

# Organisering av tid och emotioner i psykiatri

Mona Lindqvist

**Att arbeta med migranter i psykiatri innebär ett krävande emotionsarbete som tar tid och reflektion i anspråk. I en organisation där produktionen ständigt förväntas öka kan patient och lidande bli en marknadsekonomisk entitet som behandlare ska hantera i ett ökande tempo. Som följd av denna acceleration måste behandlare hitta strategier för att undvika att dräneras på emotionell energi.**

Therese, en intervjuperson i denna studie, ger uttryck för det som kommer att presenteras här:

Så har man flera patienter tätt på varandra som berättar om upplevelser av gruppvåldtäkt, hemska berättelser om tortyr och avrättningar. Men det är inte bara patientbesök [som ska hinnas med under arbetsdagen], det är planering, skriva journal, sätta diagnos, ringa samtal, samarbeta, vara uppdaterad på information innanför och utanför psykiatri. Man ska dessutom ange i tid vad man har arbetat med under arbetsdagen. Jag tror jag blir galen. Jag vill ju göra ett bra arbete, men det hinns ju liksom inte med.

Behandlare inom psykiatri har ambitionen att bemöta migranter med psykisk ohälsa på ett värdigt och respektfullt sätt. Men ökade krav på kvantitativt mätbara arbetsprestationer krymper tiden för patientarbete och skapar en känsla av hets och samvetsstress för behandlaren (Liedman 2012). Det är inte patienternas berättelser om svåra livserfarenheter i första

FÖRFATTARE

Mona Lindqvist, doktorand i sociologi, Karlstads universitet  
mona.lindqvist@kau.se

Forskningsfinansier: Landstinget i Värmland

hand som skapar stress utan snarare en snäv organisatorisk struktur, som inte ger utrymme för reflektion kring behandlars emotionella arbete.

Emotionsarbete i behandling i psykiatri är en nödvändighet. Likväl uppmärksammas det förvånansvärt lite av organisationen. Det övergripande syftet med den här artikeln är att undersöka emotionsarbete i behandling av migranter i psykiatri, sett ur behandlingspersonalens perspektiv, samt hur kraven på effektivisering av psykiatri spelar roll för det emotionella arbetet. Organisering i psykiatri betraktas således genom detta specifika behandlingsarbete.

Behandlars möten med patienter innebär ett krävande emotionsarbete, väl jämförbart med ett tungt kroppsligt arbete (Hochschild 2001, 2003). Förutom att lyssna och inkorporera patientens berättelse ska behandlaren ge uttryck för empati och iscensätta en önskad atmosfär av trygghet och stabilitet i relationen (Hochschild 2001, 2003; Slotte 2007; Olsson 2008; Svenaeus 2011). Intervjupersonernas berättelser beskriver en arbetsmiljö med allt större krav på effektivitet som försvårar den emotionella hanteringen av arbetet (jämför Taylor 1911/1998, Weber 1978). De som ska hjälpa patienten med psykiska och emotionella svårigheter riskerar själva att bli emotionellt dränerade, vilket kan leda till empatitritthet, utbrändhet eller sekundär traumatisering (behandlaren får liknande symtom som patienten) (Karasek & Theorell 1992, Eriksson m fl 2003, Figley 2002, Wallenberg 2003, Putman & Lederman 2008).

I artikeln betecknar begreppet behandlare professionella som har en behandlande roll utöver sin grundprofession. Detta beskrivs mer ingående nedan. Begreppet migranter använder jag som samlingsbegrepp för invandrare, flyktingar, asylsökande, papperslösa och andra personer med erfarenheter av tvingad migration (Castles & Miller 2009). Nedan följer en kort presentation av hur nya organisatoriska modeller implementerats i psykiatri samt tidigare forskning av relevans för emotioner i psykiatri, följt av ett teoriavsnitt och ett metodavsnitt. Därefter presenteras analysen av behandlarnas upplevelser av emotionsarbete med migranter och slutligen diskuteras detta.

## NEW PUBLIC MANAGEMENT

Under 1990-talet och 2000-talet gjordes betydande förändringar inom den offentliga sektorn med krav på ökad effektivitet. De nya organisationsformerna kan sammanfattas under paraplybegreppet *new public management* (NPM) (Christensen m fl 2005, Almquist 2006, Bejerot & Hasselblad 2013, Eriksson 2014). Avsikten med NPM var bättre styrning och mer resultatnriktade prestationer (Almquist 2006). Arbetet formulerades i kvantitativt mätbara mått med förebild i marknads ekonomi. Mängden arbete, ju mer desto bättre, fick relativt oreflekterat också stå som ett mått på god kvalitet (Agerberg 2014). De professionella behandlarnas

kunskap och förhållningssätt till patienten blev därmed sekundära i förhållande till de administrativa resultatmålen (Brunsson & Sahlin-Andersson 2000, Petersson m fl 2006). Ökad produktion utan tillräcklig reflektion över arbetsinnehållet medför också en kvalitativ förändring i arbetsbelastningen (Paulsen 2015). Att enbart använda kvantitativa mått som evidens för god kvalitet rimmar illa med den yrkesetik som beskriver grundläggande värden i arbetet med psykisk ohälsa; att skapa tillitsfulla relationer till patienten och bemöta denne med respekt, empati och en icke-dömande generositet (Akademikerförbundet SSR 2014, s 20).

