

Dialogism en livsåskådning

En etnografisk studie om professionella samtal inom psykiatrin

Katarina Linglander

Specialpedagogiska institutionen/Department of Specialeducation

Examensarbete 30 hp

Specialpedagogik

Masterprogram i specialpedagogik 120 hp

Vårterminen 2016

Handledare/Supervisor: Bozena Hautaniemi

English title: Dialogism a philosophy of life – An ethnographic study
about professional conversation in psychiatry



Stockholms
universitet

Dialogism en livsåskådning

En etnografisk studie om professionella samtal inom psykiatrin

Katarina Linglander

Sammanfattning

Syftet med studien var att studera hur ett samtal om gemensamt beslutsfattande går till när en patient, Case manager och professionella träffas enskilt eller i resursgrupp och samtalar med varandra om vårdplanen. Det var en etnografisk studie där samtal inom en psykiatrisk verksamhet representerade det fält som studerats genom metoden deltagande observation. Resultatet visade att plats, form, tid, tempo, och rytm hade betydelse för samtalets kvalitet liksom att det fanns en ansvarsfördelning i samtalet som bland annat karaktäriserades av att bli bemött med förståelse för en livssituation som innebar ett lidande. Andra faktorer som påverkade kvalitén var hur de professionella ställde frågor, inväntade svar och avslutade samtalet. Men även vad som händer när samtalet brister och att inte kunna berätta och fråga under samtalet. Det fanns dock situationer där personen kunde berätta och uttrycka sig i samtalet och med stöd av samtalsmatta kunde uttrycka egna åsikter, önskingar och behov.

Abstract

The purpose of the study was to establish how a collective decision can be made when the individual and the case manager meet with the technical experts, either by themselves or as part of a wider focus group, to discuss the treatment plan. It was an ethnographic study conducted by observing psychiatric conversations. The findings of the study confirmed that the location, format of the meeting and the pace at which the meeting was conducted, directly influenced the quality of the discussion. It was also important for the participants to be sympathetic towards the individual's personal situation and understand the difficulties faced by the individual on a daily basis. The questioning technique used by the technical experts and how the discussion was concluded, was also important. Also, what happens when the conversation goes off track and when the individual is unable to give information and ask questions. There were examples of situations where the individuals could express themselves constructively, using the talking mat, and could give their view and confirm needs and desires. In order to make their voices heard, they need to be clear what they want and must be able to argue their case.

Nyckelord/Keywords

Nyckelord: Samtal, samtalsmatta, psykiatri, professionella möten, etnografi

Keywords: Conversation, talking mats, psychiatry, professional meetings, ethnography

Innehållsförteckning

Studiens utgångspunkt.....	1
Bakgrund och tidigare forskning.....	3
Patientens möjlighet till en god hälsa, vård och behandling	3
Nationella riktlinjer.....	5
ACT modellen, case management och Integrerad Psykiatri	5
Delaktighet inom hälso- och sjukvård.....	6
En individuell vårdplan	6
Dialogism och dialogisk teori	7
Det kommunikativa spelet	8
Vardagliga och institutionella samtal.....	10
Delat beslutsfattande SDM i psykiatri	12
Modell för relationell kommunikation i ett vårdande samtal	13
Alternativ- och kompletterande kommunikation - AKK.....	14
Förmågan att uttrycka sin åsikt med stöd av samtalsmatta	14
Forskning om samtalsmatta	16
Syfte	18
Syfte	18
Frågeställningar.....	18
Metod.....	19
Kvalitativ forskning och etnografisk ansats.....	19
Beskrivning av fältet.....	20
Beskrivning av undersökningsgruppen	21
Insamling av material	22
Genomförande av undersökningen.....	23
Analys och tolkning.....	25
Etiska överväganden och reflektioner	26
Ett specialpedagogiskt perspektiv.....	27
Resultat	28
Samtalets logistik och dynamik	28
Platsen för samtalet.....	28
Formen för samtalet.....	30
Tid, tempo och rytm.....	32

Ansvarsfördelning i samtalet.....	34
Att ställa frågor och invänta svar.....	34
Avsluta samtalet	37
Att ha förståelse för den andre	38
Berätta min historia med ord och bild.....	40
När samtalet brister.....	40
Att inte kunna berätta och fråga	42
Att berätta med stöd av samtalsmatta	43
Diskussion.....	47
Tolkning och reflektion av studiens resultat	48
Forskning i framtiden	52
Referenser	53

Studiens utgångspunkt

I programmet Integrerad Psykiatri har en person med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning en Case manager. Det är en professionell person som oftast är anställd inom hälso och sjukvården (Malm, 2002). Case managerns roll är att fungera som ett stöd för att organisera, planera och samordna olika resurser. Det gemensamma arbetet med Integrerad Psykiatri ska leda fram till att parterna tillsammans bildar ett nätverk med deltagare, en resursgrupp, som består av deltagare som personen väljer att ha med. När arbetet med Integrerad Psykiatri väl kommit till stånd och påbörjats är syftet att resursgruppen ska vara ett forum för delat beslutsfattande och samverkan om god behandling där vårdplanen är i fokus. Vårdplanen beskriver planerade insatser inom vård, behandling och social omsorg utifrån personens individuella målsättning.

I yrkesrollen som specialpedagog och Case manager har jag tillägnat mig en förförståelse och kunskap om fältet. Min upplevelse är att Integrerad Psykiatri innebär att möta närstående och människor med en svår eller allvarlig psykisk sjukdom och funktionsnedsättning som på grund av olika anledningar inte alltid vill träffa professionella inom psykiatrin. Personer som utifrån samhällets perspektiv och den lagstiftning som finns är tvingade att ha en så kallad öppenvårdskontakt, det vill säga en ansvarig läkare och en Case manager. Att vara tvingad innebär att en person får vård mot sin vilja enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård LPT (SFS 1991:1128) eller lag om rättspsykiatrisk vård LRV (SFS 1991:1129). Vården ges på en sjukvårdsinrättning som benämns slutenvård. Vårdformen kan också ges på en mottagning som benämns öppenvårdsmottagning. Det betyder att personen kommer till mottagningen eller får besök i hemmet av professionella som arbetar inom den psykiatriska öppenvården. Min erfarenhet är att det finns olika perspektiv på hur kontakten upplevs fungera i mötet mellan den enskilde och psykiatrin. Den enskilde kan ha ett perspektiv där kontakten med öppenvården upplevs som ett stöd eller tvång medan samhället, som erbjuder vård och behandling frivilligt eller med tvång, kan ha ett annat perspektiv på kontakten. Några personer har efter en bedömning av läkare fått vård med tvång det vill säga inläggning på en slutenvårdsavdelning på grund av ett akut försämrat hälsotillstånd i sin psykosjukdom (Burns, 2005). Andra personer har inte blivit erbjudna hjälp från samhället i form av adekvat vård, behandling eller bistånd, trots ett omfattande behov av stöd och hjälp. Det finns också personer som har blivit erbjudna hjälp med stöd av programmet Integrerad Psykiatri och case management och det är de personerna och deras Case manager som den här studien handlar om.

Att det kan vara svårt att få sin röst hörd som patientrepresentant för en intresseorganisation i en grupp är något som Registercentrum Västra Götaland (2015) uppmärksammat. De ger på sin hemsida exempel på hur ett samtal kan upplevas för en person som är patientrepresentant i mötet med de professionella inom psykiatri och Sjöstedt (2015) skriver:

Tänk dig att du har en psykiatrisk diagnos och sitter i ett möte med 15 professorer och överläkare. De är mötesvana, ganska tuffa och känner varandra väl sedan många år. De har ett helt annat språk än du. Kanske hjälper det inte att de är välvilligt inställda till dig. Du har ändå svårt att göra din röst hörd. (s. 10-11)

Att det i ett samtal med flera deltagare finns en skillnad i dominans mellan deltagarna är något som jag upplever är vanligt inom så kallade människovårdande organisationer, men även i vardagliga samtal mellan människor. Det är därför viktigt att reflektera över hur vi förhåller oss till samtalet så att vi blir lyhörda för och kan ta till oss den andres perspektiv. Enligt Bachtin (1986) är detta en förutsättning för att vi ska kunna förstå oss själva. Dialogism och dialogisk teori tar fram det som är centralt i samtal mellan människor som är ömsesidigt beroende av varandra och kan därför ses som en viktig del av en livsåskådning. Jag anser att en livsåskådning är föreställningen om hur människor bör förhålla sig till varandra, hur man ser på livet, hur man värderar det och vad man anser är rätt och fel.

Det som särskilt har väckt mitt intresse är samtal och möten mellan människor inom psykiatri och den här studien har därför ett kommunikationsteoretiskt och vårdvetenskapligt perspektiv. Det är en etnografisk studie där jag tillägnar mig kunskap om fältet genom möjligheten att både få delta och observera andra människors liv och handlande. Samtal mellan patient, Case manager och resursgruppen, representerar det fält som studeras genom metoden deltagande observation. Genom det unika tillfälle till förstahandserfarenheter har jag fått möjlighet att jämföra det som sagts med vad som görs. Studien har sex kapitel där det sista kapitlet innehåller en diskussion med slutsatser.

Bakgrund och tidigare forskning

Denna studie handlar om samtal mellan olika aktörer inom en psykiatrisk verksamhet. I bakgrunden som utgör studiens teoretiska del, beskrivs olika forskningsinsatser inom området. Inledningsvis ges i kapitlet en övergripande redogörelse av patientens möjlighet till en god hälsa, vård och behandling samt gällande nationella riktlinjer, ACT modellen, case management och Integrerad Psykiatri. Därefter behandlas delaktighet inom hälso- och sjukvård och en individuell vårdplan. I nästkommande avsnitt presenteras dialogism och dialogisk teori som lyfter fram det centrala i dialogen, det kommunikativa spelet, samt skillnaden mellan vardagliga och så kallade institutionella samtal. Den språkliga differentieringens roll i arbetet med människor och kommunikativ kompetens lyfts också fram. Men även vad ett delat beslutsfattande inom psykiatri eller så kallat shared decision making, SDM, innebär för parterna i ett samtal. Därefter behandlas en modell för relationell kommunikation och en teori för det vårdande samtalet som lyfter fram att det krävs kommunikation för att förstå en persons lidande. Avslutningsvis ges en beskrivning av alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, samt en beskrivning av användningen av samtalsmatta och forskning rörande denna.

Patientens möjlighet till en god hälsa, vård och behandling

I Sverige har hälsan förbättrats och det är enligt Folkhälsoinstitutet (2014) en positiv utveckling av folkhälsan. Personer över 65 år har i jämförelse med yngre personer en bättre hälsoutveckling. Personer som har en kort utbildning har mer psykisk ohälsa och ett sämre hälsotillstånd i form av en stillasittande fritid, fetma, rökning och alkohol. Det finns således ett tydligt samband mellan god hälsa och utbildningsnivå enligt Folkhälsoinstitutets senaste rapport från 2016. En låg position i samhället innebär också en risk för ökad ohälsa. Sammanfattningsvis kan sägas att en god folkhälsa innebär god livskvalité, hög medellivslängd, låg sjuklighet och en jämlik hälsa för hela befolkningen i samhället (Folkhälsoinstitutet, 2014; 2016). Även om folkhälsan är hög är det ingen självklarhet att man kan få rätt vård, omsorg och behandling. Ett exempel är sjukdomen schizofreni som är en form av psykossjukdom som omfattar drygt 21 miljoner människor i världen. Världshälsoorganisationen (WHO, 2016) gör bedömningen att knappt 50 % med sjukdomen schizofreni får rätt vård. Schizofreni är en “severe mental disorder, characterized by profound disruptions in thinking, affecting language, perception, and the sense of self” (WHO, 2016).

Efter en psykosjukdom är det vanligt med olika kvarstående funktionsnedsättningar som till exempel initiativlöshet och apati, överkänslighet och psykisk sårbarhet, oförmåga att uthärda ensamhet och enformighet, ritualism, kvarstående symtom samt oförmåga att generalisera tillämpbara kunskaper (Lundin & Ohlsson, 2010). Att ha kognitiva störningar av tankeförmågan eller de så kallade exekutiva funktionerna innebär enligt Lundin och Olsson (2010) en oförmåga ”att bearbeta och/eller planera händelser och intryck” (s.61). Ett stöd kan vara att använda specialpedagogiska kunskaper och ha vardagliga rutiner och arbeta strukturerat genom att göra dagen förutsägbar.

Sjukdomen schizofreni är behandlingsbar genom mediciner, psykosociala insatser och stöd (Socialstyrelsen, 2012a; WHO, 2016). De flesta personer i världen saknar och får ingen behandling och vård och av de personer som är obehandlade bor 90 % i länder med låg- och medelinkomster. Personer med schizofreni har en ökad risk att dö förtid i jämförelse med befolkningen i övrigt på grund av olika fysiska sjukdomar såsom kardiovaskulära-, metabola- och infektionssjukdomar (WHO, 2016). I Sverige innebär det i genomsnitt 20 år kortare livslängd än andra människor i samhället (SBU, 2012:213). Personer med schizofreni söker inte heller hälso- och sjukvård i samma utsträckning som andra människor gör (WHO, 2016). I en svensk doktorsavhandling av Brain (2015) lyfts fram att det är också vanligt att personer med schizofreni utsätts för stigmatisering på grund av sjukdomen vilket enligt WHO (2016) medför en diskriminering och kränkningar av de mänskliga rättigheterna. Det innebär enligt WHO (2016) en begränsad tillgång till bostad, utbildning, arbete samt hälso- och sjukvård.

I en doktorsavhandling av Wärdig (2015) studerades metabola riskfaktorer och hälsofrämjande insatser genom en livsstilsintervention för personer med en psykosjukdom i Sverige. Metabola riskfaktorer är ett samlingsnamn för hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Resultatet visar att hälften av deltagarna uppfyllde kriterier för metabolt syndrom och livsstilsinterventionen påverkade inte de metaboliska faktorerna. Deltagarna hade en önskan om att delta i samhället och leva som andra människor men deltagarna fastnade i ett tillstånd av planering istället för att genomföra åtgärder för att uppnå en hälsosam livsstil. En slutsats var att en förutsättning för en sundare livsstil är att deltagarna får stöd av personal inom hälso- och sjukvård att hitta och kunna göra aktiviteter som andra människor i samhället gör. Stödet ska även inriktas på övergången från tanke till handling där utmaningen är att hitta en nivå där deltagarens kapacitet varken under- eller överskattas.

Nationella riktlinjer

Socialtjänst (2015:85) och hälso- och sjukvård behöver ha kunskap om vilka insatser som ska erbjudas olika grupper av människor och hur resursfördelningen ska se ut (Socialstyrelsen, 2011b). Därför har Socialstyrelsen (2011b) utarbetat Nationella riktlinjer som ska vara ett stöd för beslut om resurser på gruppnivå. Riktlinjer för personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är rekommendationer på behandlingar och metoder som är evidensbaserade. Insatserna är avgränsade till psykosociala insatser och antipsykotisk medicin. Syftet är att minska symtom och öka livskvalité. Det övergripande målet med de nationella riktlinjerna är att de ska bidra till en god och jämlik vård i landet. De nationella riktlinjerna betonar att kommunikation och information är betydelsefulla och att de ger förutsättningar för att en person ska kunna vara delaktig. Det är också en hjälp att anhöriga får information. Socialstyrelsen (2011b) hävdar att för personer med schizofreni kan symtom och kognitiva funktionsnedsättningar vara ett hinder att uttrycka sin vilja och för att få en fungerande samvaro med andra människor. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är tydliga med att det i samtalet behövs en individuellt anpassad information till personer med schizofreni. Det innebär att det idag ställs stora krav på omgivningen att skaffa den information och kompetens som behövs för att kunna samtala på ett sätt som är anpassat utifrån personen och omgivningens behov.

ACT modellen, case management och Integrerad Psykiatri

Assertive Community Treatment som i Sverige benämns som ACT-modellen erbjuder samordnade insatser med familjeinterventioner och social färdighetsträning (Socialstyrelsen, 2011b; Malm, 2002). Ett team som arbetar utifrån ACT-modellen har en tvärprofessionell kompetens och kan erbjuda samhällsbaserad uppsökande behandling och omvårdnad i personens vardagsmiljö. ACT-modellen och de samordnade åtgärderna är en av rekommendationerna från Socialstyrelsen (2011b) för personer som är nyinsjuknande i en psykossjukdom. Behandlaren i teamet har en funktion som samordnare och teamet ska vara tillgängligt dygnet runt. ACT-modellen kallas också för intensiv case management med fokus på rehabiliterande åtgärder det vill säga att i det här fallet undvika slutenvård och hemlöshet. Det finns även en beredskap för återfall i missbruk och annan sjukdom. En annan modell innehåller mindre intensiv case management där fokus är på personens förmågor och färdigheter (Socialstyrelsen, 2011b). Integrerad psykiatri är enligt Malm (2002) ett behandlingsprogram för personer med psykossjukdom som utgår ifrån ett evidensbaserat arbetssätt. Case management innebär en samordningsfunktion och att tillsammans med personen göra en kartläggning där möjligheter och hinder belyses och lyfts fram med

vårdplanen i fokus. Utifrån resultatet av kartläggningen bildas en resursgrupp som består av deltagare som personen väljer att ha med. I resursgruppen tas gemensamma beslut där deltagarna tilldelas olika arbetsuppgifter som följs upp regelbundet.

Delaktighet inom hälso- och sjukvård

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) presenterade 2012 ett uppdrag från regeringen. Uppdraget innebar bland annat att studera hur patienter med AST, ADHD och schizofreni uppfattar den vård och behandling de får och möjligheten till delaktighet. Delaktighet innebär i sammanhanget en medverkan i beslutsprocesser gällande personens hälsa. SBU menar att begreppet delaktighet är beroende av sammanhanget. Delaktighet kan bestå av att lyssna, att acceptera utan att ha egna synpunkter eller ha ett aktivt inflytande. SBU (2012:213) lyfter också fram vad patientens röst innebär: ”att patientens egna åsikter och uppfattningar om vård och behandling får komma till uttryck. Det innebär inte bara verbala synpunkter utan även inställningar och attityder ur patientens perspektiv” (s. 431). Resultatet visar att det för personer med schizofreni är värdefullt att ta tillvara närstående och personens egna åsikter, en god kontakt och respekt i kontakt mellan parterna när vården planeras. SBU konstaterar att det finns betydande kunskapsluckor vad gäller patientens egen roll som rådgivare i till exempelvis nätverk. Det bör därför utvecklas och utvärderas metoder som tar tillvara patientens röst.

