



Påverkan av smittskydds- åtgärder under Covid-19- pandemin på psykiatrisk vård: En kvalitativ studie på en psykiatrisk klinik

Impact of Infection Control Measures during the Covid-19 Pandemic on Psychiatric Care: A Qualitative Study at a Psychiatric Clinic

Examensarbete för magisterexamen med
huvudområdet Folkhälsovetenskap
Avancerad nivå 15 högskolepoäng
Höstterminen 2025
Student: Nenad Petrovic
Handledare: Ninitha Maivorsdotter

Examinator: Koustuv Dalal

SAMMANFATTNING

Titel:	Påverkan av smittskyddsåtgärder under Covid-19-pandemin på psykiatrisk vård: En kvalitativ studie på en psykiatrisk klinik
Författare:	Petrovic, Nenad
Avdelning/Institution:	Avdelningen för folkhälsovetenskap, Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete inom folkhälsovetenskap: Smittskydd och vårdhygien A1E, 15 hp
Handledare:	Maivorsdotter, Ninitha
Examinator:	Koustuv, Dalal
Nyckelord:	vårdhygien, smittskydd, covid-19, psykiatri, fenomenografi

Sammanfattning

Introduktion. Samsjuklighet, ökade risker på grund av psykiatrisk grundsjukdom, samt obenägenhet att söka och ta emot vård gör att psykiatriska patienter utsattes för stora risker under covid-19-pandemin. Vårdhygieniska åtgärder var problematiska att tillämpa inom psykiatrisk vård.

Syfte. Uppsatsens syfte var att erhålla information om hur psykiatriska patienter och deras behandling påverkades av vidtagna åtgärderna under covid-19-pandemin och om dessa i sin tur behövde anpassas för att fungera i psykiatrisk verksamhet.

Metod. Sju personer ur fem olika yrkeskategorier intervjuades med semistrukturerade intervjuer. Citat grupperades till utsagor som därefter lades ihop till utfall av vilka kategorier byggdes upp. Genom detta förfarande kartlades olika åsikter som fanns bland de intervjuade om den psykiatriska vården under covid-19-pandemin.

Resultat. I kategorin påverkan på patienterna rörde det sig om rädsla, överdrivet ansvarstagande, försämring i grundsjukdom, svårigheter att förstå och avsaknad av fysisk kontakt. I kategorin påverkan på behandlingen märktes svårighet att föra terapeutiska samtal, omöjlighet att använda ECT som förstahandsbehandling, ökad ångest, ej medicinskt motiverade permissioner. I kategorin påverkan på

smittskyddsåtgärder noterades brist på skyddsutrustning, dålig följsamhet till vårdhygieniska riktlinjer som snarare var anpassade till somatisk vård och användning av ad hoc-lösningar.

Diskussion. Det var svårt att bedriva en god psykiatrisk vård under pandemiska förhållanden på grund av vårdhygiensiska åtgärder. Inför nästa pandemi bör detta utredas närmare i syfte att anpassa åtgärderna bättre.

ABSTRACT

Title: Impact of Infection Control Measures during the Covid-19 Pandemic on Psychiatric Care: A Qualitative Study at a Psychiatric Clinic

Author: Petrovic, Nenad

Dept./School: Department of Public Health, School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Public Health Science: Infection Prevention and Control A1E, 15 ECTS

Supervisor: Maivorsdotter, Ninitha

Examiner: Koustuv, Dalal

Keywords: Infection control, covid-19, psychiatry, phenomenography

Abstract

Introduction. Comorbidity, increased risks due to underlying psychiatric illness, and reluctance to seek and receive care meant that psychiatric patients were exposed to great risks during the Covid-19 pandemic. Infection control measures were problematic to apply in psychiatric care.

Aim. The aim was to obtain information from health professionals about how psychiatric patients and their treatment were affected by measures taken during the Covid-19 pandemic, but also how infection control measures were affected.

Method. Seven health professionals representing five common professions in psychiatric care were interviewed using semi-structured interviews. Quotes were grouped into perceptions in turn forming outcomes from which categories were built. Through this procedure, different opinions existing among the interviewees about psychiatric care during the covid-19 pandemic were mapped.

Results. In the category impact on patients, there was fear, excessive responsibility, worsening of underlying illness, difficulty of understanding and lack of physical contact. In the category impact on treatment, difficulty in conducting therapeutic

conversations, inability to use ECT as first-line treatment, increased anxiety and non-medically justified leave were noted. In the category impact on infection control measures, lack of protective equipment, poor adherence to infection control measures that were more adapted to somatic care and the use of ad hoc solutions were noted.

Conclusion. Providing good psychiatric care was problematic under pandemic conditions due to infection control regulations. Ahead of the next pandemic, this should be investigated further in order to adapt the measures in a better way.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Innehåll

1	INTRODUKTION	9
1.1	Bakgrund	9
1.2	Folkhälsovetenskaplig relevans	9
1.3	Vetenskapligt kunskapsläge.....	10
1.3.1	Påverkan på olika patientkategorier.....	10
1.3.2	Olika typer av påverkan på vården.....	11
1.3.3	Personalens och patienters upplevelse av den psykiatriska vården under pandemin.....	12
1.3.4	Pandemilagstiftning, etik och psykiatrisk vård under covid-19	13
1.4	Teoretiska ramverk.....	13
1.5	Problemformulering	16
2	Syfte	17
3	Metod.....	18
3.1	Studiepopulation.....	19
3.2	Urval	19
3.3	Datainsamling.....	19
3.4	Analys	20
3.5	Etiska överväganden.....	21
4	Resultat.....	23
4.1	Påverkan på patienterna	23
4.2	Påverkan på behandlingen.....	24
4.3	Påverkan på smittskyddsåtgärderna	26
5	Diskussion	27
5.1	Resultatdiskussion.....	28
5.1.1	Påverkan på patienterna	29
5.1.2	Påverkan på behandlingen.....	30
5.1.3	Påverkan på smittskyddsåtgärderna	31
5.1.4	De centrala begreppen.....	32
5.2	Metoddiskussion.....	35
5.3	Slutsats	36

6	Referenser.....	38
---	-----------------	----

Bilaga 1: Teman och frågor i intervjuerna

Bilaga 2: Studieinformation

Bilaga 3: Samtyckesblankett

Bilaga 4: Kategorin Påverkan på patienterna

Bilaga 5: Kategorin Påverkan på behandlingen

Bilaga 6: Kategorin Påverkan på smittskyddsåtgärderna

1 INTRODUKTION

1.1 Bakgrund

Den senaste pandemin, covid-19, fick snabbt under första halvåret 2020 stort inflytande på människors liv på alla samhällsplan. Särskilt mycket märktes förändringarna för de människor som var mest utsatta för smittan och de som hade störst risk att bli svårt sjuka. Bland riskfaktorer för att utveckla svår sjukdom fanns bland annat pågående eller nyligen behandlad cancersjukdom, hjärt-kärlsjukdom, diabetes, lungsjukdom, högt BMI, immunbristtillstånd men även psykiatriska tillstånd såsom schizofreni eller bipolär sjukdom (Socialstyrelsen, 2021). Mycket av det massmediala intresset i Sverige riktade sig mot äldreboenden där de allra sköraste gamla patienterna bodde och där spridning av smitta kunde leda till en hög dödlighet i en population som biologiskt närmade sig livets slut. En grupp som det talades betydligt mindre om var psykiatriska patienter. Även om man bortser från somatisk samsjuklighet finns hos denna patientgrupp risker som gör att gruppen är utsatt. Man tvekar ofta inför att söka vård, man förstår inte alltid vilka skyddsåtgärder man behöver vidta och varför, och man kan ibland finna det hotfullt eller obehagligt att inte kunna se människors (vårdpersonals) ansikten. Ovanpå detta vårdas en del av de ineliggande psykiatriska patienterna enligt *Lagen om psykiatrisk tvångsvård* (LPT, 1991: 1128) och har alltså inte valt själva att befinna sig på en vårdinrättning. Redan i början av pandemin uppmärksammades att färre människor sökte till psykiatriska akutmottagningar när covid-fallen ökade vilket dock inte gällde planerade nybesök (Socialstyrelsen, 2020).

1.2 Folkhälsovetenskaplig relevans

I kanske högre grad än inom somatisk vård är relationen mellan vårdpersonal och patient viktiga inom den psykiatriska vården. De som arbetar inom den använder till stor del sig själva som redskap för att försöka lindra och bota. Detta beroende gör att grunden i mycket bygger på en tillit mellan vårdare och patient. Under en pandemi uppkommer en rad problem som är av annorlunda art än de som förekommer inom den somatiska vården. Det kan röra sig om allt från att inte förstå varför smittskyddsåtgärder vidtas, hur man ska skydda sig och andra, till att det är svårt att fördrå den ökade isolering en pandemi leder till, både inom vården och i samhället. Man ska inte heller underskatta de problem som uppkommer av att man inte alltid kan se den man pratar med på grund av användning av olika slags skydd. Eftersom många personer i Sverige lider av psykiska problem (FoHM, 2023), blir detta i förlängningen ett relativt stort folkhälsoproblem

Detta ämne är dessutom särskilt viktigt ur flera synvinklar vad gäller hållbar utveckling. En viktig komponent för sådan är social inkludering (FN:s Agenda 2030). Eftersom människor med psykisk sjukdom ofta kan vara isolerade i ett normalt samhällsklimat och riskerar ytterligare isolering på grund av exempelvis rädsla eller smittskyddsåtgärder vid en pandemi, är det viktigt både för den enskilde och för hela populationen att det finns trygga och kända sätt att få tillgång till psykiatrisk vård. Detta kan ibland lösas digitalt, men optimalt är naturligtvis om

vårdinrättningar och rutiner för patienter med psykisk sjukdom kan utformas på så sätt att avkall inte behöver göras på god psykiatrisk vård under pandemiförhållanden.

1.3 Vetenskapligt kunskapsläge

Redan under pandemins första år publicerades artiklar angående vilka psykiatriska problem den förde med sig. Man fokuserade på olika områden bland vilka kan nämnas mental påfrestning och symptom hos personal som arbetade patientnära i pandemivården (Gautam et al., 2020; Walton et al., 2020), psykiatriska symptom av covid-19 i olika patientgrupper såsom njursjukdomar (Chan et al., 2021), hjärtsjukdomar (O'Neil et al., 2020) och cancer (Bandinelli et al., 2021), i befolkningen i stort (Dubey et al., 2020) samt påverkan av pandemin på personal inom psykiatrisk vård (Gourret Baumgart et al., 2021). Bojdani et al. (2020) beskrev hur den psykiatriska vården och dess förutsättningar hade förändrats i USA sedan pandemiutbrottet. Problem visade sig finnas i alla delar av den psykiatriska vården. I öppenvården kunde dessa bestå av patienter som inte hade dator/mobiltelefon när man gjorde besöken digitala, förskrivning till patienter man inte träffar personligen och äldre patienter som isolerade sig i hemmet i rädsla för att bli sjuka. I slutenvården hade man CDCs (Centers for Disease Control and Prevention) riktlinjer att förhålla sig till vilket i många fall var en utmaning med tanke på gemensamma måltider, gruppterapi och delade rum eller toaletter. Den nya miljön ansågs vara isolerande för patienterna och svårigheter att balansera mellan smittspridning och god psykiatrisk behandling uppmärksammades.

1.3.1 Påverkan på olika patientkategorier

Ökad risk för insjuknande i Covid-19 och risk för svår sjukdom med hög mortalitet vid schizofreni visades av Fond et al. (2021) och bekräftades sedermera i en review-artikel av Pardamean et al. (2022). Författarna menar att det kan finnas flera olika orsaker, såsom obenägenhet att söka vård i tid, stigmatisering av sjukdomen, ökad risk för feldiagnos samt dålig compliance. Biviá-Roig et al. (2022) kunde i en enkätstudie visa hur den fysiska aktiviteten minskade och tobakskonsumtionen ökade samtidigt med nivåer av stress och ångest hos patienter med kronisk schizofreni. I en polsk fenomenologisk studie intervjuades tio patienter med schizofreni om sina upplevelser under covid (Kotlarska et al., 2021). Av dessa försämrades symptomen hos två patienter, men inte i till den grad att de behövde läggas in på sjukhus. En annan potentiell risk för denna grupp är att individer med psykosymptom kan utveckla fler konspirationsidéer vad gäller Covid-19 pandemin och vaccinering, vilket i sin tur kan leda till minskad vaccinering (Acar et al., 2022; Acar et al., 2024).

Bland patienter med ätstörningar fann Devoe et al. (2023) i en review-artikel en försämring i det psykiska måendet under pandemin. Antalet inläggningar ökade med 48% och drygt en tredjedel av studierna visade en försämring vad gäller ätstörningarna. Dessutom ökade ångest och depressioner i gruppen. Enligt vissa medtagna kvalitativa studier berodde detta på en försämring av vården samtidigt som rutiner och struktur rubbades.

Även patienter med tvångssyndrom uppvisade i en review-artikel av Linde et al. (2022) en försämring under Covid-19. Här finns naturligtvis ett problem i att ett viktigt symptom är tvångsmässiga ritualer som ofta innehåller handtvätt, vilket ju förordades mer än tidigare

under pandemin.

1.3.2 Olika typer av påverkan på vården

Under senaste åren har det kommit artiklar som summerar hur Covid-19 påverkade den psykiatriska vården i olika delar av världen och vilka lärdomar vi kan dra av detta. Ahmed et al. (2023) har i en review-artikel beskrivit den psykiatriska vården i Europa under pandemin. Prevalensen av depression och GAD (generaliserat ångestsyndrom) tycks ha ökat under pandemin medan detta är mer osäkert för andra diagnoser såsom ätstörning och blandformer av depression och ångest, och ingenting tyder på en ökning av psykoser eller depressioner. Hos patienter med tidigare psykiatrisk sjukdom förekom vid depressioner en förbättring av symptomen medan övriga diagnoser visade blandade resultat.

Det finns internationellt ett antal kvalitativa studier skrivna under pandemin som behandlar olika aspekter av psykiatrisk vård under pandemiska förhållanden. I en studie av mer översiktlig art jämför Carbone & Knapp (2023) psykisk tvångsvård under pandemin i fyra länder (Italien, Grekland, Chile och Kina) genom intervjuer med åtta professorer och åtta hälsovårdare i dessa länder. I jämförelsen ser de först en minskad benägenhet till tvångsvård som senare blir större, vilket de tror kan bero på att man initialt var rädd för sjukhus och därför gärna vårdade psykiskt sjuka hemma. Man diskuterar även organisationen av vården där den visar sig vara högst skiftande med särskilda avdelningar för patienter positiva för covid i Chile och Grekland medan man i Italien isolerade patienter på den avdelningen där de vårdades.