Hasselblad m fl (2008) visar hur det skett en diskursiv förändring av vården mot en ökad kontroll av de anställda till följd av NPM. Den begreppsapparat som har implementerats i NPM:s kölvatten reducerar inte bara patienten till en produktionsenhet, utan tvingar också personalen att förhålla sig mer instrumentellt till sina arbetsuppgifter och att se sina patienter som enheter snarare än människor med unika berättelser om sina liv (Almqvist 2006, Holen 2011, Ahlbäck Öberg & Widmalm 2012, Zaremba 2013). Som en motreaktion, men också för att inte helt duka under för krav och kontroll, skapar sig personalen små öar av respit (Ivarsson & Larsson 2012, Karlsson 2012) som vi ska se nedan.

I den här artikeln kommer jag framför allt att fokusera på effekter av tidsorganisering inom psykiatri, eftersom det är den som påtalas som mest bekymmersam av intervjupersonerna. Det finns med andra ord allt mindre tid för det emotionella arbete som behandlare behöver utföra för att inte själva ta skada av traumatiska berättelser i behandlingen av migranter. Det finns i bästa fall organiserat stöd i form av handledning men även denna tid är begränsad och bygger på en föreställning om att känslor kan "sparas" till ett annat tillfälle. Organisering av tid och organisering av emotioner i psykiatri hör således intimt ihop.

Behandlare ingår i multiprofessionella team bestående av sjuksköterskor, läkare, socionomer och psykologer (Thylefors 2013). Det är inte alltid helt tydligt definierat för de olika yrkesgrupperna vilka ansvarsområden varje enskild behandlare har, förutom vissa yrkesspecifika arbetsuppgifter. Arbetet är oftast ensamarbete. Det finns således begränsade möjligheter i tid och rum att dela känslor och tankar med kollegor under en arbetsdag. Behandlingsuppläggen ser olika ut beroende på problematik, men det finns vissa grundläggande beståndsdelar i all behandling som är gemensamma: att visa respekt, empati och att sätta sig in i den andres upplevelser (Akademikerförbundet SSR 2014). Johansson (2006) understryker att en god terapeutisk allians, en tillitsfull relation, eller att känna sig förstådd, sedd och lyssnad på, är det mest avgörande för att patienten ska känna sig nöjd med behandlingen. Empati är alltså av avgörande betydelse för det ömsesidiga förtroendet mellan patient och behandlare och därmed ett gynnsamt behandlingsresultat. Arbeta med migranter kräver ofta ett förtäat empatiarbete eftersom det inte är ovanligt att personer som migrerat har svårt att lita på andra

människor till följd av de övergrepp de varit utsatta för (Kirmayer 2008, Bäärnhielm 2014). Men det är inte bara patienter som har svårt att känna tillit; även organisationen uppvisar bristande tillit till behandlarna i form av ökad granskning och krav på tidsadministration, samtidigt som hetsen att hinna med allt fler emotionellt engagerade patientbesök per arbetsdag ökar (Lindgren 1999, Rasmussen 2004, Bergman 2011).

## TEORI

Tid har blivit en bärande organiseringsprincip i det västerländska samhället och effektivitet och tidsbesparande åtgärder har blivit eftersträvarvärda mål i sig (Jönsson 1999, 2009; Heidegren 2014). Jönsson (2009) diskuterar hur begreppet *ställtid* (tid att ställa om från en syssla till en annan) nästan helt försvunnit ur vår samtid. Rosa (2014) är inne på snarlika tankegångar då han introducerar begreppet *acceleration* för att beskriva och analysera tid och tidens betydelse i det samtida västerländska samhället. Vid sidan av andra processer utmärkande för det senmoderna samhället, såsom tilltagande individualisering och rationalisering, ser vi också ett ständigt ökande tempo hävdar Rosa. Han definierar accelerationen av tid på tre områden: en teknisk, en social och en individuell acceleration. Den tekniska accelerationen innebär till exempel att maskiner avverkar uppgifter allt snabbare. Den sociala accelerationen innebär att kunskaper, värderingar och sociala relationer förändras, förnyas och föråldras allt fortare. Det Rosa kallar för individuell acceleration avser den oupphörliga ökningen av mängden handlingar och prestationer per tidsenhet för en individ. Accelerationen förhindras dock av naturens och den mänskliga kroppens begränsningar (Rosa 2014). Jag menar att acceleration på samtliga tre områden har betydelse för organiseringen av tid inom psykiatri genom de ökade krav på effektivitet och produktivitet som accelerationen möjliggör.

Ytterligare ett perspektiv på tid som är viktigt för min analys ges av Davies (1989) som menar att tiden inte är konstant; den varierar kulturellt och historiskt mellan individer och grupper. Davies delar in tidsuppfattningen i en *objektiv, linjär klocktid* å ena sidan, samt en *subjektiv, cyklisk och reproduktiv tid* å den andra. Den linjära tiden är mätbar, medan den subjektiva tiden inte är det. Det finns en maktdimension i vilken sorts tid som får företräde och i vilket sammanhang. Disciplinering och styrning av andra sker med hjälp av klocktid<sup>1</sup>, vilket är tydligt exempelvis i en managementfilosofi som NMP. Medan det är klocktiden som dominerar på de flesta arbetsplatser, kan det vara så att vissa yrken och arbetsplatser kräver mer utrymme för subjektiv tid genom arbetets speciella karaktär.

---

<sup>1</sup> Wettergren (2013a) visar till exempel hur migranters (klock)tid organiseras som en integrerad del av introduktionsutbildningar, arbetspraktik och språkkurser, och hur punktlighet blir ett mått på individens moral och karaktär.

