätta ord på och belysa på ett nytt sätt det som vi redan i någon mening vet. Det vi redan vet på något sätt är att våldsamma möten ej uppstår i ett vakuum och att det handlar om hur vi möter varandra. Våld uppstår vanligtvis inte heller i en kärleksfull, trygg och tillitsfull miljö, det kan vi också ana oss till. Här bekräftar min forskning tidigare vetenskap, även om den förhoppningsvis också bidrar till att kasta lite mera ljus över området. Vad som dock ej tidigare beskrivits inom vårdforskning är just relationen mellan det våldsamma mötet och beröringens kraftfulla betydelse i det ”nakna” och av närvaro präglade vårdandet.

Diskussionsdelen startar med att det våldsamma mötets innebörder förstås utifrån ett etiskt perspektiv och relateras till existensfilosofiska texter. Framför allt beröringens filosofiska drag diskuteras, liksom hur det ”nakna” vårdandet kan förstås, främst utifrån fenomenologisk etik. Vårdrelationens betydelse diskuteras och ett resonemang förs om vårdarnas utsatthet.

Det våldsamma mötets etik

Att i det våldsamma mötet tala om ”nakenhet”²² har flera innebörder. Å ena sidan finns den innebörd som ges till det ”nakna” vårdandet, dvs. att patienterna

²² Det kanske måste tydliggöras att nakenhet i meningen ”att vara utan kläder” inte alls inkluderas i denna forsknings resultat och slutsatser.

söker efter en sann närvaro. Å andra sidan innebär "nakenhet" för patienterna att de är utsatta och sårbara. Utsattheten och sårbarheten tar över när vårdaren ej bjuder in till det "nakna" vårdandet, då lämnas patienten ensam i sin utsatta och sårbara position. Det är genom en vårdande beröring som vårdaren når fram till det "nakna" vårdandet och till patienten. Det "nakna" vårdandet innebär att oförställt bjuda in patienten till en sann närvaro. För att mötet skall innebära ett "naket" vårdande krävs att vårdaren också har mod att visa upp sig i sin egen "nakenhet" vilket samtidigt avslöjar vårdarens utsatthet och sårbarhet. Det är först när vårdaren förmår att "överlämna sig" till vårdsituationen som vårdandet blir verksamt.

Innebörden av det "nakna" vårdandet kan jämföras med det etiska krav som enligt Bengtsson (1990) länge varit ett centralt innehåll i fenomenologisk etik. Utgående från patienten riktas det etiska kravet mot vårdaren och är absolut i den mening att den som kravet är riktat mot har en skyldighet att möta det. Kravet kan endast vara absolut för den som har möjlighet att uppfatta det, och här menar Dahlberg m.fl. (2003) att Husserls idé i ett vårdvetenskapligt sammanhang kan förstås som att det är vårdare med vårdvetenskaplig kompetens som har möjlighet, och skyldighet, att svara an till detta etiska krav. Som en konsekvens måste vi således utveckla den vårdvetenskapliga kunskap som hjälper vårdaren att se den andres "annanhet".

Lévinas har samma idé (Bengtsson, 1990). Grundläggande för hans etiska teori är frågan om hur vi erfår den andre, och att det etiska krav som utgår från erfandet av den andre sker ansikte mot ansikte, där "den andres annanhet" visar sig. Ansiktet är alltså fokus i Lévinas etik (Kemp, 1992), men skall inte förstås som endast ett "ting" utan som något som förmedlar mening mellan människor. Ansiktets komplexitet förstås i Lévinas beskrivning av hur ansiktsuttryck har ett "språk", exempelvis säger han att ögat talar. När ansiktet uttrycker sig noteras vidare inte färgen på ögonen, utan vad vi märker är exempelvis den andres genomborrande blick. Det är ansiktsuttrycket hos den andre som bjuder in till ett möte. Förhållandet oss emellan är asymmetriskt, dvs. den andre förpliktigar mig och jag har ansvar för den andre. Det är i det ursprungliga mötet ansikte mot ansikte som betydelse och mening uppstår, och den sanna närheten sker genom äktheten i öppenheten för den andre.

Det är alltså i den andres ansikte som vårdare möter hela människan, vars livsvärld är främmande för dem, men samtidigt också bekant. Genom ansiktet uttrycker patienten (och vårdaren) sina upplevelser och känslor, på så vis gestaltar ansiktet människors "nakenhet och utlämnadhet", som Bengtsson uttrycker det. Och det är först i den "oreducerbara närvaron som det etiska kravet blir tillgängligt och i samma ögonblick oavvisligt" (Bengtsson, 1990, s. 94). Det är detta etiska krav som vårdaren har att möta i det "nakna" vårdandet, och när vårdaren erfår det är det inte möjligt att avvisa.

Mekaniserade intellekt i vården

Bengtsson (1990) förstår också fenomenologins etik avseende det etiska kravet som att varje beräkning blir överflödig. Det krävs nämligen inga uträkningar för att människan skall förstå och veta hur de skall handla för att möta ett absolut

krav. I det ”nakna” vårdandet efterfrågas inte några universella principer eller regler för att vårdaren skall ”veta hur”, utan de ”träffas eller drabbas av det”, som Bengtsson (1990) uttrycker det, med referens till det etiska kravet. Om universella regler eller principer tillämpas i konkreta situationer finns istället risk för att detta sker på bekostnad av situationens egna krav. Här refererar Bengtsson (1990) till ett manuskript där Husserl skriver om ett ”mekaniserat intellekt”, Husserl menar att faran för att principer och regler kan bli viktigare än de krav som erfars, och aktningen för den andra människan kan därmed sättas åt sidan. Här instämmer Dahlberg m.fl. (2003), som varnar oss för att fylla vårdvetenskapen med vackra etiska principer och regler, som kan hämma oss mer än de hjälper oss.

Vid flera tillfällen har jag tagit del av PM och regler i punktform som redogör för hur vårdare skall möta hotfulla och våldsamma patienter inom psykiatrisk vård. Avsikten med föreliggande forskning har aldrig varit att framställa flera sådana regler och principer för det våldsamma mötet. Tvärtom, det ”nakna” vårdandet kräver ett förkroppsligt ögonblick, vilket innebär att både en verbal och en kroppslig kommunikation etableras i den rådande situationen. Det är viktigt att vårdaren är närvarande i alla möten, men i synnerhet i möten som innebär potentiellt våld.

Föreliggande resultat och fenomenologisk etik tydliggör det omöjliga i ”att vårda på rutin”. Istället blir det uppenbart att vi skall arbeta med att utveckla en hållning till patienter och till vårdande där det etiska kravet ges utrymme och där vårdare förmår att utveckla sin egen vårdande förmåga för att kunna möta de etiska krav som de erfar i det (potentiellt) våldsamma mötet.

En vårdfilosofisk kärna

I ett vårdande möte bekräftas patientens existens, vilket är ett grundläggande mänskligt begär. Enligt Drew och Dahlberg (1995) utgör det intersubjektiva mötet en vårdfilosofiska kärna. Det intersubjektiva mötet innebär en bekräftande meningsfull dialog, vilket är ”the essence of holistic caring” (Dahlberg, 1996, s. 150).

Merleau-Ponty (1995) fördjupar förståelsen för vad som är meningsfullt i möten mellan människor. Framför allt argumenterar han trovärdigt för att själva mötet och dess mening uppstår i den intentionala relationen mellan människor. Översatt till föreliggande forsknings resultat är det således inte så att det å ena sidan är patienten som skall inse vårdarens ”sanning”. Det är å andra sidan inte heller så att vårdaren avläser patientens ”sanning”. Ett äkta vårdande möte är inte på förhand givet, utan karaktäriseras av att något nytt uppstår i relationen mellan patient och vårdare.