En intressant fråga i sammanhanget är vad patienterna upplevde som obehagligt under pandemin. I en studie på en psykiatrisk akutmottagning i Geneve fann Costanza et al. (2021) att rädsla beskrevs i mer än 20% av journaler och det rör sig oftast om isolering både före och efter nedstängningen av samhället samt rädsla för arbetslöshet efter nedstängningen. Rädsla för att dö var störst hos unga medan äldre mer uttryckte en hopplöshet. I denna studie tas dock inte hänsyn till om patienterna hade psykiatrisk vårdkontakt tidigare. Man kan heller inte utesluta rädslor som bygger på konspirationsidéer om pandemin och dess vaccinering påverkat framför allt psykospatienter vad gäller deras beteendemönster (Acar et al., 2022; Acar et al., 2024)

En dansk studie av två rättspsykiatriska avdelningar undersökte hur de intagna patienterna påverkades av åtgärder som vidtogs på danska sjukhus (Terkildsen et al., 2024). Kanske som förväntat fanns det en rad negativa konsekvenser för patienterna såsom avsaknad av terapeutiska måltider och utflykter men också kanske mer positiva effekter såsom uppluckringar av måltidshierarkier då man åt vid flera mindre bord istället för ett stort.

Till skillnad mot flertalet andra studier bedömer Russ et al. (2021) i sin studie av tre sjukhus med psykiatriska slutenvårdsplatser inte att de vidtagna smittskyddsåtgärderna påverkade behandlingsresultaten. De tillskriver detta den flexibilitet och förmåga att lösa problem som fanns på sjukhusen lokalt. Kommunikation, riktlinjer samt användning av personlig skyddsutrustning listas också som framgångsfaktorer. Enligt författarna förstod patienterna restriktionerna, som exempelvis att stanna på sina rum och att bära andningsskydd. De flesta patienter följde reglerna på avdelningen men författarna medger att

de som inte följde dem utgjorde ett både praktiskt och etiskt problem. Utöver detta framhålls även ett samarbete med smittskyddsexperter. Russ et al (2020) har i en annan artikel utvecklat det etiska perspektivet som är ett stort problem på psykiatriska inrättningar (se nedan).

1.3.3 Personalens och patienters upplevelse av den psykiatriska vården under pandemin

Personalens upplevelser av hur covid-19 påverkade den psykiatriska vården har studerats i vissa undersökningar, men resultat publicerade differentierade på olika professioner saknas i stort sett.

I Sydkorea isolerades hela avdelningar vid utbrott av covid-19. Det betydde att den personal som råkade befinna sig på avdelningen när utbrottet ägde rum, isolerades tillsammans med patienterna och var tvungna att arbeta där fram till att isoleringen hävdes. Bae et al (2022) listar utifrån intervjuer att upplevda svårigheter var främst otydliga regler eller motstridiga regelverk (smittskydd och psykiatrisk vård), oförmåga att få patienterna att förstå nödvändigheterna av testning och känslan av att inte bli lyssnad till vad gäller de specifika problem som fanns, men även om personalens fysiska och psykiska ansträngningar.

I en norsk studie i början av pandemin menade 68% av de personer i personalen som besvarade enkäten att adekvata åtgärder hade vidtagits medan 33% inte tyckte att det var möjligt att bedriva adekvat psykiatrisk behandling under omständigheterna, där särskilt avsaknaden av möjligheter till ECT framhävdes. Patienterna var i allmänhet inte bekymrade över utebliven behandling utan mer över avsaknaden av fysisk kontakt med besökande släktingar. Detta är detsamma som många utanför psykiatrin är oroliga för, men är enligt undersökningen en negativ prognostisk faktor för gott behandlingsresultat.

En möjlighet som öppnade sig före pandemin, men som fick en stor spridning just på grund av pandemin var digitala lösningar istället för fysiska möten. Detta började användas i många sammanhang, bland annat för terapeutiska samtal inom öppenvården. I en studie genomförd i Polen, Tyskland, Sverige och Portugal av psykospatienter framgick att det finns en åldersskillnad, där framgångsfaktorer var yngre terapeuter, tidigare erfarenhet samt hur mycket oro terapeuten i fråga själv kände inför pandemin. Detta visar att det i vissa fall snarare kan vara attityden hos personal än behandlingens effekt på patienten som bestämmer vad personalen tycker om vissa åtgärder, exempelvis digitalisering.

Dominiak et al. (2024) visar i en studie av telemedicin med frågeformulär besvarade av psykiatrer, psykologer kände 29% oro av olika anledningar, exempelvis svårighet att avgöra patientens tillstånd och att upprätta ett terapeutiskt förhållande. Å andra sidan såg vissa tillfrågade fördelar med distanskontakt i och med att man kunde hålla tätare kontakt och det var ett mindre motstånd hos patienten att träffa terapeuten digitalt.

Ovanstående studier visar att det inte är självklart att pandemiåtgärder alltid får negativa konsekvenser för psykiatrisk behandling. Dels skiljer de sig hur patienter ur olika patientkategorier reagerar på åtgärderna, dels är inte alltid personal och patienter överens om vilka åtgärder som är svårast att tolerera.

1.3.4 Pandemilagstiftning, etik och psykiatrisk vård under covid-19

Det finns även studier av hur smittskyddsåtgärder kunnat genomföras på psykiatriska kliniker. Redan före pandemin genomförde Houben et al. (2022) i Nederländerna en kvalitativ studie av hinder och framgångsfaktorer i psykiatriska vårdmiljöer i samband med smittspridning. Som framgångsfaktorer diskuterades tillgången till praktiska riktlinjer. Som risker omnämndes patienternas mentala tillstånd och de beteendeförändringar detta förde med sig samt patienternas dåliga insikt om sjukdom och smittspridning. Även personalens dåliga insikt sågs som en risk för smittspridning.

Williams et al. (2021) visade i en observationell studie på en psykiatrisk avdelning i England att en stor majoritet av patienterna inte följde de regler som fanns. Exempelvis använde 78% av patienterna inte munskydd. Vid påminnelse började knappt hälften av dem som inte använt den att använda den. Eftersom detta var en observationsstudie undersöktes inte orsaken till den dåliga följsamheten men författarna spekulerar om att detta kan bero på grundsjukdomen där man ofta har svårt att förstå orsaken till åtgärderna eller misstror intentionen. Russ et al. (2020) diskuterade de etiska aspekterna med patientens autonomi i fokus i samband med psykiatrisk vård under covid 19-pandemin. Det problemet artikeln kretsar kring är hur man ska behålla patientens autonomi och samtidigt säkerställa en trygg vård för andra patienter där dessa och anställda inte smittas. I första hand förordar de försök till frivillig följsamhet till regler genom terapeutiska ansatser och kontakt med familjemedlemmar. Ifall det misslyckas anser de att tvångsåtgärder bör vidtas genom domstol, även på om de är osäkra om det finns lagrum för detta i amerikansk lag. Här tycker författarna att patientens autonomi väger mindre tungt än uppgiften att skydda medpatienter och anställda. Till slut nämner författarna även arkitektoniska lösningar, vilket naturligtvis inte är en lösning på kort sikt, men bör betänkas vid ny- och ombyggnation.

Dessa artiklar belyser en del av den forskning som utförts om specifika problem som under Covid-19-pandemin fanns på psykiatriska vårdinrättningar, både inom öppen- och slutenvården. Både patienter och personal har varit i fokus. Problem i skärningspunkten mellan ett effektivt smittskydd och en god psykiatrisk vård och omvårdnad såsom social isolering har diskuterats. I vissa fall har dålig följsamhet till smittskyddsåtgärder kunnat visas. En intressant aspekt ur både vårdhygienisk och psykiatrisk synvinkel är hur man har hanterat smittskydd på avdelningar när man inte kunnat använda sig av LPT för att avskilja patienter och hur dessa patienter och personalen upplevde dessa situationer. Här blir också studier från andra länder svårare att använda som jämförelsematerial då lagstiftning om tvångsvård skiljer sig mellan olika länder. Det är hittills inte publicerade några större studier utgångna från svenska förhållanden, varför både påverkan på behandling inom psykiatri och hur svenska lagar och regler förhåller sig till den verklighet som finns inom den psykiatriska vården blir viktiga att kartlägga inför eventuell ny pandemi.

1.4 Teoretiska ramverk

Utgående från problem i den kliniska vardagen har fyra centrala begrepp identifierats för de problem som kunde uppstå på en psykiatrisk klinik under en pandemi. I syfte att få patienterna att följa åtgärder för att stoppa smittspridning var sjukdomsinsikt centralt. Utan sådan kan

patienter svårligen motiveras att följa olika typer av åtgärder. För psykiatrisk vård är det avgörande att patienten själv kan ta del i sin vård. Delaktigheten är viktig även under tvångsvård. Särskilt under tvångsvård finns dessutom ett viktigt etiskt perspektiv i att mån om patientens autonomi så långt det går i och med att denna begränsas. Dessa tre begrepp påverkas av de lagar psykiatrisk vård har att förhålla sig till. Förutom hälso- och sjukvårdslagen används för vissa patienter lagen om psykiatrisk tvångsvård och i en pandemi även smittskyddslagen.

För denna studie är därför centrala begrepp *sjukdomsinsikt*, *delaktighet*, *autonomi* och *motstridiga regelverk*. Begreppet *sjukdomsinsikt* brukar syfta på vad patienten själv känner till om sin sjukdom och på vilket sätt den inverkar på hans eller hennes liv. Inom psykiatri betyder det att patienten har insikt om att han eller hon har en psykiatrisk sjukdom, behandlingseffekt, sociala konsekvenser samt om specifika symptom och dessutom ha förmågan att se sambandet mellan sjukdom och symptom (Macgregor et al., 2015). I denna undersökning har den en något annorlunda och kanske snävare betydelse. Det rör sig om vad patienter inom psykiatrin kände till om covid-19 och om de förstod de olika åtgärder som vidtogs för att stärka smittskydd och vårdhygien. Det är alltså inte frågan om deras insikt i sin psykiatriska sjukdom, utan hur de själva och personalen bedömer att de förstod de åtgärder som vidtogs och kunde acceptera dessa.

Begreppet *autonomi* är grundläggande för vården. Även om det finns olika syn på vad autonomi i grunden innebär för individens frihet gentemot resten av samhället, är den viktig aspekten här den allmänt accepterade innebörden att individen ensam bestämmer över sina beslut och handlingar (Oshana, 2001). Eftersom hela vården bygger på att man på olika sätt manipulerar den enskildes kropp (i psykiatrisk vård även tankar) står patienten naturligtvis i centrum. Han eller hon äger rätten till att ta emot eller avsäga sig behandling, förutom vid psykiatriska tillstånd då regler för vård enligt *Lagen om psykiatrisk tvångsvård* (1991) är uppfyllda. Patientens autonomi är vidare viktig för att patienten ska känna att han eller hon kan kontrollera vad man utsätts för.

Delaktighet är någonting som i princip all vård i Sverige ska bygga på. Enligt 5 kap. 1 § *Patientlagen* (2014) och 6 kap. 1 § *Patientsäkerhetslagen* (2010) ska planering och genomförande av vård ske i samråd med patienterna i möjligaste mån. Det finns dock två väldefinierade undantag – psykiatrisk tvångsvård och viss diagnostik och isolering enligt Smittskyddslagen – där viss vård kan bedrivas mot den enskildes vilja. Delaktighet är en viktig aspekt för att vården ska kunna ges på ett ändamålsenligt sätt i psykiatrin (Socialstyrelsen, 2018), varför den blir en avgörande del av om patienterna uppfattar att de åtgärder som vidtas är till för dem.

Motstridiga regelverk finns inom den psykiatriska vården, främst *Hälso- och sjukvårdslagen* (2017), *Lagen om psykiatrisk tvångsvård* (1991), och *Smittskyddslagen* (2004) med de regler som redan före pandemin fanns vad gäller smittskydd och vårdhygien, men där nya regler och restriktioner som tillkom gradvis kan ha varit svåra att förstå för många patienter (och eventuellt även för personal). Tankar om dessa regelverk och deras relativa vikt i olika situationer är därför en central fråga både för möjligheten att bedriva psykiatrisk vård och för att förhindra spridning av pandemin.

Studiens teoretiska ansats är fenomenografi, som fokuserar på de olika sätt som människor

har att uppfatta omvärlden. I fenomenografisk forskning är alltså individernas uppfattning av olika fenomen det centrala och inte studiet av fenomenen i sig. Uppfattningar är ingenting man kan mäta, men det går att analysera dem enligt olika förståelse av fenomenen. Uppfattningar om fenomen kan grupperas i olika kategorier till ett utfallsrum av olika uppfattningar/utsagor, som idealt är heltäckande med plats för alla olika uppfattningar/utsagor (Marton & Booth, 2000; Dahlgren & Johansson, 2019).

Marton & Booth (2000) använder den fenomenografiska ansatsen för att inom pedagogik för att klassificera olika sätt eller strategier vid inläring. De skapar i utfallsrummet olika kategorier som står i en hierarkisk ordning till varandra, där det finns inlärningsstrategier som ger en mer eller mindre fullständig förståelse av de fenomen som ska läras in. Kategorierna ska enligt dessa författare väljas så att de säger någonting om var som utmärker det specifika sättet att uppfatta fenomenet, att kategorierna ska ha en relation till varandra, som ofta kan vara hierarkisk och att dessa kategorier bör vara så få som möjligt utan att förlora sitt förklaringsvärde.

Det är inte helt självklart att en fenomenografisk ansats kan överföras från inläring till fenomen inom vården. Visserligen finns det en rad olika utsagor (som skiljer sig kvalitativt sinsemellan) om hur olika åtgärder har påverkat vården i allmänhet och den psykiatriska vården i synnerhet. Däremot skulle man svårt kunna ordna dessa hierarkiskt. Det har tidigare gjorts kvalitativa studier med en fenomenografisk ansats inom vården. Ett område där det har skrivits fenomenografiskt inriktade artiklar är vårdpersonals syn på sitt eget arbete. Röing et al. (2018) har i en metastudie som går igenom 14 fenomenografiska studier visat på fem kvalitativt olika sätt att se på sitt eget vårdarbete. Intressant här är att det går att urskilja en hierarki inom utfallsrummet utgående från vilken förståelse eller hur pass fullständig bild av sitt arbete man har som vårdpersonal. Ett exempel på fenomenografisk forskning under covid-19-pandemin är en studie av Chen et al. (2023) som på grundval av intervjuer med 34 sjuksköterskor beskriver olika typer av reaktioner på pandemin. De finner fyra olika kategorier i utfallsrummet, där man inte kan se någon tydlig hierarki, utan där det snarast rör sig om olika förhållningssätt för att klara av arbetet under covid-19-pandemin, vilket kanske mest rör sig om coping-strategier.

Av intresse i föreliggande studie är främst att studera utfallsrummet i sig för att identifiera utsagor om de åtgärder som vidtagits och konsekvenserna av dessa. Dessutom går det att jämföra utfallsrummen för olika kategorier av människor. Detta kan vara lämpligt eftersom det finns tydliga kategorier av personer (olika kategorier av vårdpersonal - skötare, sjuksköterska, terapeut, psykolog, läkare) som kan ha olika infallsvinklar på de problem som beskrivs. I syfte att angripa de problem som smittskyddsåtgärder skapar i den särskilda miljö som psykiatrisk vård utgör, behöver man först undersöka vilka uppfattningar den inblandade personalen har om den verklighet man levde och verkade i under pandemin då lagstiftning om tvångsvård skiljer sig mellan olika länder.

Till skillnad från flertalet av de exempel Morton & Booth (2000) anför söks i detta arbete inte en hierarkisk ordning mellan olika kategorier. De centrala begrepp som presenterats ovan bedöms vara av stort intresse för den psykiatriska vården. Genom att identifiera kategorier och utfallsrum kommer dessa i studien att belysas från olika perspektiv. Begreppen som presenterats ovan är utgångspunkter för diskussionen och kan kanske liknas vid det dessa

författare kallar för fenomen, vilka kan uppfattas på olika sätt i den kontext som pandemin med dess skyddsåtgärder utgjorde.