I den här texten utgår jag från det radikala perspektivet på emotioner som innebär att förnuft och känsla inte står i motsats till varandra utan är sammanflätade (Wettergren 2013b). För att beskriva behandlars emotioner i psykiatri utgår jag från Hochschilds (1979, 2001, 2003) teori om emotionsarbete, men lutar mig i huvudsak mot Olssons (2008) vidareutveckling av teorier om emotioner i arbete. Mitt fokus ligger på hur behandlare upplever arbetsbelastningen i psykiatri ur ett emotionssociologiskt perspektiv. Hochschild (2003) beskriver emotionsarbete som ett arbete i syfte att uppvisa en känsla som motsvarar omgivningens förväntningar – det hon kallar känslö- och uttrycksregler. Enligt Hochschild görs emotionsarbete genom yt- eller djupagerande, där ytagerandet står för ett känslouttryck utan djupare förankring, såsom ett artigt leende. I djupagerandet kommer uttrycket från en upplevd känsla, även om känslan inte uppkommit i den aktuella situationen. Man kan till exempel dra sig till minnes en begravning för att känna och uttrycka sorg. På arbetsplatser finns specifika – både uttalade och outtalade – känslö- och uttrycksregler som arbetstagaren måste anpassa sig till genom emotionsarbete.

Inom psykiatri förutsätts ett empatiskt bemötande, men empatin problematiseras dock sällan. Svenaeus (2011, 2013) beskriver empati som en emotion, men inte som en särskild känsla i en person, snarare känslan i en relation. Enligt Svenaeus är empati således en känsla av den andres känsla, som kan variera beroende på vad vi uppfattar att den andre känner. Lider den andre kan vi känna ett lidande i oss själva. Empati innefattar inte bara känsla utan också kognition och värdering av den andre (Svenaeus 2011, 2013). Wettergren och Bergman Blix (2016) förtydligar att empati går från rolltagande – att kunna föreställa sig den andres perspektiv och därmed känslor, till identifikation – att nästan erfara den andres känslor som sina egna. De visar att åklagares empati orienteras av det professionella (juridiska) syftet med att vara empatisk och ofta handlar om begränsat rolltagande. Inom psykiatri är det däremot viktigt att kunna föreställa sig hela den smärtsamma intensiteten av vad den andre genomgått. Omfattande insikt i patientens upplevda känslor ger bättre förutsättningar att hjälpa. I arbetet med migranter kan berättelser om utsatthet och tortyr dock vara bortom vad som är möjligt att föreställa sig, vilket gör att ett mer avancerat emotionsarbete blir nödvändigt för att hantera situationen: att visa empati för personen som berättar, men distansera sig från innehållet i berättelsen. Men anspråk på att oupphörligen frammana empati kan leda till empatitrötthet och upplevelser av alienation från arbetet och slutligen från sig själv (Figley 2002, Hochschild 2003, Putman & Lederman 2008). För att bearbeta upplevelser av det emotionella arbetet behöver behandlare möjligheter att lätta den emotionella bördan för sig själva och för sina kollegor samt ge varandra positiv emotionell energi (Collins 2004).

I sin avhandling *Emotioner i arbete* presenterar Olsson (2008) begreppet *här-bärgering* som en sammanfattande benämning på hur vårdpersonal förhåller sig emotionellt till det arbete de utför i relation till patienter, kollegor, sig själva och organisationen. En förutsättning för att härbärgeringen ska fungera är emellertid att det finns tid (Olsson 2008). Om tid saknas kan det i stället uppstå ett glapp mellan den uttryckta och den upplevda känslan, vilket Hochschild (2003) beskriver som *emotiv dissonans*. Emotiv dissonans, menar hon, kan leda till emotionell stumhet och en upplevelse av förfrämligande, alienering, inför sig själv. Abraham (1999) utvecklar begreppet emotiv dissonans i ett vidare sammanhang till att beteckna en konflikt mellan anställdas upplevda känslor och det emotionsarbete organisationen kräver. När produktionskraven höjs och tempot ökar samtidigt som övervakning av arbetet tillkommer kan den emotiva dissonansen leda till att den anställda resignerar och blir sjuk. Lindgren (1999) kallar en sådan organisation *girig*. Men anställda kan också sträva efter att skapa sig ett andrum för emotionell överlevnad i arbetet och därmed bibehållen värdighet (Huzell 2005). Privata angelägenheter, det Karlsson (2012) beskriver som *organisatorisk olydnad*, får då ta tid och plats och bli den ställtids behandlaren behöver, samtidigt som olydnaden kan ses som motreaktion mot organisationens girighet och accelererande prestationskrav (Lindgren 1999, Rasmussen 2004, Ivarsson & Larsson 2012).

## METOD OCH ANALYS

Den analys som presenteras i denna artikel ingår i ett avhandlingsprojekt med syftet att beskriva och analysera behandlars erfarenheter och upplevelser av att arbeta med migranter i psykiatri. Metoden är kvalitativ och jag har inspirerats av Epsteins (2009) "datautgrävning" (*data mining*) som tillvägagångssätt i intervjuer och deltagande observationer. Epsteins datautgrävning innebär för min studie i korthet konceptualisering, analys och tolkning av praktisk kunskap, kliniskt beslutsfattande och behandlarnas reflektioner. Huvudfokus i denna artikel ligger på intervjuerna och övrig empiri fungerar som bakgrundsmaterial. Undersökningsmetoderna har också autoetnografiska inslag (Ellis 2004, Baarts 2010), vilket diskuteras närmare nedan.