För Merleau-Ponty är intersubjektivitet lika med ”mellankroppslighet”, vilket betyder att vi förstår varandra genom vår kroppsliga²³ existens. Detta innebär att

²³ Här är det viktigt att komma ihåg att Merleau-Ponty alltid avser kroppen som subjekt, dvs. den levda kroppen.

vi når fram till andra människor genom kroppen, till exempel genom ett ögonkast eller ett ansiktsuttryck.

Den inre dialogen²⁴ hjälper vårdaren att vara närvarande, samtidigt som det införs en distans till situationen. Genom att vara nära och "naken", och samtidigt vara reflekterande, kan en ny dimension av mötet framträda. Närheten och distansen berikar varandra och möjliggör ett bra bemötande. Vårdaren agerar inte endast i relation till det som tidigare erfarits hända i liknande situationer, eller till det som "borde" hända. Den inre dialogen och kroppen förankrar vårdaren "här och nu".

Den vårdande relationens nödvändighet

En god vård som erbjuder lindrat lidande och välbefinnande är helt beroende av att det finns en fungerande mellanmänsklig relation mellan vårdare och patient. Den vårdande relationens nödvändighet är nog något som de flesta vårdforskare är överens om, och värdet av en fungerande relation är central inom vårdforskning och i vårdvetenskaplig litteratur (jmf Peplau, 1952; Travelbee, 1971; Parse, 1981; Meleis, 1985; Eriksson, 1987a, 1987b; Halldórsdóttir, 1996; Dahlberg m.fl., 2002; Kasén 2002). Inte minst viktig är betoningen av en vårdande relation när vårdandet kompliceras av hot eller våld.

I ett fundamentalt avseende skapas inte mellanmännkligheten (eller vårdande relationer), utan redan detta "att vara i världen" betyder "ofrånkomligen att vara tillsammans med andra", som Benktson (1985, s. 47) uttrycker det i sin tolkning av Heideggers "Varat och Tiden". Detta betyder att den mellanmänskliga relationen är av en grundläggande natur och därmed också, av den anledningen, är viktig att bejaka.

En vårdande relation beskrivs av Eriksson (1987a) som "en relation mellan själv och andra, i vilken man genom att ansa, leka och lära förmedlar kärlek, tro och hopp i syfte att hjälpa den andra att vara och få bli den hon är", (s. 28). Relationen ses som det centrala i vårdandet och relationen mellan patient och vårdare är den grundläggande strukturen för allt vårdande. En verklig relation innebär ett sant möte, en inbjudan och ett mottagande. Det är här i denna relation som patienten skall ha möjlighet att framträda och ge uttryck för sina begär och upplevelser. Vårdrelationen skall vara en närande relation mellan patient och vårdare. Den är ett tecken på ett professionellt engagemang som förutsätter att vårdaren använder sin personliga kunskap och erfarenhet för att erbjuda en absolut närvaro som tillgång i det vårdande mötet med patienten. Vårdgemenskap är formen för vårdens meningssammanhang och det uppstår en osjälvisk relation med "den andra" där vårdare och patient har ett gemensamt intresse i att hjälpa patienten, dvs. att lindra lidande (Eriksson 1987a; Eriksson 1992).

Vårdrelationen har ingående studerats av Kasén (2002) som konstaterar att en vårdande relation är ett förhållande som också inbegriper förbindelse, berättelse och beröring. Genom den vårdande förbindelsen påtar sig vårdaren förpliktelsen

²⁴ Ett resonemang förs kring den inre dialogen i den andra empiriska delstudien (III).

att värna om patientens värdighet, och förbindelsen synliggörs redan i vårdarens första möte med patienten genom löftet om en vårdande relation. Patientens möjlighet att beröra vårdaren är genom berättelsen. Berättelsen utgör, enligt Öhlen (2000), en av de mest betydelsefulla vägarna till kunskap om lidande. Såväl beröringens som berättelsens betydelse har bekräftats av föreliggande forskning.

Snellman (2001) har intresserat sig för vårdmötets filosofiska dimensioner och i hennes undersökning av autentiska mötens betydelse för patienters välbefinnande beskrivs vissa karaktäristika både för det autentiska mötet och för vårdaren. Gällande det autentiska mötets kännetecken beskrivs ömsesidighet, acceptans och bekräftelse som centrala begrepp. När det gäller vårdaren menar Snellman att för att ett autentiskt möte skall skapas i en vårdssituation krävs att vårdaren är en "väsens"-människa, dvs. att vårdaren har förmågan att oförställt vara sig själv. Vidare krävs att vårdaren måste vara personligt närvarande för att kunna skapa en dialog med patienten, samt att vårdaren förmår att skydda och bevara det som är annorlunda hos patienten. Äktheten i dialogen försvinner när vårdaren inte längre är sig själv utan spelar olika roller i mötet, vilket sker när vårdaren inte kan utveckla sina egna möjligheter. Här pekar Snellman på den tradition som finns inom vård, nämligen att blivande sjuksköterskor praktiserar i ett lärlingssystem och på så vis tar efter goda förebilder. Här finns emellertid också en risk för att den blivande sjuksköterskan imiterar sin förebild genom att gå in i ett låst rollspel i mötet med patienten, vilket många gånger omöjliggör en levande dialog.

Utifrån Snellmans filosofiska resonemang kan jag direkt se paralleller till föreliggande forskning och till att patienter i våldsamma möten oförställt önskar inbjudas till en äkta närvaro av vårdare som är "väsens"-människor".

Vårdlidande

Ur patienternas perspektiv verkar det ibland som om fokus för vårdandet är något annat än patienterna och deras välbefinnande. Patienter kan t.ex. berätta om vårdare som umgås med varandra och tillbringar större delen av sin arbetstid i personalutrymmen dit patienten ej har tillträde. Den omsorg som den enskilda patienten söker tycks vid sådana tillfällen huvudsakligen komma vårdarens kollegor till del. Patienten får stå utanför och titta på, utan att vara delaktig i gemenskapen. När vårdens fokus på detta sätt flyttas bort från patientens behov och önskningar handlar det om ett vårdlidande, menar Dahlberg (2002)²⁵.

²⁵Patienter inom hälso- och sjukvården får stå ut med en hel del lidande, menar Eriksson (1994).

Sjukdom, olycksfall och plågsam behandling benämner Eriksson "sjukdomslidande". Sjukdomslidande kan ibland, men inte alltid, höras samman med "livslidande", det vill säga ett lidande som är bundet till själva livssituationen. Det finns emellertid ett lidande som uppkommer på grund av vårdandet eller på grund av utebliven vård. Detta benämner Eriksson "vårdlidande". Vårdlidande uppstår många gånger på grund av ett oreflekterat handlande eller *brist på handlande* från vårdarens sida. Att inte uppmärksamma de patienter som inte själva ger tydliga uttryck för sina behov kan således ge upphov till vårdlidande, enligt Eriksson.

Vårdlidandet visade sig tydligt i föreliggande forskning. Patienterna beskrev det som vi t.ex. skulle kunna kalla för "icke-möten". Där kunde de känna vårdarnas likgiltighet, vilket i sin tur gjorde att de ej kände sig önskade. Det är förmodligen en plågsam upptäckt för patienterna att förstå att vårdarna inte bryr sig om dem, eller inte ens önskar deras närvaro.