1.5 Problemformulering

Den psykiatriska vården stod inför flera utmaningar under den senaste pandemin. På grund av deras psykiatriska sjukdom kunde det finnas svårigheter att få patienterna att förstå anledningen till olika typer av smittskyddsåtgärder. Därmed var det svårt att få dem att följa åtgärderna som var framtagna för samhället i stort och den somatiska vården. Dessutom var tvångsvård enligt LPT ytterligare en faktor som försvårade tillämpningen av smittskyddsåtgärder både ur ett praktiskt och etiskt perspektiv. Ett större antal studier visar problem inom den psykiatriska vården på grund av bristande förståelse hos patienterna, rädsla för covid-19, bristande möjlighet att använda ECT-behandling och oklara regelverk. Ingen av dessa studier är dock utförd i Sverige. För att få kännedom om hur vården fungerade på svenska psykiatriska kliniker och i förlängningen kunna anpassa åtgärder bättre till psykiatrisk vård finns ett behov av studier i Sverige.

Centralt ur en klinisk synvinkel är om patienterna förstod vad covid-19 innebar (sjukdomsinsikt), huruvida de kunde medverka i sin behandling (delaktighet), hur mycket de kunde bestämma om sin egen kropp (autonomi) och hur regelverken för psykiatrisk vård och smittskydd fungerade tillsammans (motstridiga regelverk). För att kartlägga vilka problem som uppkom kan en fenomenografisk ansats användas där olika uppfattningar hos personalen kartläggs.

2 Syfte

Studiens syfte var att undersöka sjukvårdspersonalens upplevelse om och i så fall på vilket sätt smittskyddsåtgärder under Covid 19-pandemin påverkade den psykiatriska vården på en psykiatrisk klinik i Sverige. Ur detta syfte framkom tre mer preciserade frågeställningar. Av primärt intresse var hur och i vilken grad personal på kliniken anser att patienterna inom den psykiatriska vården påverkades av insatta åtgärder. Dessutom undersöktes i vilken mån behandlingen påverkades och på vilket sätt. Slutligen kom även eventuell anpassning av smittskyddsåtgärder till psykiatri att behandlas.

3 Metod

De specifika problem som uppkommer i den psykiatriska vården är svåra att mäta. Den viktigaste aspekten är den upplevelse som patienten har av situationen eftersom det kan inverka på möjligheten att bedriva en framgångsrik vård. Även den vårdande personalens om problemen är naturligtvis viktiga eftersom de kan se sådant som undgår patienterna, såsom hur dynamiken på avdelningen förändras i och med att olika åtgärder införs men också om det finns särskilda utmaningar som behöver diskuteras. Genom kvalitativa studier kan sådana aspekter, där statistik inte alltid är särskild meningsfull utan där det gäller att ringa in problem och förslag till lösningar utan att tappa nyanser, vara en framkomlig väg (WHO, 2024). I sådana studier kan olika upplevelser av svårigheterna med psykiatrisk vård i pandemin sättas i fokus och diskuteras på ett strukturerat och konstruktivt sätt.

Studien utfördes som en kvalitativ intervjustudie med en studiepopulation omfattande sju personer. Insamlandet (eller kanske snarare skapandet) av det material som ligger till grund för studien utgjordes av intervjuer med personal på en psykiatrisk klinik vid ett svenskt sjukhus. Kliniken har både öppenvård och två avdelningar med slutenvård. Barn- och ungdomspsykiatri är en egen enhet men har till sitt förfogande några platser på en av de två avdelningarna. Inom slutenvården vårdas patienter både enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL) och *Lagen om psykiatrisk tvångsvård* (LPT). Bland yrkeskategorierna finns läkare, sjuksköterskor, skötare, terapeuter, psykolog och paramedicinare med olika arbetsuppgifter som träffar patienterna i olika hög grad och vid olika tillfällen.

Intervjuerna var semistrukturerade och berörde ett antal teman med fokus på hur personalen upplevde att åtgärder för att stoppa pandemin hade påverkat den psykiatriska vården av inreliggande och polikliniska patienter (dvs både slutenvård och öppenvård). Inom varje tema fanns ett antal frågor som kunde komma att ställas till de intervjuade (se bilaga 1). Det fanns dock en viss frihetsgrad vad gäller frågorna, där det kan hända att vissa frågor inte ställdes och andra tillkom beroende på vilken inriktning intervjun tog. Alla temana har dock utforskats i alla intervjuer eftersom dessa utgör de frågeställningar som undersökningen söker svar på (Brinkman, 2024).

Som inspiration för intervjuernas struktur har Brinkman (2024) använts. Intervjuerna syftar till en fenomenografisk studie (Marton & Booth, 2000), där svaren delades upp i ett antal utsagor och dessa jämfördes med varandra i syfte att finna olika utsagor om åtgärderna på psykiatri under pandemin.

För att uppnå detta utfördes induktivt arbete utifrån intervjuerna. Intervjuerna genomfördes i en receptiv stil med ett mindre antal öppna frågor där den intervjuade hade ett relativt stort inflytande på hur svaren utformades. Intervjuformen kan sägas ha varit doxatisk, där de intervjuades upplevelser av förhållandena under pandemin stod i fokus (Brinkman, 2024). Anledningen till denna form av intervjustudie är att det centrala är på vilket sätt personalen på den psykiatriska kliniken ansåg att pandemiåtgärderna hade påverkat den psykiatriska behandlingen och vad man hade för tankar om vad som fungerade bättre och sämre under denna tid. Man skulle kunna säga att det här rör sig om en inventering av olika typer av upplevelser av detta, där det är viktigt att så många olika aspekter som möjligt kommer fram.

I syfte att genomföra en analys av ett antal intervjuer som kan ge mycket varierande utsagor och för att utföra en fenomenografisk analys har upplevelser och åsikter om vilken påverkan man tycker sig ha sett av de vidtagna åtgärderna på patienter inom varje tema inordnats som utfall inom ett utfallsrum (Marton & Booth, 2000; Dahlgren & Johansson, 2019).

I denna kvalitativa studie av påverkan av pandemiåtgärder på den psykiatriska vården intervjuades sammanlagt sju personer (numrerade D1-D7 i denna uppsats). Dessa arbetade alla på samma psykiatriska klinik i en stad i södra Sverige, men på olika platser inom organisationen (slutenvård, öppenvård och akutmottagning). Av de intervjuade var två skötare i slutenvården, en sjuksköterska i öppenvården, en sjuksköterska som hade arbetat både på akutmottagningen och i slutenvården, en terapeut i öppenvården, en psykolog i öppenvården och en överläkare i slutenvården. Urvalet är på intet sätt uttömmande men de tre arbetsplatserna på kliniken är representerade liksom de största yrkeskategorierna. Man kan notera att det bland de intervjuade inte finns någon paramedicinare, vilket beror på att intervjuer gjordes med de som anmälde sig eller som genom kontakter tillfrågades. Resultaten kan inte på något sätt förväntas vara representativa för personal inom psykiatri då representativitet inte kan uppnås med kvalitativa metoder (Smith 2017). Istället har fokus varit att genom kartläggning av olika utfallsrum klarlägga vilka problem som psykiatri under denna tid hade i samband med de åtgärder som vidtogs i samhället och på vårdinrättningar. Påverkan här gått åt två olika håll. Vidtagna åtgärder har kunnat påverka både patienternas upplevelse av den psykiatriska vården och i förlängningen potentiellt även benägenheten att söka kontakt med psykiatri samt det sätt vård och behandling bedrevs, dels har psykiatris särskilda förutsättningar kunnat påverka hur smittskyddsåtgärder har kunnat genomföras.

3.1 Studiepopulation

Studiepopulationen var vårdpersonal på en psykiatrisk klinik vid ett sjukhus. De yrkeskategorier som har intervjuats är läkare, sjuksköterskor och skötare samt behandlande personal i form av psykologer och terapeuter. Studiepersonerna numrerade D1-D7.

3.2 Urval

Urvalet har skett enligt ett tvåstegsurval, där organisation valts i det första steget (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015). Därefter gjordes ett bekvämlighetsurval bland intresserade men med målsättning att få med olika professioner inom vården. Inklusionskriterium var att man hade arbetat patientnära med vuxna patienter på den psykiatriska kliniken en längre tid (> 4 månader) under den tid då restriktioner mot covid-19 gällde i samhället och i vården. Inga exklusionskriterier tillämpades.

3.3 Datainsamling

Sammanlagt intervjuades sju personer ur olika yrkeskategorier på psykiatri med tät patientkontakt (läkare, sjuksköterskor, skötare, psykologer, terapeuter). Kontakt togs med verksamhetschefen för beskrivning av projektet och godkännande. Denne ombads att muntligt och skriftligt informera medarbetare om möjligheten att delta som forskningsperson

i studien. De som var intresserade att delta i studien fick ta del av den skriftliga informationen i bilaga 2 och kontaktade därefter artikelförfattaren. Då fick försökspersonen kompletterande information samt möjlighet att skriva på en samtyckesblankett (bilaga 3), vilket var en förutsättning för deltagande.

Intervjuerna genomfördes enskilt med försökspersonerna. De flesta intervjuer genomfördes på den psykiatriska kliniken, en genomfördes på sjukhuset och en på ett café. De utgick från ett antal teman och frågor som hörde till dessa. Utifrån svaren ställdes följdfrågor, vilket medförde att alla intervjuer såg olika ut innehållsmässigt även om alla behandlade samma tema. Längden på intervjuerna varierade mellan tjugo och fyrtio minuter.

3.4 Analys

Intervjuerna spelades in med diktafon. De första fyra transkriberades manuellt medan de tre sista transkriberades maskinellt då sådan programvara blev tillgänglig under uppsatsens gång. De transkriberade texterna ligger till grund för en fenomenografisk studie. I en sådan kan skilda analysmetoder användas (Dahlgren & Johansson, 2019). Den modell som presenteras av dessa författare innehåller sju steg. Efter att ha bekantat sig ordentligt med materialet medelst upprepade genomläsningar börjar själva analysen genom kondensering, ett urval av de för fenomenet mest signifikanta utsagorna, som kan vara av olika längd. I nästa steg letar man efter variationer i termer av likheter och skillnader i de olika utsagorna. Dessa grupperas sedan i steg fyra, varefter kategorierna artikuleras genom att essensen av likheter mellan olika kategorier kartläggs och man därmed skapar gränser mellan olika kategorier. Kategorierna namnges i det nästa sista steget varigenom det mest signifikanta i materialet tas fram. I det sjunde steget, den kontrastiva fasen jämförs åter alla passager för att se om de skulle kunna hamna i fler än en kategori. Målet är att kategorierna ska vara exklusiva så att alla passager hamnar i en kategori. Dessa kategorier kallas tillsammans för utfallsrum.

En något förenklad variant används av Andersson et al. (2015). Det första steget är även där noggrann genomläsning. Utsagorna identifierades därefter enligt studiens syfte. Dessa kondenseras och sammanfattas för att få en preliminär förståelse. I det andra steget utförs en jämförelse och gruppering samt uppdelning i kategorier. Det tredje steget innebär en jämförelse av kategorierna för att definiera gränserna mellan dem. Genom att röra sig mellan de olika nivåerna (utsagor och kategorier) finner man sinsemellan exkluderande deskriptiva kategorier som bildar utfallsrummet.

Utifrån dess tydlighet valdes modellen från Andersson et al. (2015), med vissa modifieringar. Materialet lästes igenom och ur materialet lyftes citat av betydelse för den här uppsatsens syfte fram. Citat med samma innebörd fick en gemensam etikett, kallad utsaga. Utsagorna organiserades till olika utfall, som i sin tur grupperades kategorier. Inom varje kategori ryms således en rad utfall där summan av dessa kallas utfallsrum. De olika utfallsrummen som de presenteras under respektive kategori utgörs således av ett spektrum av de olika utsagor om de vidtagna åtgärderna för smittskydd och vårdhygien inom psykiatrin, se tabell 1 för exempel.

Kategorierna visade sig sammanfalla med de ursprungliga frågeställningarna och är sinsemellan exkluderande. Utöver denna deskriptiva analys har även likheter och skillnader mellan personer ur olika yrkeskategorier noterats. Även jämförelser mellan olika

huvudsakliga arbetsplatser (akuten, öppenvård, slutenvård) kan vara av intresse för en jämförelse. Analysprocessen går principiellt till enligt nedanstående.

Citat	<i>patienterna var ju också väldigt oroliga många utav våra patienter var ju väldigt rädda att bli sjuka i covid 19 det ju några av vår patientgrupp som har då smitt..., ångest för smitta hälsoångest, OCD. Deras symptom förvärrades ju då särskilt om de behöver ha på plats.</i>
Utsaga	Patienterna är följsamma till regler pga rädsla att insjukna Patienterna är mycket rädda för att bli sjuka
Utfall	Rädsla hos patienterna
Kategori	Påverkan på patienterna

Tabell 1. Exempel på arbetsgång från citat till kategorier

3.5 Etiska överväganden

Etiskt tillstånd har sökts för detta arbete men etikprövningsmyndigheten tog inte upp ansökan för prövning då studien inte bedömdes kräva något etiskt tillstånd (Linköping avdelning 2 medicin, Dnr 2024-06628-01). I ett rådgivande yttrande konstateras att etikprövningsmyndigheten inte har några etiska invändningar mot forskningsprojektet.

När det gäller människor i ett beroendeförhållande eller i något slags underläge gentemot samhället i övrigt är det särskilt viktigt att diskutera etiska aspekter. Eftersom psykiska sjukdomar och psykiatrisk vård fortfarande på många håll i samhället är stigmatiserade företeelser (Brain et. al., 2014), är det särskilt viktigt att inte någon patient kommer till skada. För att säkerställa att studien bedrevs etiskt korrekt har arbetet med den hållit sig strikt till de etiska principerna om tillförlitlighet, respekt, ärlighet och ansvarighet som uttrycks i *Den europeiska kodexen för forskningens integritet* (All European Academies, 2018) som implementeras genom vad man där skriver om god forskningssed. Särskild tyngd har lagts vid den diskussion Vetenskapsrådet (2017) har publicerat om hantering av forskningsresultat med tanke på sekretess och anonymitet i undersökningen. Eftersom undersökningen kan röra känsliga personuppgifter i form av hälsa har etiskt tillstånd sökts för studien, men inte bedömts vara erforderligt (Görman, 2023).

Det är alltid en berättigad fråga om människor i underläge blir utlämnade i en studie som beskriver deras åsikter och upplevelser. Här är syftet med arbetet den springande punkten. Så länge det är att kartlägga och i slutändan förbättra förhållanden för just dessa personer finns det inget skäl att inte utföra ett sådant här arbete, särskilt om resultaten inte kan spåras till enskilda individer varken bland forskningspersonerna (vårdpersonal) eller de patienter de refererar till.