Empirin samlades in i första hand genom fokusgruppintervjuer med sex behandlare i öppenvården vid tre olika intervjutillfällen. Jag valde fokusgruppintervju för att få fram en diskussion mellan olika perspektiv och erfarenheter i frågan om behandlars upplevelser (Wibeck 2000). De sex behandlarna var desamma vid alla tre gruppintervjutillfällena. För att fördjupa problembilden och lägga till ytterligare perspektiv kompletterades fokusgruppintervjuerna med fem individuella intervjuer med enskilda behandlare som arbetade inom både öppen- och slutenvården. Avsikten med de individuella intervjuerna var dels att

få möjlighet att gräva djupare (Epstein 2009) i upplevelser av arbetet, dels att få en bredare översikt av arbetet med migranter från olika mottagningar i psykiatri. De enskilda intervjuerna gjordes enbart vid ett tillfälle. Anledningen till detta var framför allt intervjupersonernas brist på tid. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades.

Urvalet av intervjupersoner begränsades till behandlare med erfarenheter av behandling av migranter. Av samtliga elva intervjupersoner var endast en man. Detta speglar väl hur könsfördelningen ser ut bland behandlarna. Av de tillfrågade valde samtliga att delta och samtliga har informerats om etiska regler och har undertecknat en samtyckesblankett (Vetenskapsrådets forskningsetiska principer 2002). Såväl fokusgruppintervjuer som individuella intervjuer har genomförts i anslutning till arbetsplatsen och varade cirka en timme vardera.

De autoetnografiska inslagen i min metod handlar om min position som situerad i den dubbla rollen som behandlare i psykiatri och som forskare (jämför Haraway 1988). Detta ger mig en särskild förståelse för arbetet och möjlighet att ta avstamp i min egen erfarenhet av att behandla migranter i psykiatri. Jag har med andra ord gjort deltagande observation i en arbetsmiljö som jag är väl bekant med. Det kan ses som kontroversiellt, men jag motiverar mitt förfarande med att det är svårt att få tillgång till och beskriva den specifika arbetsmiljö och de arbetsvillkor som det innebär att arbeta med migranter i psykiatri om man själv inte är delaktig i den (Kristiansen & Krogstrup 1999, Holloway & Jefferson 2000, Hastrup 2003, Ellis 2004, Baarts 2010, Malterud 2014).

Intervjuerna transkriberades och analyserades omedelbart efter varje intervjutillfälle. Jag har därefter läst de utskrivna intervjuerna upprepade gånger och tematiserat dem, både utifrån teoretiska riktgivande spårhundsbegrepp (Starrin m fl 1991) och teman som genereras ur empirin, för att sedan gå vidare till nästa intervju med mer preciserade frågeställningar. Tolkningen har således vuxit fram i en interaktiv process som en pendling mellan empiri och teori, som Alvesson och Sköldberg (2008) betecknar som abduktiv.

I denna artikel har intervjuutdragen redigerats för att få en mer läsvänlig form, men utan att förändra innehållet (Malterud 2011). Alla namn är fingerade för att skydda intervjupersonernas identitet.

## RESULTAT

Som nämnts är det emotionella arbetet en förutsättning för behandling i psykiatri och emotionerna är nödvändiga arbetsredskap i behandling, inte minst genom kravet på empati. Men trots komplexiteten i arbetet är det inte det emotionella arbetet i relation till migranter som känns tyngst. Behandlarna beskriver

frustration och trötthet över en galopperande arbetssituation som följd av ökade produktionskrav.

### Lite tid och stort arbete

Organisationens linjära tidsuppfattning, med anspråk på ett visst antal produktionsenheter, går inte alltid ihop med behandlarens subjektiva behov av tid i förhållande till arbetsmängd (Davies 1989). Pia beskriver den tidshets och ackumulering av emotion hon upplever samt sitt behov av ställtid (Jönsson 1999, 2009) för att reflektera över emotioner i arbetet:

Jag känner att jag ligger efter hela tiden. Det blir en ständig rest [av ogjort arbete] som gnager i mig. Det kan vara tankar och känslor från det föregående patientbesöket som hänger med in till nästa och de två första in på den tredje och så vidare. Jag hinner inte rensa ur mellan varven.

Tyngden och djupet i migranters existentiella berättelser påverkar självfallet behandlaren. Behandlaren ska ta in och härbärgera känslor, känna med patienten och förmedla empati. Behandlaren känner känslor i relation till det patienten förmedlar, men också känslor som knyter an till behandlaren själv, men som inte kan uttryckas i situationen. Hen förväntas därmed härbärgera (Olsson 2008) både egna och andras känslor. Både explicita och implicita regler talar om hur behandlaren ska uttrycka eller dölja egna känslor i arbetet (Hochschild 1979). Det ses till exempel inte som professionell emotionshantering att gråta med patienten, även om behandlaren delar den djupaste känslan av sorg och förlust. Behandlaren ska vara empatisk, men empatin ska arbetas fram som en lugn och behärskad medkänsla samtidigt som känslor av upprördhet, oro och hopplöshet tas emot och härbärgeras (Hochschild 2003, Olsson 2008).