Av resultatet framgår också att patienter ibland försöker avvärja sådana former av vårdlidande genom att välja bort relationen till vårdaren. För att skydda sin egen existens från den förnedring som ett icke-möte innebär kan de välja att visa upp en fasad av likgiltighet, de talar till och med om sig själva som känslolokala. Denna fasad tycks emellertid inte vara något som patienterna skulle välja om de hade funnits några andra valmöjligheter. Men när osäkerheten får fäste, och risken finns att de skall känna sig förskjutna av sina vårdare, väljer de bort relationen och gemenskapen. Att välja bort möjligheten till det " nakna " vårdandet strider således mot patientens ursprungliga begär efter närhet och kärlek. När emellertid osäkerheten blir alltför stor, och när de utsätts för känslor av outhärdlig kränkning, har de inte något egentligt val. Det till synes känslolokala och likgiltiga kan under sådana omständigheter vara en reaktion mot det som händer. Det verkar i så fall också vara rimligt att detta skeende kan vara ett led i utvecklingen mot ett våldsamt möte.

Patienterna berättar om vårdare som utövar makt genom att exempelvis skramla med nyckelknippor²⁶. Troligtvis är vårdarna inte alltid medvetna om att de demonstrerar sin makt på detta sätt, eller att de väljer bort patienterna när de drar sig undan närheten till dem. Patienterna känner sig icke desto mindre existentiellt kränkta när vårdarna tar beslut över deras huvuden, eller när de verkar likgiltiga och nonchalanta. Är det då så att vårdarna inte förstår vad de utsätter patienterna för? Eller är det enbart i den enskilda patientens värld som icke-möten föreligger?

Det finns dessvärre flera andra studier som ger vid handen att många möten inom vården lämnar mycket i övrigt att önska. Professionella vårdgivares tendenser att ibland intressera sig mer för varandra än för sina patienter blev belyst redan för tjugo år sedan, i en studie av Moxnes (1992). Han undersökte vad som hände med personalen när en relativt strukturlös psykiatrisk vårdavdelning omvandlades till en vårdenhets med tydlig struktur. Moxnes fann att de ur personalen som varit trygga under den strukturlösa tiden nu blev otrygga, och tvärtom. Han fann också att det främst varit vårdarna som hade erbjudits möjligheter till personlig utveckling under den strukturlösa tiden. Patienterna blev däremot i stort sett lämnade ifred. Det öppna och ostrukturerade förhållningssättet, som man trodde var så positivt för patienterna, kom alltså först och främst vårdarna tillgodo. Mycket resurser lades ner på att bearbeta ångest, spänningar och inre konflikter i personalgruppen, patienterna släpptes ej in i gemenskapen, konstaterar Moxnes.

²⁶ Detta framkom emellertid inte i intervjuerna med vårdare. Anledningen till detta är svår att klargöra, men det kan tänkas att det handlar om sådant som inte är åtkomligt i en forskningsintervju, inte ens i sådana där re-enactment används. Såvitt jag vet finns det ännu inte några metoder för datainsamling med vars hjälp människor kan förmås att visa upp ofördelaktiga sidor av sig själva.

Även i en studie av Fransson (2000) framkommer en diskrepans mellan vad vårdare²⁷ säger och vad de faktiskt gör. En fråga som ställdes var varför så många vårdare föreföll att ha bättre fördragsamhet med rutinarbete och umgänge med varandra än med samvaro med patienterna. Några tänkbara förklaringar till detta kan, enligt Fransson, vara att det finns otillräckligt med tid och brister i organisationen. Dessutom verkade det finnas en rädsla för hur andra inom arbetsgruppen skulle reagera om en enskild vårdare försökte att förändra inriktningen på arbetet. Friberg (2001) ger i sin livsvärldsorienterade studie om pedagogiska möten på en medicinsk vårdavdelning exempel på hur möten mellan vårdare och patienter ofta innehåller pedagogiska möjligheter som inte alltid tas till vara på ett fruktbart sätt. Ibland förstår inte vårdaren att patienten faktiskt ställer en (indirekt) fråga. Patienten önskar sig en slags medspelare som är villig att delta i ett gemensamt sökande efter kunskap. Friberg fann stora skillnader gällande vårdarnas beredskap för att vara denna medspelare. De som stannade upp och lyssnade till sina patienter stimulerade dem till att formulera frågor. De som däremot omedelbart sökte svar i "kardex" avbröt mer eller mindre avsiktligt den öppna dialogen. I sådana fall riktades både patienternas och vårdarnas intresse mot nedskrivna uppgifter.

Vårdare reflekterar alltså inte alltid över sina patienters livsvärld. Orsakerna tycks stå att finna bl.a. i att de upprätthåller en alltför stor distans till patienterna. På så sätt kommer de inte heller att reflektera över de pedagogiska möjligheter som skulle kunna öppna sig om de hade varit lyhörda inför försiktiga och föräcktade frågor.

Smythe (2002) fann i sin studie om vardagsvård i vården, att vårdare kan vara helt omedvetna om det lidande de kan orsaka patienterna genom dåligt genomtänkta handlingar, som är sprungna ur ofreflekterade rutiner. Bristen på reflektion gör det förstås också svårt för vårdarna att få inflytande över rutinerna.

I en studie av vårdkulturen på en akutmottagning (Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003) som genomfördes inom ramen för en hermeneutisk forskningsansats, visade det sig att många vårdmöten karaktäriseras av vårdarens frånvaro även inom somatisk akutsjukvård. Framför allt gäller detta för möten mellan vårdare och lågprioriterade patienter vid den aktuella akutmottagningen. När vårdarnas och patienternas utsagor jämfördes med varandra framstod ett mönster som visade hur olika vårdare och patienter ser på liknande vårdssituationer. Där vårdarna tyckte att de arbetade effektivt erfor patienterna en känsla av att vården är fragmenterad. När vården struktureras kring i förväg uppgjorda handlingsplaner upplever patienterna att det är svårt att få individuella behov tillgodosedda. Men patienter försöker ofta att hitta ursäkter för de omvårdnadsbrister de är utsatta för när vårdare anser att de inte har tid för "det där lilla extra", enligt den refererade forskningens resultat.

Den sammanfattande tolkningen i studien om akutmottagningen (Nyström, Dahlberg & Carlsson, 2003), formulerades med hjälp av den andra empiriska delstudiens resultat (III) i föreliggande avhandling. Det visade sig nämligen att

²⁷ Franssons studie handlar enbart om kvinnliga vårdare. Emellertid stämmer hennes resultat väl med föreliggande forskning, där både manliga och kvinnliga vårdare ingår.

vårdarnas vilja att fly en vårdssituation inte var exklusiv för aggressivt laddade möten. De lågprioriterade patienterna på akutmottagningen berättade också om vårdare som undvek att möta deras blickar, och som verkade glömma bort dem i en till synes ändlös väntan på läkarundersökning.

Genom jämförelser med andra empiriska studier blir det alltså möjligt att föra ett mera generellt resonemang om närvaro och frånvaro i vårdarnas möten med enskilda patienter. Problematiken är dock alltför stor för att utvecklas vidare i denna avhandling, utan frågorna får istället mana till fortsatt forskning.

Rädslans betydelse för vårdandet

Mitt avhandlingsarbete har gjort det tydligt att det är just när vårdarna blir rädda som de blir som mest tvingande i sin hållning gentemot patienterna. Några informanter erinrade sig att deras tvingande hållning nog inte stod i relation till faran i det våldsamma mötet. Detta medförde i sin tur att de fick svårt att se på mötets innebörd ur patientens synvinkel. Det blir följaktligen också svårt att behålla engagemanget i vårdrelationen och patientens välbefinnande.