I behandlingen av personuppgifter har även lokala riktlinjer följts (Högskolan i Skövde, 2023). Forskningspersonerna har dels fått ett dokument som förklarar studiens syfte och

upplägg, dels muntlig information om de har valt att delta i studien samt därefter skrivit på en samtyckesblankett. I informationen har det tydliggjorts att studien syftar till att kartlägga vilken påverkan smittskyddsåtgärder har haft på den psykiatriska vården för att kunna förbättra förhållanden inför nästa pandemi genom att intervjua personal på psykiatrin om deras upplevelse under covid 19 pandemin och att man inte ska kunna känna igen någon deltagande person eller patient utifrån det som skrivs i arbetet (Görman, 2023). Det går i den färdiga studien inte att identifiera enskilda personer ur personalen. Man får ha i åtanke att även personal i intervjuerna mycket väl kan uttrycka åsikter som inte är ämnade eller lämpade att höras av andra, exempelvis chefer. Detta bör dock inte vara något stort problem då endast lösryckta citat visas i texten och inte längre texter som skulle tillåta en identifiering.

Författaren som genomför denna studie har arbetat som läkare i mer än femton år. Han arbetar nu dels som överläkare på en infektionsklinik, dels som hygienläkare på en vårdhygienisk enhet. Han har arbetat kliniskt som läkare på två infektionskliniker med covid-19-patienter under hela pandemin och är därmed mycket väl insatt i restriktioner och förhållningssätt under pandemin i allmänhet och i synnerhet frågeställningar angående vårdhygien och smittskydd som under jourtid gick till infektionsbakjour på lasarettet. Förförståelsen består därför mestadels i observation utifrån ett infektionsperspektiv. Han har dock som legitimerad läkare inte arbetat med psykiatriska patienter, varför kontakt har tagits med en psykiater för hjälp att tolka eventuella psykiatriska problemställningar.

4 Resultat

Här presenteras resultaten enligt de teman som har varit fokus för undersökningen. Initialt presenteras de teman på vilka intervjuerna fokuserade för att därefter undersöka vilken relation de centrala begrepp presenterade i teoriavsnittet ovan har till dem. Först undersöks vilken påverkan man ser att de vidtagna åtgärderna har haft på patienter och deras behandling för att därefter rikta fokus mot hur smittskyddsåtgärderna påverkades av den särskilda miljö psykiatri utgjorde under covid-19-pandemin och slutligen försöka fånga in hur de intervjuade personerna tyckte att organisation och ledning hade fungerat under pandemin.

4.1 Påverkan på patienterna

Pandemin påverkade alla människor i samhället. Inom psykiatri var en upplevelse hos flera av de intervjuade, både inom öppen- och slutenvården, att patienterna generellt tog ett stort eget ansvar och stannade hemma. En sjuksköterska kommenterade detta som att

... de tog ett kanske egentligen ett lite för stort ansvar att de till och med liksom minsta lilla förkylningssymptom eller så där då stannade de hemma och vilket inte alltid blev det bästa. D1

I detta uttalande verkar det även finnas en viss frustration till följd av att man tvingades följa de regler som gällde för övriga sjukvården, men som i psykiatri kunde få skaldliga konsekvenser för den enskilde patienten. Avbokningar ökade enligt samma sjuksköterska under pandemin.

Samtidigt fanns det vissa patientgrupper som verkar ha påverkats negativt även på andra sätt av de åtgärder som vidtogs. Inom öppenvården kunde det yttra sig i överdrivet vidtagna åtgärder, exempelvis hos patienter med tvångssyndrom. En terapeut menar att några av vår patientgrupp som har då smitt., ångest för smitta hälsoångest, OCD. Deras symptom förvärrades ju då särskilt om de behöver vara på plats” D2

En del patienter med tvång hade alltså plötsligt ett adekvat beteende, men av fel anledning.

Även kommunikationen om åtgärder kunde ibland vara problematisk. Enligt en skötare

... var det ju den där gruppen som jag sa förvirrade starkt ångestdrivna borderline eller EIPS eller vad du kallar för instabil personlighetsstörning, den gruppen hade vi ju också svårt att liksom liksom riktigt nå fram med information kan man säga, inte när de mådde som sämst. D4

Olika direktiv fick dessutom patienter att tvivla på åtgärderna eftersom de ändrades kontinuerligt utifrån pandemiläget. Enligt en sjuksköterska var detta ett problem som minskade tilliten till sjukvården:

Ja ja det tror jag att patienterna alltså för det upplever ja att hur ska vi göra då liksom, att man tänker att ja men vet de verkligen vad de gör eller har de

koll på det här eller varför ändras det hela tiden? D3

Inom slutenvården var ett stort problem den isolering många patienter upplevde när de antingen var tvungna att isoleras i väntan på provsvar eller då man uppmanades att hålla avstånd och inte kunde ha någon fysisk kontakt. Ensamhet (och även missbruk) var någonting som nämndes i samband med de alltför tidiga utskrivningar som enligt bland annat läkaren och en av sjuksköterskorna ofta genomfördes. Läkaren understryker hur svårt det var för patienter som kom in och mårde som sämst att behöva vara isolerade i väntan på provsvar:

Jag tror den isoleringen, alltså från testning av patienten i väntan på svar, dels är det alltid när man kommer in och är akut sjuk, så man mår ju som sämst. Det blir att bli lämnad ensam. I ovisshet om du har covid eller inte dessutom. Det tror jag var jättesvårt, även för tvångsvårdade patienter som inte ville stanna där. De vill ut och springa och röka. Hur ska man förhålla sig till det? Ska vi låsa in de andra, frivilliga patienterna för att en patient på tvångsvård ska springa runt och kanske smitta ner någon. Så det är liksom svåra avväganden då i stunden. Ingen riktigt, i den perioden, ingen riktigt visste. Vi fick nya besked, nya rutiner. Hela tiden. D5

Förutom isoleringen drabbades även den grupp av patienter som var tysta och tillbakadragna av att få mindre uppmärksamhet än vanligt av avdelningspersonalen. Enligt en skötare var

... en grupp som jag tycker för lite illa det var ju de tysta egentligen för det passade ju oss personal bra att de sa inte så mycket utan det låg ju och led istället och vi var försiktiga med att gå in D4

4.2 Påverkan på behandlingen

Inom öppenvården var ett problem att inte kunna avläsa ansiktsuttryck på grund av användning av munskydd, vilket försvårade kommunikationen där det terapeutiska samtalet är en viktig del av behandlingen. Terapeuten säger om samtalen med mask att

... det stora var när folk var på plats med mask att de såg varken min ansiktsmimik eller jag såg deras. D2

Detta medförde att kroppsspråket blev desto viktigare i dessa situationer. Vilken betydelse detta hade för det terapeutiska samtalet skilde sig åt mycket mellan patienterna beroende på vilken diagnos de hade:

Ja, om man tar autister så sket de fullständigt i att den kommunikationen inte funkade utan bara sa jag tydligt med ord så, nu överdriver jag inte men det kan vara så, men tar vi mer en en personlighetssyndrom som är superkänslig för alla intryck och om man är lite för arg i rösten eller i ansiktsuttrycket eller de tror att man är det då kan det vara väldigt markant. D2

Samtidigt fanns här den enda nämnda positiva effekten, där terapeuten beskrev hur patienternas delaktighet i vården ökade, vilket var positivt ur KBT-synvinkel

... eftersom mycket av det är bara att bara lägga över ansvaret för klienten

så mycket jag bara kan så att de ska göra hemuppgifter i KBT. Därför så tittar jag på hur om de kan vara så mycket delaktiga de kan vara i vården på alla möjliga sätt det är ju gladare blir jag, så därför så kan det finnas en positiv effekt. D2

Mer allvarlig påverkan såg man i slutenvården. Läkare kunde till stor del inte ge ECT-behandlingar på grund av en överbelastad anestesimottagning utan fick istället ge andrahandsalternativ i form av läkemedelsbehandling.

Allt som kanske har med ECT att göra och på IVA och det fick ju stryka på foten, så det har vi inte kunnat ge. D6

På själva avdelningen var skötarnas perspektiv att man inte kunde nå fram till patienterna på samma sätt när de behövde någon att dela mörka tankar med eller när de skulle ha behövt mänsklig kontakt. Den ena skötaren säger:

... vi har ju våra grupper där man nästan ska gå in och var 10:e minut. Det är inget bra när de sitter med sina egna tankar. Det kan även gälla en psykos eller en stillsam psykos, alltså de som har grubblerier på något sätt. Då vill man ju in och "Kom, var med i min värld istället, hoppa din värld". D4

På samma tema säger den andra skötaren:

... mycket fokus låg på, på covid och att eftersom inte vi kunde ge dem massa, de här nära samtalen, ja men som vi har i psykiatrin, du ska sitta på flera meters avstånd liksom och ha ett stödjande samtal bakom en ansiktsmask när du bara kan ha ögonkontakt men ingen kroppskontakt. Ja, men en hand på axeln du vet. Jag tror att dom påverkades väldigt mycket av det. Jag fick den känslan, att de, att de hade behövt mer och att det är det som vi har arbetat mycket med i normalfall men inte, men inte kunde då. D5

Det som dock sticker ut mest i berättelserna från slutenvården är dödsfallen. Främst fanns det minst en patient (oklart om det rör sig om flera) som troligen suiciderade. Överläkaren förklarar detta med att det fanns ett starkt samband med för långa permissioner:

Vi hade ett suicid under en permission som jag tycker nog ganska direkt är kopplat till att det blev för lång permission. Jag som läkare var liksom piskad av våra lokala rutiner. Att kan de gå på permission, gärna liksom en vecka, inte det här att de får komma och visa upp sig varje dag eftersom då ökar risken för smitta. Så just det suicidet som vi har tittat på. Hörde det ihop? Absolut. D6

Läkaren beskriver att han var "piskad" att låta patienter gå på permission i så stor omfattning som möjligt för att förhindra smittspridning. Alla patienter som kunde vara hemma skulle vara det, vilket gjorde att gränserna enligt läkaren flyttades för vad som ansågs vara acceptabelt. Även en sjuksköterska på akutmottagningen gör den bedömningen:

... var ju en patient som hade inte covid funnits där och då så hade kanske patienten överlevt för att ja men vad ska jag säga då hade man nog som

personal stått på sig mer och tänkte att du måste komma hit. D6

Även en annan sjuksköterska tycker att man ändrade rutinerna för permissioner. En av skötarna tyckte dock inte att man gav permissioner alltför lättvindigt,

4.3 Påverkan på smittskyddsåtgärderna

Under pandemin påverkades inte bara patienter och behandling av de pålagda restriktionerna. Eftersom psykiatrisk vård har annorlunda förutsättningar jämfört med somatisk vård, både juridiskt med LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och den i vissa fall minskade benägenheten att söka vård samt ta emot sådan, blir det i många fall svårt att fullt ut genomföra beslutade åtgärder på det sätt som tänkts, och som i många fall snarast anpassats till somatisk vård.

Här kan man se flera olika sätt på vilka man försökte modifiera åtgärder. Inom öppenvården var en av svårigheterna att hålla avstånd på grund av lokalernas beskaffenhet. Enligt riktlinjer skulle man då ha ansiktsmask, vilket enligt terapeuten inte alltid följdes, oklart om det var på grund av de nackdelar med täckt ansikte som beskrivits ovan eller för att man tyckte att det var obekvämt:

Det förändras ju, först var det hårdare rekommendationer och sen släppte man mer och mer så när det var som hårdast så satt vi med mask men jag gissar att vi satt med mask kanske två veckor under två år totalt kanske eller jag i alla fall, och det knasiga var att vi delades upp i två lag inom inom öppenvården, några som tog det här jättemycket på allvar med maskerna och som inte tog det så allvarligt och jag tillhörde den som inte trodde såhär vilket ledde till vissa schismer i i mellan personal. D2

I slutenvården fanns liknande problem med lokaler, särskilt vad gäller patienter med störd verklighetsuppfattning samt utåtagerande patienter. En skötare beskriver:

Tills vi visste så att säga och jag skulle uppskatta det till att ungefär två tredjedelar så gick det ganska bra eller bra bra eller ganska bra men en tredjedel, du vet de här oroliga, ångest, psykos, där gick det ju inte och vi kunde ju liksom inte, det var liksom aldrig aktuellt att vi med våld skulle se till att de stannar, det gick utan då fick de ju vandra så att säga. D4

Flera gånger påpekades dålig följsamhet till smittskyddsåtgärder, både egen sådan och hos annan personal. En sjuksköterska på akutmottagningen som menar att man där följde de åtgärder som fanns berättar att

Däremot så upplevde jag väl att personal kanske på andre ställen inte hade lika bra koll, så här, kanske inte hade liksom och skydd på sig eller så. D3

Dessutom påpekades av samma sjuksköterska på akutmottagningen att patienterna visserligen provtogs inför inläggning på avdelningen men att man därefter inte isolerade dem i väntan på svar utan lät dem gå runt på avdelningen och ha kontakt med andra patienter och personal. Däremot verkar patienter ha isolerats om de inte kunde provtas på akuten enligt en annan sjuksköterska på akutmottagningen.

I likhet med andra delar av vården var brist på skyddsutrustning också en faktor som ibland omöjliggjorde följsamhet till åtgärder. Man såg hur man i andra delar av samhället och vården hade skyddsutrustning som inte tillhandahölls på psykiatrin. En skötare beskriver att arbeta under dessa omständigheter på följande sätt:

Men det är inte helt lätt med en psykos eller polisen de hade ju skyddsutrustning och ambulansen hade ju skyddsutrustning och såna saker. Vi hade ju inga gasmasker, vi hade ju ingenting utan vi hade ju bara en visiret och och förkläden och heltäckande förklädena som som kom så att säga och det är klart att vi var ju lite oroliga. Hur gör man, vad gör man för åtgärd när det kommer nån som är stökig så där. D4

Till detta kommer även ovanan att hantera somatiska tillstånd hos läkarna, där yngre AT-läkare ibland bedömdes ha bättre kunskaper om detta än de fast anställda läkarna. Den andra skötaren kommenterar att

... och sen överlag då, våra läkare är jättejättebra men när det kommer till dom somatiska tillstånden så blir dom osäkra. Då är det mer AT-läkarna som går in. D5

I flera fall framkom missnöje med att de riktlinjer som gällde inte alltid var tillämpliga inom psykiatrisk vård. Det betonades av överläkaren att direktiven var anpassade till somatisk vård:

... det känns väl lite som att man kanske inte hade psykiatrin riktigt i åtanke när man satt med staben med smittskyddsläkare, om man säger så. Det kanske inte det primära de tänkte på. D6

En sjuksköterska menar att alltför stort ansvar hamnade på personalen vid utformning av lokala rutiner:

Jag tycker att tyvärr så har enhetschefer inga ja eller det är ganska och det ligger väldigt stort ansvar på personalen att själv utforma rutiner så så de rutiner som borde funnits på plats de fanns inte på plats här under ja alltså analyser utifrån tänker jag men det var ingen chef som så man kanske behöver kallt nej som man påstår lokalt ella som kanske tog ansvar för att informera eller implementera utan det var ju upp till oss att försöka ha koll på när det kom nya direktiv och försöker ju liksom göra det så så bra som... D3

Sammantaget visar intervjuerna en samlad bild av åtgärder där personalen inte ser att de var anpassade för psykiatrin och därför ofta fick modifieras, vilket skedde både genom att införa lokala riktlinjer och genom ad hoc-lösningar, där riktlinjer frångicks för att kunna bedriva psykiatrisk vård. Genomgående verkar intervjupersonerna ha haft en känsla av att vara utelämnade, där riktlinjer anpassade till somatisk vård inte kunde följas utan där man lokalt fick hitta på egna förhållningssätt.