En individuell vårdplan

När en person i samhället blir sjuk kan personen vända sig till hälso- och sjukvården för att få behandling och vård. Att också ha en individuell vårdplan anger hur behandlingen ska utformas. Vilket ansvar har hälso- och sjukvården för att kunna ge rätt insats, vård och behandling? Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2015:311) som benämns HSL kom 1982 och betonade att insatserna ska i så stor utsträckning som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde. De professionella skulle lyssna på patienten som skulle vara och bli delaktig i sin egen vård och behandling (SFS 2015:311). Den 1 januari 2011 kom en ny lag som också påverkade arbetet inom hälso- och sjukvården, patientsäkerhetslagen (2010:659), som angav allmänna skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Det innebär precis som tidigare att hälso- och sjukvården har krav på hur vården ska utformas och att arbetet ska i den mån det går utformas och genomföras tillsammans med patienten. Det som har tillkommit är att de professionella ska visa omtanke och respekt. Socialstyrelsen (2011a) förtydligar att det innebär den professionella ska informera och att den enskilde ska vara delaktig. Ett sätt att visa respekt är att den enskilde

ska kommunicera på sina villkor och på så vis bli delaktig i sin egen vård. Det ställs därför idag större krav än tidigare på organisationen och den professionella att skaffa den information och den kompetens som behövs för att kunna samtala med patienten.

Hur behandlingen ska utformas fastställs i en så kallad vårdplan som i den mån det går bör utformas tillsammans med personen, Case manager och läkare. Den bör innehålla personens egna övergripande mål och delmål samt beskriva vad de olika deltagarna i resursgruppen ska göra för att hjälpa och stötta personen att kunna uppnå sina egna mål. Att tillsammans göra och ha en aktuell vårdplan är en process som består av att kunna formulera, fastställa, genomföra samt följa upp och utvärdera planen. För att kunna följa processen i vårdplanen förutsätts att parterna kan samtala med varandra. Foldermo (2014) betonar betydelsen av att arbetet ska utgå från målen i vårdplanen som formuleras tillsammans med patienten. Det innebär att hjälpa ”personen att i ord uttrycka och definiera sina mål” (s. 307). Personen själv bestämmer innehållet i vårdplanen genom att bestämma åtgärderna för att nå målen.

Dialogism och dialogisk teori

I avsnittet presenteras dialogism och dialogisk teori som lyfter fram det centrala i dialogen. Att människor i ett möte har en dialog med varandra har skildrats i romaner och litterära verk. Författaren Dostojevskijs roman *Bröderna Karamazov* (1970) är ett exempel. Dostojevskij är författare till den så kallade polyfona romanen som under 1920-talet kom att uppmärksammas av Bachtin. Den polyfona romanen menar Bachtin (1986) var en ny romangenre med ett nytt konstnärligt tänkande och en ny modell av världen. Bachtin (1986) skapade genom en analys och en tolkning av Dostojevskijs författarskap en insikt i mänsklig kommunikation där polyfonin och teorin om dialogism är central. Bachtin (1986) menar att vi i dialogen med den andre söker efter den andres perspektiv. Det vill säga det perspektiv som inte är vårt eget och där svaret är vårt ansvar. Om vi inte uppfattar den andre kan vi inte heller förstå oss själva. Men vad är det som skiljer en dialog från en monolog? En dialog beskrivs av Björck (1983) som ett samtal mellan flera personer. Det kan jämföras med monolog som enligt Björck (1983) innebär ett ensamsamtal eller ”talar tyst, inom sig” (s. 167) eller ”tanketalet, det tysta talet” (s. 170).

Dostojevskijs romanform eller genre kallas för poetik där begreppet polyfoni betyder att det finns flera röster inom människan och mellan rösterna bildas det en form av interaktion och dialog. Bachtin hävdar (2010) att de som tidigare tolkat Dostojevskijs litterära gärningar har gjort det utifrån ett monologiskt sätt att se på hans romaner. Bachtin visar att Dostojevskijs roman är ett möte med hjältar som har ett självständigt medvetande som möts i den fria dialogen i diskussionen. Dialogen kallas också för dialogism. I dialogen finns tre aspekter av yttranden varav den ena rör innehållet och själva ändamålet och meningen med yttrandet. Den andra aspekten rör talarens syfte med det som sagts där själva yttrandet är centralt och som Bachtin också menar aldrig är neutralt. Den tredje aspekten rör dialogen. En dialog av olika röster, ett yttrande och förhållandet mellan den andre, som kan konfrontera varandra. Bachtin (2010) anser därför att dialogism är en livsåskådning. Dialogisk teori är enligt Linell (2011a) ”en överordnad teori om meningsskapande genom spår(ande), handling, kognition och kommunikation” (s.127). Dialogism och dialogisk teori bygger på tanken att människan är ömsesidigt beroende av andra personer och grupper. Linell menar att det krävs tvärdisciplinära dialogiska teorier för att förstå centrala delar av mänskligt liv (Linell, 2011a).

Det kommunikativa spelet

Light (1988; 1997) lyfter fram att det är betydelsefullt att reflektera över varför personer kommunicerar och menar att syftet med kommunikation är att: “expressing needs and wants, developing social closeness, exchanging information, and fulfilling social etiquette routines” (s.61). Kommunikativ kompetens är att förverkliga mänsklighetens innersta väsen. Kommunikationen påverkas av de personbundna egenskaperna hos sändaren och mottagaren. Det kontextuella sammanhanget har också en betydelse för hur och att deltagarna ska kunna tolka och förstå situationen i ett samtal. Det så kallade goda mötet är en förutsättning för att interaktionen ska fungera. I en analys för dialogkommunikation som tidigare skapats av Linell och Gustavsson (1987) är initiativ och respons essentiella i ett socialt samspel. Analysen bygger på en teori om det kommunikativa spelet, det vill säga det sociala mötet. Linell och Gustavsson lyfter fram begrepp som de finner relevanta i dialogen och i det sociala samspelet. De olika begreppen är initiativ, kommunikativt ansvar, respons, dialog, dominans, asymmetri och symmetri. Det första begreppet initiativ innebär ett försök att bestämma eller påverka förloppet i samtalet. Budskapet riktas mot den andre deltagaren som förväntas ge ett verbalt svar. Att ta ett kommunikativt initiativ där den andre deltar i dialogen innebär att deltagarna får ett kommunikativt ansvar. Det finns en förväntan i responsen att den bör vara relevant eller meningsfull samtidigt som det finns en skyldighet att återkoppla responsen. Linell och

Gustavsson (1987) skriver: ”I många situationer lever parterna inte helt upp till sina kommunikativa åligganden, det kommunikativa ansvaret. Orsaken kan antingen vara bristande förmåga (t ex social inkompetens) eller vilja” (s. 28). Det finns således en förväntan att parterna visar ett intresse och ger adekvat respons. Det som sägs i en dialog är drag i det kommunikativa spelet vilket ses som en social aktivitet där deltagarna påverkar varandra. Deltagarnas aktivitet är enligt Linell och Gustavsson (1987) en serie drag där det framkommer att ”dialogen måste hela tiden föras vidare, om parterna vill förstå varandra och varandras utsagor” (s. 9). Den idealiska dialogen pågår ständigt utan avslut och är i praktiken inte möjlig då det inte finns en absolut jämlighet i dialogen. Det finns olika aspekter som gör att den idealiska dialogen inte utvecklas. Den ena aspekten är att det råder en skillnad i makt och ansvar där deltagarna är olika aktiva i samtalet. Dialogen är asymmetrisk genom att en av deltagarna är dominerande. Den andra aspekten som gör att den idealiska dialogen inte utvecklas är att och hur deltagarna avslutar det kommunikativa spelet. Oftast är det den deltagare som dominerar samtalet som också är den som avslutar och tar sig rätten att avsluta samtalet. Om båda eller alla parter i samtalet deltar i avslutet av det kommunikativa spelet är situationen symmetrisk. Linell och Gustavsson (1987) lyfter fram att det finns ett samband mellan samtalets olika faser och samtalets kontext och mål. Kommunikation anser Lindell (1998) är något som förutsätter en asymmetri när det handlar om kunskap och olika former av delaktighet. Det vill säga att det kommunikativa utbytet blir mindre omfattande när deltagarna har samma information. Dialog och kommunikation är därför komplementär. Det innebär att deltagarna kommunicerar med varandra utifrån olika positioner där interaktionen skapar en form av delad förståelse.

I en studie av Lorem och Hem (2012) har djupintervjuer genomförts med professionella inom psykiatrin som möter personer med en psykosjukdom. Studien ingår som en del i en större studie som undersöker hur patienters brist på insikt värderas av olika professionella inom psykiatrin i Norge. Syftet var att studera upplevelsen av psykisk sjukdom och hur denna insikt kom att påverka de professionellas perspektiv och engagemang. Lorem och Hem visar i intervjuundersökningen att brist på insikt kan påverka kommunikationen och samtalet med patienten och bli ett problem om det inte finns en relation som bygger på förståelse. Ett ämne som diskuterades var bland annat hur det påverkade samarbetet och deltagandet tillsammans med patienten. Resultatet visar på att det finns tre olika aspekter som bygger på att ha ett intresse av att ta den andres perspektiv. Den första aspekten är vetenskapen om att du inte förstår. Deltagarna hade en begränsad förmåga att förstå personen med psykotiska symtom men hade en inställning att det fanns något att lära sig utifrån personens situation. En deltagare sätter ord på situationen (Lorem & Hem, 2012):

“We can see there is unease and so on, but we can’t get the hang of it, we can’t put words to it” (s. 116). Den andra aspekten är känslomässig kontakt och kommunikation när samtalet misslyckas. En deltagare beskriver situationen (Lorem, 2012): “You have to communicate through feelings when words are lacking... even though they are blocked from expressing it with words and communicating and discussing, they can still express it through their actions and behaviour, and through feelings” (s. 117). Den tredje aspekten är att hitta en mening och interagera med personen under en längre tid för att bekanta sig med personens historia och personlighet. Deltagarna i studien samtalande om att interaktionen med personen var som en del av en ansträngning att förstå personen. Studien visar inte på om personer med psykosjukdom känner sig mer förstådda men författarna menar på att det är ett rimligt antagande. De betonar också betydelsen av att såväl kunskap som färdigheter om kommunikationsprocesser är viktiga men även att det finns ett lärande där de professionellas attityd, värdering och etiska normer är i fokus.

Vardagliga och institutionella samtal

Efter en presentation av dialogism och dialogisk teori är det relevant att reflektera över innehållet i samtalet, det vill säga vilka moment ett samtal kan innehålla. Samtalet har olika faser och kännetecken och kan delas in i vardagliga samtal och så kallade institutionella samtal. I en modell för hur olika faser i samtalet kan se ut beskriver Linell (2011a) att samtalet börjar med en öppning. Att samtala menar Linell (2011a) innebär att personer tänker högt tillsammans och kan ses som en ”interaktion genom språkandet i kontext”(s.162). De övriga momenten som följer är orientering, utforskning av problemet, formulering av besked/beslut/åtgärd, eventuellt en sammanfattning och en avslutning med ett avsked. I öppningsfasen känner parterna av varandra och försöker skapa en god neutral samtalsrelation. Problemet eller ärendet presenteras i orienteringsfasen. De två efterföljande momenten det vill säga utforskning av problemet och formulering av besked eller åtgärd innehåller själva essensen i samtalet. Utforskning av problemet innebär att en av parterna berättar medan den andra parten ställer frågor och parten svarar. Därefter dominerar samtalet oftast av den professionella som är det moment där besked/beslut/åtgärd formuleras. Det här momentet består ofta av någon form av avgörande. En ideologi om delat beslutsfattande eller shared decision making det vill säga SDM har enligt Linell (2011a) förts fram i det senmoderna samhället. De förutsättningar som måste finnas för ett delat beslutsfattande presenteras också i nästa avsnitt. Efter någon form av avgörande kan samtalet innehålla en sammanfattning av samtalet där parterna har det som Linell kallar för ett efterprat. Efter sammanfattningen tar parterna avsked som blir ett avslut på samtalet.

Samtalet kan delas in i vardagliga samtal och institutionella samtal. De institutionella samtalen har samma innebörd som professionella samtal. Det institutionella samtalet äger ofta rum sittandes vid ett bord och i en lokal enligt Linell (2011a) medan de vardagliga samtalen kan uppkomma även på andra platser. Vad är det mer som kännetecknar och som skiljer de olika samtalen åt? Det vardagliga samtalet har en social funktion och är tillfälligt uppkomna. Samtalen är ibland privata och handlar om människors liv och uppfattningar. Språket är informellt med improviserade ämnen och tillfälliga ämnesval där vi ofta undviker ämnen som är känsliga. Samtalet kan komma att avbrytas av en tystnad. Det institutionella samtalet har inte samma sociala funktion som det vardagliga samtalet utan karaktäriseras av en instrumentell eller uppgiftsorienterad funktion. De är också oftast inte tillfälligt uppkomna utan är avtalade i förväg. Samtalen är ibland personliga men inte privata och ingår i den professionelles arbete men ingår inte i personens vardag. Språket innehåller ibland fackspråk, har formella inslag och innehåller ibland känsliga ämnen. I jämförelse med vardagliga samtal där samtalet enligt Linell (2011a) kan komma att avbrytas av en tystnad så är det institutionella samtalet ett kontinuerligt samtal som kan avbrytas av andra. I det dagliga livet möts människor i olika vardagliga och institutionella samtal.

De professionella har enligt Säljö (2009) ett visst språk och uttryckssätt vilket betyder att de som grupp har tillägnat sig en kunskap som inte den andre parten har tillgång till. Ett exempel som Säljö lyfter fram är centrala begrepp och termer. De professionella har ett annat sätt att tala, skriva och tänka som inte andra människor har tillgång till. Det finns därför en asymmetri i interaktionen med olika diskurser och språkvärldar. De professionella utvecklar yrkesspecifika språk och ett eget sätt att tänka och kommunicera. Vilka konsekvenser den språkliga differentieringen kan få beskriver Säljö (2009): ”Eftersom kommunikation är en nyckel för framgångsrik vård, innebär detta att det finns en risk att vårdsamtal blir ojämlika med svårigheter för vårdsökande att förstå och hävda sina intressen.” (s.39). Därmed konstaterar Säljö att det föreligger ett problem gällande kommunikationen som de professionella bör bevaka och vara medvetna om när de märker att samtalet brister.

Delat beslutsfattande SDM i psykiatri

I mötet med den som träffar personer i psykiatri innebär en beslutsprocess i samtalet att parterna kommer fram till beslut utifrån den information som framkommit under samtalet. Att delta i beslutsprocessen i ett samtal är även ett sätt att öka delaktigheten i samverkan (Socialstyrelsen, 2012b) Charle, Gafni och Whelan (1997) visar att det finns tre förutsättningar som måste vara uppfyllda för ett delat beslutsfattande SDM i psykiatri. Det måste vara minst två personer involverade där alla måste dela all relevant information. För det andra måste alla delta i beslutsprocessen och beslutet som fattas accepteras av alla parter. Slutligen ska processen avslutas med att ett aktivt beslut fattas. Det kan även innebära att parterna kommer överens om att inte göra någonting.

I en vägledning från Socialstyrelsen (2012b) för arbetet inom psykiatri visas i forskningsöversikten att begreppet SDM inte definieras alls eller att det finns olika sätt att definiera begreppet. Resultatet presenterades i en studie av Makoul och Clayman (2006) som granskat 418 artiklar om delat beslutsfattande och som visar på att det inte fanns någon klar definition av begreppet delat beslutsfattande. Det finns två studier inom psykiatri, enligt Socialstyrelsens egna kvalitetskriterier, som visar på effekten av SDM. Den ena studien är en randomiserad studie där Hamann et al. (2007) under ett år studerat effekten av delat beslutsfattande för inläggande personer med schizofreni inom slutenvård. Att personer tar sin medicin är en viktig fråga inom behandlingen för att förhindra återfall och inläggning inom slutenvård. Syftet med studien var att studera om delat beslutsfattande vid behandling med antipsykotiska läkemedel skulle påverka det långsiktiga resultatet. Resultatet visar att det inom båda kontrollgrupperna var ett högt antal personer som återinsjuknade och fick inläggning inom slutenvård. Personer som använt delat beslutsfattande hade som grupp färre inläggningar inom slutenvård men effekten visade sig inte vara gynnsam på längre sikt. Författarna tror att ett grundligare genomförande av SDM kan ge en större effekt. Strategier för att kunna matcha personens behov kan förbättra efterlevnaden, att personen tar sin medicin, och det långsiktiga resultatet. Den andra studien av Hamann et al (2006) är en pågående interventionsstudie som betonar att patienten behöver tillgång till god information för att kunna fatta beslut om sin behandling vilket också är ett av studiens del syften. Resultatet från studien kommer att redovisas i slutet av 2016. Socialstyrelsen (2012b) betonar att trots att evidensen för SDM är vag rekommenderas i de nationella- och internationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2011b) att fler och olika yrkeskategorier samt närstående arbetar med delat beslutsfattande.

Modell för relationell kommunikation i ett vårdande samtal

En person som har stöd av Integrerad Psykiatri och case management är också patient och därför är det relevant att reflektera över begreppet patient. Det svenska ordet patient betyder enligt Eriksson (1994) att tåla eller lida. Begreppet patient var under tidigare århundranden något som stod för en människa som led vilket Eriksson menar att begreppet inte ursprungligen var förknippat med sjukdom. Begreppet associerades mer till de olika faserna som tillhör det mänskliga livet. Det vill säga att både ha lust och lidelse. I modern tid har begreppet visat sig utvecklats till ett socialpolitiskt begrepp som ger rätten till vård och behandling. Det innebär att en omvandling skett där begreppet fått innebörden att få behandling eller att vara sjuk. Eriksson hävdar att det skett ett paradigmskifte i samhället med ett ökat fokus på den lidande människan vilket också i sin tur påverkat synen på människan inom vårdvetenskapen.

I en modell för en relationell kommunikation i ett så kallat vårdande samtal definierar Fredriksson i en doktorsavhandling (2003) vad kontakt och förbindelse innebär. I ett vårdande samtal innebär det att den professionella, som benämns vårdare, är närvarande i Med-varo och Där-varo. Fredriksson bygger en del av teorin på Erikssons tidigare forskning (1994) av begreppet caritas, ett begrepp som skapades av Eriksson under 1990-talet och bygger på att det i det vårdande samtalet finns en kommunikation som lindrar lidandet. Det centrala är patientens lidande och lidandet kan lindras genom språket, det vill säga att samtala om lidandet. Därför använder Fredriksson (2003) begreppet vårdande samtal och inte enbart begreppet samtal i sin beskrivning av samtalet mellan patient och vårdare. För att den lidande människans lidande ska vara förståeligt krävs kommunikation.