Det finns förstås situationer där vårdarens säkerhet måste prioriteras. Här kan arbetsledningens ansvar för att varken vårdare eller patienter kommer till skada inte nog betonas. Och trots alla säkerhetsåtgärder kan det förmodligen uppstå situationer där vårdaren inte har någon annan möjlighet än att fly.

Föreliggande forskning bekräftar att verkligheten är komplex, och att våldsamma situationer ofta kan lösas på flera olika sätt. Visserligen kan rädslan få en negativ betydelse för vårdandet, eftersom en rädd vårdare vanligtvis också är en osäker vårdare. En vårdare som känner sig osäker i det våldsamma mötet tenderar kanske att använda sin "makt" på ett sätt som inte gagnar möjligheterna för en positiv lösning. Men det har också blivit tydligt att en vårdare som bejakar sin rädsla kan låta den ge plats för andra och mera kreativa känslor. Resultaten av de empiriska delstudierna visar också att det tycks finnas en rädsla för att komma patienten nära, och en rädsla inför risken att bli avslöjad av patienten, att bli "avklädd". Vårdarna vill inte alltid visa upp sin "nakenhet". De skyr och flyr undan det våldsamma mötet samtidigt som de flyr undan det "nakna" vårdandet.

Det våldsamma mötet tycks alltså, mer än något annat i vården, hota den betydelsefulla relationen mellan vårdare och patient. Här står vårdaren inför den mycket svåra uppgiften att få till stånd ett möte som präglas av gemenskap, trots en smygande känsla av att situationen kan bli farlig. Är det då möjligt att förmedla en grundläggande välvilja och en positiv beröring under sådana omständigheter?

På den frågan vill jag svara ett bestämt ja! Det är just synliggörandet av denna möjlighet som utgör det viktigaste resultatet av detta avhandlingsarbete. Men vårdaren är inte ensam om detta ansvar. För att optimera möjligheterna för goda möten i vården, även under svåra och pressade förhållanden, är det följaktligen viktigt att reflektera över det stöd som vårdarna behöver från sjukvårdsorganisationen.

Att vårda vårdaren till en vårdande hållning

De insikter som nu föreligger om det våldsamma mötets fenomenologi aktualiserar frågan om vad en vårdare behöver för att kunna skapa goda möten även i hotfulla vårdsituationer? Vad är det t.ex. som ger yrkes stolthet och självförtroende i ett arbete där vårdaren förväntas ha fördragsamhet med kränkande tillmälen, kanske också med handgripligheter? Vad får en engagerad och omtänksam vårdare att stanna kvar i det patientnära arbetet trots upplevelser av att den egna säkerheten kan vara hotad?

Hellzén (2000) berör i sin avhandling ett område inom vårdandet som sällan diskuterats, nämligen vårdares utsatthet, och vad det innebär att vara vårdare för patienter med utagerande och provocerande beteenden. När vårdare känner att de misslyckas med att skapa och behålla meningsfulla relationer till svårt psykiskt sjuka patienter och när de känner att de inte behärskar situationen, kan de komma att uppleva vårdandet som meningslöst. De både skäms och upplever vanmakt i mötet med patienten, vilket gör att patienten utsätts för ett mer "sakorienterat" arbetssätt. När vårdaren ej längre ser patienten som ett subjekt försvinner möjligheten att uppnå en bekräftande relation. Det är här som de skall erbjudas stöd och handledning, menar Hellzén. Annars finns en risk för att de kan förlora kontrollen över sitt agerande i omvårdnadssituationer. I Olofsson (2000) studie avseende tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård beskrivs hur patienter uttrycker att de ej känner sig involverade i sin egen vård samt att de upplever vården som meningslös. Patienterna uttrycker maktlöshet och att de "bestraffas" oavsett vad de gör. Liksom i föreliggande forskning kommer Olofsson fram till att vad patienterna söker är närhet och uppmärksamhet från vårdarnas sida. Olofsson betonar den vårdande dialogens värde samt vikten av att tillföra ett relationsetiskt perspektiv där vårdare ges möjlighet att reflektera över "hur kan vi vara goda vårdare".

Enligt Nyström (2003b) kräver ett väl fungerande vårdarbete att vårdaren verkligen vill ägna sig åt detta arbete, alla svårigheter till trots. En kompetent vårdare är troligen en relativt trygg person, utan alltför stora egna problem. Om en sådan vårdare får regelbunden fortbildning och handledning, som utgår från en substansorienterad vårdvetenskap, kan möjligheterna att skapa meningsfulla vårdrelationer vara relativt goda, även under svåra omständigheter, menar Nyström. Ett väl fungerande lagarbete kan förmodligen också vara betydelsefullt för att vårdarna ska orka stanna kvar i vårdrelationer som präglas av aggressivitet.

Det är rimligt att utgå ifrån att det är mycket påfrestande att bli utsatt för verbal eller handgriplig aggressivitet från en patient. De vårdare som tillsammans ansvarar för fungerande vårdrelationer behöver alltså arbeta fram rutiner där de kan vara till stöd och hjälp för varandra.

Avsikten med föreliggande forskning har som bekant inte varit att söka förklaringar till varför våldsamma möten uppstår. Men i den sammanlagda analysen av både vårdares och patienters berättelser framkom att våldsamma möten kan genereras ur den frustration patienten känner när en vårdare ej förmår att etablera en närvarokänsla. Det verkar alltså som att våldet tar vid när villkoren för ett "naket" vårdande uteblir. Min ambition har inte heller varit att beskriva bra och dåliga vårdare utan positiva och negativa vårdmöten. Det går emellertid inte att

bortse ifrån det ansvar som varje enskild vårdare har. I föreliggande forskning beskrivs ett vårdande som ställer relativt höga krav på de professionella vårdarna. "Det förkroppsligade ögonblicket" vilar på en totalt fokuserad och helt koncentrerad vårdare, som inte har sina tankar på annat håll. Det " nakna " vårdandet kräver förmodligen en trygg och någorlunda känslomässigt stabil vårdare, som inte är rädd för att "överlämna" sig själv till patienten och den rådande situationen.

Hur ser då vårdarens möjligheter ut, inom dagens psykiatriska vård, att utveckla ett vårdande förhållningssätt? Hur kan den professionella vårdaren urskilja de etiska krav som är förbundna med ett vårdande arbete? Vad gör arbetsgivaren för att optimera vårdarens möjligheter att möta och tillgodose dessa krav? Här bör en uppmaning riktas mot den nivå i sjukvårdsorganisationen som ansvarar för den psykiatriska vården. Det är angeläget att fundera över vårdens förutsättningar, och i förlängningen vårdarnas möjligheter att prioritera utvecklingen av ett autonomt kompetensområde.

I sin studie av vårdkulturen på en akutmottagning fann Nyström (2003a) att vårdarna inte alltid får det stöd de behöver för att förändra vårdkulturen i en mera vårdande inriktning. Nyström menar också att negativa känslor gentemot patienter behöver bearbetas för att kunna hanteras. Dahlberg m.fl. (2002) intar en liknande ståndpunkt, och framhåller att vårdare kan hamna i vårdsituationer som ger dem negativa känslor. Detta varken kan eller bör döljas! Känslorna måste bearbetas så att det blir möjligt att reflektera över hur patienten ändå ska kunna erbjudas en god vård. Ett första steg är att erkänna att dessa komplicerade känslor finns, menar Dahlberg m.fl. (2003). Trygghet inom ett eget kunskapsområde gör det förmodligen lättare att vara professionell i den mening att egna negativa känslor kan problematiseras och kontrolleras till förmån för en professionellt vårdande hållning.