5 Diskussion

Här följer en sammanfattning av de resultat som intervjuerna gav angående de olika teman som undersöktes. De kommer sedan att sättas in i ett större sammanhang, kopplas till de för

uppsatsen centrala begreppen och diskuteras utifrån en fenomenografisk utgångspunkt.

De allra flesta patienterna har enligt den intervjuade personalen påverkats av pandemiåtgärderna på något sätt. De som påverkades minst verkar ha varit autistiska patienter i öppenvården. De som led mest var de som kände ångest av åtgärderna eller kanske hade en ångest som förvärrades. Dessutom var isoleringen ett stort problem för vissa patienter. Särskilt nämns de patienter som i vanliga fall är försynta och inte gör så mycket väsen av sig som kanske inte fick den uppmärksamhet de i vanliga fall brukar få av personalen.

Det framkommer i intervjuerna en stor påverkan på den psykiatriska behandlingen. Påverkan fanns på alla nivåer. Patienter på mottagningen fick en sämre behandling då det var svårare att läsa kroppsspråket. På avdelningen kunde den hjälp i form av stödjande samtal och kroppsberöring som normalt ges av personalen inte ges i samma form och omfattning på grund av restriktionerna. Sämre behandling för depressioner hörde också till bilden eftersom intensivvårdsavdelningarna och anestesiläkarna hade fullt upp med patienter som var sjuka i svår covid-19 och därmed inte kunde tillhandahålla ECT-behandlingar, vilket betydde att man var tvungen att ge andrahandsbehandling i form av medicinering istället. Den kanske allvarligaste påverkan på behandlingen var dock att man uppfattade påtryckningar att ge fler och längre permissioner för att ha så få patienter som möjligt inneliggande, vilket kan ha lett till suicid.

På grund av de särskilda omständigheter som finns i psykiatrisk vård gick påverkan även åt andra hållet, dvs att åtgärderna fick modifieras och ibland inte följdes alls. Det verkar ha pågått en hel del diskussion om vilka åtgärder som var viktiga att följa med splittringar i personalgruppen som resultat. Rent allmänt märks dock även en frustration över att man dels inte hade tillgång till sådan personlig skyddsutrustning som vid den tiden fanns på andra håll, dels att de åtgärder som bestämdes centralt (från ledning, vårdhygien och smittskydd) inte var anpassade för psykiatrisk verksamhet. I mångt och mycket fick man ta över åtgärder som hade beslutats för somatisk vård och det blev sedan upp till personalen på vårdenheten att utan vidare stöd anpassa dessa till verksamheten. Här framkommer även kritik mot ledningen som man upplever drog sig undan från sitt ansvar, vilket ledde till ad hoc-lösningar med ibland tveksamma resultat.

5.1 Resultatdiskussion

För att studera de fyra centrala begreppen *sjukdomsinsikt*, *autonomi*, *delaktighet* och *motstridiga regelverk* genomfördes en fenomenografisk analys av personalens föreställningar om hur psykiatriska patienter drabbades av de åtgärder som infördes under pandemin för att minska smittspridningen i vården. De ursprungliga frågeställningarna omformades under intervjuerna till diskussionsämnen. För att underlätta läsningen och eftersom de flesta utsagor föll inom de ursprungliga temana valdes att använda samma nomenklatur till nedanstående kategorier. Under intervjuerna tillkom inga nya teman utan istället bibehölls påverkan på patienterna, påverkan på behandlingen och påverkan på smittskyddsåtgärderna. Av intresse inom denna studie är snarare utfallsrum inom varje kategori än det totala utfallsrummet.

5.1.1 Påverkan på patienterna

För de utsagor som förekom i denna kategori, se bilaga 4, summerat i figur 1. I detta fall, liksom i de nedan följande är syftet inte att rangordna olika utfall, vilket vanligtvis görs i en fenomenografisk analys. Istället är målet att uppnå en så fullständig beskrivning som möjligt av de ingående utsagor om den påverkan pandemin hade på i det här fallet patienterna och sekundärt till detta notera eventuella skillnader mellan dem.

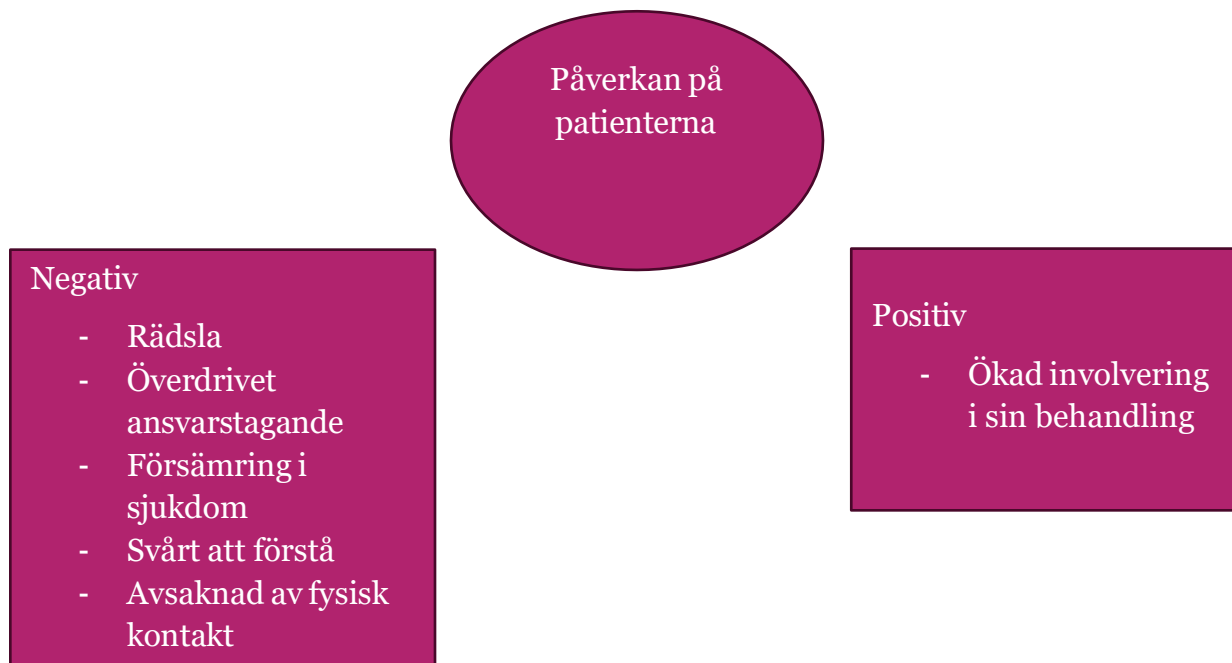


Fig. 1. Utfallsrum för påverkan på patienterna

Här kan noteras att effekterna på patienterna mestadels var negativ men att det även går att hitta åtminstone någon positiv effekt, vilket även tidigare studier som Fornaro (2021) och Burton (2021) har visat. Patienterna kände en rädsla inför pandemin och dess konsekvenser, ibland så stor att de symptom de i vanliga fall hade av sin psykiska sjukdom förvärrades på grund av det beteende som uppmuntrades under pandemin, exempelvis handtvätt och ovilja att komma till kliniken (avståndshållande). Olika typer av rädsla har visat sig vanligt förekommande i tidigare studier. Costanza et al (2021) beskrev detta som ett vanligt fenomen bland psykiatripatienter i Schweiz. Även om vi i denna studie inte kan utläsa typen av rädsla är det troligt att den har med sjukdom och död att göra när det rör sig om patienter som uteblir. I den här kategori finns visserligen diametralt motsatta utsagor om hur man ska se på patienternas ansvarstagande med både utsagor att det var en bra sak att ta eget ansvar och utsagor att det egna ansvaret var överdrivet då man stannade hemma vid minsta symptom. Det rör sig dock om två olika sätt att betrakta patienten, som hjälpsökande (vilket är ett perspektiv som torde vara naturligt för en sjuksköterska på akuten) eller som en patient som kan påverkas i sin sjukdom av olika vardagliga händelser (som en terapeut kanske finner naturligt i öppenvården). Till detta kan man dessutom anmärka att patienterna knappast kan sägas ha gjort fel här, varken med tanke på vårdhygien eller med tanke på hur

rekommendationerna var vid denna såg ut. Förmodligen speglar utsagan att de tog ett för stort ansvar en frustration hos vårdpersonal att man inte kunde hjälpa patienterna när de stannade hemma istället för att komma in till kliniken. I övrigt verkar alla vara eniga om att påverkan från restriktionerna var negativ. Frågan om patienternas ansvarstagande har mig veterligen inte diskuterats tidigare, utan perspektivet har främst varit eventuell skada för dessa.

En kategori av patienter som har diskuterats är de med tvångssyndrom, vars symptom förvärrades med att man mycket starkt betonade vikten av handhygien (Linde et al, 2022). I denna studie visas också på att detta upplevdes som ett problem. Ett beteende som tidigare har ansetts vara ett tvångsbeteende accepteras alltså som normalt, vilket genom ett slags positiv förstärkning ger en försämring i själva sjukdomen.

Ensamheten och isoleringen hos ineliggande patienter diskuteras också i föreliggande studie på grund av avsaknad av fysisk kontakt och svårigheterna att kommunicera med skyddsutrustning. Kotlarska (2021) och Biviá-Roig (2022) påpekar att det hos schizofrena patienter fanns en större utsatthet än hos människor i allmänhet och att detta kunde resultera i en ökad ångest och stress. I föreliggande studie framkom inte om det var patienter med någon särskild diagnos som fann ensamheten och isoleringen särskilt problematisk, men det talas om att det ofta rörde sig om stillsamma patienter som inte gjorde så mycket väsen av sig, vilket troligen även inkluderade denna patientkategori.

Flera problem som har funnits i tidigare internationella studier går igen i denna studie på ett svenskt sjukhus. Patienterna påverkas genom rädsla, försämring i sitt grundtillstånd och bristen på fysisk kontakt.

5.1.2 Påverkan på behandlingen

De utsagor som framkom om i denna kategori samt utfallen finns uppräknade i bilaga 5 och summerade i figur 2.

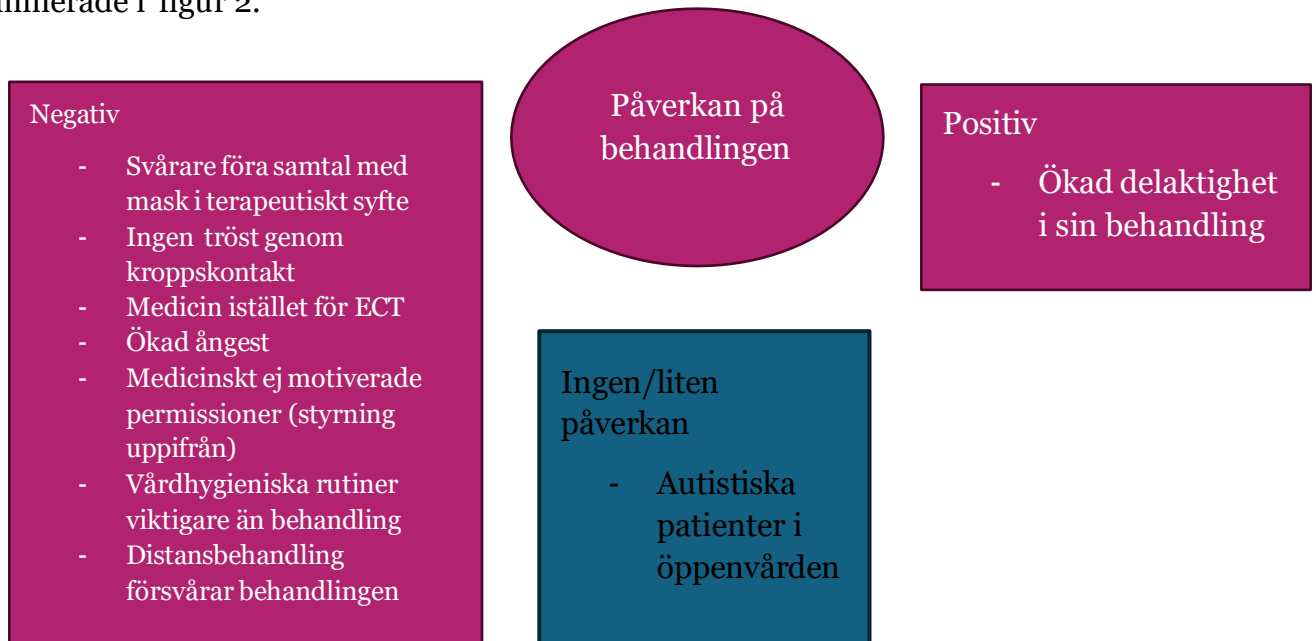


Fig. 2 Utfallsrum för påverkan på behandlingen.

Även vad gäller påverkan på behandlingen finns sinsemellan motsägande utfall. Ett av dem berör frågan om man gav permissioner till patienter som inte borde ha haft det. Till skillnad från de flesta andra utfall måste man här hävda att det finns ett som är rätt. Det är överläkaren som har det medicinska ansvaret för patienterna och därmed också beviljar permissioner. Därför är denna utsaga här mer giltig än den som uttryckts av en skötare att permissioner inte gavs för lättvindigt. Man ser även internationellt en ökad mortalitet hos psykiatripatienter, särskilt med schizofrena tillstånd (Fond et al., 2021; Pardamean et al., 2022). De orsaker som nämns där är obenägenhet att söka vård i tid, stigmatisering och dålig compliance. Ökad risk för suicid kanske skulle kunna läggas till listan, men där skulle en större epidemiologisk studie behöva göras först.

I övrigt finns endast en positiv utsaga om behandlingen. Inte oväntat är det från terapeuten som arbetar i öppenvården och vars mål är att öka delaktigheten i behandlingen. Även internationellt har man i vissa fall kunnat se positiva effekter på behandlingen under covid-19. Sådan beskrivs av Terkildesen et al., (2024) en rättspsykiatrisk klinik i Danmark där måltidshierarkier blev mindre strikta samtidigt som det uppstod andra problem som indragna utflykter utanför kliniken. Den positiva effekten i föreliggande studie med ökad delaktighet kan dock knappast ses som motsatt övriga negativa utsagor om behandlingens kvalitet då det rör sig om en specifik patientkategori i en specifik situation. I stort verkar det annars råda konsensus om att man på grund av de åtgärder som vidtogs under pandemin inte kunde bedriva den psykiatriska vård man ansåg vara den bästa. Ett sådant antagande har stöd i tidigare studier, även om det i åtminstone en större studie inte framkom försämringar i behandlingen trots försämrade förhållanden (Russ et. al., 2021). De menar att den flexibilitet och förmåga till anpassning som fanns på det undersökta sjukhuset möjliggjorde att man bibehöll sina behandlingsresultat under pandemin. Med tanke på de tankar från personalen om hur smittskyddsåtgärderna har fungerat på det sjukhus som undersökts i denna studie skulle en jämförande studie mellan olika sjukhus (och eventuellt olika länder) vara välbehövlig för att utvärdera anpassning och flexibilitet under en pandemisk situation.