I en senare publicerad antologi har Fredriksson (2010) utifrån resultatet i doktorsavhandlingen (Fredriksson, 2003) skapat en grafisk modifierad översikt för det vårdande samtalet. Modellen bygger på tre nivåer av kommunikation: narrativ, relationell och etisk kommunikation. Fredriksson (2003) lyfter fram att det i analysen av den etiska relationen över hur den professionella ska fungera i ett vårdande samtal med patienten finns det en risk att relationen kan bli asymmetrisk. Det vill säga att den aktiva parten kan utöva makt över den passiva parten. Fredriksson hävdar att kommunikationen genom samtalet blir etisk därför att det finns en norm om en ömsesidig respekt. Fredriksson påvisar (2003) att ”begreppen ‘samtal’ och ‘kommunikation’ har också genom studien relaterats till varandra genom att kommunikation i betydelsen (åter)upprättande av gemenskap, uppfattas som det på ontologisk nivå vårdande i samtalet.” (s. 86-87). Det vill säga att begreppet för omsorg om andra, caritas, hjälper till att upprätthålla normen om en ömsesidig respekt.

Alternativ- och kompletterande kommunikation - AKK

Det teoretiska perspektivet avslutas med en beskrivning av AKK som är en förkortning av ”alternativ och kompletterande kommunikation” samt ett avsnitt om metoden samtalsmatta. Att inte kunna uttrycka och berätta det jag tänker eller vad som är mitt behov är ett svårt hinder i kommunikationen med andra människor (Heister Trygg; 1989; 2008).

AKK innebär enligt Heister Trygg (1989) en ”kommunikation mellan människor som ersätter eller kompletterar ett bristande tal/språk” (s. 8). Det är också ett namn för olika insatser som förbättrar personens möjlighet att kommunicera. I AKK ingår förutom personen och omgivningen eller miljön även redskap som består av olika kommunikationssätt och hjälpmedel. Ferm och Thunberg (2008) menar att en utgångspunkt vid AKK-utredningar bör vara att ”möjliggöra social interaktion, kommunikativ aktivitet och delaktighet”(s. 462). Ett alternativt sätt att kommunicera kan delas in i två kategorier där den ena rör manuella och kroppsliga kommunikationssätt som är hjälpmedelsoberoende (Heister Trygg, 1989). Manuella sätt att kommunicera är bland annat naturliga reaktioner och gester. Ett av de mest användbara kommunikationssätten i Sverige är TAKK som är en förkortning för tecken som AKK (Heister Trygg, 2004). Den andra kategorin omfattar grafiska och visuella kommunikationssätt som är hjälpmedelsberoende. Visuella sätt att kommunicera är bland annat med bilder, ord och fotografier som AKK. Enligt Beukelman och Mirenda (2005) är fotografier lättast att förstå utifrån ett kognitivt perspektiv. Ett exempel där bilder och text används är metoden samtalsmatta som beskrivs i avsnittet som följer. Att få möjlighet att kunna kommunicera med bland annat stöd av AKK beskriver Förenta Nationerna i konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (Socialdepartementet, 2008). Konventionsstaterna ska enligt artikel 2 vidta åtgärder som underlättar användningen av olika former av kommunikation oavsett form och med medel som personen själv väljer. Konventionen betonar att det är av vikt att kunna kommunicera för att vara delaktig både i samhället och i mellanmänniskliga relationer.

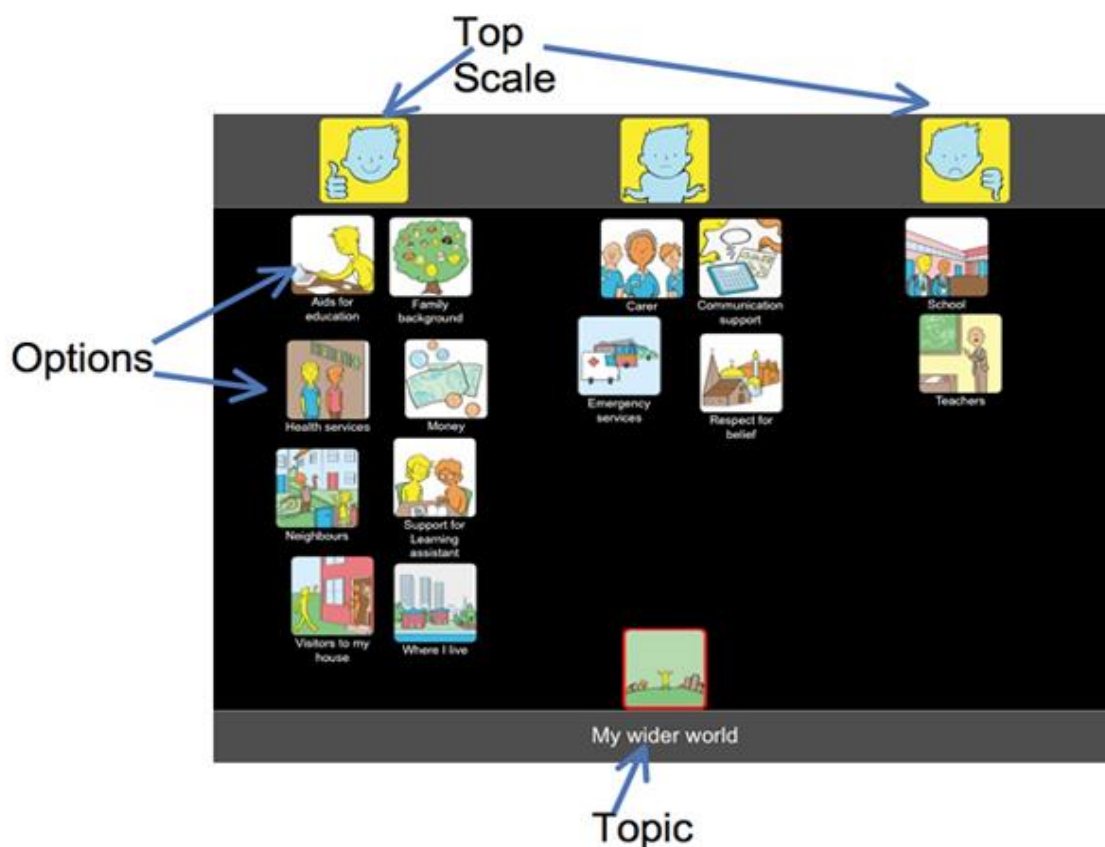
Förmågan att uttrycka sin åsikt med stöd av samtalsmatta

Samtalsmatta eller talking mats är en metod där personens åsikt och känsla om olika samtalsämnen utvärderas visuellt med stöd av bilder med text och ord på en matta (Ferm et al, 2009). Att kunna uttrycka sin åsikt är en förutsättning för ett deltagande i olika beslut där såväl språkliga som kommunikativa och sociala processer involveras. Det är inte enkelt att uttrycka sin åsikt och i en skrift från Hjälpmedelsinstitutet skriver Ferm et al (2009) att:

Man ska veta vad man vill och hur detta ska formuleras. Man ska veta, förstå och minnas vad man ska ta ställning till och vilka alternativ man har. Man ska också veta och förstå när man kan och förväntas säga något till vem. Man måste förstå vad andra säger och man måste kunna uttrycka sig på något sätt. Framförallt; man måste våga tycka och det måste vara lönt att framföra sina åsikter! (s.10-11)

Att ha förmågan att tycka något och uttrycka sig är en förutsättning för inflytande och självbestämmande och för att kunna påverka sitt liv. Ferm et al (2009) menar att ha makt att påverka sitt liv påverkar i sin tur motivationen att kommunicera. I en studie från Canada av Hamm och Mirenda (2006) visar resultatet ett samband mellan kommunikation och upplevelsen av inflytande och livskvalitet. I undersökningen deltog åtta personer med intellektuell funktionsnedsättning som under skoltiden använde AKK och uppvisade en förbättrad kommunikationsförmåga och förbättrade resultat i skolan. Som vuxna personer var de missnöjda över de brister som fanns och bland annat över kommunikationsmöjligheterna som inte kunde upprätthållas eller garanteras efter övergången till vuxenlivet.

När en samtalsmatta används har man tre olika uppsättningar med bilder som visar en visuell skala, samtalsämnet och frågeställningen. En samtalsmatta kan till exempelvis vara en dörrmatta. Bilden som följer (Murphy, 2015b) illustrerar hur en samtalsmatta kan se ut:



För att kunna använda samtalsmatta måste personen vilja använda den samt ha en förståelse för såväl bilderna som metoden. Samtalspartnern ska också ha ett professionellt förhållningssätt till personen och det som personen ger uttryck för. Det finns annars en risk för att metoden kan missbrukas (Ferm et al, 2009). Metoden kommer från Scotland där man har bedrivit forskning och utveckling om samtalsmatta sedan 1980-talet (www.talkingmats.com). Vid sökning i databaser framkommer att det är Joan Murphy vid Universitetet i Stirling som dominerat området och är den person som utvecklade metoden. Samtalsmatta är en metod där internationella studier (Murphy, 2004; Murphy, 2006; Bell & Cameron, 2008; Fox & Macer, 2010) med bland annat personer med kognitiva funktionsnedsättningar visat sig ha god effekt genom att personen kan ge uttryck för sin åsikt och känsla om olika samtalsämnen.

Forskning om samtalsmatta

I en gruppstudie av Murphy (2004) bestod deltagarna av 10 äldre personer mellan 70-94 år där några av deltagarna hade en demenssjukdom, hörselnedsättning samt sviter efter en stroke. Studien ingick som en del i ett program ESCR Growing Older. Intresset och motivet till att använda samtalsmatta var att gruppen äldre personer ofta blir bortselekerade i andra studier eftersom det är en grupp som generellt sett har svårt att uttrycka sin åsikt. Alla deltagarna hade det gemensamma att de inom en sexmånadersperiod flyttat till ett och samma boende för äldre personer. Därför var avsikten med studien att visa på vad deltagarna tyckte om olika aspekter i sitt vardagsliv såsom aktivitet, andra människor, miljön och om sig själva. Murphy (2004) visar att samtalsmatta är en metod om du vill lära känna en annan person eftersom samtalsmatta i jämförelse med en traditionell intervju är en aktivitet man arbetar med och gör tillsammans. Författaren betonar att det kan vara en bra metod då man har fokus på samtalet och inte behöver tänka på att dokumentera samtalet med stöd av papper och penna som vid en mer traditionell intervju.

I en fallstudie av Bell och Cameron (2008) var deltagaren en kvinna i 40 års åldern som tidigare hade behandlats med antidepressiva läkemedel. Kvinnan sökte hjälp och tog kontakt med psykolog eftersom hon ville ha hjälp för att må bättre. Deltagaren hade god verbal och expressiv språkförståelse samt inlärningssvårigheter och en lindrig utvecklingsstörning. När kvinnan och behandlaren satte sig ner för att samtala om hälsotillståndet förändrades hennes kommunikation på ett drastiskt sätt genom att hon gav korta svar med en och två ord, långa pauser och uppvisade ett avvisande kroppsspråk. I andra sammanhang var kvinnan glad, livfull, rolig, mycket expressiv och samarbetsvillig. En bedömning av kvinnans dagliga funktion genomfördes med standardiserade test gällande kommunikation, dagliga levnadsförmågor och

socialisation. Det framgick att hon hade en oförmåga att stå upp för vad hon ville och att kunna förklara sina behov för sin far som hon bodde tillsammans med. Eftersom behandlaren hade tidigare erfarenhet av att använda samtalsmatta introducerades den men god framgång. Resultatet visade att kvinnan blev mer självsäker på att verbalt uttrycka sina egna önsknings. Samtalsmatta visade sig vara en tillgång genom att kvinnan fick tillträde till olika aktiviteter. Bell och Cameron betonar att människor förflyttar sig därmed från en position till en annan där deras röster blir hörda och skriver (2008): "Using good communication and thinking-supports as in the case example, enables people to move from being in position where they think, "Dare I say...?" to "I dare say..." and so allow their views to be voiced and heard" (s. 126).

I en gruppstudie av Fox och Macer (2010), en icke experimentell studie, besökte 26 deltagare en mindre psykiatrisk enhet under ett års tid för att genomgå en hälsoscreening och tillfrågades om att delta i studien. Bortfallet av åtta deltagare var tydligt redovisat i studien som kom att bestå av 18 deltagare. Syftet med studien var att få fram deltagarnas syn på sin hälsa. Kliniken bestod av ett multidisciplinärt team som arbetade med en inriktning mot komplexa funktionsnedsättningar och psykiatriska behov. Behovet av att genomföra studien och att använda samtalsmatta uppkom genom att flertalet patienter hade svårighet med att förstå vad det frågades om och att uttrycka sin egen åsikt. Det skapades två uppsättningar av bildsymboler med två olika ämnen såsom kroppsdelar och deras funktion. Bilderna symboliserade alla områden som också togs upp under hälsoscreeningen. Ytterligare två olika uppsättningar skapades som hade fokus på hur personen upplevde olika funktioner.

Resultatet visade att av deltagaren kunde ha en mer aktiv roll genom att visa problem i ett visuellt format. Deltagarens oro fångades upp snabbare och direkt av läkaren som tyckte att kommunikationen i samtalet med patienten förbättrades. Läkaren kunde identifiera hälsotillstånd för vidare undersökning som tidigare inte hade preciserats av patienten eller de professionella. Resultatet visade att samtalsmatta innebar att deltagarna kunde i samtalet uttrycka sig kring sin egen hälsa och välmående genom att få sätta ord på det i samråd med läkaren vilket i sin tur ledde till en bättre hälsa. Fyra av studiens 18 deltagare fortsatte att använda samtalsmattan även efter studien. Studien innebar också att de professionella reflekterade över sitt eget sätt att samtala och kommunicera och Fox och Macer (2010) skriver: "Some nurses also recognized their own language interactions with patients could be too complex, directive or dominated by closed questions" (s. 24). Resultatet visade också att metoden är ett kostnadseffektivt sätt att utbilda professionella och är möjlig att använda av olika yrkesgrupper.

Syfte

Utifrån programmet Integrerad Psykiatri initierar Case manager ett samtal med personen/patienten där Case manager ska vara ett stöd för att organisera, planera och samordna olika resurser. Det gemensamma arbetet ska leda fram till att parterna tillsammans bildar ett nätverk med deltagare, en resursgrupp, som består av deltagare som personen väljer att ha med. Det minsta antalet deltagare i gruppen är förutom personen, Case manager och läkare. Case manager ska tillsammans med personen göra en kartläggning över vilket behov personen har där de samtalar om personens personliga delmål i vårdplanen. När resursgruppen träffas tilldelas deltagarna olika arbetsuppgifter utifrån delmålen i vårdplanen. Därefter sker en fortlöpande uppföljning och utvärdering av om och hur målen uppnåts.

Syfte

Syftet med studien är att studera hur ett samtal om gemensamt beslutfattande går till när en patient, Case manager och de professionella träffas enskilt eller i resursgrupp och samtalar med varandra om vårdplanen.

Frågeställningar

De forskningsfrågor som studien vill undersöka är:

Vad karaktäriserar det professionella samtalet?

Hur utvecklas samtalet när samtalsmatta används?

Hur kan jag se och förstå maktförhållandet i samtalet och vilken betydelse det har för patienten?

Metod

I kapitlet redovisas den metod som använts i studien och inledningsvis ges en övergripande presentation av kvalitativ forskning och etnografisk ansats. Därefter beskrivs fältet och undersökningsgruppen samt insamlingen av studiens material. I nästkommande avsnitt redovisas genomförandet av undersökningen, analys och tolkning samt etiska överväganden och reflektioner. Avslutningsvis presenteras ett specialpedagogiskt perspektiv.

Kvalitativ forskning och etnografisk ansats

I en kvalitativ studie är utgångspunkten att den sociala världen som vi studerar kan uppfattas på flera olika sätt beroende på vår förförståelse, val av perspektiv och val av teorier. Vid kvalitativa studier kan forskningsansatsen vara induktiv, deduktiv eller abduktiv (Alvesson & Skoldberg, 2007). Forskningsprocessen i den här studien var abduktiv vilket innebar att med utgångspunkt från fältstudier, teori och begrepp försöka förstå och tolka de mönster som träder fram. I den empiriska forskningen är abduktion en kombination av båda induktion och deduktion.

All forskning som innebär observationer av naturliga situationer och där det finns en växelverkan mellan empiri och teori kallas etnografisk. En etnografisk metod kräver enligt Fangen (2005) att forskaren befinner sig i en social miljö under en längre tidsperiod. En fördel var att jag hade en förförståelse och kunskap om fältet genom min yrkesroll som specialpedagog och case manager inom psykiatri. Genom en etnografisk studie har jag tillägnat mig kunskap om fältet och dessutom fått möjligheten att både delta och observera andra människors liv och handlande. Den kultur som människan tillhör är också den som bestämmer hur individen agerar, tänker och samtalar (Hartman, 2004). Etnografen studerar kommunikativa händelser det vill säga handlingar som individen utför där samtal är en form av handling. Det unika tillfället till förstahandserfarenheter har inneburit att jag fått möjlighet att studera vad som händer när människor möts i samtal.

Metodens teoretiska ansats bygger på hermeneutiska traditioner där det som studeras är kunskap om människors livsvärld, som beskriver vilken betydelse olika händelser har och hur den uppfattas av individen (Alvesson & Skoldberg, 2007). ”Hermeneutiken är läran om hur man når förståelse för människors livsvärld genom tolkning” (Hartman, s. 193, 2004) där etnografi är ett perspektiv inom hermeneutiken. I en empirisk studie är analysredskapet tolkningen av materialet som ska beskriva hur individen föreställer sig sin livsvärld. Den hermeneutiska cirkeln innebär att tolkningen växer fram mellan forskaren och materialet där det insamlade

materialet leder fram till en ny förståelse. När materialet tolkas fördjupas förståelsen för materialet och processen upphör när det har en rimlig mening som inte är motsägelsefull.