Kunskap om vårdande underhålls genom fortbildning och handledning. Dessvärre begränsas de fortbildningsinsatser som berör aggressivitet och våld ofta till kurser i självförsvar eller dylikt. Mitt avhandlingsarbete ger dock vid handen att den vårdare som kan hantera hotfulla situationer endast i undantagsfall behöver försvara sig i fysisk mening²⁸. Innan det har gått så långt finns det flera möjligheter att hjälpa patienten att hantera sitt lidande.

Hur kan då en sådan kunskap utvecklas och förmedlas till vårdverksamheten. En traditionell föreläsningsform är förmodligen både inadekvat och otillräcklig. Fortbildning i frågor som berör vårdarnas egen säkerhet och integritet aktualiserar istället ett behov av olika pedagogiska metoder. En slutsats av den metodologiska studien (II) var att det under en forskningsintervju är möjligt att få en bild av förkroppsligade minnen med hjälp av "re-enactment". Det visade sig att just det kroppsbundna, inte fullt reflekterade, minnet har stor betydelse för hur vårdarna hanterar situationer som känns hotfulla för dem. När de kan lita på sin kroppsbundna förmåga att stanna kvar i vårdmötet, kan de många gånger lösa den uppkomna situationen på ett sådant sätt att både det egna och patientens

²⁸ Med detta vill jag förstås inte förringa betydelsen av kurser i självförsvar eller andra åtgärder som kan öka tryggheten för såväl professionella vårdgivare som patienter.

självförtroende kan bibehållas. En viktig slutsats av denna delstudie var att reenactment gör det möjligt att beskriva och förstå skeenden som annars kan vara mycket svåra att ge uttryck för.

Inom pedagogiken finns en liknande teknik, dramapedagogik. Detta är en pedagogisk metod som bygger på gruppaktiviteter (Lepp, 1998). Kursdeltagarna kan med hjälp av t.ex. rollspel erinra sig en hotfull situation som de kanske försökt tränga bort ur minnet. Inom ramen för en trygg pedagogisk situation går det att bearbeta dessa känslor samt diskutera möjliga tillvägagångssätt för att lösa liknande situationer.

Förutom återkommande fortbildningsinsatser bör alla vårdare få omvårdnadsHandledning. En grupp av vårdare kan t.ex. träffa en omvårdnadsHandledare ett par gånger i månaden. Svårigheter och möjligheter i omvårdnadsarbetet behandlas med utgångspunkt i något som hänt inom verksamheten, och här är det möjligt att under lugna förhållanden försöka få en tydlig bild av vad som hänt om ett möte med en patient blivit våldsamt. OmvårdnadsHandledningen bör emellertid inte enbart utgå från problem. Ibland kan en gynnsam händelse ha utlösts av att man funnit en spontan utväg. I den första (I) och den andra (III) empiriska delstudien antydde att oväntade lösningar hade smugit sig in i arbetet utan att det finns någon teori som förklarar vad det var som fungerade bra. Ovanliga problemlösningar verkar gå hand i hand med svårigheter att klargöra hur man tänker och handlar. För att inte denna kroppsbundna kunskap ska gå förlorad är det viktigt att under handledning fundera över vad som har haft effekt.

Det är förstas också angeläget att vårdarna erbjuds en form av handledning som de själva uppfattar som meningsfull. Ekebergh (2001) tränger djupt in i denna fråga, när hon utgår från ett mer reflekterande vårdvetenskapligt förhållningssätt än vad som brukar vara fallet i de pragmatiska och nyttoorienterade studier som hittills har dominerat området. Ekebergh skisserar en modell för lärande som förenar livsvärldsansatsens kunskapsteori med vårdvetenskapens substans. I denna didaktiska idé betonas öppenheten inför den andre. Följaktligen stöder den också möjligheten för en medveten reflektion kring öppenhet och fördjupad förståelse. Ekebergh integrerar därmed en didaktisk hållning med en vårdande hållning. I den didaktiska reflektionen sker en ömsesidig anpassning av vårdvetenskaplig kunskap och livsvärld, vilket utgör en viktig förutsättning för integreringen av lärande och vårdande. Handledaren bör förstas ha både vårdvetenskaplig kompetens och utbildning i omvårdnadsHandledning. En vårdvetenskaplig grund i omvårdnadsarbetet är i själva verket en förutsättning för en vårdande hållning. Ett vårdvetenskapligt tänkande är alltså nödvändigt för att en vårdare på ett öppet och följsamt sätt ska kunna möta patienten i dennes livsvärld.

Till sist skulle jag också vilja tro att kunskap som gör det möjligt att undvika våld minskar risken för att vårdaren förlorar sin empati. Enligt t.ex. Bergum (1992) och Nyström (2003b) är det inte engagemang som bränner ut oss, utan snarare brist på engagemang. För att motverka apati och utbrändhet är det viktigt att vårdarbetet bygger på en kunskapsbas som optimerar möjligheterna för enskilda vårdare att medverka i kunskapsutvecklingen gällande vårdvetenskapliga frågor. Vid planering av vårdverksamhet är det också angeläget att vårdarnas

livsvärld, och den mer eller mindre implicit förekommande kunskap som finns i denna livsvärld, tillåts att bli både synlig och använd.

Avslutande reflektioner – behovet av vårdvetenskap

En vårdvetenskaplig grund i omvårdnadsarbetet och en för vårdare meningsfull reflekterande handledning tycks alltså vara en förutsättning för en vårdande hållning (Hellzen, 2000; Olofsson, 2000; Ekebergh, 2001; Nyström, 2003a, 2003b). Utan att det har varit min avsikt har den kunskap om och förståelse för vad som krävs av vårdande och vårdare i ett våldsamt möte som utvecklats i detta avhandlingsarbete kommit att bekräfta innebörden i den vårdvetenskapliga ansats som har sin utgångspunkt i ett etiskt patientperspektiv (Dahlberg m.fl., 2003). Ett etiskt patientperspektiv hjälper vårdaren att förstå patientens utsatthet och sårbarhet genom sin betoning av den existentiella skörheten. Det etiska patientperspektivet anger därmed en hållning och en värdegrund som kännetecknas av värdighet och integritet, som främst märks genom att patienten betraktas som den främsta experten på sig själv och sitt liv, sitt lidande och välbefinnande. Endast så går det att varsamt närma sig det som patienten försöker att förmedla. Ett etiskt medvetet patientperspektiv kan följaktligen medverka till att patienter känner förtroende för och i vården.

För att förstå hur patienten själv erfar det våldsamma mötet måste även livsvärlden som ansats bejakas, vilket innebär en betoning av patientens levda erfarenheter (Dahlberg m.fl., 2003). Livsvärldsperspektivet gör det dessutom möjligt för vårdaren att se, förstå och ta hänsyn till det som är gemensamt människor emellan, samtidigt som det unika kan tas tillvara.

En vårdare utsätts inte bara för hotfulla vårdsituationer utan också för flera etiska dilemman i sin täta kontakt med en enskild patient. Lützen (1997) talar om en ”moralisk reflektion” i sina studier av hur etiskt och moraliskt komplicerade beslut kan ta sig uttryck inom psykiatrisk omvårdnad. Enligt Lützen bygger en sådan reflektion på att individen är medveten om det unika och individuella i varje ny situation. Som en följd av detta är det angeläget att vårdaren på något vis kan sätta sig in i patientens situation.