Olsson (2008) beskriver hur härbärgering kan göras i den kollegiala gruppen och således underlättas genom att hanteringen av tunga känslor delas och får uttryckas. Hon visar att om vårdpersonal berövas tid eller organisatoriskt stöd för kollektiv emotionshantering får den individuella härbärgeringen allvarliga konsekvenser. Detta blir tydligt i min studie där behandlaren arbetar mycket ensam. Empati uttrycks som en behärskad yta, ett ytagerande, som döljer de känslor som ackumulerats över flera patientmöten. Nedan ger Maria ett exempel på ett sådant ytagerande och dess konsekvenser:

Det var jättejobbigt. Det var en ung tjej som berättade om sin systems död. Det var bara hemskt. Jag bara satt där och tog emot hennes berättelse och försökte vara lugn och visa medkänsla. Efter samtalet gick jag in på toaletten och grät. Jag var bara tvungen att släppa ut min känsla.

Komplexiteten i empatiarbetet består i att det är en mångfald av olika och inflätade känslor som ska hanteras. Patientens smärta och lidande exponeras så att behandlaren konfronteras med sina egna tillkortakommanden i känslor av vanmakt och hopplöshet. Känslor av att inte räkna till, samtidigt som man bär på en känsla av skuld över den egna privilegierade positionen. Härbärgeringskärlet fylls således på med såväl patientens som behandlarens egna emotioner (Olsson 2008). I detta arbete är behandlaren ensam och får heller inget stöd från organisationen.

Katia uttrycker respekt för patientens förmåga men också frustration över att vara tvungen att härbärgera sina egna tillkortakommanden och sin obekväma position:

Det är väldigt mycket, hemska livsberättelser [som patienterna berättar] och det berör mig djupt. Samtidigt finns en medvetenhet i mig att jag har haft ett hyggligt liv och inte blivit utsatt. Jag känner nedstämdhet och ilska över att människor behandlas så illa. Samtidigt som jag har en beundran, blir jag blir berörd över att man kan fixa livet efter tjugo våldtäkter utan att gå under. Men jag kan känna mig maktlös, jag har ingenting att ge, men så påminner jag mig om att finnas där, att vara medmänsklig, att vilja sätta sig in i och förstå kan hjälpa. Men det är ändå frustrerande att inte kunna ge mer.

Att arbeta med migranter kan också medföra känslor av glädje och engagemang. Men också här poängteras att det emotionella arbetet inte får förtjänat utrymme. Pia säger:

Man kan känna glädje med patienten och så vill man berätta för kollegorna att det gått bra för den och den, men så finns det inte tid för det. Det känns fel att inte få dela med sig och så futtigt att bara skriva det i journalen och gå vidare med annat.

Att dela med sig av både tunga och lätta känslor är viktigt, men behandlaren förväntas kunna spara känslorna till ett planerat handledningstillfälle för att då reflektera över dem. Som tidigare konstaterats av Olsson (2008), Hochschild (2003) och Abraham (1999) uppstår emotiv dissonans då det emotionella arbetet är ett instrument och en förutsättning för behandling, men får ett obetydligt erkännande och utrymme i organisationen.

### **Hängivenhet och distans**

Frustration över tunga emotioner kan skapa osäkerhet och manifesteras sig som skuldkänslor och maktlöshet i behandlingen av patienter. Det är dock inte känslor

som relaterar till patienten i sig utan till bristen på stöd från organisationen. Paradoxalt nog så leder bristen på erkännande av det emotionella arbetet till ökade krav på ännu mer avancerat emotionsarbete.

Bristen på ställtid och organisatoriska förutsättningar resulterar, som vi sett, i det som Hochschild (2003) kallar emotiv dissonans. Dissonansen är tungarbetad både när det rör sig om den diskrepans behandlaren ser hos patienten och när det är behandlaren själv som inte känner det hen vill känna och uttrycka. Ett exempel ges av Ella som uttrycker sin frustration över att patientens berättelse inte upplevs emotionellt: ”Om en person är med i sina känslor i samtalet och är där och har en berättelse som känns. Då blir jag oftast mer berörd än om det är en person som berättar med distans”. Patientens emotionella distans reflekteras som distans hos behandlaren som inte förmår svara med empati. Emotiv dissonans innebär att ytterligare en dimension läggs till ett redan komplext emotionsarbete.

För höga krav utan möjlighet till kollegial härbärgering och därmed stressreducering (Olsson 2008) kan leda till att behandlaren stänger av känslorna och blir ”stum” och bemötandet blir ytligt. Ella ger ett exempel på hur hon upptäcker distansen och frånvaron av sina känslor:

Den här distansen [till patient och till egna känslor] ... man kommer kanske på något efteråt att: Gud, det här var ju vidrigt, varför, varför, känner jag inte någonting? Då känner man att nu har jag blivit såhär – nu är jag inte sådär empatisk eller så som jag borde vara, nu är jag nog allt lite förflockad.

Ella känner sig emotionellt stum (Hochschild 2003) och distanserad, men inte för att patienten är det. Hon saknar emotionell inlevelse och upplever sig ”förflockad”, ett ord som används för att beskriva känslostumhet som symtom i olika psykiatriska sjukdomstillstånd. Även när patienternas beskrivningar är känslostumma, ett fenomen som inte är ovanligt bland traumatiserade människor, så förväntas behandlaren svara med värme och empati (Morrone Lamanna 2015). Anna understryker det egna ansvaret och framhåller känslan av otillräcklighet om man inte orkar svara empatiskt: ”Man kan bli smittad av [patientens emotionella stumhet] så att man själv inte känner någonting. Man kan känna sig dålig över att man inte reagerar”. Känslan av förflockning blir här ett uttryck för att behandlaren känner sig dålig och alienerad från sitt arbete och från sig själv (Hochschild 2003).