Beskrivning av fältet

För att få tillgång till fältet vände jag mig till en psykiatrisk enhet inom hälso- och sjukvård. Enheten bestod av en integrerad slutenvårdsavdelning och en öppenvårdsmottagning som erbjuder behandling och vård enligt Integrerad Psykiatri. Det var en psykiatrisk verksamhet som regelbundet träffade personer med en psykosjukdom som får stöd och behandling av ett tvärdisciplinärt team med olika professioner. Anledningen till val av verksamhet var att det var en arbetsplats där jag i min yrkesroll samverkade med teamet. Det var därför praktiskt att vända sig till verksamheten för att få tillgång till fältet. Det var också geografiskt nära och på så vis fysiskt tillgängligt samt uppfyllde de krav jag hade om att få tillträde till fältet. I god tid cirka ett och ett halvt år innan studien påbörjades togs kontakt med ledningen som ställde sig positiv till genomförandet av en forskningsstudie i specialpedagogik.

Den psykiatriska enheten hade en verksamhet som innebar att, när det trots ett nära samarbete med personens nätverk och ett utökat stöd och behandling inom öppenvård inte gick att hantera svårigheter, erbjuda vård som ineliggande patient. Slutenvårdsavdelningen hade åtta platser där en del av de professionella som arbetade på mottagningen också arbetade på avdelningen. Verksamheten låg i samma fysiska byggnad vilket i praktiken innebar att personen träffade samma behandlare som i öppenvård. De yrkesgrupper som arbetade på avdelningen var skötare och sjuksköterskor samt läkare. På mottagningen arbetade förutom skötare och sjuksköterskor också arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare, psykiatriker, psykolog, specialpedagog, kurator, vårdadministratör och vårdenhetschef. Då det var en integrerad verksamhet innebar det i praktiken att patienterna oftast besökte mottagningen på vardagarna och vid behov alla dagar i veckan. De flesta personer kom inte själva på besök till mottagningen utan teamet åkte dit personen befann sig det vill säga i sitt hem eller ute i samhället på den plats som personen önskade. Om personen inte hade en fast bostadsadress eller var hemlös besökte Case manager de fysiska platser i samhället där teamet trodde att personen kunde befinna sig för stunden. I perioder vistades personen på en annan plats än i hemmet till exempel på en somatisk avdelning, en annan psykiatrisk avdelning eller ett korttidsboende som kommunens socialtjänst gett bistånd till. Case manager träffade då personen på denna plats i stället för där de normalt sett brukade mötas. Den psykiatriska verksamheten det vill säga teamet försökte således att följa och träffa patienten där personen befann sig. För de professionella innebar det praktiska arbetet att försöka att hitta ingångar till personen för att därigenom skapa en allians

och relation till personen. Det var vanligt att en ingång var att Case manager stöttade och hjälpte personen med praktiska göromål för att på så vis få en relation. De professionella beskrev det till och med som en förutsättning innan arbetet med Integrerad Psykiatri kunde påbörjas.

De personer i studien som också var patienter hade på grund av olika sjukdomar kognitiva funktionsnedsättningar som innebar ett behov av samordnade insatser och stöd från bland annat socialtjänst, hemsjukvård och psykiatri. En del personer hade i decennier i sitt vuxna liv erbjudits och återkommande tackat nej till bistånd från socialtjänst och frivillig behandling från hälso- och sjukvård medan andra personer under årens lopp tackat ja till att få hjälp. Den gemensamma nämnaren var flerårig psykisk sjukdom med ofta en eller flera fysiska sjukdomar samt kognitiva funktionsnedsättningar. Det fanns en uppfattning och kunskap i teamet om att deltagarna i denna studie generellt sett hade svårighet med att ta initiativ, genomföra och slutföra ett samtal. Belägg för att patienterna som grupp hade kognitiva funktionsnedsättningar framkom i ett projekt med tillämpning av metoder för neuropsykologisk funktion som pågick i teamet under åren 2011 – 2013 (Norlin Bagge, 2014). Projektet utvärderade metoder för neuropsykologisk undersökning för personer med psykossjukdom där vanligt förekommande test inte var tillämpbara. Istället användes kognitiv screening, beteendeskattning och ADL-bedömning för att få en uppfattning om kognitiv profil och beteendestörningar. Resultaten tydde på att alla deltagare i projektet var kognitivt nedsatta, och det framkom också att 95 % behövde stöd för att kommunicera, lösa problem och minnas saker i vardagen.

Beskrivning av undersökningsgruppen

I den här studien deltog 11 personer. I undersökningsgruppen som representerade gruppen patient var det sex deltagarna i åldern från tjugo till sextio år. I min studie använder jag citat från sex deltagare, en kvinna och fem män. En deltagare bodde i en lägenhet med insatser från psykiatri, socialtjänst och hemsjukvård men flyttade under studiens genomförande till en bostad med särskild service. Det vill säga att samtliga sex deltagare i gruppen patienter bodde i samma kommun och hade med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 2014:756)) en bostad med särskild service där det fanns professionell personal dygnet runt. Fyra av sex deltagare hade närstående som de träffade regelbundet.

I undersökningsgruppen som representerade de professionella var deltagarna i åldern från 30 till 40 år. Av de fem deltagarna var fyra deltagare kvinnor och en deltagare var man. I samband med en arbetsplatsträff presenterades syftet med studien. På en gemensam hemsida fanns skriftlig information om studien och visuell information i form av en film om

samtalsmatta från Hjälpmedelsinstitutet (Ferm et al, 2009). Jag kontaktade filmens producent och fick ett muntligt godkännande att lägga ut filmen på hemsidan. Därefter sökte jag upp deltagarna i teamet för se om och när det var möjligt att kunna delta genom att delta på fältet. Case manager var den person som informerade och tillfrågade respektive deltagare om studien och om jag fick vara med eller inte under samtalet när de träffades enskilt eller i resursgrupp. När jag senare träffade deltagaren frågade jag också om jag fick delta i mötet genom att observera samtalet. Därmed fick deltagarna möjlighet till att kunna tacka ja eller nej till att delta vid ytterligare ett tillfälle. På så vis anser jag att kravet på samtycke var uppfyllt. Sammanfattningsvis var det att få tillträde till fältet det som tog mest tid och energi under fältstudierna. Att det är lättare att få tillträde till fältet genom att introduceras via kontakter innebär enligt Fangen (2005) inte att det är lätt att få tillträde under hela undersökningen.

Insamling av material

Fältstudierna visade att personen, Case manager och ibland läkare träffades på olika platser som var i hemmet, på mottagningen och avdelningen. Alla möten var planerade i förväg och uppstod inte spontant. Möten bestod av enskilda samtal mellan personen och Case manager eller samtal mellan personen och läkare där även Case manager deltog. Andra möten var resursgruppsmöten där deltagarna träffades i hemmet. Vid ett tillfälle träffades resursgruppen på avdelningen när en person var inlagd. När det var flera deltagare närvarande var det vanligtvis närstående, professionella inom socialtjänst, hemsjukvård, aktivitetshus, god man, förvaltare och privata eller kommunala aktörer från personens boende. Case manager var ordförande och det fanns en agenda som deltagarna gjort upp om i förväg till exempel samma dag men vanligtvis en vecka innan mötet. En deltagare hade sagt ifrån sig rollen som ordföranden.

När jag fått information av Case manager om en tid för mötet var det endast vid ett tillfälle som det blev inställt på grund av att Case manager blev sjuk. Jag upplevde inga svårigheter att få vara med och delta och att genomföra observationerna. Jag deltog i möten både med och utan samtalsmatta. Det fungerade också väl att ställa efterföljande frågor och få svar på de enstaka frågor som jag ställde. För egen del tyckte jag att det kändes naturligt att vara med i det fysiska rummet vid observationerna och det var inte någon av deltagarna som tackade nej till att medverka, ville eller antydde på något sätt att jag skulle avbryta mitt deltagande. När jag väl blev inbjuden att delta så var fältet så att säga öppet för mig. Det var på så vis inga svårigheter att genomföra undersökningen då det också var en känd miljö. Jag är inte säker på om jag fått tillträde till fältet om jag varit en för deltagarna okänd person, eftersom hälso- och sjukvård är en förhållandevis sluten verksamhet, men kan enbart spekulera i om det

förhåller sig så. Det tog tid för mig själv att ställa om mig från yrkesrollen till rollen som deltagande observatör. Det underlättade att jag under fältstudierna skrev dagbok, samtalande med handledaren och studerade litteraturen (Fangen, 2005). Det hjälpte mig att se, förstå och sätta ord på min egen roll och den process jag befann mig i som deltagande observatör på fältet.

Genomförande av undersökningen

Observationerna planerades att genomföras i vardagliga miljöer som samtliga deltagare var väl förtrodda med vilket också visade sig vara genomförbart i praktiken. Det visade sig också under insamlingen av data att det inte fanns något behov av att genomföra intervjuer och den metod som användes var därför deltagande observation. Tillträde till fältet gav Case manager som informerade mig när det var möjligt att följa med på fältet och observera. Det var också Case manager som informerade undersökningsgruppen om mitt deltagande i rollen som observatör och frågade deltagarna om jag fick komma och observera samtalet och vid behov ställa frågor när de pratade om vårdplanen. Därefter meddelade Case manager mig vilka personer som jag kunde få träffa samt vilken dag, tid och plats som det första samtalet skulle äga rum. På så sätt anser jag att kravet på ett informerat samtycke till deltagaren blev uppfyllt. Jag hade tidigare informerat Case manager om att jag ville se hur de arbetar tillsammans och att jag var där för att observera vad de skulle göra. Jag berättade också att tanken med fältstudierna inte var att studera enskilda deltagare utan att studera och se hur man arbetar. Jag började först med att under observationen titta, och lyssna och ta in allt relevant beteende som förekom och skrev ner det i fältanteckningarna. Genom att följa deltagarna i det vardagliga arbetet kunde jag dokumentera genom att föra fältanteckningar som fortlöpande renskrevs, med undantag av två observationer, direkt samma dag efter själva samtalet. Vid observationer hade jag en fickbandspelare som jag tog fram och spelade in allt ljud. Vid ett tillfälle fungerade inte ljudupptagningen när jag efteråt skulle lyssna på bandet och jag fick då enbart använda mina fältanteckningar. Det var ett samtal där jag träffade samma deltagare vid fler tillfällen. På så vis fick jag möjlighet att göra flera observationer och förlusten av en ljudupptagning tror jag därför inte kom att påverka det insamlade materialet i någon större omfattning. De samtal som inte kom att spelas in genom en ljudupptagning var när samtalsmatta användes och i de olika resursgrupperna när flera personer deltog. Däremot dokumenterades samtalsmatta genom att ett foto togs på mattan när samtalet var färdigt och när bilderna fanns kvar på mattan.

Samtalen dokumenterades därför med stöd av fältanteckningar och fotografier och jag ställde vid behov ett par kompletterande frågor till deltagarna. Det var frågor som upprepade vad som nyss sagts och jag ville på så sätt säkerställa att jag hade hört och uppfattat saken på ett korrekt sätt. Innan samtalet frågade jag deltagarna om de hade något emot att jag använde en fickbandspelare. Alla deltagare som jag frågade gav tillåtelse till att jag bandade samtalet och det kom att visa sig att jag använde bandspelare vid samtal mellan patient, Case manager och läkare. Jag informerade deltagarna om att jag efter samtalet skulle lyssna på bandet och därefter radera ut samtalet när studien är godkänd. Att parallellt med observationerna föra både anteckningar och spela in samtalet kom att underlätta den skriftliga dokumentationen. Genom observationer, ljudupptagningar och fältanteckningar studerades hur ett samtal går till och observationerna analyserades och blev en beskrivning av hur samtalet ser ut. Jag förberedde mig också genom att dagen innan tänka på hur jag skulle vara klädd genom att tidigare ha reflekterat över vilken klädkod som gällde på fältet. Jag ville medvetet inte vara för uppklädd eller finklädd utan försökte att ha vardagliga kläder som jeans och en tröja som jag trodde skulle passa för att kunna smälta in i miljön. Min egen uppfattning var att om jag inte på ett medvetet sätt valt kläder som passade i miljön så skulle det varit en risk att någon av deltagarna inte uppfattat mig som trovärdig. Att inte uppfattas som trovärdig skulle i sin tur ha påverkat mitt deltagande vid observationen på ett negativt sätt.

Fältarbetet beräknades i starten av studien att pågå från januari till och med maj månad. I mitten av maj månad hade materialet inte uppnått den mättnad som behövdes för att svara mot syftet med undersökningen. Det behövdes fler observationer där samtalsmatta ingick som en del i samtalet. Deltagarna, de professionella, i teamet fick under våren ett erbjudande av ledningen att gå en grundkurs för att lära sig samtalsmatta som metod. Tre Case manager anmälde sitt intresse till vårdenhetschefen och fick gå en kurs i samtalsmatta som anordnades av en licentierad utbildare. Under kursen hade de som uppgift att videofilma sig själva i samtal med en annan person där de i bild visar på att de gör en så kallad samtalsmatta. Syftet med kursen var att case manager skulle lära sig och veta hur de gör en samtalsmatta eftersom ingen hade tidigare erfarenhet av att arbeta med denna. På så vis blev det en kvalitetssäkring att Case manager visste hur man gör en samtalsmatta med deltagaren. Utifrån data som samlades in framkom att det behövdes fler samtal där samtalsmatta kunde prövas att användas i samtalet.

Under fältstudierna uppstod det en diskussion om jag kunde göra bilderna till samtalet. Det innebar i praktiken att deltagarna kontaktade mig när de behövde bilder och det blev jag som tillverkade bilderna som användes inför samtalet. Case manager skrev innan samtalet ner på en lapp vilka bilder med text som skulle tillverkas och jag producerade bilderna och

överlämnade dom till Case manager. Ibland användes alla bilderna som producerats men inte alltid och vid flera tillfällen skapade Case manager egna ämnen och ord under samtalet utifrån vad som framkom under samtalet. Min roll i den processen var enbart att producera de bilder som jag blev tillfrågad att göra och det var inget som jag planerat att göra innan fältstudierna påbörjades. Under studien var det två Case manager som använde samtalsmatta under fem samtal. Det innebar att observationerna som startade i februari månad pågick till med juni månad det vill säga insamlingstiden och fältstudierna pågick i sex månader.

Analys och tolkning

Materialet som analyserades bestod av fältanteckningar och ljudupptagningar från observationer av samtal mellan deltagarna i studien. Det innebar att jag skrev löpande anteckningar i text det vill säga fältanteckningar och gjorde ljudupptagningar som oftast transkriberades samma dag direkt efter observationen. Resultatet analyserades genom att studera texter, fältanteckningar från observationer, dagboksanteckningar, samt ljudupptagningar. De frågor som jag ställde till texten var till exempel: Hur ser samtalet ut? Finns det något som hindrar samtalet? De samtal som dokumenterades via ljudupptagning har lyssnades igenom flera gånger och anteckningar i form av fältanteckningar lästes igenom många gånger under arbetets gång. Det skriftliga materialet delades upp i mindre delar som har studerades. Därefter letade jag efter gemensamma mönster i materialet och hade som stöd olika färgpennor för att markera text och försöka upptäcka kategorier som successivt växte fram ur materialet. De olika kategorierna lades fram och formulerades i ord. Därefter studerade jag materialet och studiens teoretiska perspektiv på nytt, gick tillbaka och studerade materialet igen och gjorde ändringar. Det innebär att jag tankemässigt har vridit och vänt fram och tillbaka på materialet som studerats vilket har varit en tidskrävande process som har inneburit att jag har plockat ihop och plockat isär och plockat ihop materialet igen.

Jag startade med att lägga fram allt material på ett stort bord. Materialet spreds senare ut i ett helt rum. Därefter organiserade jag materialet under en viss rubrik som efter hand kom att bli olika teman. Materialet delades på så sätt in i teman där jag jämförde resultatet med den första bilden som fanns. Jag prövade därefter olika möjligheter till tolkning och gick tillbaka till materialet för att se om tolkningen verkade rimlig och meningsfull. De olika deltolkningarna jämfördes återkommande med varandra och till slut uppstod tre olika teman: samtalets logistik och dynamik, ansvarsfördelning i samtalet och att berätta min historia med ord och bild. Materialet har analyserats flera gånger och jag gick ofta tillbaka till fältanteckningarna för att se vad den skrivna texten stod för men även gick även tillbaka och lyssnade på

ljudupptagningar. På så vis kunde jag hela tiden gå tillbaka och se om de teman jag analyserat i texten stämde med materialet. Det vill säga att tolkningen kontrollerades upprepade gånger utifrån det materialet som fanns. De data som samlades in har därigenom bearbetats på ett systematiskt sätt för att öka studiens trovärdighet.

Etiska överväganden och reflektioner

Under studien uppstod situationer där jag var tvungen att göra etiska överväganden under fältstudierna. Det ena tillfället gällde att producera bildmaterial till samtalsmatta. Det var två Case manager som använde samtalsmatta under samtalen. De visste om att jag hade arbetat med samtalsmatta och hade tillgång att kunna göra bilder med text och de frågade innan om jag kunde göra bilder till samtalet. Att ta ett beslut om att tillverka bilderna var ett övervägande som jag fick göra och jag kom fram till att det inte stod i konflikt med genomförandet av studien. Det andra etiska övervägandet var när det vid två samtal uppstod situationer där innehållet i samtalet vara ett så kallat svårt samtal för deltagaren det vill säga ett samtal om existentiella ämnen där deltagaren blev känslomässigt starkt berörd över sin egen livssituation. Jag uppfattade att skillnaden mot andra samtal var att det var ämnen i samtalet som deltagaren troligtvis inte var van vid att beröra så ofta. Innehållsmässigt hade de två samtalen inte fokus på vårdplanen i samma utsträckning som de andra samtalen hade. Jag uppfattade att det för Case manager eller för mig som observatör inte var ovana samtalsämnen. Jag hade en förförståelse att det är deltagaren som är i centrum under samtalet och som i stunden under samtalet bestämmer sig för vad deltagaren vill prata om eller inte även om Case manager och deltagaren har en annan agenda för dagen. Innehållet i samtalet och deltagarens upplevelse och känslor i samtalet gjorde att jag tyckte att det inte av etiska skäl kändes rätt att ljudinspela samtalet. Jag hade kunnat spela in samtalet men tyckte att det var rätt att enbart lyssna och anteckna och valde därför att av etiska skäl avstå från att spela in samtalet. När jag i andra sammanhang i min yrkesroll har videofilmade samspel mellan människor har det uppstått liknande situationer där jag i stunden har fått fatta ett beslut om att avbryta filmandet. Det var också med bakgrund av den tidigare erfarenheten som jag tyckte att det var ett etiskt rätt beslut att inte ljudinspela samtalen. Jag förstod också att det troligtvis fanns möjlighet att träffa samma deltagare igen även vid andra tillfällen vilket också stämde i praktiken.