Dessutom måste vårdare våga ta sitt ansvar och vid behov fungera som patientens röst, enligt Lützen (1997). Den minsta gemensamma nämnaren för en tillfredsställande lösning på ett etiskt dilemma, kanske med inslag av hot och våld, är tillit. Genom att ställa sig vid patientens sida kan vårdaren göra sig förtjänt av patientens tillit. Om vårdaren dessutom är medveten om att tilliten lätt kan gå förlorad kan vi nog tala om en hög grad av omvårdnadskompetens.

I detta avhandlingsarbete har jag försökt ge röst åt patienter som kan ha svårt att hantera sin aggressivitet, samt åt vårdare som möter dessa patienter. Min avsikt har varit att undvika en förenklad bild som t.ex. skiljer bra vårdare från dåliga vårdare. Min ambition har inte heller varit att fördjupa mig i orsakerna till att en del patienter ibland kan uppträda hotfullt och våldsamt. Valet att stanna vid en rent beskrivande forskningsansats innebär att jag har belyst det undersökta fe-

nomenet i kraft av sin egen inneboende mening. Fenomenet ”våldsamma möten så som de erfars av vårdare och patienter” har därmed inte gömts bakom teorier, tidigare forskning eller andra förklaringsmodeller. Med det hoppas jag att det ”nakna” vårdandets möjligheter har blivit synliggjorda, och att ytterligare ett litet steg har tagits i kunskapsutvecklingen om hur vi på ett bra sätt kan bemöta hot och våld i vården.

Referenser

- Arnetz, J. E. (1998). *Violence towards health care personnel: Prevalence, risk factors, prevention and relation to quality of care*. (Doktorsavhandling). Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences.
- Arnetz, J. (2001). *Våld i vårdarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Arnetz, J. E., Arnetz, B. B., & Pettersson, I-L. (1996). Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work & Stress*, 10(2), 119-127.
- Arnetz, E., & Arnetz, B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, 52, 417-427.
- Bengtsson, J. (1990). Det högsta praktiska goda och det etiska kravet. Några utvecklingslinjer i fenomenologisk etik. *Philosophia*, 19, 1-2, 75-106.
- Bengtsson, J. (1991). *Den fenomenologiska rörelsen i Sverige. Mottagande och inflytande 1900-1968*. Uddevalla: Daidalos.
- Bengtsson, J. (1993). Theory and practice: Two fundamental categories in the philosophy of teacher education. *Educational Review*, 3(45), 205-211.
- Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiska utflykter*. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J. (1999). (red.), *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar: Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Benktson, B-E. (1985). *Varat och tiden – Introduktion till Martin Heideggers tänkande*. Stockholm: Liber.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergum, V. (1992). *The dialectic approach to clinical judgements in nursing*. Paper presented at third International Invitational Pedagogy Conference. Victoria, Canada.
- Cutcliffe, J. R. (1999). Qualified nurses' lived experience of violence perpetrated by individuals suffering from enduring mental health problems: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 3, 105-116.
- Dahlberg, K. (1996). Intersubjective meeting in holistic caring: A Swedish perspective. *Nursing Science Quarterly*, 9(4), 147-151.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 1, 4-8.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, H., & Dahlberg, K. (2003). To not make definite what is indefinite: A phenomenological analysis of perception and its epistemological consequences in human science research. *The Humanistic Psychologist*, 31(4), 34-50.
- Dahlberg, K., & Halling, S. (2000). Human science research as the embodiment of openness: swimming upstream in a technological culture. *Journal of Phenomenological Psychology*, 32(1), 12-21.
- Dahlberg, K., Drew, N., & Nyström, M. (2001). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

- Diekelmann, N. (red.), (2003). *Teaching the practitioners of care: New pedagogies for the health professions*. University of Wisconsin-Madison, School of nursing: Interpretative studies in health care and the human sciences, Volume 2. University of Wisconsin Press.
- Drew, N. (1993). Reenactment interviewing: a methodology for phenomenological research. *Image. Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 345-351.
- Drew, N., & Dahlberg, K., (1995). Challenging a reductionistic paradigm for nursing research. *Journal of Holistic Nursing*, 13(4), 332-345.
- Ekblom, B. (1970). *Acts of violence by patients in mental hospitals*. (Doktorsavhandling). Uppsala: Almqvist & Wiksells AB.
- Ekebergh, M. (2001). *Tillägandet av vårdvetenskaplig kunskap. Reflektionens betydelse för lärandet*. (Doktorsavhandling). Åbo: Åbo Akademi University Press.
- Eriksson, K. (1987a). *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1987b). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1992). *Broar – introduktion till vårdvetenskaplig metod*. Åbo: Åbo Akademis kopieringscentral.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber, utbildning.
- Fransson, A. (2000). *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Lund: Arkiv förlag.
- Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Mot en vårdidaktik på livsvärldgrund*. (Doktorsavhandling). Göteborg: Acta Universitatis, Göteborgs Universitet.
- Gadamer, H-G. (1995/1960). *Truth and method*. New York: The Crossroad Publishing Corporation.
- Gates, D. M., Fitzwater, E., & Meyer, U. (1999). Violence against care providers in nursing homes - expected, tolerated and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(4), 12-22.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I A. Giorgi (red.), *Phenomenological and Psychological Research*. Pittsburg, PA: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260.
- Gray, R., & Thomas, B. (1998). Violent behavior and locked wards: A review of the effects on patients. *Mental Health Care*, 1(12), 410-411.
- Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care – Developing a theory*. (Doktorsavhandling). Linköping: University Press.
- Heidegger, M. (1998/1927). *Being and time*. Oxford: Blackwells.
- Hellzén, O. (2000). *The meaning of being a carer for people with mental illness and provoking actions: Carers' exposure in problematic care situations*. (Doktorsavhandling). Umeå: Umeå University.
- Honderlich, T. (red.), (1995). *The Oxford companion to philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Husserl, E. (1970/1900 a). *Logical investigations. Volym 1 prolegomena to pure logic. Expression and meaning. The ideal unity of the species*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Husserl, E. (1970/1936 b). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology. An introduction to phenomenological philosophy*. Evanston: North Western University Press.