Att man i föreliggande studie såg försämrade resultat tillskrivs olika förklaringar, såsom användningen av munskydd, isoleringen av patienter, det fysiska avståndet och att läkarna på IVA inte kunde vara behjälpliga vid ECT-behandling. Även den i den norska intervjustudien av patienter och personal genomförd av Dieset et al. (2021) uttrycks att avsaknaden av ECT-behandling var ett allvarligt problem, främst enligt personalen. Mest anmärkningsvärt i föreliggande studie torde dock vara utsagor om att covid-patienter fick sämre vård än om de hade varit på somatisk avdelning och dessutom påtryckningar på läkaren att skriva ut patienterna på permission även när detta inte var medicinskt motiverat.

5.1.3 Påverkan på smittskyddsåtgärderna

De två tidigare kategorierna har handlat om hur patienterna och deras behandling påverkades av de åtgärder som vidtogs under pandemin. Denna kategori vänder på betraktelsesättet och undersöker istället hur de särskilda förutsättningar som finns inom psykiatrisk vård påverkade smittskyddsåtgärderna. Utsagorna och de utfall som dessa grupperas i återfinns i bilaga 6 samt i fig. 3

Påverkan på smittskyddsåtgärderna

Negativt

- Avsaknad av skyddsutrustning
- Isolering och avgränsning svårt att upprätthålla
- Dålig följsamhet till rutiner
- Rutiner anpassade till somatisk vård
- Läkare osäkra om åtgärder
- Ad hoc-lösningar

Fig. 3. Utfallsrum för påverkan på smittskyddsåtgärderna

Det vidtogs många åtgärder för att stoppa smittspridningen under pandemin. Det grundläggande problemet tycks ha varit att åtgärder inte var anpassade till de speciella förutsättningarna på psykiatrin. Man har överfört rutiner som fungerat i den somatiska vården och tänkt sig att de även fungerar inom psykiatrin. Alla intervjuade i denna studie utan undantag beskriver att det medförde stora problem. Det var svårt att alltid hålla avstånd till patienterna eller att se till att patienterna höll avstånd sinsemellan. Vidare kritiserade man att inte alla följde reglerna. En av de intervjuade medgav att det för sin egen del var lite så och så med detta, men tillade att det bildades två läger inom öppenvården när det gäller vikten att följa dessa. Svårigheter att få vissa patientkategorier att följa regler för smittskydd har uppmärksammats i flera olika studier. Redan i Houben et al (2022) som genomförde sin studie före pandemin togs detta upp som ett problem. Både Russ et al. (2020) och Williams et al. (20121) menar att just efterlevnaden av åtgärder inom psykiatrin är en särskilt svag punkt där efterlevnaden kan vara dålig trots uppmaningar och där det finns etiska problem som ytterligare kan försvåra genomförandet av adekvata åtgärder. En intressant åsikt som framförs av Russ et al. (2020) är att man på lång sikt arkitektoniskt bör försöka anpassa dessa vårdinrättningar till situationen i en pandemi. Även i denna studie har det påpekats att lokalerna inte alltid är optimalt byggda för att kunna ta hand om psykiatriska patienter i ett pandemiläge.

5.1.4 De centrala begreppen

Det återstår nu att återkomma till de centrala begrepp som ska belysas i den här studien i

samband med pandemin och de åtgärder som vidtogs på psykiatriska kliniker. Dessa begrepp var *sjukdomsinsikt, delaktighet, autonomi* och *motstridiga regelverk*.

I vilken mån kan då de intervjuades svar relateras till de begrepp som presenterades utgått från i den teoretiska diskussionen? En majoritet av patienterna ansågs av personalen ha haft *sjukdomsinsikt*. Detta fanns dessutom till den grad att patienter i många fall inte kom till psykiatrin även när de borde ha gjort det med tanke på det psykiska måendet. Liknande resultat om sjukdomsinsikt har publicerats av Russ et al (2021) i sin studie av tre större sjukhus, där de dock även påpekas att den grupp som inte har sjukdomsinsikt utgör ett både etiskt och vårdhygieniskt problem. Här kommer man även in på nästa begrepp, *delaktighet*. Såsom terapeuten påpekar kan de situationer som uppstod vissa gånger ha varit bra för patientens involvering i sin egen vård. En viktig aspekt därvidlag är också att man på flera håll upplevde att patienterna tog så pass mycket hänsyn att de inte sökte vård när de behövde. Detta är naturligtvis en avvägning den enskilde patienten måste göra mellan behovet att få professionell psykiatrisk vård och att inte smitta andra. Att en psykiatrisk patient stannar hemma med en liten förkylning kan alltså i vissa fall ha varit adekvat, särskilt i början av pandemin då åtgärder inte var fullt ut implementerade. Delaktighet i sin egen vård är därför en komplex fråga, där man inte generellt kan säga vad som är rätt.

Om *delaktighet* var problematiskt så är *autonomi* det i än högre grad. I och med att patienter tvingades vara isolerade i väntan på provsvar vittnar flera personer att det var svårt för dem. Att kunna gå dit man vill är en viktig aspekt av autonomi. Den inskränks naturligtvis på ett radikalt sätt vid tvångsvård, men i och med att man anmodades stanna på rummet under tiden provsvaren analyserades (vilket på grund av sjukhusets avstånd från mikrobiologiskt laboratorium initialt kunde röra sig om flera dagar) ökade denna inskränkning i patienternas autonomi ytterligare. Den etiska aspekten av begränsad autonomi diskuteras av Russ et al. (2020) som förordar frivilliga metoder men där man slutligen kan behöva gå till domstol för att isolera patienten om inga andra medel fungerar. Detta är skrivet i en amerikansk kontext, men skulle i Sverige kunna motsvaras av ett beslut om isolering av smittskyddsläkare. Här finns naturligtvis ett svårt etiskt dilemma då en patient med störd verklighetsuppfattning på grund av psykos möjligen kommer att lida ännu mer av en isolering, vilket bekräftas av Costanza et al. (2020) som visade att rädslan för isolering var stor hos psykiatripatienter under pandemin..

Ingen av effekterna av den påverkan som patienterna utsattes för bedömdes vara av positivt slag, förutom att terapeuten ansåg att patienter i vissa fall kunde ta en mer aktiv roll i sin behandling genom att själva ta ansvar för om de skulle komma till behandlingen. Denna aktiva roll var någonting som man annars övade på. I övrigt beskrivs relativt allvarliga problem, varav det som kanske sticker ut mest är den känsla av isolering och ensamhet som tecknas. I slutenvården sades detta explicit medan man även kan tänka sig liknande problem i öppenvården, då patienterna inte kunde (eller snarare vågade) ha sin normala kontakt med psykiatrin när de behövde. Detta resultat ligger i linje med vad Bojdani *et al.* (2020) rapporterade från USA där äldre patienter isolerade sig till den grad att de inte vågade uppsöka psykiatrisk mottagning. Burton et al. (2021) såg just isoleringen som en av de fem faktorer som kunde förklara försämrat mående. Även Costanza et al. (2020) beskriver rädsla för att bli isolerad som ett av de stora bekymren i de journaler som de granskade. I det här

sammanhanget kanske man även ska se den troliga suicid som föranledde en händelseanalys på kliniken. Naturligtvis kan man inte säga någonting om isolering och känsla av ensamhet i hemmet utifrån detta material, men vidare undersökningar av drabbade patienter skulle kunna klargöra om detta var ett allmänt problem.

Om vi försöker se samband mellan studiens centrala begrepp och kategorin påverkan på behandling är det svårt att notera något tydligt sådant med *sjukdomsinsikt*, *autonomi* eller *delaktighet*. Däremot har begreppet *motstridiga regelverk* en central roll här. Det som utmärker de flesta av de intervjuades utsagor är att det har varit svårt att finna sätt att förhålla sig till de regler som infördes under pandemin och samtidigt inte försämra behandlingen för den enskilde patienten. Flera exempel tyder på att man här har försökt följa rutiner med isolering av patienter i väntan på provsvar, permissioner som varit längre än vad man har bedömt har varit medicinskt motiverat, byte till andrahandsbehandling med medicinering istället för ECT för depressioner samt ett ökat fysiskt avstånd mellan personal och patienter. Allt detta verkar främst ha påverkat patienternas situation negativt. Man har försökt att följa vårdhygieniska direktiv i möjligaste mån men i flera av intervjuerna uttrycks en frustration över att dessa inte varit anpassade till den specifika situation som finns på psykiatrin och att patienterna på grund av detta har lidit eller kommit till skada med ett eller flera dödsfall som trolig yttersta konsekvens. Denna situation påminner om det som Bojdani et al. (2020) beskriver för USA där den psykiatriska vården blev svår att bedriva på grund av de strikta pandemireglerna. Även i Sydkorea kommenterar Bae et al. (2022) svårigheten personalen ställs inför med olika regelverk som inte harmoniserar med varandra.

I likhet med resultaten ovan för påverkan för patienterna är också påverkan på behandlingen huvudsakligen negativ. Utfallsrummet här beror mycket på i vilken situation personal och patient befinner sig. Just i denna kategori återfinns kanske de mest allvarliga konsekvenserna med sämre behandling, felaktiga behandlingar eller bedömningar som leder till vårdskador. Det som kanske är lite anmärkningsvärt här är att en av skötarna inte tyckte att man gav permissioner för lättvindigt när flera andra personer tyckte det var fallet och även menade att ett dödsfall genom trolig suicid hade detta som orsak. Anledningen till detta skulle kunna vara att bedömning om en patient kan gå på permission eller inte i slutändan är en medicinsk bedömning, för vilken överläkaren på avdelningen är ansvarig, på samma sätt som en suicidbedömning är det. I övrigt kan här också tydligt märkas att i valet mellan att försöka följa de riktlinjer som upprättats för pandemin och ge en säker vård har gränserna flyttats till den grad att ansvarig överläkare i efterhand på ett självkritiskt sätt reflekterar att man borde ha skött detta på ett annat sätt.

Liksom vad gäller påverkan på behandlingen är det föga förvånande främst begreppet *motstridiga regelverk* som är aktuellt i kategorin påverkan på smittskyddsåtgärder. Svårigheten att få ihop en god vård och behandling enligt invanda principer är det dominerande temat i intervjuerna. Detta återkommer mellan de olika yrkeskategorierna i olika skepnader. Det kan röra sig om det svårigheter att läsa ansiktsuttryck på grund av munskydd, sämre medicinsk behandling eller svårighet att ge den fysiska kontakten en patient behöver. Avvägningen mellan regelverk, eller kanske snarare mellan regelverk och god psykiatrisk behandling blir uppenbar. I viss mån finns även ett samband med autonomi och delaktighet. Patienterna fick på grund av de strikta reglerna för smittspridning färre alternativ

för hur deras vård ska se ut. Dessutom kunde de ofta inte bestämma hur deras kropp behandlas, även om provtagning under tvång är förbjudet och mig veterligen inte förekommer.

5.2 Metoddiskussion

Syftet med den här uppsatsen var att kartlägga vilka utsagor som finns bland personalen på en psykiatrisk enhet om hur pandemiåtgärder inom vården påverkade patienterna på psykiatrin och den behandling de fick. Dessutom riktades intresset mot hur man uppfattade att den speciella vårdmiljön inom psykiatrin medförde en påverkan på dessa åtgärder, då det kan finnas en ömsesidig påverkan mellan regler och beteende.

Med utgångspunkt i dessa frågor föll valet rätt naturligt på att genomföra en kvalitativ studie, där dessa åsikter kunde registreras och kartläggas. Här är det svårt att tänka sig att en kvantitativ studie på samma sätt hade kunnat genomföras som en inventering av åsikter hos personalen. Genom att rekrytera en blandad grupp där de sju intervjuade personerna kommer ifrån fem viktiga professioner inom psykiatrin gjordes ett försök att få med både allmängiltiga åsikter men även sådana som var specifika för en viss profession. Bland de allmängiltiga kan nämnas diskussioner om huruvida de regler som infördes för att begränsa smittan var anpassade till psykiatrin och om patienterna släpptes på permission för liberalt, medan man bland de mer professionsspecifika kunde hitta sådana som en diskussion om olika typer av behandling (läkare), problem i att inte kunna vidröra sina patienter (skötare) eller huruvida det var nyttigt att patienterna fick ta eget ansvar i olika situationer (terapeut och sjuksköterska).

Just den fenomenografiska metoden valdes för att undersöka vilket spektrum av åsikter som fanns om de fenomen som studeras (Marton & Booth, 2000). Detta haft två syften, dels att få en så uttömmande bild som möjligt av pandemins påverkan (och om psykiatris påverkan på åtgärder), dels att se om det fanns åsikter som inte går att förena, dvs människor som uttrycker åsikter som motsäger varandra. Detta var dock endast uppenbart i ett fall som gällde om patienterna släpptes ut på permission på ett sätt som inte gynnade den psykiatriska behandlingen och mindre så i fallet om hur noggrant man följde reglerna och om man gjorde avkall på dem efter egen bedömning. I den fenomenografiska metoden ingår att man sätter åsikterna i en hierarkisk ordning, vilket knappast har varit tillämpligt här (förutom i fallet med permissionerna). Istället har metodens huvudsakliga förtjänst varit att inventera åsikter om vad som inte fungerade optimalt på psykiatrin under pandemin och att undersöka huruvida det fanns motstridiga åsikter inom kategorierna.

Med det skulle man kunna säga att den fenomenografiska metoden är modifierad för att snarast vara ett verktyg för inventering av problemen som uppkom specifikt i den psykiatriska vården under covid-19-pandemin. Dels bortfaller i stort den hierarkiska ordningen mellan olika utfall, dels visade sig kategorierna sammanfalla med de teman som studien och intervjuerna inleddes med. Kategorierna överlappade i någon mån då det faktiskt fanns några utfall som kunde kategoriseras på flera sätt. Främst är detta fallet i frågan om det överdrivna ansvar vissa patienter sades ta. Detta är naturligtvis en påverkan på patienten men i en terapeutisk situation, där terapeutens är ute efter att patienterna ska ta eget ansvar som del i

behandlingen blir det också en fråga om påverkan på behandlingen.

Det faktum att det finns diametralt olika uppfattningar (patientens överdrivna ansvar och permissioner) betyder att man utifrån olika perspektiv kan värdera fenomen på olika sätt. Här kan det finnas tillfällen då det finns en hierarkisk ordning på grundval av utbildning, erfarenhet och ansvar, medan man i andra fall kan hitta samma hierarkiska ordning.

Man kan i en kvalitativ uppsats aldrig uttala sig om representativitet, men det är ett bra sätt att kartlägga vilka åsikter som förekommer i en särskild grupp av människor, i detta fall personal som arbetar på psykiatri. Även om inte alla åsikter kan garanteras komma med finns det i en så pass stor grupp som sju personer från fem olika professioner en relativt stor möjlighet att sådana åsikter som företräds av ett större antal personer kommer med. Här måste man dessutom ha i åtanke att patienterna själva, som ju faktiskt är de centrala personerna i denna studie, inte själva har kommit till tals om hur de har upplevt sin vård, utan att det är personer som professionellt arbetar med dessa som i egenskap av företrädare för sjukvården som har bedömt vad hur patienter, behandling och smittskyddsåtgärder behandlades.