Den ställtid som behövs för att kunna ta sig an speciellt tunga och svåra känslor, utföra ”tunga emotionella lyft” som Katia uttrycker det, försvinner i arbetstempot. Organisationen är girig och ger därmed snålt med utrymme för eftertanke (Lindgren 1999). Det föresvävar dock varken Ella eller Anna att organisationen utnyttjar deras emotionsarbete och förmåga att känna empati.

Behandlarna lägger hela ansvaret för sin emotionella stumhet på sig själva, inte på organisationen, och mår dåligt över sina tillkortakommanden.

Att arbeta med migranter kan också ge energi. De allra mörkaste livserfarenheterna kan också innehålla färg och glädje som kan smitta behandlaren och ge en känsla av att patient och behandlare tillsammans skapar något läkande och värdefullt. Karin beskriver hur patientarbetet i sig ger energi:

Vi blir inbjudna till människors väldigt nära tankar, upplevelser och känslor – att de är villiga att dela med oss hur det känns. Alla de smärtsamma känslorna som ändå finns är de beredda att dela med oss. Och det kan jag ju känna är en väldig ynnest. Alltså att bli inbjuden till det på det sättet. Det kan beröra mig på väldigt olika sätt. Jag kan bli gråtmild eller känna glädje.

Av betydelse här är att det är patientarbetet och inte organisationen som ger positiv emotionell energi. Tvärtom försvåras dessa positiva möten i den giriga organisationen (Lindgren 1999, Olsson 2008).

### Reaktioner och strategier mot tidsbristen

En stor del av arbetet är ensamarbete och lösningarna blir följaktligen ofta individuella när behandlaren inte har tillgång till arbetsgruppens stöd (Olsson 2008). Organisationer erbjuder visserligen handledning i behandlingsarbetet, men också det kräver ytterligare härbärgering av emotioner över tid. Som en reaktion på dessa omständigheter framkom i intervjuerna hur behandlarna skapar sig tid och rum för egna emotioner. Det kan handla om strategier som Karlsson (2012) kallar *organisatorisk olydnad*, såsom maskning, att dra ut på tiden och fördröja arbetsuppgifter. Intervjupersonerna illustrerar maskning med ”jag hittar på något att göra i andra änden av korridoren så att jag måste gå dit och tillbaka”, ”städa skrivbordet”, ”kopiera papper”, ”gå på toaletten”, ”prata med sekreteraren om något administrativt”.

Behandlarna beskrev också hur de utvecklade strategier att stjäla sig tid genom att fly verkligheten en stund. De ägnade sig åt olydnad genom något som Ivarsson och Larsson (2012) benämner *medveten frånvaro*, bland annat genom sociala medier som Maria beskriver:

Jag gör det ganska ofta, att jag går ut på Facebook för att kolla vad mina kompisar gör och råkar någon annan [av kompisarna] också vara online så kan vi börja prata och skämta om någonting. Då glömmar jag för en stund var jag är. Det handlar ju inte om många minuter, men det känns verkligen skönt att vara borta ett tag.

Ledningens sätt att organisera behandlingsarbetet och behandlarnas organisering av tid och emotioner i arbetet är således inte alltid kompatibla. Ledningen styr genom klocktidslogik som berövar behandlarna den cykliska tid som behövs för återhämtning (Davies 1989). Men behandlaren förmår inte vara den effektiva emotionsmaskin som organisationen räknar med. Med andra ord blir mänskliga kroppars och sinnens inneboende tröghet ett hinder för den tidseffektivitet som organisationen ålägger behandlarna (Rosa 2014).

## SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION

Syftet med denna studie var att ta reda på hur behandlare i psykiatri upplever mötet med migranter i behandling givet rådande förutsättningar i psykiatri. Resultaten överensstämmer med vad Olsson (2008) och Hochschild (2001, 2003) fann i sin forskning. Emotionsarbete är nödvändigt i psykiatri och i behandling av migranter, men behandlars emotionella arbete kan bli hälsovådligt om de inte får tillräckligt med tid och rum för att kunna hantera de emotioner som uppkommer i dem själva, i patienten, i interaktionen och i relation till organisationen. Det bör noteras att även om migranternas berättelser ofta är smärtsamma att härbärgera och bearbeta för både patient och behandlare, var behandlarna motiverade att utföra arbetet om de fick reflektera kring arbetet tillsammans med kollegor. Att detta inte hinns med innebär att de i stället härbärgerar och ackumulerar andras och egna emotioner samtidigt som de visar upp en empatisk yta. Det finns risk för sekundär traumatisering och att patienten får ett dåligt bemötande. Resultaten visar att för stor kravfylld arbetsmängd och för lite ställtid (Jönsson 1999, 2009) riskerar att orsaka empatitrötthet och utmattning (Karasek & Theorell 1992, Figley 2002), det som en behandlare kallade förflackning. Resultaten tyder också på att behandlarna väljer att ta eget ansvar och intensifierar sitt arbete snarare än att protestera mot försämrade arbetsvillkor. Det finns tendenser till motstånd, men betydligt mindre än vad man kanske kunde vänta sig med tanke på den girighet som organisationen uppvisar. Häri kan finnas en genusaspekt: det är framför allt kvinnor som är behandlare i psykiatri och deras förhållningssätt visar på ett könsspecifikt mönster (Hochschild 2001).