- Husserl, E. (1973). *Experience and judgement*. Evanston: North Western University Press.
- Husserl, E. (1992/1977). *Cartesianska meditationer. En inledning till fenomenologin*. Uddevalla: Daidalos.
- Husserl, E. (1995/1907). *Fenomenologins idé*. Uddevalla: Daidalos.
- Jansen, G., Dassen, T., & Moorers, P. (1997). The perception of aggression. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 11, 51-55.
- Josefsson, I. (1990). Lära genom lidande. I G. Bergendahl (red.), *Praktikgrundad kunskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Järholm, B. (red.), (1996). *Arbetsliv och hälsa – en kartläggning*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Rådet för arbetslivsforskning.
- Kalogerakis, M. G. (1971). The assaultive psychiatric patient. *Psychiatric Quarterly*, 45(3), 372-281.
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. (Doktorsavhandling). Åbo: Åbo Akademi.
- Keely, B. (2002). Recognition and prevention of hospitals violence. *Dimension of Critical Care Nursing*, 21(6), 236-241.
- Kemp, P. (1992). *Lévinas. En introduktion*. Göteborg: Daidalos.
- Kirkevold, M. (1997). Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 977-984.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lanza, M.L. (1983). The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(1), 44-47.
- Larsson, S. (1993). Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk pedagogik*, 4, 194-211.
- Lepp, M. (1998). *Pedagogiskt drama med fokus på personlig utveckling och yrkesmässig växt. En studie inom sjuksköterske- och vårdlärarutbildningen*. (Doktorsavhandling). Malmö: Almqvist & Wiksell.
- Libscombe, J. A., & Love, C. C. (1992). Violence toward health care workers, *AAOHN Journal*, 40(5), 219-228.
- Lindström, U. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Liber.
- Lindström, U. (1995). *Ensamhetskänslan sviker inte - en kvalitativ studie rörande patienters upplevelser av vårdkultur och vårdrelation på psykiatriskt sjukhus*. Åbo: Institutionen för vårdvetenskap.
- Lützn, K. (1997). Ethical reflection in psychiatric nursing. I: J-K Hummelvoll & U. Lindström (red.), *Nordiske perspektiver på psykiatrisk sykeplei*. Lund: Studentlitteratur.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience – Human science for an action sensitivity pedagogy*. Ontario: the Althouse Press.
- Meleis, A. (1985). *Theoretical nursing, development and process*. Philadelphia: Lippincott Co.
- Menckel, E., & Wiitasara, E. (2000). *Utsatt för hot och våld i vård och omsorg – En undersökning bland kommunalt anställda*. Arbetslivsinstitutet. Helsingborg: AB Boktryck.
- Merleau-Ponty, M. (1983). *The structure of behavior*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1995/1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Moxnes, P. (1992). *Ångest och arbetsmiljö. Hur organisationen påverkar personalen. En fallbeskrivning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Nyström, M. (2003a). *Möten på en akutmottagning. Om effektivitetens vårdkultur*. Lund: Studentlitteratur.

- Nyström, M. (2003b). *Ett liv på egna villkor*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Nyström, M., Dalberg, K., & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit – a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *Nursing Studies*, 40, 761-769.
- O'Connell, B., Young, J., Brooks, J., Hutchings, J., & Loufthouse, J. (2000). Nurses perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 602-610.
- Olofsson, B. (2000). *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. (Doktorsavhandling). Umeå: Umeå University.
- Omerov, M. (1990). Personalens reaktioner efter våldsincidenter. *Socialmedicinsk tidskrift*, 7, 337-340.
- Palmstierna, T. (1992). *Aggressive behavior from institutionalized psychiatric patients. A methodological study with clinical applications*. (Doktorsavhandling). Department of Psychiatry. Stockholm: Karolinska Institutet
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. Pittsburgh: Wiley.
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam and Sons.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Moab, UT: Real People Press.
- Polanyi, M. (1974/1958). *Personal knowledge - Towards a post-critical philosophy*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Polanyi, M. (1983/1966). *The tacit dimension*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Polkinghorne, D. E. (1986). Conceptual validity in a nontheoretical human science. *Journal of Phenomenological Psychology*, 17(2).
- Rask, M. (2002). *Swedish forensic psychiatric nursing care: Nurses views of values, theories and practice*. (Doktorsavhandling). Department of Psychiatry, Malmö Lund University.
- Rees, C., & Lehane, M. (1996). Witnessing violence to staff: A study of nurses experiences. *Nursing Standard*, 11(13/14), 45-47.
- Rinnan, T., & Sylwan, U. (1992). *Varför händer inget när det händer – om våld och hot inom hemservice*. Rapport nr 11, Forsknings- och utvecklingsbyrån, Stockholms socialförvaltning.
- Rolf, B. (1995). *Profession, tradition och tyst kunskap*. Lund: Nya Doxa.
- Schneiden, V., & Marren-Bell, U. (1995). Violence in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 3, 74-78.
- Schön, D. (1995). *The reflective practitioner - How professionals think in action*. New York: Basic Books Inc. Publishers.
- Smaling, A. (1995). Open-mindedness, open-heartedness and dialogical openness: The dialectics of openings and closures. I I. Maso, P.A., Atkinson, S., Delamont, S., & Verhoeven, J.C. *Openness in research: the tension between self and others*. Assen: Van Gorcum.
- Smythe, E. (2002). The violence of the everyday in healthcare. I N. Diekelmann (red.), *Do No Harm: Power, Oppression and Violence in Healthcare*. University of Wisconsin-Madison, School of nursing: Interpretive studies in health care and the human sciences, Volume 1. University of Wisconsin Press
- Snellman, I. (2001). *Den mänskliga professionaliteten. En filosofisk undersökning av det autentiska mötets betydelse för patientens välbefinnande*. (Doktorsavhandling). Uppsala: Uppsala Universitet.
- Travelbee, J. (1971). *International aspects of nursing*. Philadelphia: E.A: Davis Company.
- Wiitasara, E. (2000). Skilda fokus i forskningen. I E. Menckel (red.), *Hot och våld i vård och omsorg. Fakta, forskning och förebyggande arbete*. Helsingborg: AB Boktryck.

- Viitasara, E., & Menckel, E. (2000). En enkätstudie om utsatta yrkesgrupper. I E. Menckel (red.), *Hot och våld i vård och omsorg. Fakta, forskning och förebyggande arbete*. Helsingborg: AB Boktryck.
- Viitasara, E., Menckel, E., & Carter, N. (1997). *Att dagligen möta hot och våld. Utveckling av metoder för kartläggning och analys av hot och våld i arbetet med vuxna utvecklingsstörda*. Arbetslivsinstitutet, Arbetslivsrapport 7.
- Whitley, G. G., Jacobsen, G. A., & Gwarys, M. T. (1996). The impact of violence in the health care setting upon nursing education. *Journal of Nursing Education*, 35(5), 211-218.
- Whittington, R. (1994). Violence in psychiatric hospitals. I T Wykes. (red.), *Violence and health care professionals*. London: Chapman and Hall.
- Whittington, R. (1997). Violence to nurses: Prevalence and risk factors. *Nursing Standard*, 22(12), 49-54.
- Whittington, R., Shuttleworth, S., & Hill, L. (1996). Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 326-333.
- Wykes, T. (red.), (1994). *Violence and health care professionals*. London: Chapman and Hall.
- Wykes, T., & Whittington, R. (1994). Reactions to violence. I T Wykes (red.), *Violence and health care professionals*. London: Chapman and Hall.
- Wykes, T., & Whittington, R. (1994). Reactions to violence. I: T. Wykes (red.), *Violence and health care professionals*. London: Chapman and Hall.
- Åkerström, M. (1991). *Vården möter våldet. Vården mot våld. Resultatet av en intervjustudie*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Åkerström, M. (1993). *Våld och hot i sjukvårdsarbeten – dokumentationen av en rikspresentativ intervjustudie*. Rapport nr 3. Sociologiska institutionen, kriminalvetenskapligt nätverk, Lund: Lunds Universitet
- Öhlen, J. (2000). *Att vara i en fristad. Berättelse om lindrat lidande inom palliativ vård*. (Doktorsavhandling). Göteborg: Göteborgs Universitet.

Bilaga 1a

Positivt våldsamt möte såsom vårdare erfar det

Göran arbetade på en psykiatrisk mottagning och gick för att möta polisen som inkom med en hotfull man i handfängsel. Göran hade aldrig tidigare träffat mannen och han gick fram för att hälsa på honom, och började försiktigt att prata med honom. Patienten var arg och ville bli släppt ur handfängslet. Göran började med att förklara för patienten att det var viktigt att han försökte lugna sig, och försäkrade patienten om att inget farligt skulle hända honom. Efter en kort stund lovade patienten att han skulle dämpa sig bara han blev av med handfängslet. Göran såg på patienten att han lyssnade och bestämde sig för att lita på det han sa. Göran bad poliserna ta bort handfängslet.