Ett motiv till forskning är enligt Vetenskapsrådet (Hermerén, 2011) att ”människan vill inse sammanhang och kunna förklara och förstå” (s. 30). De orden stämde väl med mitt eget motiv till att genomföra en kvalitativ forskningsstudie där jag eftersträvat att följa Vetenskapsrådets forskningsetiska principer. I texten som följer ska jag genom olika exempel

från fältstudierna visa och förklara vilka konsekvenser de forskningsetiska principerna har fått för mig när jag har tagit hänsyn till de etiska principerna. Ett exempel är att jag under fältstudierna hade nyttjandekravet i åtanke när jag valde att avstå från att spela in samtal eftersom ingen person eller deltagare skulle lida fysiska eller psykiska men eller skada på grund av att medverka i undersökningen. Gällande kravet om information och kravet om samtycke till deltagarna uppfylldes det genom att Case manager informerade undersökningsgruppen om mitt deltagande i rollen som observatör och frågade deltagarna om jag fick vara med under samtalet. På så sätt kunde jag förvissa mig om att deltagarna fått information om undersökningen och kunde därefter planera att gå vidare till nästa fas i undersökningen. Deltagarna visste också att de när som helst kunde ta tillbaka sitt samtycke och avbryta sin medverkan i studien. Ett annat exempel som kom att underlätta det praktiska arbete var att jag innan studien började hade tänkt igenom hur dokumentationen skulle förvaras så att ingen annan person än jag själv hade tillgång till dokumentationen. Till exempel förvarades dokumentationen på en egen persondator som krävde inloggning med lösenord. På så sätt har kravet på konfidentialitet blivit uppfyllt.

Ett specialpedagogiskt perspektiv

Ett specialpedagogiskt perspektiv bör enligt Björck-Åkesson (2007) ses som ett brett perspektiv och därmed omfatta andra världar än skolans och jag tolkar att perspektivet även omfattar personer med funktionsnedsättningar inom psykiatrin. Fischbein och Österberg (2003) ger ett vidare perspektiv på specialpedagogik och skriver:

I det specialpedagogiska kunskapsfältet fokuseras samspelet mellan personen och omgivningen. Detta kräver att frågor belyses utifrån olika teoretiska perspektiv och på olika nivåer: riskfaktorer i individers utveckling och lärande (sådana faktorer kan vara både personella och omgivande); ledarskap och grupprocesser som kan leda till inkludering eller exkludering; utslagningsprocesser i samhället. (s. 22)

I den här studien innebär ett specialpedagogiskt perspektiv att man gör personer med olika funktionsnedsättningar delaktiga. Begreppet inkludering är ett centralt begrepp inom skolan (Nilholm, 2006) som tillkom för att verksamheten ska utgå ifrån att eleven som individ har olika förutsättningar. Begreppet introducerades också i syfte att belysa hur verksamheten bör bemöta eleven och ett förenklat sett att se på inkludering är att säga att eleven ”ska vara delaktig i skolans vanliga miljöer” (Nilholm, 2006, s. 6). I den här studien innebär det att rätten till delaktighet sker genom att individen får göra sin röst hörd i samtalet.

Resultat

Utgångspunkten grundar sig på observationer inom en psykiatrisk verksamhet där jag har studerat samtal mellan patient, Case manager och medlemmar i resursgruppen. Observationerna omfattar 18 samtal. I 15 av dessa har vårdplanen diskuterats. I resultatavsnittet beskrivs och tolkas samtalen som presenteras utifrån tre olika teman. Det första avsnittet innehåller ett tema som belyser samtalets logistik och dynamik. Det andra avsnittet belyser ansvarsfördelningen i samtalet. Det tredje avsnittet åskådliggör temat att berätta min historia med ord och bild.

Samtalets logistik och dynamik

Det här temat tar upp aspekter som karaktäriserar platsen och formen för deltagarna i samtalet. Men även situationer i samtalet där betydelsen för tid, tempo och rytm lyfts fram.

Platsen för samtalet

Deltagarna träffades för samtal i köket eller i vardagsrummet hemma i lägenheten, på mottagningen eller avdelningen när en person var inlagd. Den psykiatriska verksamheten bestod av en integrerad slutenvårdsavdelning och en öppenvårdsenhet, det vill säga en öppenvårdsmottagning, som fortsättningsvis benämns mottagning, och en avdelning inom hälso- och sjukvård som var fysiskt verksam i samma lokal. När deltagarna träffades för samtal var det alltid i ett stort kallt rum med få föremål, ett så kallat konferensrum, med ett stort avlångt bord med minst 12 stolar. Den fysiska vårdmiljön på mottagningen var avskalad och torftig och jag ställde mig frågande till om och i så fall hur den påverkade deltagarnas välbefinnande och sinnesstämning under samtalet. Var de så kallade institutionella samtalet äger rum stämmer också med det som Linell (2011a) beskriver att det är ofta ett rum där deltagarna är sittandes vid ett bord i en lokal. Det kan jämföras med vardagliga samtal som kan uppkomma även på andra platser. Exemplet från fältanteckningar visar ett samtal mellan personen och Case manager när de träffas på mottagningen och avdelningen:

Mannen svarar jo bättre att komma hit. Jo för då kommer jag iväg en stund det vill säga för då kommer jag ut. Case manager säger jag upplever också att det är bra när du kommer hit för när vi har setts hemma så blir det för mycket. Mannen svarar ja men hemma, svårt att slita sig från den känsla man har när man är hemma. Case manager säger här blir det lite mer distans till det på något sätt.

Mannen var nöjd och mådde bäst av att träffa Case manager för samtal på mottagningen och avdelningen.

När en annan patient och Case manager skulle träffas i hemmet upplevde Case manager att det kunde vara omöjligt att få till ett samtal och en dialog när de inte kunde mötas. Case manager kunde tolka det som att personen inte ville att de träffades, men kunde inte med säkerhet veta att det förhöll sig så, men säger att ”*jag antar det*”. Ett exempel från fältanteckningar i hemmet visar att:

Personen förflyttar sig snabbt från sängen och går in i en garderob och stänger dörren till garderoben och stannar kvar där.

Om de inte kom överens om en lämplig plats att träffas på blev det omöjligt för personen och Case manager att mötas och samtala om det som var angeläget för stunden. Därför blev den fysiska platsen startpunkten för samtalet. Det var olika hur deltagarna upplevde samtalet i resursgruppen som för en person var i hemmet. Under ett resursgruppsmöte satt flera personer i en ring i vardagsrummet som gick ut i hallen och fyllde större delen av lägenheten. Exemplet från fältanteckningar visar vad som händer när resursgruppen träffades i hemmet:

När jag kommer in i rummet sist av alla ser jag att mannen sitter på en stol och räknar högt antal personer som är i rummet och följer med blicken vad var och en sitter i rummet. Uppfattar på mannens kroppsspråk såsom flackande och osäkra blick att det inte är en situation som han känner sig helt bekväm och säker med. När jag efteråt pratar med honom efter några dagar om reseursgruppsmötet så är hans kommentar: Jättejobbigt att det kom så många personer hem till mig.

Mannen upplevde att resursgruppen invaderade hans hem som var platsen för mötet. Personerna i undersökningen beskrev att de kände att det var tryggt när det var färre antal personer som deltog under samtalet. De beskrev det som att då kunde man känna sig bekväm och upplevde inte ett obehag genom ha en känsla av att känna sig spänd i kroppen under samtalet. Det var också en trygghet att i samtalet med Case manager kunna vara med och påverka var platsen för samtalet ägde rum. Det var därför betydelsefullt att innan mötet reflektera över val av plats och antal personer som deltog i samtalet och resursgruppsmötet.

Formen för samtalet

För deltagarna i studien innebar det att alla samtal var i förväg planerade i tid och rum och uppkom inte spontant. Enligt Linell (2011a) är det utmärkande för de institutionella samtalen att de oftast inte är tillfälligt uppkomna utan är avtalade i förväg. För att kunna ha fokus på samtalet visade det sig att det ibland fanns ett behov för personen att få svar på klagörande frågor innan samtalet kunde börja. Agendan det vill säga vad samtalet skulle innehålla var ibland känd av alla deltagare men inte alltid. Exemplet från fältanteckningar visar att Case manager inte hade klargjort syftet med dagens möte;

Case manager går ut från rummet för att hämta en sak. Mannen vänder sig till mig och undrar vad vi ska prata om idag?

Det var betydelsefullt att få information där Case manager informerade om syftet och innehållet med samtalet och att det fanns en mötesstruktur som fungerade. Det var annars en risk att det blev andra saker som deltagarna i resursgruppen tog upp istället. Det visade sig genom att det var förekommande att deltagarna i resursgruppen tog upp ämnen och frågor som de fann angelägna att prata om för stunden men som inte hade med vårdplanen att göra. Deltagare som gick in och avbröt samtalet och tog talutrymme gjorde det på personens bekostnad. Syftet med samtalet tappades bort när deltagare i resursgruppen tog initiativ till nya och andra ämnen och det blev inte en råd tråd som gick att följa under samtalet. Ett exempel från fältanteckningar visar hur ett resursgruppsmöte kunde se ut:

Alla pratar, personen svarar inte och nya frågor ställs. Alla pratar samtidigt om olika saker och därigenom blir det än mer frågor som hänger i luften efter mötet. Personen blir inte lyssnad på av flera deltagare och får därmed inte berätta.

Det fanns en dominans i samtalet som visade sig genom att deltagarna i resursgruppen gick in och avbröt samtalet och tog talutrymmet trots att de visste om att det var personens möte där vårdplanen borde vara i centrum. Ibland rådde det inte en samstämmighet om hur ofta och när de skulle träffas. En person ville vänta med att träffas medan Case manager ville ha kontakt tidigare. Det var Case manager som ville styra själva formen och planeringen av samtalet. Exempel från fältanteckningen visar att personen fick i samtalet med Case manager fram sin åsikt genom att muntligt tala om vad han ville:

Mannen säger att jag vill att vi bestämmer det senare. Ok säger Case manager som då frågar om Case manager får ringa honom i sommar? Mannen säger jag vill att vi pratas vid efter sommaren. Case manager säger men då behöver du fler böcker? Mannen säger igen men jag vill att vi väntar.

Mannen kunde själv påverka hur ofta och när de skulle träffas genom att tala om vad han ville och blev på så sätt delaktig i diskussionen och beslutsfattande. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2015:311) betonar också att insatserna ska i så stor utsträckning som möjligt utformas i samråd med den enskilde där de professionella ska lyssna på patienten. Exemplet visar att förutsättningen för att kunna hävda sin egen vilja är att personen har förmåga att i samtalet uttrycka sig muntligt och på så sätt förmedla sin åsikt. Det är enligt Hjälpmedelsinstitutet (2009) en förutsättning för deltagande i ett beslut att personen kan uttrycka sin åsikt. Att ha förmågan att tycka något och uttrycka sig är en förutsättning för inflytande och självbestämmande och för att kunna påverka sitt liv. Hjälpmedelsinstitutet (2009) menar att ha makt att påverka sitt liv påverkar i sin tur motivationen till att kommunicera.

När deltagarna träffades satt de mitt emot varandra eller bredvid varandra på stolar och ofta med ett konferensbord framför sig. Exemplet från fältanteckningen visar att under samtalet måste Case manager och personen ändra sin position:

Under hela samtalet så intar båda två samma kroppshållning. När den ena ändrar position så gör även den andra det oavsett vem som ändrar kroppshållning. På så vis speglar de varandra. Det är ett gott klimat vilket visar sig i att de har ögonkontakt och tittar på varandra då och då.

Deltagarna ändrade position under samtalet eftersom det var betydelsefullt för Case manager och deltagaren att på så sätt få kontakt med varandra. I fem av 18 samtal som har observerades användes samtalsmatta med tre olika deltagare. En samtalsmatta är en metod där personens åsikt och känsla om olika samtalsämnen utvärderas visuellt med stöd av bilder med text och ord på en matta. När samtalsmatta används är den bästa positionen att personerna sitter bredvid varandra och att samtalsmattan ska vara placerad mitt framför den person som ska lägga bilderna på mattan (Hjälpmedelsinstitutet, 2009). Observationerna visar att när Case manager och personen använde samtalsmatta som ett stöd i samtalet satt de vid fyra av fem samtal suttit bredvid varandra. Den person som har använde samtalsmatta hade alltid mattan placerad mitt framför sig på konferensbordet. Exemplet från fältanteckningar visar placeringen och positionen:

Case manager introducerar samtalsmatta och mannen har mattan precis framför sig för att kunna nå och lägga bilderna på den plats han önskar. Han tittar på bilderna han får en och en, stannar upp en stund. Samtidigt som han sätter bilden på mattan säger han högt vad han gör till exempel trötthet är bättre, jag sover bra.

Samtalsmattan gjorde att det blev en paus i samtalet där personen gavs möjlighet att stanna upp och fundera över han ville och vad han skulle ta ställning till. Genom att samtidigt som han lade bilden berätta muntligt vad han ville uttrycka förstärktes budskapet som blev uttrycksfullt. Budskapet blev på så sätt tydligt för honom själv och för Case manager som hade ställt en fråga.

Tid, tempo och rytm

Deltagarna har olika sätt att se på tiden. Arbetet med vårdplanen inleddes oftast genom att Case manager muntligt presenterade innehållet i den aktuella vårdplanen. Vid ett samtal konstaterade Case manager att ett av målen hade förändrats och samtalsmatta användes inte. Exemplet från fältanteckningar visar att personen och Case manager hade fokus på olika tempus i samtalet om vårdplanen:

Case manager påtalar att det är ett mål i sig att behålla situationen som den är i dag. Mannen pratar om dåtid och nutid. Case manager inledningsvis om dåtid, nutid och framtid. Men framtiden berör aldrig mannen då han inte är där i tanken.

Mannen kunde inte ta till sig tanken om att det fanns en framtid att diskutera. Eftersom han saknade en social gemenskap och hade berättat att han aldrig haft något i livet att känna sig glad åt fanns det ingen framtid att ta ställning till. Samtalet påverkades av om den som ställde frågor hade en medvetenhet om vilket tempo och vilken rytm som var det bästa under samtalet. Vid de tillfällen när samtalsmatta användes visade det sig att tempot och rytmen i samtalet blev lägre i jämförelse med tal som var det dominerande kommunikationssättet. Observationerna visade också att det genomgående blev ett förändrat och högre tempo i samtalet direkt efter att personen hade genomfört en samtalsmatta. Fältanteckningar visar att Case manager fick en tanke om hur de tillsammans skulle kunna fortsätta att använda samtalsmatta när Case manager vill veta vad personen tycker:

Det man kan börja arbeta med är din medicin och olika tankar du har kring de olika medicinerna du har. Mannen håller med och säger att ja det är det. Tystnad i samtalet. Det har nu blivit ett högre samtalstempo när inte samtalsmatta används.

Ett tempo som anpassas utifrån situationen innebar att det gavs möjlighet till en struktur där det uppstod flera turer och inte endast en tur i samtalet mellan Case manager och personen. På så

sätt gavs den tid som behövs i samtalet för att personen skulle kunna stanna upp i samtalet och uttrycka sig genom att svara. Enligt Linell (2011a) är utforskningen i ett samtal där en part berättar, där den andre frågar och parterna svarar, själva essensen i samtalet. Men också det moment i samtalet där ett beslut eller en åtgärd formuleras.

För en person var tal och kroppsrörelserna få och kroppen hade ett lågt tempo och rytm. Rösterna var entonig och monoton med ett dämpat och lågt tonläge. Blicken och ansiktet var riktat ut i rummet men inte mot något speciellt föremål. Det var som att personen vände sin egen blick inåt mot sig själv. Exemplet från fältanteckningen visar att Case manager tog initiativ till samtal genom att inleda med ett påstående eller en fråga:

Turtagningen det vill säga att nu pratar du och sen pratar jag fungerar väl även om det är Case manager som har och tar det mesta av talutrymmet. Genom att det förekommer tyst paus ibland även om det inte är många och det är ett lågmält samtal och förhållandevis lägre tempo än vid det förra samtalet uppfattar jag att det är en förbättring av situationen. Case manager frågar om det går bra att de fortsätter och pratar om detta om två veckor och säger högt under samtalet att Case manager lärt sig av mannen att skynda långsamt.

Mannen hade en lägre rytm och behövde därför stanna upp och ha tid på sig hur han skulle formulera sig och vad han skulle svara. Case manager berättade vidare att det fanns ett behov att göra en vårdplan och fick respons i form av ett entonigt ja. Personen gav inte någon ytterligare respons och ingen följdfråga uppstod från mannen eller Case manager. Jag uppfattade att det fanns tid för personerna att ställa frågor. Det verkade som att desto tystare personen var desto mer aktiv blev Case managern i samtalet vilket påverkade rytmen i samtalet när den ena parten hade ett lägre tempo i tal och kroppsrörelser. Det vill säga att samtalet präglades av det som Linell och Gustavsson (1987) kallar för de personbundna egenskaperna där sändaren och mottagaren är olika aktiva i samtalet. När jag frågar hur Case manager upplevde situationen berättar Case manager att arbetet upplevdes som tungt på grund av att personen sällan tog initiativ och det uppstod därmed ett lägre tempo i samtalet. När det var ett högre tempo i samtalet kunde det skapa en osäkerhet hos personen hur samtalet skulle tolkas av personen som förväntades svara på frågan. Vid ett samtal ställde läkaren flera frågor, i ett enda andetag, på en och samma gång och samtalet gick för snabbt fram för personen. Samtalet är enligt Linell och Gustavsson (1987) asymmetriskt så till vidare att det fanns en starkare och en svagare deltagare i samtalet där läkaren var den dominerande parten. När jag efter samtalet frågar personen om samtalet säger han att;

Det går fort ibland så man hänger inte med. En stund senare frågar mannen fick jag fram sagt det om medicinen att jag var sämre? Det var bra att (namn) var med på samtalet.

När det var ett högt tempo i samtalet blev personen osäker på om han kunnat uttrycka det han velat säga och hur samtalet kunde tolkas. Det blir därför inte möjligt för personen att svara på frågorna eftersom strukturen i samtalet gjorde att turtagningen i samtalet inte fungerade när det var ett högt tempo. Det fanns därför en risk att ett högt tempo gör att frågor som ställdes inte besvarades innan ett nytt ämne togs upp och innan det förra samtalsämnet hade diskuterats färdigt. Att ställa några få frågor visade sig vara ett sätt att ta ner tempot och få en fungerande struktur i samtalet.