Idealet hade här varit att även kunna använda patienters upplevelser, eftersom analysen i denna uppsats egentligen handlar om vad personalen tyckte sig se. Det hade dock varit svår genomförbart, både med tanke på den större ansträngning som det skulle innebära att rekrytera personer att intervjua och med de etiska frågeställningar som hade varit nödvändiga att hantera vid användningen av människor ur en så skör och sårbar grupp. Uppsatsen i det skick den är nu är alltså skriven efter en noggrann avvägning av de etiska aspekterna. Eftersom det enbart rör sig om personal som har deltagit i studien har den naturligtvis förlorat en del i spännvidd men samtidigt blivit lättare att hantera ur etiskt perspektiv. Även med personal är naturligtvis anonymitet viktigt ur etisk synvinkel, men denna uppnås genom att inga uppgifter eller citat som kan kopplas till en individ används i uppsatsen.

5.3 Slutsats

Under pandemin fanns det mycket lite fokus på psykiatrisk vård. Syftet med denna studie har varit att undersöka vilka uppfattningar som finns bland personalen på en psykiatrisk klinik om hur vården där påverkades under pandemin. Fokus har varit på hur patienterna påverkades, hur behandlingen påverkades och om man på något sätt ändrade eller anpassade de smittskyddsåtgärder som bestämdes av smittskydd, vårdhygien och enhetsledning. De nyckelbegrepp som har använts i studien är *sjukdomsinsikt*, *autonomi*, *delaktighet* och *motstridiga regelverk*. Utifrån sju intervjuer har en fenomenografisk analys gjorts av materialet. Den fenomenografiska metoden har modifierats då kategorierna var bestämda från början (utifrån frågeställningarna) och det intressanta i denna studie snarast har varit utfallsrummet inom varje kategori.

De åtgärder som infördes i för att undvika smittspridning medförde en rad negativa konsekvenser för den psykiatriska vården. Påverkan på patienterna rörde sig bland annat om rädsla, svårighet att förstå vidtagna åtgärder och känsla av ensamhet. Utifrån sina olika yrkesroller såg man olika påverkan på behandlingarna. Man kunde på avdelningen inte ge det stöd som man var van vid genom närhet och fysisk kontakt. Inte heller samtal fungerade lika

bra med munskydd på. Även den medicinska behandlingen blev lidande då man på grund av stor belastning på intensivvårdsavdelningen inte kunde ge ECT utan istället var tvungen att använda mediciner. Anmärkningsvärt var också att det enligt flera intervjuade gavs permissioner som inte var medicinskt motiverade utan där man upplevde att man hade en press på sig uppifrån att se till att patienterna var på avdelningen så lite som möjligt. De intervjuade bedömde att behandlingen under pandemin var sämre än normalt för de allra flesta patienterna men det fanns undantag. Främst rör det sig om att patienter i terapi blev mer delaktiga i sin terapi. De olika åtgärderna som vidtogs skapade en del diskussioner och meningsskiljaktigheter på kliniken. Det fanns vissa som tyckte att man kunde ta lättare på vissa åtgärder medan andra tyckte att man skulle följa dem så noggrant som det gick. Gemensamt var dock att man inte riktigt tyckte att åtgärderna var anpassade till psykiatrisk vård. Det framkom även kritik mot ledning och smittskydd om otydlighet och att alltför mycket av anpassning lämnades över till personalen.

Utifrån dessa teman har de centrala begreppen bedömts. Sjukdomsinsikt är enligt de intervjuade oftast inget stort problem, även om det finns enstaka patienter som saknar sådan. Problemet bedömdes snarare vara det omvända med alltför stort ansvarstagande av den enskilde patienten. Autonomi är ett betydligt större problem. Det var problematiskt för patienterna att inte kunna bete sig på samma sätt som vanligt på avdelningen utan istället behöva följa regler om avstånd och skyddsutrustning. Delaktighet är också ett relativt svårt problem i en situation som styrs så pass mycket av regelverk. Även om patienternas delaktighet i behandlingen generellt kan sägas ha minskat under pandemin, fanns vissa tillfällen då den bedömdes öka i samband med ansvarstagande för att inte smitta andra. Det sista begreppet, motstridiga regelverk innebar stora svårigheter för personalen. De behöver förhålla sig till att dels ge en god psykiatrisk vård enligt HSL eller LPT, dels hålla på åtgärder som stoppar smittspridning. De intervjuade tyckte att de hade problem med detta eftersom de inte fick tillräckligt mycket hjälp från klinikledning och smittskydd.

Psykiatriska patienter hör på grund av sin grundsjukdom ofta till de svagaste grupperna i samhället, både när det gäller kontakt med vården och med samhället i stort. På grund av detta är det särskilt viktigt att uppmärksamma de problem som uppkommer i vården när åtgärder för smittskydd och vårdhygien påverkar patienter och deras behandling. För att minimera den negativa påverkan av dessa åtgärder är det viktigt att inventera svårigheterna i syfte att kunna anpassa de bättre i beredskap för nästa pandemi. Därför är det viktigt att i vidare forskning undersöka vilken typ av åtgärder som är bäst anpassade till psykiatrisk vård.

Utifrån vissa av de resultat som framkommit i denna undersökning kan man tänka sig en komplettering med kvantitativa metoder för vissa aspekter. Ett exempel är misstanken om samband mellan permissioner och suicid. Genom en epidemiologisk studie skulle kunna undersökas om det finns något samband på nationell nivå mellan utökade permissioner och frekvensen av suicid. En annan aspekt som skulle kunna följas upp kvantitativt är frekvensen av vårdrelaterade insjuknanden i covid-19 när olika typer av åtgärder har införts.

6 Referenser

- Acar, K., Horntvedt, O., Cabrera, A., Olsson, A., Ingvar, M., Lebedev, A. V., & Petrovic, P. (2022). COVID-19 conspiracy ideation is associated with the delusion proneness trait and resistance to update of beliefs. *Scientific reports*, 12(1), 10352. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14071-7>
- Acar, K., Karagiannidou, A., Olsson, A., van Prooijen, J. W., Balter, L. J. T., Axelsson, J., Ingvar, M., Lebedev, A. V., & Petrovic, P. (2024). Delusion-proneness predicts COVID-19 vaccination behavior. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1450429. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1450429>
- Ahmed, N., Barnett, P., Greenburgh, A., Pemovska, T., Stefanidou, T., Lyons, N., Ikhtabi, S., Talwar, S., Francis, E.R., Harris, S.M., Shah, P., Machin, K., Jeffreys, S., Mitchell, L., Lynch, C., Foye, U., Schlieff, M., Appleton, R., Saunders, K.R.K., Baldwin, H., Allan, S.M., Sheridan-Rains, L., Kharboutly, O., Kular, A., Goldblatt, P., Stewart, R., Kirkbride, J.B., Lloyd-Evans, B., Johnson, S. Mental health in Europe during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2023 Jul;10(7):537-556. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00113-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00113-X). Epub 2023 Jun 12. PMID: 37321240; PMCID: PMC10259832.
- All European Academies (ALLEA). (2018). *Den europeiska kodexen för forskningens integritet*.
- Andersson, E.K., Willman, A., Sjöström-Strand, A. *et al.* Registered nurses' descriptions of caring: a phenomenographic interview study. *BMC Nurs* 14, 16 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0067-9>
- Bae, H., Kim, J., Hee Lee, S., Lee, J., Lee, J., Park, H.Y., Kim, Y., Kwon, K.T. (2022). Difficulties of health care workers encountered under cohort isolation in a psychiatric hospital during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Psychiatry Research* 313 (2022) 114615. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114615>
- Bandinelli, L., Ornell, F., von Diemen, L., & Kessler, F. H. P. (2021). The Sum of Fears in Cancer Patients Inside the Context of the COVID-19. *Frontiers in psychiatry*, 12, 557834. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.557834>
- Biviá-Roig, G., Soldevila-Matías, P., Haro, G., González-Ayuso, V., Arnau, F., Peyró-Gregori, L., García-Garcés, L., Sánchez-López, M.I., Lisón, J.F. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Lifestyles and Levels of Anxiety and Depression of Patients with Schizophrenia: A Retrospective Observational Study. *Healthcare* 2022, 10, 128. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010128>
- Bojdani, E., Rajagopalan, A., Chen, A., Gearin, P., Olcott, W., Shankar, V., Cloutier,

- A., Solomon, H., Naqvi, N. Z., Batty, N., Festin, F. E. D., Tahera, D., Chang, G., & DeLisi, L. E. (2020). COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Psychiatry research*, 289, 113069. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113069>
- Brain, C., Sameby, B., Allerby, K., Quinlan, P., Joas, E., Lindström, E., Burns, T., & Waern, M. (2014). Stigma, discrimination and medication adherence in schizophrenia: Results from the Swedish COAST study. *Psychiatry Research*, 220, 811-817. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.016>
- Brinkman, Svend. (2024). *Kvalitativa intervjuer. Samtalskunskap genom forskningsintervjuer*. Övers. A Lagerhammar. Studentlitteratur.
- Burton, A., McKinlay, A., Aughterson, H., & Fancourt, D. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of adults with mental health conditions in the UK: a qualitative interview study. *Journal of Mental Health*, 32(6), 1040–1047. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1952953>
- Carbone, A., & Knapp, M. (2023). Involuntary psychiatric treatment during the COVID-19 pandemic. An international qualitative study. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1200888. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1200888>
- Chan, A. S. W., Ho, J. M. C., Li, J. S. F., Tam, H. L., & Tang, P. M. K. (2021). Impacts of COVID-19 Pandemic on Psychological Well-Being of Older Chronic Kidney Disease Patients. *Frontiers in medicine*, 8, 666973. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.666973>
- Chen, L.-C., Yeh, S.-L., Lee, H.-L., Lin, C.-C., Goopy, S., & Han, C.-Y. (2023). Professional Accountability of Caring for Patients with COVID-19: A Phenomenographic Study. *Healthcare*, 11(16), 2269. <https://doi.org/10.3390/healthcare11162269>
- Costanza A., Macheret L., Folliet A, Amerio A., Aguglia A, Serafini G., Prada P, Bondolfi G., Sarasin F, Ambrosetti J. (2021). COVID-19 Related Fears of Patients Admitted to a Psychiatric Emergency Department during and Post-Lockdown in Switzerland: Preliminary Findings to Look Ahead for Tailored Preventive Mental Health Strategies. *Medicina* 57(12):1360. <https://doi.org/10.3390/medicina57121360>
- Dahlgren, L. O. & Johansson, K. (2019). Fenomenografi. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (3:e uppl., s. 179-192). Liber.
- Devoe, D.J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 56(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>

- Dieset, I., Løvhaug, L., Selle, M., Kolseth, A., Smeland, O. B., & Færden, A. (2021). Lessons learned from a cross-sectional survey among patients and staff in an acute psychiatric unit during an ongoing pandemic outbreak. *Psychiatry Research*, 298, 113779. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113779>
- Dominiak, M., Gędek, A., Antosik, A. Z., & Mierzejewski, P. (2024). Mobile health for mental health support: a survey of attitudes and concerns among mental health professionals in Poland over the period 2020-2023. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1303878. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1303878>
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & metabolic syndrome*, 14(5), 779–788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
- Eriksson-Zetterqvist, A., & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I G, Ahrne & P, Svensson. (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder*. (s. 34 - 54). Liber.
- FN:s agenda 2030. (<https://www.um-org/sustainabledevelopment/development-agenda/>). Access 260105.
- Folkhälsomyndigheten (FoHM). (2023). *Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022*.
- Fond, G., Pauly, V., Orleans, V., Antonini, F., Fabre, C., Sanz, M., Klay, S., Jimeno, M. T., Leone, M., Lancon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2021). Increased in-hospital mortality from COVID-19 in patients with schizophrenia. *L'Encephale*, 47(2), 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.07.003>
- Fornaro, M., De Prisco, M., Billeci, M., Ermini, E., Young, A. H., Lafer, B., Soares, J. C., Vieta, E., Quevedo, J., de Bartolomeis, A., Sim, K., Yatham, L. N., Bauer, M., Stein, D. J., Solmi, M., Berk, M., & Carvalho, A. F. (2021). Implications of the COVID-19 pandemic for people with bipolar disorders: A scoping review. *Journal of affective disorders*, 295, 740–751. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.091>
- Gautam, M., Kaur, M., & Mahr, G. (2020). COVID-19-Associated Psychiatric Symptoms in Health Care Workers: Viewpoint From Internal Medicine and Psychiatry Residents. *Psychosomatics*, 61(5), 579–581. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.04.009>
- Gourret Baumgart J., Kane H., El-Hage W., Deloyer J., Maes C., Lebas M.C., Marazziti D., Thome J., Fond-Harmant L., Denis F. The Early Impacts of the COVID- 19 Pandemic on Mental Health Facilities and Psychiatric Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 29;18(15):8034. doi: 10.3390/ijerph18158034. PMID: 34360334; PMCID: PMC8345711.
- Görman, U. (2023). *Vägledning om etikprövning om forskning på människor*.
- Houben, F., van Hensbergen, M., den Heijer, C.D.J. *et al.* Barriers and facilitators to

infection prevention and control in Dutch psychiatric institutions: a theory-informed qualitative study. *BMC Infect Dis* 22, 243 (2022).
<https://doi.org/10.1186/s12879-022-07236-2>

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Högskolan i Skövde. (2021), *Behandling av personuppgifter vid Högskolan i Skövde*.

Kotlarska, K., Wielgus, B., Cichocki, Ł. (2022). Phenomenology of the COVID-19 Pandemic Experience in Patients Suffering from Chronic Schizophrenia—A Qualitative Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 19, 56. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010056>

Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128).

Linde, E. S., Varga, T. V., & Clotworthy, A. (2022). Obsessive-Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic—A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 13, 806872. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.806872>

Macgregor, A., Norton, J., Bortolon, C., Robichon, M., Rolland, C., Boulenger, J. P., Raffard S., & Capdevielle, D. (2015). Insight of patients and their parents into schizophrenia: Exploring agreement and the influence of parental factors. *Psychiatry Research*, 228, 879-886.
[doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.005)

Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.

O'Neil, A., Nicholls, S. J., Redfern, J., Brown, A., & Hare, D. L. (2020). Mental Health and Psychosocial Challenges in the COVID-19 Pandemic: Food for Thought for Cardiovascular Health Care Professionals. *Heart, lung & circulation*, 29(7), 960–963. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.05.002>

Oshana, A.L. (2001). The autonomy Bogyman, *The Journal of Value Inquiry*, 35 (2), 209-226. DOI:[10.1023/A:1010345019890](https://doi.org/10.1023/A:1010345019890)

Pardamean, E., Roan, W., Iskandar, K. T. A., Prayangga, R., & Hariyanto, T. I. (2022). Mortality from coronavirus disease 2019 (Covid-19) in patients with schizophrenia: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *General Hospital Psychiatry*, 75, 61–67.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.01.010>

Patientlag (2014:821).

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Russ, M. J., Parish, S. J., Mendelowitz, R., Mendoza, S., Arkow, S. D., Radosta, M., Espinosa, L., Sombrotto, L. B., Anthony, D., Wyman, D. A., Baptista-Neto, L., & Wilner, P. J. (2021). The Interface of COVID-19 and Inpatient Psychiatry: Our Experience and Lessons Learned. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(3), 172–183.
<https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000551>

Russ, M. J., Sisti, D., & Wilner, P. J. (2020). When patients refuse COVID-19 testing,

quarantine, and social distancing in inpatient psychiatry: clinical and ethical challenges. *Journal of Medical Ethics*, 46(9), 579–580.