Patienten var fortfarande mycket uppjagad och brusade lätt upp. Han talade med hög röst och ville komma ut därifrån. Poliserna hade nu lämnat rummet och Göran var ensam kvar med patienten som hetsade upp sig alltmer. Göran försökte nu att närma sig patienten genom att erbjuda honom något att äta och dricka. Patienten tackade ja till lite kaffe och en macka. Göran kallade på personal som ordnar med fika. Patienten hade skärsår över hela kroppen och Göran bad att få se på såren. Patienten ville inte alls detta till en början men efter kort övertalning så gick patienten med på att Göran får tvätta och lägga om såren. När Göran fick börja att ta i patienten så kändes hela tillvaron lugnare, patienten lugnade sig betydligt och när han sen fick lite kaffe och smörgås så kunde Göran och patienten lugnt börja tala om allt som hade hänt.

Positivt våldsamt möte såsom en patient erfar det

Thomas bodde i ett gruppboende vilket han gjort under flera år och en natt så vaknade han och kunde inte somna om. Thomas kände sig orolig och mådde dåligt, han önskade att få medicin som hjälp mot sin oro. Thomas sökte upp nattpersonalen och bad om medicin. Personalen som fanns på plats kunde ej ge någon medicin, de måste i så fall kalla på sjuksköterskan. Detta kunde Thomas inte alls förstå, utan krävde att få sin behovsmedicin genast. Thomas blev alltmer uppjagad och såg ingen annan väg ut ur sin oro än att få medicin. Personalen erbjöd sig att sitta ner och prata en stund. Thomas skrek till personalen att han ville inte prata, han ville ha sin medicin. Han blev mer och mer arg, och gick fram till dörren som han visste ledde in till medicinskåpet. Dörren var låst och han började att sparka på den. Thomas sparkade till rejält på dörren och fick in två träffar som gjorde att dörren gick sönder och vägen var nu fri fram till medicinskåpet.

Den ene av personalen gick raskt fram till Thomas tog tag i honom och sa till honom att han måste sluta och att han måste lugna sig. Samtidigt som han talade lugnt till Thomas så höll han honom fast upptryckt mot en vägg. Thomas som fortfarande var arg vände nu sitt ansikte mot en vårdare som var en man i hans egen ålder, han hette Klas. När Thomas såg in i Klas ansikte så såg han att Klas tyckte om honom. Thomas såg in i ett vänligt ansikte som utstrålade trygghet och säkerhet. Klas var helt lugn och talade till Thomas med en stillsam och avspänd röst. Klas bad Thomas att behärska sig och att han skulle anstränga sig för att andas lugnt. Sakta började nu Klas att släppa greppet om Thomas, han höll fortfarande kvar armen om honom, men inte längre i ett fast grepp. Thomas, som egentligen inte alls ville vara arg och i slagsmål med personalen, lugnade sig.

De satte sig ner på bänken utanför den söndersparkade dörren, Klas höll fortfarande armen om Thomas samtidigt som han förklarade att en sjuksköterska var på väg och att de kunde sitta ner och talas vid tills hon kom. Thomas kände sig mycket ledsen, han ville ju inte alls ha sparkat sönder dörren och han såg när han tittade på Klas att han var inte arg, Thomas såg att Klas förstod.

Bilaga 1c

Ett negativt våldsamt möte såsom vårdare erfar det

Lena arbetade natt på ett gruppboende och skulle för första gången träffa Kalle som nyss hade flyttat in i detta boende. Lena hade fått rapport om att Kalle ibland var aggressiv och kastar saker omkring sig. Lenas arbetsuppgift var att hjälpa Kalle att gå på toaletten, samt att hjälpa honom att klä av sig för att lägga sig. Lena gjorde så som hon brukade göra när hon träffade en ny boende, knackade, gick in och presenterade sig. Lena räckte fram sin hand för att hälsa och här upptäckte Lena att Kalle såg arg och sammanbiten ut. Han hälsade knappt och sträckte inte fram sin hand till Lena, som tog tag i hans hand och skakade till så som man gör när man hälsar. Kalle muttrade något ohörbart. När Lena började prata med Kalle gick han iväg i till det andra rummet.

Nu började Lena känna sig lite osäker och visste inte riktigt hur hon skulle agera. Kalle stapplade till lite och nu upptäckte Lena att han var lite ostadig på benen. Hon tog tag i Kalles arm för att stödja honom, men Kalle ryckte åt sig sin arm, och visade att han inte ville att hon skulle ta i honom. Kalle gick fram till sin fåtölj och ställde sig bredvid den, med Lena tätt efter. Lena började att småprata lite, hon brukade kalla det för att ”kallprata” och frågade om Kalle ville gå och lägga sig och om hon skulle hjälpa honom. ”Nej, det behöver du inte”, sa Kalle.

Nu visste ju Lena att om hon inte hjälpte honom så skulle han ju lägga sig med kläderna på så hon försökte igen. Lena sa att hon ”gick på i ullstrumporna, det var ju mitt jobb”. Lena ansåg att hon måste få honom i säng för annars hade hon ju inte utfört sitt jobb och då kunde andra klaga på henne. Lena gick nu raskt fram till Kalle tog honom i armen och sa: ”kom så ska jag hjälpa dig”. Lena försökte att dra med sig Kalle, men han drog tillbaka sin arm och såg ännu mer sammanbiten ut. ”Nej” sa Kalle, ”det behöver du inte”. Lena var enveten och ville ju få honom att gå och lägga sig. Nu blev Kalle mer arg och skarpare på rösten, det blixtrade till i hans ögon och Lena som var väldigt nära Kalle såg att han såg ilsken ut. Nu började Lena tveka, hon blev mer rädd, tog ett steg tillbaka släppte Kalles arm varvid han tog ett steg fram samtidigt som han tog ljusstaken från bordet och kastade mot henne. ”Försvinn” ropade han, och Lena sprang ut.

Bilaga 1d

Negativt våldsamt möte såsom en patient erfar det

Tyra var inlagd på en psykiatrisk avdelning. Hon vaknade mitt i natten och kände sig orolig. Hon låg kvar en stund i sin säng, men blev alltmer rastlös och steg upp ur sängen för att söka personalen. Hon önskade få någon att prata med. Tyra gick ut i den tomma korridoren och stannade utanför personalrummet där flera personal satt. Hon knackade på och undrade om någon kunde komma ut och prata med henne. Personalen svarade inifrån rummet att hon skulle gå och lägga sig. Tyra ville verkligen få någon att prata med så hon höjde rösten och bad igen om att få prata. När ingen av personalen reste sig för att möta henne så höjde hon rösten ännu mer, och skrek ”kan någon komma och prata med mig, jag behöver få prata!” Då reste personalen på sig, alla tre samtidigt och gick ut i korridoren. Tyra som började bli desperat tog tag i en vas som stod på ett litet bord. Hon höjde vassen upp i luften och tänkte slänga iväg den i golvet. Då kastade sig personalen över henne, brottade ner henne på golvet, larmade och inväntade fler personal. Tyra gjorde inget motstånd utan låg stilla på golvet och sa: ”va onödigt, hade ni kommit ut och pratat med mig så hade det här aldrig hänt”. Det var ingen som svarade Tyra utan de lade henne i bälte.