Ansvarsfördelning i samtalet

Det här temat tar upp aspekter som handlar om att ställa frågor och att avsluta samtalet. Men också om att bli bemött med förståelse för en livssituation som innebär ett lidande. Linell och Gustavsson (1987) betonar att man genom att ta ett kommunikativt initiativ får ett kommunikativt ansvar. Till exempel ger frågor och uppmaningar enligt (Linell, 2011b) ett kommunikativt ansvar. Det finns en förväntan i samtalet att responsen ska vara relevant eller meningsfull men också skyldighet att återkoppla responsen där parterna visar ett intresse och ger adekvat respons (Linell & Gustavsson, 1987).

Att ställa frågor och invänta svar

Observationerna visade att en dialog inleds med att en av deltagarna, vanligtvis Case manager, läkare eller annan part i resursgruppen, tog ett initiativ. Ett initiativ var till exempel att ställa en fråga. I samtalet finns det enligt Linell och Gustavsson (1987) en förväntan att det i budskap som riktas mot den andre förväntas att denne ska ge ett verbalt svar. När samtalsmatta används blev det tydligt att det i samtalet fanns en tydlig förväntan på den andre att svara genom att Case manager ställde en fråga och samtidigt överlämnade en bild med text. Talutrymmet fördelades mellan deltagarna där en turtagning innebar att en deltagare frågar och den andre svarar. Talutrymmet fördelas genom att en deltagare ställde frågor och den andre svarade muntligt med en gest eller mimik, genom att gå därifrån eller att vara tyst. Tystnaden i samtalet kunde förklaras på olika sätt. Personen kunde vara tyst eftersom det inte upplevdes som meningsfullt att vara delaktig då personen inte kände en glädje över livet. Det var då inte meningsfullt att känna glädje även över andra saker i livet. Tystnaden kunde också innebära att personen ville undvika samtalsämnet eftersom det upplevdes som svårt att prata om.

Observationerna visade vad som hände när personen fick en fråga och ingen följdfråga ställdes. Då berättade personen inte mer än vad det frågats om, det blir ett innehållsmässigt kort svar eller inget svar alls, vilket påverkade innehållet i samtalet. Ett exempel från fältanteckningen visar att den som svarade inte berättade mer än vad det frågades om när det ställdes enbart en fråga:

Då får Case manager respons i form av ett entonigt ja, men ingen följdfråga från personen men när Case manager frågar igen kommer ingen respons mer än ett ja. Det blir därför ingen fortsatt dialog om vårdplanen mer än ett konstaterande att så här är det nu en ny vårdplan ska göras.

Deltagare som inte ställde följdfrågor i samtalet fick korta svar på sina frågor eller inga svar alls. Om initiativ togs till att ställa flera frågor i följd där personen inte gavs tillfälle till tid att svara mellan frågor fick deltagarna oftast inte något svar alls på frågorna. Personen kunde också svara med en tystnad i samtalet eller med att ta initiativ till ett nytt samtalsämne. Det gällde också om flera frågor ställdes i följd utan någon paus emellan. Ett exempel från fältanteckningen visar att personen inte kunde svara på frågorna:

Läkaren säger jag vill veta hur du mår? Mannen svarar ja just nu mår jag inte riktigt bra. Men vi skulle sätta in en ny medicin. Läkaren säger vi kanske inte ska byta ut hela. Det kanske går för fort fram? Är du mer orolig? Denna mer orolig som medicin än den förra. Märker du det?

Vid ett annat samtal mellan parterna framkommer i ett exempel från fältanteckningen att personen svarade med en tystnad:

Därefter berättar mannen att och hur han trivs med tillvaron. Jag observerar att det återigen ställs två frågor i en och samma mening som liksom förra gången är och blir svår att besvara. Mannen besvarar frågan genom att mer allmänt berätta att och hur han trivs med tillvaron.

När flera frågor ställdes i följd utan något andrum emellan innebar det att personen, den som skulle svara, inte kunde komma in och delta i samtalet. Berättelsen blev torftig och hade inget innehåll. När samtalsmatta användes uppstod en turtagning och ett talutrymme. Det gav utrymme för både frågor och svar. När ett initiativ togs till att ställa en fråga väntade den som hade frågat in ett svar innan en ny fråga ställdes. När det ställdes frågor med en paus emellan gavs det för personen ett andra tillfälle till att svara. Fältanteckningarna visar att det gav personen en möjlighet till att uttrycka sig kring en och samma fråga:

Case manager stannar upp så att han hinner att svara och funderar över vad han vill svara och om han vill svara. Samtalsmattan tycker jag ger honom en möjlighet att uttrycka sin åsikt och det kommer fram saker som den som frågar om inte visste om tidigare genom att enbart ställa den frågan.

Det visade att det under samtalet framkom åsikter och nya ämnen som blev kända under samtalet. Samtalsmatta innebar för personen en möjlighet att ändra sin åsikt under samtalet vilket inte framkommit i tidigare samtal utan samtalsmatta. I en studie av Fox och Macer (2010) där samtalsmatta användes på en psykiatrisk enhet framkom att läkaren kunde identifiera hälsotillstånd för vidare undersökning som inte tidigare hade beskrivits av patient eller de professionella. När deltagare i nätverket eller Case manager ställde efterföljande frågor som var kopplade till svaret i samtalet gavs den som svarade ett andra tillfälle att få berätta och uttrycka sin åsikt. Om den som fått en fråga fick efterföljande frågor kunde åsikter och ämnen komma fram under samtalet. Ämnen och åsikter som kommit fram blev då kända för den deltagare som hade ställt frågor och av den som svarat på frågorna. Ett exempel från fältanteckningen visar hur samtalet såg ut:

Mannen ges tid att svara och gå tillbaka och ändra eller svara på nytt eller som det senare framkommer påverka samtalet genom att lägga till två egna aktiviteter: promenader och resursgrupp.

Enligt Linell (2011) är utforskningen i ett samtal där en part berättar, där den andre frågar och parterna svarar, själva essensen i samtalet. Enligt programmet Integrerad psykiatri (Malm, 2002) bör patienten vara ordförande i sin egen resursgrupp. En del personer påtalade att det var betydelsefullt att det fanns en person, Case manager, som leder samtalet i resursgruppen. Exemplet från fältanteckningen visar att personen lämnat över ansvaret att hålla i mötet:

Jag samtalar med deltagaren en stund innan mötet då vi väntar in att alla personer ska komma till mötet. Deltagaren säger då till mig att ja det är ett viktigt möte. Jag brukade vara ordförande men det fungerade inte så nu är Case manager ordförande.

Det fanns en medvetenhet och en erfarenhet hos personen av att det är viktigt att ha ett fungerande resursgruppsmöte. Det fanns annars en risk att syftet med resursgruppen havererar genom att deltagarna, utifrån målen i vårdplanen, inte tilldelas olika arbetsuppgifter som inte heller följer upp med jämna tillfällen. Därför var det inte en självklarhet vem som skulle vara ordförande i resursgruppen.

Avsluta samtalet

När samtalet avslutas följer det en procedur som nästan alltid ser likadan ut för samtliga personer som har ett tal och som kan använda tal för att samtala. Det är Case manager eller den deltagare som har bjudit in till mötet som också intar rollen att inleda avslutningen av samtalet genom att göra en sammanfattning av samtalet. Case manager är också den som frågar och tar initiativ till att ett beslut tas om när deltagarna ska träffas nästa gång. Ett avslut innebär oftast att personen säger tack för samtalet, reser sig upp, dra ut stolen, går mot dörren och lämnar rummet där Case manager och övriga deltagare sitter kvar. Avslut är en del av samtalets olika faser där deltagarna påverkades av det kontextuella sammanhanget. Oftast är det enligt Linell och Gustavsson (1986) den deltagare som dominerar samtalet som också är den som avslutar och tar sig rätten att avsluta samtalet. Observationerna visade att det blev tydligt att när deltagaren beslutade sig för att ta avsked var det en markering om att inte längre vara med i samtalet. Dominansen visar sig genom att deltagaren i samtalet skaffat sig en maktposition som ingen annan deltagare har till exempel genom att dominera talutrymmet under samtalet. En del av dominansen förklarar Säljö (2009) med att de professionella har ett annat sätt yrkesspecifikt språk att tala, skriv och tänka som inte den andre människor har tillgång till. Det var för en person som var inlagt på avdelning tydligt vilka olika roller som förväntades av honom och deltagarna vid ett avslut av samtalet. Exemplet från fältanteckningen visar situationen:

Mannen betonar flera gånger att han är nöjd och avslutar mötet genom att handhälsa på alla. Innan han lämnar rummet frågar och säger han jag antar att ni vill prata med varandra? Läkaren svarar jaa. Mannen går ut genom dörren och stänger dörren efter sig.

Det sättet som avslutet genomfördes på visar att det fanns en medvetenhet hos mannen om att det även fanns ett annat forum för samtal om honom. Jag tolkade det som att det var en medveten handling för mannen att visa sin makt över samtalet. Vid samtal i hemmet följde det en omvänd procedur där det var Case manager och läkare som tackade för samtalet och därefter gick ut och lämnade rummet medan övriga deltagare satt kvar i rummet. Det var inte alltid den part som dominerade talutrymmet i samtalet som avslutade samtalet utan att ett avslut kunde också innebära att deltagaren eller personen markerade att man på så sätt tog och hade makt över situationen och samtalet. Den deltagare som tog ett initiativ och aktivt beslut att ta ett avsked och gå visade också på att man tog ett kommunikativt ansvar i samtalet. Det finns enligt Linell och Gustavsson (1987) en skillnad i samtalet där den ena parten har mer makt och är

dominant i samtalet som gör att den ena är mer aktiv i samtalet än den andre. Det gör att dialogen blir asymmetrisk.

Att ha förståelse för den andre

I samtalen mellan personen och Case manager fanns det oftast en ömsesidig förståelse och respekt för varandra. Ett exempel från fältanteckningarna visar att Case manager var den som reflekterade över och sätter ord på känslor, förmågor och egenskaper som finns:

Men jag menar att nu sist var jag så dålig så det varade så länge, Innan hade jag inte haft det så det var så det var väl ganska länge sedan jag hade det så, det tog så lång tid innan det släppte. Case manager Ah. Mannen Det var lång tid emellan. Case manager Det var en tuff omgång. Mannen Ja det var svårt..... men det släpper ju alltid nån gång i alla fall.

Mannen beskrev att det hade varit en svår tid i livet eftersom han varit inlagd på avdelningen och mått dåligt så länge. Ett annat exempel från fältanteckningen belyser att Case manager visade empati för en person som inte fick sina behov i vardagen tillgodosedda:

Efter att mannen sagt att han inte byter lakan då han inte får stöd med detta säger Case manager att jag blir ledsen för jag trodde att du och jag var lite överens med kontaktpersonen på boendet om detta.

Case manager satte ord på situationen och visade på så sätt att det fanns empati för personen. Det finns enligt Bachtin (2010) tre aspekter på yttranden varav den ena rör innehållet och själva ändamålet och meningen med yttrandet. Den andra aspekten rör talarens syfte med det som sagts där själva yttrandet är centralt och som Bachtin också menar aldrig är neutralt. Den tredje aspekten rör dialogen. Ett exempel från fältanteckningen visar hur samtalet mellan en person och Case manager kunde se ut:

Ångesten då? Det är inte så farligt med den. Det låter som att den är hanterbar. Ja det är den. Det är lite jobbigt på morgonen och några timmar fram. Jag har känt dej så länge nu så jag hör på dej när du när du har ångest. När vi sitter och pratar och du orkar en stund och sen behöver du vila. Mannen Mh. Känner du ingen det, stämmer det? Mannen jag det gör jag. Det får inte bli för betungande.

Observationerna visade att Case manager i samtalet hade förmågan att ta den andres perspektiv. De visade även att det fanns en respekt och en förståelse mellan personen och Case manager. SBU (2012) konstaterar att:

”Det finns vetenskapligt stöd för att patienter med schizofreni i sin kontakt med vårdpersonal högt värdesätter en kontakt som har kontinuitet och bredd (grundläggande psykosociala inslag vid sidan om medicinskt stöd) och där förtroende kan spira och autonomi utvecklas. Personalens tillgänglighet, tillit och ärlighet har stort värde” (s. 419). Observationer visar att det ibland saknades en förståelse för personens behov och förmågor. Bachtin (1986) menar att det är vårt ansvar att söka efter den andres perspektiv. Om vi inte uppfattar den andre kan vi inte heller förstå oss själva vilket är själva essensen i samtalet. Lorem och Hem (2012) visar att en brist på insikt att inte kunna ta den andres perspektiv kan påverka kommunikationen i samtalet och bli ett problem om det inte finns en relation som bygger på förståelse. Interaktionen med patienten ses som en del av en ansträngning att förstå personen. För att kunna följa processen i vårdplanen förutsätts enligt Socialstyrelsen (2012) att det finns en kommunikation som bygger på en interaktion och ett fungerande samspel mellan personen och Case manager.

Samtalet påverkades av om deltagarna stämde av med varandra om de orkade fortsätta samtalet eller inte när de pratade om vårdplanen. Ett exempel från fältanteckningen visar hur samtalet såg ut:

Case manager stannar upp då och då och frågar orkar du mer? Jag uppfattar det som att Case manager faktiskt vill ge mannen ett alternativ att kunna avbryta samtalet om han skulle vilja det.

Det var betydelsefullt för Case manager att stämma av med personen för att på så vis förvissa sig om att han orkade ha fokus och delta under samtalet. Ett exempel från fältanteckningen visar att ett samtal kan upplevas som en belastning när personen i samtalet har en svår livssituation.

Blev förvånad över att Case manager vid varje fråga höjde tonläget i rösten mer än Case manager brukar göra under andra samtal som jag tidigare har hört Case manager prata. Jag fick en känsla av att Case manager på något vis samlar kraft för att kunna driva samtalet vidare eftersom personen inte tar egna initiativ till val av ämne.

Det var också viktigt att Case manager kände efter om Case manager orkade att ha fokus och delta i samtalet. Det har tidigare beskrivits att Case manager var den som reflekterade över och satte ord på känslor, förmågor och egenskaper som fanns. Ett exempel från fältanteckningarna visade att det också kunde vara personen som satte ord på och beskrev sin livssituation:

Case manager Är det meningsfullt med mediciner? Mannen suckar direkt, tar emot bilden, och tittar en stund på bilden som han håller i. Det är jobbigt varje dag och kväll. Läger bilden på Nej. Säger men sen vet jag inte om det är bra eller om det är nej ändå känns jobbigt att ta dom Det är jobbigt med påsarna varje morgon och kväll. Det känns tungt därför känns det inte meningsfullt.... Medicinerna blir en börda.

Mannen tyckte inte att det var meningsfullt att ta sina mediciner och därför blev det ett lidande. Begreppet caritas innebär (Eriksson, 1994) att det i ett så kallat vårdande samtal finns en kommunikation som lindrar lidandet och personens lidande lindras genom att samtala om lidandet. Fredriksson (2003) betonar att för att lidandet ska vara förståeligt krävs en kommunikation som är narrativ, relationell och etisk. Med stöd av begreppet caritas upprätthålls normen om ömsesidig respekt vilket innebär att kommunikationen i samtalet blir etisk.

Berätta min historia med ord och bild

Det här temat tar upp aspekter som karaktäriserar vad som händer när samtalet briser och att inte kunna berätta och fråga i samtalet. Men även situationer där personen kan berätta och uttrycka sig i samtalet och hur det ser ut när samtalsmatta används.

När samtalet brister

Det förekommer att deltagarna i resursgruppen har svårt att nå fram till varandra i samtalet när vårdplanen följs upp och utvärderas vilket visas i exemplet som följer. I en resursgrupp framkommer det att personens föräldrar och de professionella på en bostad med särskild service har försökt att samtala med varandra i flera år. Det har blivit en låsning mellan parterna som gör att samtalet brister. När samtalet och kommunikationen brister är det enligt Säljö (2009) ett problem och något som de professionella bör bevaka. Föräldrarna vill få gehör för att det finns ett behov för sonen av att bli påmind och få praktisk hjälp med saker som han inte klarar av på egen hand. Enligt Lundin (2010) är det vanligt med kvarstående funktionsnedsättningar i form av initiativlöshet och kognitiva störningar i tankeförmågan som också påverkar bland annat förmågan till planering och struktur i vardagen. Föräldrarna berättar att de köper frukost och att sonen äter ingen frukost på morgonen men är hungrig. Verksamheten har en ideologi som bygger på empowerment det vill säga att det är en viljetryckning som ska komma som en kraft inifrån personen det vill säga att ta fram och äta frukost på morgonen. SBU (2012) konstaterar att ”patientens och närståendes åsikter ska tas tillvara när vården planeras, inte minst av etiska skäl” (s. 20). För person med en psykosjukdom är också en god relation och förbättringar i kommunikationen viktiga för vara delaktig och ha medinflytande. Socialsekreteraren säger till

mig att det är ett systemfel som funnits i flera år där mannen inte har fått sina behov tillgodosedda. Enhetschefen för boendet betonar att det är en organisatorisk fråga. Personen själv säger till resursgruppen att han vill ha frukost men att han inte kan fråga och kan inte ta initiativ till att ta frukost på egen hand.

De professionella har enligt Säljö (2009) ett visst språk och uttryckssätt. De professionella har tillägnat sig en kunskap som den andre parten inte har tillgång till. Det finns därför en asymmetri i interaktionen och i samtalet. Fältanteckningarna visar att det förekommer även i andra resursgrupper att de professionella använder fackuttryck som till exempel att ha en stabil hälsa. Jag funderar över om innebörden är känd för alla och om deltagarna skulle behöva ha någon form av samsyn om vad ordet betyder. I en gruppstudie av Fox och Macer (2010) på en psykiatrisk klinik introducerades och tillämpades samtalsmatta. De professionella som deltog i studien reflekterade över sitt språkbruk och sitt eget sätt att samtala. De blev medvetna om att det i samtalet med patienten kunde bli ett för komplext språkbruk med stängda frågor. Observationerna visar att aktivitetsnivån i resursgruppen kan vara för hög så att de som deltar i samtalet inte lyssnar på vad var och en vill säga när de träffas i gruppen. Det handlar därför om att deltagarna i resursgruppen måste ge talutrymme till varandra för att deltagarna ska kunna komma till tals. Exempel från fältanteckningar visar att det i resursgruppen fanns olika uppfattningar:

Personalen pratar om frukost och säger att du får ta frukost själv och ta eget initiativ till att ta frukost. Berättar att frukosten är i det gemensamma utrymmet men att det inte är en aktivitet som de anställda har. En personal från aktivitetshuset säger jag vill höra vad han säger själv? I så fall vad tycker du om för frukost? Mamman går in och svarar.