<https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106613>

Rutkowska, E., Furmańska, J., Lane, H., Marques, C. C., Martins, M. J., Sahar, N. U., Meixner, J., Tullio, V., Argo, A., & Bermeo Barros, D. M. (2023).

Determinants of psychotherapists' attitudes to online psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1196907.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1196907>

Röing, M., Holmström, I. K., & Larsson, J. (2018). A Metasynthesis of Phenomenographic Articles on Understandings of Work Among Healthcare Professionals. *Qualitative health research*, 28(2), 273–291.

<https://doi.org/10.1177/1049732317719433>

Smith, B. (2017). Generalizability in qualitative research: misunderstandings, opportunities and recommendations for the sport and exercise sciences. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 10(1), 137–149.

<https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1393221>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning - Socialstyrelsen](#)

Socialstyrelsen (2020). *Färre söker vård på psykiatrisk akutmottagning under coronapandemin*. [Färre söker vård på psykiatrisk akutmottagning under coronapandemin](#)

Socialstyrelsen (2021). *Slutredovisning av regeringsuppdrag om risk för särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid covid-19 Slutredovisning av Uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig 11 sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19 (S2021/00825)*. [Slutredovisning av regeringsuppdrag om risk för särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid covid-19](#)

Terkildsen, M.D., Vestergaard, L.K., Møllerhøj, J., Sørensen, L.U. (2024). Forensic psychiatric patients' perspectives on COVID-19 prevention measures: A qualitative study. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*. 24:2, 245-267.

<https://doi.org/10.1080/24732850.2022.2118095>

Vetenskapsrådet. (2018). *God forskningssed*.

Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European heart journal. Acute cardiovascular care*, 9(3), 241–247.

<https://doi.org/10.1177/2048872620922795>

- WHO. (2024). *Using qualitative research to strengthen guideline development*.
<https://www.who.int/news/item/08-08-2019-using-qualitative-research-to-strengthen-guideline-development>
- Williams, R., Tweed, J., Rebolledo, L., Khalid, O., Agyeman, J., & Pinto da Costa, M. (2021). Patient adherence with infection control measures on a novel 'COVID-19 triage' psychiatric in-patient ward. *BJPsych open*, 7(4), e131.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2021.968>

Bilaga 1: Teman och frågor i intervjuerna

Tema	Frågor
Påverkan på patienter	<p>Vilka åtgärder minns du vidtogs under pandemin för att stoppa smittspridning?</p> <p>Vilka åtgärder var svårast att tolerera för patienterna och varför?</p> <p>Påverkades patienternas autonomi?</p> <p>Påverkades olika kategorier av patienter på olika sätt och i så fall hur?</p>
Påverkan på psykiatrisk behandling	<p>Hur påverkades den psykiatriska behandlingen av de vidtagna smittskyddsåtgärderna?</p> <p>Fanns det här någon skillnad mellan olika kategorier av patienter och i så fall hur?</p> <p>Fick eventuella ändringar i den psykiatriska behandlingen konsekvenser för resultaten av behandlingen?</p>
Påverkan på åtgärder	<p>Var man tvungen att anpassa åtgärder eller avsteg från rekommenderade åtgärder och i så fall hur?</p> <p>Inverkade åtgärderna på patienternas syn på sin vistelse på kliniken och den behandling de fick?</p>

Bilaga 2: Studieinformation

Hej!

Jag söker personal från på psykiatriska kliniken i XXXX som vill dela med sig av sina upplevelser under Covid-19-pandemin. Jag arbetar som infektionsläkare på Gotland sedan mer än tio år och som hygienläkare i Stockholm sedan i våras. Jag går nu en magisterutbildning i Folkhälsovetenskap: smittskydd och vårdhygien vid Högskolan i Skövde. Som en del av det programmet skriver jag en magisteruppsats med titeln *Påverkan av smittskyddsåtgärder under Covid-19-pandemin på psykiatrisk vård: En kvalitativ studie på en psykiatrisk klinik*.

I uppsatsen vill jag kartlägga vilka upplevelser personalen på en psykiatrisk klinik har av de smittskyddsåtgärder som vidtogs inom vården under pandemin och på vilket sätt man upplever att detta påverkade patienterna. Syftet med kartläggningen är att försöka förstå vilka svårigheter som fanns, hur man hanterade dessa, om de påverkade den psykiatriska behandlingen och om någonting behöver förändras inför en eventuell ny pandemi. Det övergripande syftet med studien är att – baserad på personals erfarenheter – bidra till utveckling av smittskyddsarbete i praktisk verksamhet.

Undersökningen genomförs genom att jag intervjuar enskilda personer (maximalt tio). Intervjun beräknas ta 30–60 min. Personer som har deltagit aktivt i vård och behandling av psykiatriska patienter på Gotland (både öppen- och slutenvård) i minst två månader är välkomna att delta. Frågorna kommer att handla om vilka åtgärder man vidtog, om och hur man upplevde att dessa påverkade behandlingen av patienter och vad som skulle kunna göras annorlunda i händelse av ny pandemi. Varje intervju kommer att spelas in av mig för att sedan transkriberas och analyseras tillsammans med övriga intervjuer. Uppsatsen ska läggas fram vid Högskolan i Skövde under våren 2025 och förhoppningsvis därefter publiceras i en vetenskaplig tidskrift.

Materialet i studie och eventuell artikel kommer att vara anonymiserat. Ingen källa till någon uppgift kommer att kunna identifieras. Efter godkännande av uppsats och eventuell publicering kommer det inspelade materialet att raderas. Ifall man vill avbryta studien kan man göra detta när som helst utan motivering och då få sitt material raderat. Studien har provats av etikprövningsnämnd. Denna hade inga etiska invändningar och bedömde att studien inte behövde prövas formellt.

Ifall du är intresserad av att vara med i undersökningen eller har frågor om den får du gärna kontakta mig på mailadress nenad.petrovic@gotland.se eller nenad.petrovic@regionstockholm.se alternativt ringa mig på 0707306318.

Med vänliga hälsningar

Nenad Petrovic

Bilaga 3: Samtyckesblankett

Du är inbjuden att delta i studien *Påverkan av smittskyddsåtgärder under Covid-19-pandemin på psykiatrisk vård: En kvalitativ studie på en psykiatrisk klinik*. Studien syftar till att undersöka sjukvårdspersonalens upplevelse om smittskyddsåtgärder under Covid 19-pandemin påverkade den psykiatriska vården och i så fall på vilket sätt.

Studien utförs som en del i min utbildning, inom Magisterprogrammet Folkhälsovetenskap: smittskydd och vårdhygien vid Avdelningen för folkhälsovetenskap, Högskolan i Skövde. Ansvarig handledare är Ninitha Maivorsdotter, ninitha.maivorsdotter@his.se, tel. 0500-44 84 29.

Du tillfrågas att delta i studien eftersom du har arbetat med patienter inom psykiatrin på Gotland sammanlagt mer än två månader under åren 2020–2022. De professioner som är aktuella är läkare, sjuksköterskor, skötare, paramedicinare och behandlare som har haft omfattande kontakt med patienter under denna tid. Studien genomförs i form av intervjuer av upp till tio personer som i olika roller har deltagit i behandlingen av psykiatriska patienter i större omfattning under Covid-19-pandemin. Intervjuerna beräknas vara mellan en halvtimme och en timme och planeras genomföras i januari och eventuellt februari 2025. De kommer att spelas in för att därefter transkriberas och analyseras av mig. Studien kommer att läggas fram som magisteruppsats vid Högskolan i Skövde våren 2025 och ambitionen är därefter att den ska publiceras i vetenskaplig tidskrift.

I studien behandlas dina personuppgifter endast enligt ditt samtycke. Hanteringen av personuppgifter sker enligt kraven i Dataskyddsförordningen.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst återkalla ditt samtycke utan att ange orsak. De uppgifter du har lämnat kommer då att raderas. Ett återkallande påverkar dock inte den behandling som skett innan återkallandet. Du kan också när som helst begära att få en kopia av dina personuppgifter.

Endast jag själv kommer att ha tillgång till dina personuppgifter. De uppgifter som samlas in om dig kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att din identitet inte kan avslöjas för obehöriga. Studiens resultat kommer att presenteras på ett sådant sätt att det inte går att identifiera enskilda individer.

De av dina personuppgifter jag kommer att behandla är: namn, profession, e-postadress och röstinspelning. Dina personuppgifter kommer att raderas när magisteruppsatsen är godkänd och studien eventuellt publicerad.

Personuppgiftsansvarig för studien är Högskolan i Skövde, som nås via registrator@his.se eller 0500-44 80 00. Övrig information om hur Högskolan hanterar personuppgifter samt om dina rättigheter utifrån Dataskyddsförordningen, finns på <https://www.his.se/mot-hogskolan/sa-har-fungerar-hogskolan/behandling-av-personuppgifter/>. Vid frågor kan du också kontakta Högskolans dataskyddsombud via dataskyddsombud@his.se.

Med vänlig hälsning

Nenad Petrovic

nenad.petrovic@regionstockholm.se

070730631

Magisterprogrammet Folkhälsovetenskap: smittskydd och vårdhygien
Avdelningen för Folkhälsovetenskap, Högskolan i Skövde

Samtycke till deltagande i *Påverkan av smittskyddsåtgärder under Covid-19-pandemin på psykiatrisk vård: En kvalitativ studie på en psykiatrisk klinik.*

Jag har fått information om studien *Påverkan av smittskyddsåtgärder under Covid-19-pandemin på psykiatrisk vård: En kvalitativ studie på en psykiatrisk klinik* och accepterar att delta.

Jag har fått information om att de uppgifter som samlas in om mig kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att min identitet inte kommer att avslöjas för obehöriga.

Jag är medveten om att min medverkan är helt frivillig och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Ort och datum

Bilaga 4: Kategorin Påverkan på patienterna

Utsagor:

- Patienterna är följsamma till regler pga rädsla att insjukna (1)
- Patienterna är mycket rädda för att bli sjuka (1,2)
- Patienter tar ett för stort ansvar och stannar hemma då de inte borde (1)
- Patienter tar ansvar – aktiv roll (2)
- Patienter tycker det är skönt med videosamtal, att slippa fysiskt besök (2)
- Flesta patienter vill träffas fysiskt (7)
- Patienter med OCD får förvärrade symptom (2)
- Patienter tar ansvar för andra och stannar hemma (2)
- Överdriven utrustning pga psykiatrisk sjuklighet (2)
- Patienter med tvättvång – plötsligt adekvat beteende (2)
- Patienter förstår inte pga personalens osäkerhet/ombytliga direktiv (3)
- Patienter som inte gör mycket väsen av sig får mindre uppmärksamhet än vanligt (4,5)
- Vissa patientgrupper svåra att nå med information, EIPS, personlighetsstörning (4)
- Rädsla från personalen för fysisk kontakt (4)
- Personal känner sig otillräcklig (5)
- Isoleringen svår för många patienter (6)
- Svåra avväganden angående patienter som går runt på avdelningen och kan smitta (6)
- Ensamhet och missbruk hos patienter som skrivs ut för tidigt (6)
- Svårt med handskakningsritual – fysisk kontakt (7)

Dessa kan grupperas ihop i följande utfall

1. En del patienter tar eget ansvar – vilket är positivt
2. En del patienter tar överdrivet stort ansvar – vilket bedöms vara negativt
3. Rädsla hos patienterna
4. Vissa patienter förvärras i sin sjukdom på grund av pandemin
5. Patienterna förstår inte alltid direktiven på grund av ombytlighet
6. Patienter får inte den fysiska kontakt de är vana vid

Bilaga 5: Kategorin Påverkan på behandlingen

Utsagor:

- Sämre behandling med telefonkontakt än fysiska möten (1)
- Trolig suicid pga utebliven fysisk kontakt (1)
- Patientens delaktighet ökas, positiv effekt (2)
- Svårare använda kroppsspråk i terapisisituation, dock olika för olika patientkategorier; ok för autister, sämre för personlighetssyndrom (2)
- Oklart om försämrad inläring i KBT (2)
- Många fler permissioner pga smittrisk (3)
- Psykopatient på permission suiciderar (3)
- Vårdhygieniska rutiner viktigare att följa än att ge god behandling (3)
- Patienter vill gå hem tidigare än vad som är bra för dem pga en tråkigare miljö på avdelningen (4)
- Svårt att vara med patient med jobbiga tankar (psykos, depression) (4)
- Patient med covid ligger kvar och avlider på avdelningen, vilket han inte hade gjort vid annan somatisk sjukdom (4)
- Social kontakt svårast att tolerera (5)
- Döende patienter från somatisk avdelning fick inte bra vård (5)
- Svårt för patienter att inte få ha fysisk kontakt med vårdare, del i vården (5)
- Läkarna träffar patienterna mindre än vanligt (5)
- Patienter ej utskrivna för tidigt (5) (!!!)
- Isolering tortyr för depressiv patient (6)
- Suicid kopplad till för lång permission (6)
- Alla som kan vara hemma ska vara det (6)
- Svårare att få till ECT, fick ge andrahandsbehandlingar istället (6)
- För snabba utskrivningar istället för utskrivningsträning (6)
- Svårt att avläsa ansiktsuttryck i samband med terapeutiska samtal (7)
- Svårare generellt att ha patientsamtal på distans (7)

Dessa kan grupperas ihop i följande utfall:

1. Patientens delaktighet i behandlingen ökar
2. Permissioner gavs som inte var befogade – troligen med åtminstone ett suicid som följd
3. Svårighet att hjälpa/trösta utan fysisk kontakt
4. Efterföljandet av vårdhygieniska rutiner blir viktigare än den psykiatriska behandlingen
5. Covidpatienter får inte god vård

6. Viss förstahandsbehandling går ej att ge (ECT)
7. Styrning uppifrån med menlig inverkan på behandling
8. Svårighet att avläsa ansiktsuttryck ger oklarheter hos patienter
9. Distansbehandling innebär svårigheter

Bilaga 6: Kategorin Påverkan på smittskyddsåtgärderna

Utsagor:

- Svårighet att provta patienter (1)
- Isolering i väntan på möjlighet att provta (1)
- Dålig följsamhet till åtgärder – egen (2)
- Dålig följsamhet till åtgärder – andras (3)
- Ej isolering på avdelningen i väntan på svar (3)
- Svårigheter att lotsa patienter med misstänkt smitta in på avdelningen (4)
- Brist på skyddsutrustning (4)
- Direktiv ej anpassade till psykiatrisk vård (4) Svårt att hålla avstånd med utåtagerande patienter (5)
- Läkare på psykiatrin ej vana vid somatiska tillstånd (5)
- Punktmarkering av patienter med störd verklighetsuppfattning (5)
- Ad hoc-lösningar ofta istället för följande av rutiner (6)
- Omöjligt att hålla avstånd inom öppenvården pga lokalernas beskaffenhet (6)
- Vissa patientkategorier (exv unga flickor med ätstörningar) noga att följa regler (6)

Dessa kan grupperas ihop i följande utfall:

1. Isolering och fysiskt avstånd problematiskt att upprätthålla
2. Logistiska problem i byggnaden (avstånd, isolering)
3. Brist på skyddsutrustning
4. Åtgärder mer anpassade till somatisk vård
5. Dålig följsamhet till rutiner
6. Ad hoc-lösningar
7. Läkare ovana vid somatiska sjukdomar/infektioner