Det finns en fara med acceleration överlag och speciellt inom den NPM-styrda psykiatri. När tid till reflektion och kollektiv härbärgering försvinner blir innehållet i arbetet betydelselöst och utbytbar. En människas lidande, en diagnos, är snabbt vunnen och försvunnen och ersätts av nya berättelser och nya diagnoser i ett flöde av symtom. Behandlare anpassar sig efter organisationens normer och emotionsregimer (jämför Tracy & Thretheway 2005) och riskerar att gå in i en mekaniskt ytagerande empatiproduktion som leder till sämre behandling. Att behandlare använder begreppet förflackning, ett psykiatriskt begrepp, för att

beskriva detta är förmodligen inte en slump. Förflackning kan betraktas som *emotionell, funktionell stumhet*, jämförbart med Alvessons och Spicers (2012) begrepp *funktionell dumbet* som betecknar frånvaro av reflexivitet, oförmåga att använda sin kognitiva (och emotionella) kapacitet.

Detta får naturligtvis negativa konsekvenser för bemötandet av migranter i psykiatri. Migranter som psykiatripatienter anses vara krävande; inte alltid på grund av sina traumatiska upplevelser och sitt lidande utan för hur de lyckas eller misslyckas med att anpassa sig till en västerländsk psykiatrisk diskurs (jämför Holen 2011, Lindqvist 2013). Kraven på att behandla fler patienter på kortare tid gör att patienter med komplex problematik som kräver ett omfattande emotionsarbete riskerar att sorteras bort. Behandlare gör så gott de kan men slits mellan en kraftig och långvarig press att prestera mera och att samtidigt skapa ett värdigt bemötande och en tillitsfull relation till patienterna. Till detta kommer att den behandlande personalen inte förutsätts ha några egna emotionella behov vad gäller bearbetning av det som hänt under en arbetsdag. Resultaten visar emellertid att denna förträngning av emotioner och förbiseende av behov är destruktivt för både personal och patienter.

## REFERENSER

- Abraham R (1999): "Emotional dissonance in organizations: Conceptualizing the roles of self-esteem and job-induced tension." *Leadership & Organizational Development Journal*, 20(1)18–25.
- Agerberg M (2014): NPM var en syndabock ingen hade hört talas om. *Läkartidningen* 2014; 111CWAU. Online publikation: <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/04/NPM-var-ensyndabock-ingen-hade-hort-talas-om/>. Hämtat 2015-04-21.
- Ahlbäck Öberg S, Widmalm S (2012): "Professionalism nedvärderas i den marknadsstyrda staten." *Dagens Nyheter* 2012-10-26. <http://www.dn.se/debatt/professionalism-nedvarderas-i-den-marknadsstyrda-staten>. Hämtat 2015-04-21.
- Akademikerförbundet SSR (2014): *Etik & psykoterapi – Etisk kod för psykoterapeuter*. [https://akademssr.se/sites/.../etik\\_och\\_psykoterapi.pdf](https://akademssr.se/sites/.../etik_och_psykoterapi.pdf). Hämtat 2015-04-21.
- Almqvist R (2006): *New Public Management: NPM: Om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber.
- Alvesson M, Sköldberg K (2008): *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Andra upplagan. Studentlitteratur: Lund.
- Alvesson M, Spicer A (2012): "A stupidity-based theory of organizations." *Journal of Management Studies*, 49, 1194–1220.
- Baarts C (2010): "Autoetnografi". I: Brinkmann S, Tanggaard L (2010): *Kvalitative metoder en grundbog* (s 275–288). Köpenhamn: Hans Reitzels forlag.
- Bejerroth E, Hasselblad H (2013): "Forms of interventions in public sector organizations: Generic traits in public sector reforms." *Organisation Studies*, s 1–24. Online publication 2013-04-08. DOI:10.1177/0170840613477639. Hämtat 2015-04-21.
- Bergman A (2011): "Otillräcklighet – Den passionerade exploaterings bittra eftersmak." I: Bergqvist T, Gillberg G, Aronsson L (red): *Arbete Passion och Exploatering* (s 106–122). *Arbetsliv i omvandling*, nr 3.
- Brunsson N, Sahlin-Andersson K (2000): "Constructing organizations: The example of public sector reform." *Organization Studies*, (4)721–746.
- Bäärnhielm S (2014): *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Castles S, Miller MJ (2009): *The age of migration*. 4:e uppl. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Collins R (2004): *Interaction ritual chains*. New York: Princeton.