Deltagarna i resursgruppen måste ge talutrymme till varandra för att deltagarna ska kunna komma till tals under samtalet. När turtagningen inte fungerar i samtalet ges personen inte möjlighet att få berätta vad man tycker och tänker om ett ämne. Det blir svårt att föra ett konstruktivt samtal i grupp där personen blir delaktig under samtalet. Samtalet blir innehållsmässigt torftigt när personen inte kan utveckla egna åsikter, tankar och behov. SBU (2012) konstaterar att: ”god kontakt, medinflytande, kontinuitet och respekt i förhållandet till vårdpersonalen kan vara avgörande för personer med schizofreni. Förbättringar i kommunikationen mellan personal, patienter och närstående, samt i vårdens kontinuitet har stor betydelse” (s.419). Det finns enligt Lorem och Hem (2012) olika attityder som bygger på att ha ett intresse av att ta patientens perspektiv. Det är dels vetskapen eller insikten om att jag, den

som är professionell, har en begränsad förmåga att förstå patienten men att det finns något som jag kan lära mig utifrån situationen. Det är även betydelsen av att det finns en känslomässig kontakt när samtalet brister och att kunna interagera med personen.

Att inte kunna berätta och fråga

Att inte ha tal kan innebära att personen kan prata men har inte förmågan att kunna uttrycka och berätta det man vill ge uttryck för inför andra deltagare i resursgruppen. Det var något som lyftes fram i det föregående avsnittet. Att inte kunna uttrycka och berätta det jag tänker eller vad som är mitt behov är enligt Heister Trygg (1998, 2008) ett svårt hinder i samtal med andra människor. Observationer visar att personer som inte kan uttrycka och berätta kan inte bli förstådda av deltagarna i resursgruppen och blir tysta. En person stödjer och genomför sitt samtal genom hur han använder sig av gester och kroppsspråk. Exemplet från fältanteckningen visar att personen är mycket begränsad i sitt sätt att kunna uttrycka sig och berätta under resursgruppsmötet:

Case manager säger att Case manager inte förstår vad mannen vill säga och mannen försöker peka igen. Case manager säger på nytt att Case manager inte förstår vad mannen vill säga. Mannen är och blir tyst.

Mannen hade inget alternativt kommunikationssätt som ersätter tal och kan därför inte berätta vad han vill säga. AKK är en förkortning för alternativ och kompletterande kommunikation och innebär enligt Heister Trygg (1989) en ”kommunikation mellan människor som ersätter eller kompletterar bristande tal/språk” (s. 8). Exemplet från fältanteckningen visar vad som händer i resursgruppen för en person som inte kan förklara och ställa frågor:

Personalen säger att du får säga till om det är något, så jobbar vi här. Enhetschefen förklarar systemet och säger att de kan inte koka fem till tio ägg på morgonen som ingen vill äta. Socialsekreteraren vänder sig till mannen och frågar är det svårt att fråga? Mannen svarar ja. Efter en stund säger mannen jag vill att personalen kokar ägg och kaffe. Skratt från gruppen och någon svarar och säger att ja du kan nog inte få det gjort av personalen men ni kan/får göra det tillsammans. Personalen eller mannen säger ingenting. Mannen säger inledningsvis att han inte vill ha hjälp med något men när han formulerar ett behov så blir han inte tagen på allvar. Men jag undrar hur ska han kunna fråga när han inte kan fråga?

Mannen blev tyst när han upptäcker att det inte var lönsamt att försöka förklara för resursgruppen om hur han tänker om sitt behov. Personen blir inte bemött med respekt i det han

säger och de professionella hänvisar till ett system som bygger på egna initiativ. SBU (2012) konstaterar att: ”det finns vetenskapligt stöd för att personer med schizofreni upplever sig diskriminerade på flera områden i livet och upplever ett utanförskap” (s.420). Ferm et al (2009) betonar att det inte är enkelt att framföra sin åsikt. Man måste kunna bland annat kunna uttryckas sig, våga tycka och framförallt att personen upplever det lönsamt att uttrycka sin åsikt. Konsekvensen av olika diskurser blir enligt Säljö (2009) att det ”finns en risk att vårdsamtal blir ojämlika med svårigheter för vårdsökande att förstå och hävda sina intressen” (s.39). Observationerna visar att det inte är möjligt för personerna att göra sig förstådda i samtalen med resursgruppen. En person som inte kan göra sin röst hörd, och på så sätt har få strategier att kunna göra sin röst hörd, saknar ett reellt inflytande över situationen. Samtalet blir innehållsmässigt torftigt när personen inte kan utveckla egna åsikter, tankar och behov. Förenta Nationerna (Socialdepartementet, 2008) betonar att det är betydelsefullt att kunna kommunicera och samtala för att inte utestängas från att vara delaktig i såväl mänskliga som samhällsliga relationer.

Att berätta med stöd av samtalsmatta

För personer med en psykosjukdom kan symptom och kognitiva funktionsnedsättningar vara ett hinder för att uttrycka sin vilja och för att få en fungerande kommunikation i samtalet med andra människor (Socialstyrelsen, 2011b). Det ställs idag stora krav på organisationen och de professionella att skaffa den information som behövs för att kunna samtala med patienten. I exemplet som beskrevs i föregående fältanteckning hade de två personerna svårt att göra sina röster hörda. SBU (2012) betonar att det bör utvecklas metoder där patientens röst lyfts fram. När Case manager och en av de personer som beskrevs i det föregående avsnittet träffades på mottagningen en vecka senare användes samtalsmatta som ett stöd i samtalet. Tanken med samtalet var att följa upp hur det hade fungerat att genomföra dagliga aktiviteter som utvärderades med stöd av samtalsmatta. Exemplet från fältanteckningen visar hur samtalet såg ut när samtalsmatta används:

Både mannen och Case manager skrattar och det känns som att det är en god stämning i rummet. Case manager ställer frågor om de bilder som lämnas till mannen. Han är förhållandevis snabb att lägga bilden, verkar inte stanna upp och fundera mer än någon enstaka sekund, och lägger snabbt bilden där han önskar. Det visar sig att hela den tregradiga skalan används och han verkar ha en klar uppfattning om vad han tycker.

När samtalsmatta användes hade personen en klar uppfattning om vad han tyckte om aktiviteter han gjorde varje dag. Det kan jämföras med samtalet i resursgruppen där turtagningen mellan

deltagarna inte fungerade alls. I en liknande studie av Bell och Cameron (2008) gav deltagaren i samtalet korta svar med långa pauser och hade inte förmågan att stå upp för vad hon ville för att kunna uttrycka sina behov. Efter att ha använt samtalsmatta blev deltagaren säker på att formulera sig muntligt om egna önskningar.

Hjälpmedelsinstitutet (2009) lyfter också fram att personen måste våga tycka och det ska vara lönsamt att framföra vad man tycker till andra människor. För att en person ska ges en möjlighet att uttrycka sin åsikt och sina behov visade det sig att det var betydelsefullt att i samtalet gå tillbaka till samtalsämnet en gång till. Ett exempel från fältanteckningarna visar att det blir tydligt vad som inte fungerar i vardagen:

Han säger att jag har inte bytt lakan, ska göra de själv, men ingen har hjälpt mig men mamma har frågat. Blir inte påmind av personal att byta lakan. Fungerar dåligt, byta lakan, det är besvärligt säger mannen. Genom att Case manager går igenom mattan igen ges han ett ytterligare tillfälle att tala om vad han tycker. Det är besvärligt.

Samtalsmatta skapade därför utrymme för personens perspektiv genom att personen gavs tid att tänka efter för att kunna uttrycka sin åsikt. Berättelsen blev på så vis fylligare. Det finns en skillnad i samtalandet mellan personer som kan berätta med tal och personer som inte kan berätta med tal. Personer som har tal och som får frågor och som kan berätta får berätta sin historia och tar också fler initiativ till samtal än vad den som inte har tal gör. Fältanteckningen visar hur en personer med grava kommunikationssvårigheter stödjer och genomför sitt samtal genom hur han använder sig av gester och kroppsspråk:

Kommunicerar med att verbalt säga ja, nej eller hm och genom gester såsom att skaka på huvudet fram och tillbaka, ögonkontakt, skratta och visa upp vänster lillfinger i luften. Case manager försöker att kommunicera med gruppen genom att utifrån sitt papper med olika punkter det vill säga vårdplanen gå igenom punkterna. Samtidigt som case manager flera gånger vänder sig mot mannen och frågar om det är ok och när han får en fråga ger mannen en nickning till svar.

Case manager och resursgruppen tyckte att det var svårt att samtala när en person hade ett lägre samtalstempo eller saknade ett alternativ sätt att kommunicera. Personen kunde inte själv ställa några frågor och gav ett kortfattat svar på en fråga.

Det framkommer att när samtalsmatta används, blir det i jämförelse med muntliga samtal en diskussion kring ett ämne i taget. Det beror på att när Case manager ställer en fråga och samtidigt lämnar fram en bild med en text kan personen med stöd av samtalsmatta berätta om ett nytt ämnesområde. Ett exempel från fältanteckningarna visar att Case manager blir förvånad när det framkommer information som de inte tidigare pratat om tillsammans:

Är det meningsfullt att äta frukost? Mannen stannar upp och håller i kortet en liten längre stund och säger jaa det är meningsfullt. Jag köper en yoghurt på affären och äter varje dag. Varje dag? Är det meningsfullt att äta middag? Mannen tar bilden och stannar upp en kort stund och lägger kortet på JA. Jag äter inget, köper smörgås, äter inte middag, köper färdig smörgås på affären.

När Case manager fått ny information om mannens matvanor är det en kunskap som är betydelsefull för båda att känna till och ha med sig när de senare i samtalet skulle diskutera vårdplanen. Med stöd av samtalsmatta kunde personen få stöd i att resonera vilket ger möjlighet till att förklara sitt svar. Samtalsmatta gör att det blir en variation i svaret i jämfört med tidigare samtal när samtalsmatta inte används i samtalet. Exempel från fältanteckningarna visar att personen kan förklara hur han mår efter en medicinjustering:

Case manager frågar om det är något som är ett symptom, en biverkan, som du inte tänkt på? Mannen svarar att jag pratade med läkaren igår och det behövs bara en in vinkling så ändrar dom medicinen. Jag känner att jag var bättre innan ändringen. Case manager frågar på vilket sätt? Mannen svarar att jag var gladare. Case manager frågar ska vi sätta dit det? Det har blivit sämre säger han och sätter dit kortet sämre på samtalsmattan.

Personer kunde genom ord och bild, med stöd av samtalsmatta, uttrycka det som var svårt och kunde förklara det som man ville berätta i samtalet. I ett samtal användes samtalsmatta för att utvärdera vilka aktiviteter som personen upplevde som meningsfulla. Case manager ställde flera frågor till personen för att med stöd av samtalsmatta utforska vad personen själv ville och tyckte. När Case manager ställde följdfrågor blev det en turtagning med flera turer i samtalet. Det gör att personen kunde berätta fler saker. Exemplet från fältanteckningen visar att personen kommer fram till att han inte vill delta i resursgruppsmötet:

Case manager skriver ett kort med namnet resursgrupp på och överlämnar bilden till mannen samtidigt som Case manager innan har ställt frågan: Är det meningsfullt med resursgrupp? Mannen lägger snabbt bilden under NEJ och utan någon betänketid men säger innan han lägger bilden att: Det känns jobbigt. Case manager ställer en följd fråga, - Vill du inte vara med på mötet? Mannen svarar nej det är bättre att ni är med själva.

När mannen fått konkreta frågor innebär det att han kunde göra ett aktivt val och han blev på så vis delaktig i samtalet och diskussionen. Det var inte ofta som personerna tog egna initiativ att fråga eller berätta saker. Exemplet från fältanteckningen visar att när en person ges möjlighet och förutsättningar att få berätta kan också spontana samtalsämnen uppkomma:

Case manager börjar sammanfatta vad mannen uttryckt för åsikt med stöd av samtalsmatta. Ett självklart val är utflykt. Mannen bryter då in i samtalet och vill berätta mer och beskriver en situation. Det här är också en av de få gånger då han har gått in i ett samtal och tagit ett eget initiativ.

Det visade sig att en person kunde formulera en åsikt och berätta sin historia när det fanns förutsättningar och stöd i form av samtalsmatta. SBU (2012) konstaterar att: ”Det finns vetenskapligt stöd för att patienter med schizofreni, trots sin sjukdom, kan uttrycka egna behov och ge goda förslag på hjälp. Viktiga önskemål är: att få en social förankring, att vara delaktig, att få en god relation till personal, att behandlingen inte begränsas till enbart mediciner och att man får ett inflytande som syftar till delat beslutsfattande” (s.419). De nationella riktlinjerna för personer med schizofreni (Socialstyrelsen, 2012) är tydliga med att det behövs en individuellt anpassad information till personer med schizofreni och betonar att det idag ställs större krav än tidigare att organisationen och den professionella skaffar den information som behövs i arbetet.

Diskussion

Jag har studerat samtal mellan människor som är i behov av särskilt stöd och professionella inom hälso- och sjukvårdens psykiatri. Inom psykiatrin talar man inte om patienter i behov av särskilt stöd. I stället används begreppet personer med stora och sammansatta funktionsnedsättningar. Det har varit oerhört lärorikt att genomföra en forskningsstudie i specialpedagogik. Jag har tvingats att studera, beskriva, reflektera över och analysera vad samtal mellan människor i psykiatrin kan innebära på ett annat sätt än vad jag annars skulle fått möjlighet till och tagit mig tid till att göra. Det tog inledningsvis tid att ändra perspektiv, från rollen som specialpedagog till rollen som deltagande observatör på fältet, men när jag väl kom in i arbetet var det lättare att förstå min roll som forskare och arbetsuppgiften som observatör.

I metodavsnittet lyfte jag fram att Case manager försöker följa och träffa patienten där personen befinner sig. Det praktiska arbetet för de professionella innebär att hitta ingångar till personen för att därigenom skapa en allians och relation. De professionella beskrev det till och med som en förutsättning innan arbetet med Integrerad Psykiatri kunde påbörjas. Jag kan se att det fanns en parallell process jämfört med min roll som forskare där det inledningsvis var en utmaning för mig att försöka hitta en ingång till deltagarna i studien innan fältarbetet kunde påbörjas. I denna fas men även under fältstudierna och observationerna har jag haft god hjälp av min förförståelse för fältet och verksamhetens uppdrag och behövde därför inte lägga tid och energi att förstå hur den psykiatriska verksamheten såg ut och fungerade och kunde lägga fokus på att studera samtal i rollen som forskare. Min förförståelse kan också ha inneburit att det finns saker som jag har inte har lagt märket till och tagit för självklara då den psykiatriska miljön var en för mig van miljö att vistas i. Fältstudierna och observationerna tog sex månader att genomföra och inbringade ett rikt material som jag beskrivit och tolkat i resultatdelen. Jag var noga med att i analysen återkommande återgå till källmaterialet för att stämma av hur jag uppfattat fältanteckningar och observationer för att på så vis öka studiens tillförlitlighet.

Att välja en etnografisk studie tror jag var den lämpligaste metoden för att få svar på mina forskningsfrågor då jag har kommit nära fältet genom att både få delta och observera människors liv och handlande och därigenom fått svar på mina forskningsfrågor. I det här kapitlet kommer jag att reflektera över studiens resultat och samt ge förslag på intressanta forskningsområden. De forskningsfrågor som studien vill undersöka är: Vad karakteriserar det professionella samtalet? Hur utvecklas samtalet när samtalsmatta används? Hur kan jag se och förstå maktförhållandet i samtalet och vilken betydelse det har för patienten? Om jag skulle

göra om studien idag skulle jag avgränsa fältstudierna genom att studera samtal mellan deltagarna i resursgruppen när de diskuterar vårdplanen.

Tolkning och reflektion av studiens resultat

Syftet med studien är att studera hur ett samtal om gemensamt beslutfattande går till när en patient, Case manager och de professionella träffas enskilt eller i resursgrupp och samtalar med varandra om vårdplanen. Resultatet visar att institutionella samtal är en komplex process där parterna bör lyssna på den andre och varandra, ställa frågor, ge adekvat respons och visa intresse. Enligt Linell (2011a) är utforskningen i ett samtal där en part berättar, där den andre frågar och parterna svarar, själva essensen i samtalet. Resultatet visar även att det måste finnas en vilja till ansvarsfördelning i samtalet som bland annat karaktäriseras av att bli bemött med förståelse för en livssituation som innebär ett lidande. Enligt Eriksson (1994) kan lidandet lindras genom språket, det vill säga att man samtalar om lidandet. Fredriksson (2003) betonar att kommunikationen genom samtalet blir etisk om det finns en norm om en ömsesidig respekt i samtalet men också i det moment i samtalet där ett beslut eller en åtgärd formuleras. Lorem och Hem (2012) visar på att en brist på insikt att inte kunna ta den andres perspektiv, patienten, kan påverka kommunikationen i samtalet och bli ett problem om det inte finns en relation som bygger på förståelse och där interaktionen med patienten ses som en del av en ansträngning att förstå personen. Resultatet visar att det är nödvändigt att relationen mellan personen och Case manager bygger på att det finns en känsla av såväl förståelse som ömsesidig respekt för att kunna nå fram till varandra under samtalet. Om personens lidande kan lindras genom samtal om lidandet ställer jag mig följande frågor: Tar Case manager ett ansvar för att samtala om lidandet? Hur förhåller sig Case manager till personens lidande i samtalet? Samtalar resursgruppen om lidandet? Människan bör enligt Eriksson (1994) finna en mening med lidandet eftersom lidandet är en del av hälsan och jag anser därför att frågorna är centrala att reflektera över och lyfta fram i samtalet om samtalet ska bli meningsfullt, hanterbart och begripligt.

Resultatet visar att plats, form, tid, tempo, och rytm har betydelse för samtalets kvalitet. Men också hur de professionella ställer frågor, inväntar svar och avslutar samtalet. Den ryska filosofen och litteraturkritikern Mikhail Bachtin (1986) skapade genom en analys och en tolkning av Dostojevskijs författarskap en insikt i mänsklig kommunikation där polyfonin och teorin om dialogism är central. Bachtin (1986) menar att vi i dialogen med den andre söker efter den andres perspektiv. Det vill säga det perspektiv som inte är vårt eget och där svaret är vårt ansvar. Om vi inte uppfattar den andre kan vi inte heller förstå oss själva.

Resultatet visar att man behöver veta vad man vill och behöver argumentera för att få sin röst hörd i samtalet med såväl Case manager som resursgruppen. Personer som inte har tal kan inte göra sin röst hörd men det är även svårt och ibland även omöjligt för den som har tal att göra sin röst hörd. Det blir mest tydligt när flera frågor ställs på en gång eller när resursgruppen träffas. Resultatet visar att samtalet brister när personen inte får uttrycka sig, fråga och berätta främst i samtal med deltagare i resursgruppen. Jag tolkar även att det finns en medvetenhet hos personen och deltagarna om att det finns en skillnad i asymmetrin där oftast Case manager, läkare eller annan deltagare i resursgruppen är den part som dominerar samtalet vilket gör att personen hamnar i ett underläge. De professionella har ett yrkesspecifikt språk och ett eget sätt att tänka och kommunicera och därför blir det enligt Säljö (2009) svårt för att såväl förstå som att hävda sitt eget intresse.

Min tolkning är att de professionella och deltagarna i resursgruppen genom sitt handlande visar att de utövar en dominans och makt i samtalet. Enligt Linell (2011b) innebär dominans att en deltagare tar mer av talutrymmet på bekostnad av den andra deltagaren. Att delta på fältet innebar att jag kom nära de människor som jag skulle studera och jag tror inte att det hade varit möjligt att få syn på den rådande maktstrukturen om jag inte deltagit på fältet som observatör. Inledningsvis hade jag en tanke om att studera ett delat beslutsfattande SDM i samtalet. Under analysen med att hitta teman märkte jag att det inte var möjligt att göra det inom ramen för den här studien. De kriterier som måste vara uppfyllda för att kallas ett delat beslutsfattande SDM var nämligen inte uppfyllda på fältet. Däremot kan jag se att när samtalsmatta används uppfylls en del av kriterier för SDM men det som saknas är att ett aktivt beslut fattas som accepteras av alla parter. I en masteruppsats har Lindquist (2011) i en litteraturstudie inom vårdvetenskap studerat patienters erfarenhet av delaktighet inom psykiatrisk vård. Resultatet visar bland annat att möjligheten till delaktighet uteblev på grund av att den hierarkiska struktur som finns i den psykiatriska verksamheten skapar en maktlöshet och hopplöshet hos patienten.

Generellt sett är de flesta samtalen dynamiska och asymmetriska. I samtalet uppstår det sällan tomrum och det får mig att reflektera över om den som dominerar samtalet är rädd för tystnaden. Om det blir en tystnad skapas ett talutrymme där det skulle ges möjlighet till tid och reflektion för att kunna samla ihop sina tankar och därefter uttrycka det man vill berätta. Ansvarsfördelningen mellan deltagarna blir därför mycket ojämn när den ena parten dominerar över den andre. När det inte ges utrymme att kunna svara på frågor. Det blir en svår situation där deltagare i studien känner att de blir inte bemötta med respekt och blir kränkta när de inte får tillfälle att göra sin röst hörd.

Personen ställer också frågor men det är när Case manager och läkare ställer frågor som jag ser att det har en stor betydelse för hur hela samtalet utvecklas. De professionella har ett ansvar för att det ska bli och blir ett samtal där personen kan uttrycka sig genom att svara på frågor men om inte förutsättningarna finns för det eller medvetenheten om hur man ska ställa frågor till personen och vet vilka konsekvenserna, är, blir det för personen en omöjlig situation. Resultatet visar att de färdigheter och den hållning som Case manager och läkare behöver ha är tålmod, empati och en lyhördhet för att personen tillsammans med resursgruppen ska känna sig delaktig i samtalet och komma vidare i sitt liv utifrån målen i vårdplanen. Det vill säga att en del av interaktionen är att parterna anstränger sig för att förstå varandra. Det blir i samtalet annars omöjligt för personen att vara med i samtalet och delta i ett gemensamt beslutsfattande.

Resultatet visar att det finns situationer där personen kan berätta och uttrycka sig i samtalet. Med bland annat stöd av samtalsmatta kan en person uttrycka sig genom att när det finns förutsättningar och ett stöd i samtalet att kunna formulera sin åsikt och få berätta sin historia. Resultatet visar att samtalet utvecklas när samtalsmatta används genom att personen får sin röst hörd i samtalet och själv kan uttrycka åsikter som är viktiga. Det finns en växelverkan mellan asymmetri och symmetri i samtalet. Tempo och turtagningen anpassas då utifrån personen och inte utifrån de professionellas perspektiv där personen kan ta fler initiativ jämfört med andra samtal när samtalsmatta inte används. För en person som inte kunde göra sin röst hörd i resursgruppen kunde i samtal med Case manager uttrycka sin åsikt och vilja med stöd av samtalsmatta. När samtalsmatta användes hade personen en klar uppfattning om vad han tyckte om aktiviteter han gjorde varje dag. Det kan jämföras med samtalet i resursgruppen där turtagningen mellan deltagarna inte fungerade alls. I en liknande studie av Bell och Cameron (2008) kunde deltagaren formulera sig muntligt om sina egna önskningar. Personen förflyttar sig därigenom till en annan position från att ”vågar jag säga till att jag vågar säga” (Bell & Cameron, 2008).

Jag har även ställt mig frågan om resultatet visar på om det finns nackdelar med att använda samtalsmatta. Resultatet visar inte på att det finns några nackdelar men däremot visar fältstudierna att Case manager måste ha en kunskap och ett förhållningssätt till hur metoden ska användas. Det finns annars en risk för att metoden missbrukas (Ferm et al, 200). I värsta fall kan det innebära att Case manager använder sin professionella ställning och dominans och koncentrerar sig mer på samtalsmattan och frågor än att visa intresse för svaren. Effekten blir att personen blir maktlös i samtalet. Det är också viktigt att inte tro att samtalsmatta på något sätt ersätter ett samtal utan att samtalsmatta är ett redskap för Case manager att kunna ställa frågor om vad personen tycker om ett ämne som parterna tidigare diskuterat tillsammans.

I den psykiatriska verksamheten finns det en tradition och en kultur med fokus att diskutera personens symtom, behandling och diagnos. Psykologen Bo Hejlskov Elven (2015) beskriver att psykiatrins uppdrag är att ”hantera och förebygga negativa beteenden som kan bromsa patientens utveckling mot ett fungerande liv” (s. 9) där psykiatrin ska hjälpa patienten att skapa sammanhang. Kontexten är det centrala för hur människor uppfattar meningsskapandet i samtalet. Resultatet visar att för att personen ska få en känsla av sammanhang måste personen få kraft att i samtalet ”våga tycka och det måste vara lönt att framföra sina åsikter!” (Ferm el al, 2009 s. 10-11). Det finns annars en risk att det stöd som psykiatrin erbjuder ”fastnar i ett tillstånd av planering” (Wärdig, 2015). Det finns annars en risk att Case manager inte hittar en ingång i samtalet och kontakten och når inte fram till personen som inte finner det lönsamt att framföra sin åsikt om det aldrig blir ett konkret resultat som är synligt för personen.

Utifrån resultatet i studien är det intressant att lyfta fram begreppet ansvar som jag i detta avseende menar de professionella handlingarna. Case manager och läkare har i sin yrkesskicklighet en handlingsfrihet i sitt arbete och jag reflekterar över om det inte är så att desto större utrymme är desto större är också ansvaret att stå till svars för handlingen. Case managers uppgift och yrkesroll är att fungera som ett stöd för att organisera, planera och samordna olika resurser. De olika handlingarna måste i så fall stå i överensstämmelse med vilka normer och den kultur som råder i verksamheten. För att kunna ta ett ansvar måste Case manager därför ha tillgång till olika former av resurser för att kunna lyckas med uppdraget att bjuda in till och göra patienten delaktig i samtalet och vårdplanen. Det vill säga för att kunna ta ansvar måste Case manager också kunna ha ett ansvar och ett handlingsutrymme i organisationen. Frågan är om det är möjligt inom en hierarkiskt styrd organisation.

Jag tror att den psykiatriska verksamheten kan utveckla kvalitén i samtalen med patienten och resursgruppen om det skapades en kultur där det är ett mer öppet och tillåtande klimat att lyssna och ta in olika perspektiv och synsätt. Det finns därför behov av ett forum som lyfter fram och diskuterar de professionellas uttrycksätt och språkbruk samt själva processen och strukturen i samtalet med patienten. Det är de professionella som måste ha och ta ett övergripande ansvar för kvalitén i samtalet genom att ställa reflekterande frågor till sig själva och personen/patienten före, under och efter ett samtal. Det vill säga att ha en inre dialog med sig själv för att kunna ha ett förhållningssätt där personen/patienten blir bemött med förståelse och respekt i samtalet. Den professionella måste också visa en omsorg genom att ta ansvar för samtalet så att det blir mer meningsfullt utan makt och dominans.

Forskning i framtiden

Det har visat sig att det finns ett fåtal studier som tar upp samtal men även begreppet så kallade vårdande samtal mellan patient och de professionella inom psykiatrin. Det finns därför en betydande kunskapsbrist eller kunskapslucka i ämnet och jag ser därför att det bör tas ett initiativ och tillskapas resurser för att kunna utveckla ämnet. Utifrån min studie har jag reflekterat och kommer med förslag på några ämnen som jag tycker vore intressanta att få belysta inom ramen för nya forskningsstudier:

- Implementera samtalsmatta i resursgruppen för att studera hur talutrymmet och maktfördelningen i samtalet påverkas.
- Implementera samtalsmatta i samtal mellan patient och Case manager när Case manager behöver utvärdera vad patienten har för åsikter om delmålen i vårdplanen.
- Utifrån ett delat beslutsfattande SDM använda samtalsmatta när Case manager vill utvärdera delmålen i vårdplanen.

Studiens ämne har specialpedagogisk relevans då begreppen inkludering och delaktighet är centrala och handlar om personer med olika funktionsnedsättningar som är inkluderade eller exkluderade i såväl mellanmännsliga som samhälleliga relationer.

Referenser

- Alvesson, M. Sköldberg, K. (2007) *Tolkning och reflektion. Vetenskapsteori och kvalitativ metod*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Bachtin, M. (1986) *Rabalais och skrattets historia*. Gråbo: Anthropos.
- Bachtin, M. (2010) *Dostojevskijs poetik*. Gråbo: Anthropos.
- Bell, D. Cameron, L. (2008) From Dare I say...? to I dare say: a case example illustrating the extension of the use of Talking Mats to people with learning disabilities who are able to speak well but unwilling to do so. *British Journal of Learning Disabilities*, 36, 122-127.
- Beukelman, D. McNaughton, D. (2010) *Transition Strategies for Adolescents and Young Adults Who use Augmentative and Alternative Communication*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Beukelman, D. Mirenda, P. (2005) *Augmentative and alternative communication supporting children and adults with complex communication needs*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Björck, S. (1983) *Romanens formvärld*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brain, C. (2015) *Cognition, Adherence and Stigma in Schizophrenia. The COAST Study*. (Doktorsavhandling). Department of Psychiatry and Neurochemistry. Institute of Neuroscience and Physiology. Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg. Tillgänglig: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/37525/4/gupea_2077_37525_4.pdf
- Burns, T. (2005) *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Charles, C. Gafni, A. & Whelan, T. (1997) Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or, it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44, 681-92.
- Dostoevskij, F. M. (1970) *Bröderna Karamazov*. Stockholm: Bonnier.
- Eriksson, K. (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Fangen, K. (2005) *Deltagande observation*. Malmö: Liber AB.
- Ferm, G. Thunberg, G. (2008) *Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK)*. Hartelus, L. (Red.) *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur.

- Ferm, U. Sigurd Pilesjö, M. Tengell Jöborn, M. (2009) *Samtalsmatta; svenska erfarenheter av metoden*. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet. Tillgänglig:
http://www.dart-gbg.org/public/anpassningar/Rapport_Samtalsmatta.pdf
- Fischbein, S. Österberg, O. (2003) *Mötet med alla barn – ett specialpedagogiskt perspektiv*. Stockholm: Gothia.
- Foldermo, A. (2014) *Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer*. Skärsäter, I. (Red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsoinstitutet. (2014) *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*. Förlagsort: Stockholm.
- Folkhälsoinstitutet. (2016) *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2016*. Förlagsort: Stockholm.
- Fox, P. Macer, J. (2010) Using a communication tool to help clients express their health concerns. *Learning Disability Practice*. Vol 13, Issue 9, 22-24.
- Fredriksson, L. (2010) *Att vårda i samtal – kommunikativa aspekter på lidande och vårdande*. Wiklund Gustin. L. (Red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (s. 351-373). Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, L. (2003) *Det vårdande samtalet* (Doktorsavhandling). Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap. Tillgänglig:
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43659/FredrikssonLennart.pdf>
- Hamann, J. Cohen, R. Leucht, S. Busch, R. & Kissling, W. (2007). Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(7), 992-997.
- Hamann, J. Langer, B. Winkler, W. Busch, R. Cohen, R. Leucht, S. & Kissling, W. (2006) Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 265-273.
- Hamm, B. Mirenda, P. (2006) Post-school quality of life for individuals with developmental disabilities who use AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 22, 134-147.
- Hartman, J. (2004) *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Heister Trygg, B. (1989) *Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) i teori och praktik*. Stockholm: Handikappinstitutet.
- Heister Trygg, B. (2004) *TAKK – Tecken som AKK*. Umeå: Specialpedagogiska Institutet.
- Heister Trygg, B. (2008) *Kommunikativ omvårdnad*. Om Alternativ och Kompletterande Kommunikation för personer med demens, förvärvat hjärnskada och grav utvecklingsstörning. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet.
- Hejlskov Elvén, B. (2015) *Beteendeproblem i psykiatrisk vård*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Hermerén, G. (2011) *God forskningssed*. Vetenskapsrådets rapportserie 1:2011. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Light, J. (1997) Communication is the essence of human life: reflections on communicative competence. *Augmentative and Alternative Communication*, 13:2, 61-70
- Light, J. (1988) Interaction involving individuals using augmentative and alternative communication: State of the art and future research directions. *Augmentative and Alternative Communication*, 4, 66–82.
- Lindqvist, M (2011) *Från skendemokrati till delaktighet: Patienters erfarenhet av delaktighet inom psykiatrisk vård*. (Master's thesis). Ersta: Institutionen för vårdvetenskap, Ersta Sköndal högskola. Tillgänglig:
<http://esh.diva-portal.org/smash/get/diva2:421185/FULLTEXT01.pdf>
- Linell, P. Gustavsson, L. (1987) *Initiativ och respons. Om dialogens dynamik, dominans och koherens*. Universitetet i Linköping. Tema Kommunikation. SIC 15.
- Linell, P. (2011a) *Samtalskulturer. Kommunikativa verksamhetstyper i samhället*. Volym 1. Institutionen för kultur och kommunikation. Linköpings universitet.
- Linell, P. (2011b) *Samtalskulturer, Kommunikativa verksamhetstyper i samhället*. Volym 2. Institutionen för kultur och kommunikation. Linköpings universitet.
- Loem, G. F. Hem, M. H. (2012) Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21: 114-122.
- Lundin, L, Ohlsson, O. (2010) *Psykiska funktionshinder – stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar*. Malmö: Cura.
- Makoul, G. Clayman, M. L. (2006) An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education & Counselling*, 60(3), 301-312.
- Malm, U. (2002) *Case management. Evidensbaserad Integrerad psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Murphy, J. (2004) Enabling Frail Older People with a Communication Difficulty to Express their Views: the use of Talking Mats as an interview tool. *Health and Social Care in the Community* 13 (2): 95-107.
- Murphy, J. (2006) Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations*, 9, 49-59.
- Murphy, A. (2015a) *About Talking Mats*. <http://www.talkingmats.com/about-talking-mats/#howitworks>. (2015-12-05).

Murphy. A. (2015b) *How Talking Mats works*. <http://www.talkingmats.com/about-talking-mats/#howitworks>, (2016-06-05).

Nilholm, C. (2006) *INKLUDERING AV ELEVER "I BEHOV AV SÄRSKILT STÖD" – Vad betyder det och vad vet vi?* Forskning i fokus nr 28. Myndigheten för skolutveckling. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig:
http://www.mah.se/pages/47925/Inkludering_spec.pdf

Nilholm, C. Björck-Åkesson, E. (2007) *REFLEKTIONER KRING SPECIALPEDAGOGIK – sex professorer om forskningsområdet och forskningsfronterna*. Vetenskapsrådets rapportserie 5:2007. Högskolan för lärande och kommunikation vid Högskolan i Jönköping. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig:
<https://www.vr.se/download/18.aae1aa51132473084980002186/Rapport+5.2007.pdf>

Norlin Bagge, E. (2014) Ett konferensbidrag. Kvalitetsdagar SU Område 2. November 2014. Vetenskaplig forskningsartikel under publicering.

Regeringskansliet (2015) *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning(ICRPD)*. Socialdepartementet.

<http://www.regeringen.se/contentassets/0b52fa83450445aebbf88827ec3eecb8/fns-konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning-ds-200823>. (2016-01-01).

SBU 2012:213. *Schizofreni Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation*. Stockholm: SBU.

SFS 2015:311. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2014:756. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2015:85. *Socialtjänstlag*. Stockholm. Socialdepartementet.

Sjöstedt, C. (2015). *Så ska psykiatripatienternas inflytande stärkas*.
<http://www.registercentrum.se/sv/content/s%C3%A5-ska-psykiatripatienternas-inflytande-st%C3%A4rkas>. (2015-12-05).

Socialdepartementet 2008:23. *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen. (2011a) *Metod på drift - En studie om implementeringen av en nationell utbildningssatsning om Case Management enligt ACT-metoden för personer med psykiskt funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011b) *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012a) *Psykosociala insatser vid schizofreni eller liknande psykoser – Stöd för dig i dina kontakter med vården och omsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012b) *Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Säljö, R. (2009) Institutionella språk och samtal om hälsa – information, kommunikation och samarbete i vården. Hansson Scherman, M., Runesson, U. (Red.) *Den lärande patienten*. (s. 39). Lund: Studentlitteratur.

WHO (2016) Mental Health Schizophrenia,

http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en (2016-01-02).

Wärdig, R. (2015) *Common People: Physical health, lifestyle and quality of life in persons with psychosis and their striving to be like everybody else*. (Doktorsavhandling). Linköping: Institutionen för medicin och hälsa, Avdelningen för omvårdnad. Linköpings universitet, Medicinska fakulteten. Tillgänglig:

<http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A865972&dswid=3562>

Stockholms universitet/Stockholm University
SE-106 91 Stockholm
Telefon/Phone: 08 – 16 20 00
www.su.se



**Stockholms
universitet**