Mona Lindqvist

- Christensen T, Laegreid P, Roness P, Røvik KA (2005): *Organisationsteori för offentlig sektor*. Kristianstad: Liber.
- Davies K (1989): *Women and time. Weaving the strands of every-day life*. Doktorsavhandling, Sociologiska institutionen. Lund: Lunds universitet.
- Ellis C (2004): *The ethnographic I*. Walnut Creek: Alta Mira Press.
- Epstein I (2009): *Clinical data mining*. Oxford: Oxford Scholarship.
- Eriksson A (2014): *NPM. Idépaketet alla älskade*. Ordfront Magasin 2014:2.
- Eriksson UB, Starrin B, Janson S (2003): *Utbränd och emotionellt utmätad*. Lund: Studentlitteratur.
- Figley CR (red) (2002): *Treating compassion fatigue*. London: Routledge.
- Haraway D (1988): "Situated knowledges. The science question in feminism and privilege of partial perspective." *Feminist Studies*, 14(3)575–599.
- Hastrup K (red) (2003): "Metoden. Opmærksomhetens retning." I: Hastrup K (red) (2003): *Ind i verden – En grundbog i antropologisk metode* (s 399–419). Köpenhamn: Hans Reitzels forlag.
- Hasselbladh H, Bejerot E, Gustafsson RÅ (2008): *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.
- Heidegren CG (2014): *Tid: Sociologiska perspektiv*. Malmö: Liber.
- Hochschild AR (1979): "Emotion work, feeling rules, and social structure." *The American Journal of Sociology*, 85(3)551–575.
- Hochschild AR (2001): *The time bind. When work becomes home and home becomes work*. New York: Holt Paperbacks.
- Hochschild AR (2003): *The managed heart. Commercialization of the human emotion*. Berkeley: University of California Press.
- Holen M (2011): *Medindragelse og lighed – En god idé? En analyse af patient tilblivelser i det moderne hospital*. Doktorsavhandling. Roskilde: Roskilde universitet.
- Holloway W, Jefferson T (2000): *Doing qualitative research differently – Free association, narrative and the interview method*. London: SAGE.
- Huzell H (2005): *Management och motstånd. Offentlig sektor i omvandling – En fallstudie*. Doktorsavhandling, Karlstad University Studies. Karlstad: Karlstads universitet.
- Ivarsson L, Larsson P (2012): "Privata angelägenheter på jobbet." *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 18(3)9–20.
- Johansson H (2006): *Therapeutic alliance in general psychiatric care*. Doktorsavhandling, Institutionen för psykologi. Lund: Lunds universitet.
- Jönsson B (1999): *Tio tankar om tid*. Stockholm: Brombergs.
- Jönsson B (2009): *Tio tankar om tid: Tio år senare*. Stockholm: Brombergs.
- Karasek R, Theorell T (1992): *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karlsson J Ch (2012): *Organizational misbehavior in the workplace: Narratives of dignity and resistance*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Kirmayer JL (2008): "Empathy and alterity in cultural psychiatry." *The American Anthropological Association, Ethos*, 36(4)457–474.
- Kristiansen S, Krogstrup HK (1999): *Deltagande observation. Introduktion till en forskningsmetodik*. Köpenhamn: Hans Reitzels forlag.
- Liedman SE (2012): *Hets! En bok om skolan*. Stockholm: Bonniers.
- Lindgren G (1999): *Klass, kön och kirurgi. Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber.
- Lindqvist M (2013): "'Like a white crow': Migrant women and their emotion work in Sweden." *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 5(3)229–245.
- Malterud K (2011): *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morrone Lamanna M (2015): "Mordförsök på tilliten. Hur bemöter vi människor som varit utsatta för tortyr?" *Psykisk Hälsa*, 1(54)52–57.
- Olsson E (2008): *Emotioner i arbete*. Doktorsavhandling, Karlstad University Studies. Karlstad: Karlstads universitet.
- Paulsen R (2015): *Vi bara lyder: En berättelse om arbetsförmedlingen*. Malmö: Bokförlaget Atlas.
- Petersson H, Leppänen V, Jönsson S, Tranquist J (red) (2006): *Villkor i arbete med människor – En antologi om human servicearbete*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

- Putman J, Lederman F (2008): "How to maintain emotional health when working with trauma?" *Juvenile and Family Court Journal*, 59(4)91–102.
- Rasmussen B (2004): "Between endless needs and limited resources: The gendered construction of a greedy organization." *Gender Work and Organization*, 11(5)506–525.
- Rosa H (2014): *Acceleration, modernitet och identitet: Tre essäer*. Göteborg: Daidalos.
- Slote M (2007): *The ethics of care and empathy*. London: Routledge.
- Starrin B, Larsson G, Dahlgren L, Styrborn S (1991): *Från upptäckt till presentation*. Lund: Studentlitteratur.
- Svenaues F (2011): *Vad är empati?* UR Samtiden. <http://www.ur.se/produkter/162662-UR-Samtiden>. Hämtat 2015-04-21.
- Svenaues F (2013): *Homo Patologicus: Medicinska diagnoser i vår tid*. Hägersten: Tankekraft Förlag.
- Taylor FW (1998 [1911]): *The principles of scientific management*. Atlanta: Engineering & Management Press.
- Thylefors I (2013): *Babels torn – Om tvärprofessionellt samarbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Tracy SJ, Trethewey A (2005): "Fracturing the real-self ↔ Fake-self dichotomy: Moving toward 'crystallized' organizational discourses and identities." *Communication Theory*, 15(2)168–195.
- Wallenberg J (2003): Marknadsorientering i sjukvården. Konsekvenser för arbetslivet. IKE 2003:121, Företagsekonomiska institutionen. Stockholm: Stockholms universitet.
- Weber M (1978): *Economy and society: An outline of interpretive sociology*. Berkeley: University of California Press.
- Vetenskapsrådet (2002): *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wettergren Å (2013a): A normal life: Reception of asylum seekers in an Italian and a Swedish region. Göteborg studies in sociology. Göteborg: University Gothenburg.
- Wettergren Å (2013b): *Emotionssociologi*. Malmö: Liber.
- Wettergren Å, Bergman Blix S (2016): "Empathy and objectivity in the legal procedure: The case of Swedish prosecutors." *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, online first. DOI 10.1080/14043858.2015.1136501. Hämtat 2016-01-17.
- Wibeck V (2000): "Fokusgrupper – Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod." I: Fangen K, Sellerberg AM (red): *Många möjliga metoder* (s 13–36). Malmö: Studentlitteratur.
- Zaremba M (2013): *Patientens pris. Ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler förlag.