

Linköpings universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier
Arbetsterapeutprogrammet
Examensarbete i arbetsterapi, kandidatnivå
Höstterminen 2018

Levnadsvanor och delaktighet bland patienter i den rättspsykiatriska slutenvården

- En kvalitativ studie utifrån ett professionellt perspektiv

Bjurström Anna
Kindmark Sofie

Arbetets art: Examensarbete omfattande 15 högskolepoäng, 90 poängsnivå, inom ramen för Arbetsterapeutprogrammet, 180 hp.

Titel: Levnadsvanor och delaktighet bland patienter i den rättspsykiatriska slutenvården
- En kvalitativ studie utifrån ett professionellt perspektiv

Titel på engelska: Lifestyle Habits and Participation among In-Patients in Forensic Psychiatry Care - A qualitative study from a professional perspective

Författare: Anna Bjurström och Sofie Kindmark

Handledare: Ulrika Müssener

Termin: HT18

Antal sidor: 25

Sammanfattning

Ohälsosamma levnadsvanor är ett problem bland patienter som vårdas inom den rättspsykiatriska slutenvården. Patienter med psykisk ohälsa har en sårbarhet och löper större risk att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar och för tidig död. Syftet är att beskriva hur personalen inom rättspsykiatrisk slutenvård upplever patienternas förutsättningar till att skapa hälsofrämjande levnadsvanor. Studien omfattar kvalitativ studiedesign där åtta personer som arbetar inom rättspsykiatrisk slutenvård intervjuades. I resultatet framkommer det att begränsningen av valet och möjligheten att engagera sig i aktiviteter inverkar negativt på en persons hälsa. Patienterna på kliniken har olika förutsättningar till delaktighet i aktivitet. Resultatet visar att patienternas tidigare vanemönster har inverkan på vilka levnadsvanor patienten har inom slutenvården. Personer med psykisk ohälsa stöter på många hinder i att skapa hälsofrämjande levnadsvanor då de beskrivs ha bristande insikt över vilka konsekvenser deras handlade får i relation till deras hälsa. Patientgruppen framställs som rädda för livet utanför den rättspsykiatriska slutenvården och beskrivs trygga i det hospitaliserade klimatet. Detta resulterar i att många vill och blir kvar. Arbetsterapeutens kunskap kring vanor och roller är betydande vid förändring av patienternas levnadsvanor och arbetsterapeutiska insatser kan riktas mot att främja återgång i samhällslivet. Omfattningen forskning inom ämnet är bristande och det behövs mer kunskap om hur rättspsykiatriska kliniker kan arbeta för att främja hälsa och välmående för målgruppen.

Nyckelord: rättspsykiatri, slutenvård, levnadsvanor, miljö, psykisk ohälsa, arbetsterapi

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund.....	1
2.1. Aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer	1
2.2. Levnadsvanor	2
2.3. Patientgruppen inom rättspsykiatrisk vård.....	3
2.4. Arbetsterapi och rättspsykiatrisk vård	4
3. Syfte.....	5
4. Metod.....	5
4.1. Kvalitativ metod.....	5
4.2. Urval och inklusionskriterier	5
4.3. Genomförande.....	6
4.4. Dataanalys.....	7
4.5. Etiska aspekter	7
5. Resultat	8
5.1. Patientgruppens förutsättningar	9
5.1.1. Tidigare vanemönster	9
5.1.2. Sjukdomsproblematik.....	10
5.1.3. Motivation	11
5.2. Omgivningsfaktorer	12
5.2.1. Verksamhetens resurser och riktlinjer	12
5.2.2. Social miljö.....	13
6. Diskussion	14
6.1. Metoddiskussion	14
6.2. Resultatdiskussion.....	15
7. Konklusion.....	17
8. Referenser	18
9. Bilagor	20
Bilaga 1	20
Bilaga 2	22

1. Inledning

Ohälsosamma levnadsvanor har observerats som ett problem hos patienter som vårdas inom den rättspsykiatriska slutenvården. Personer med psykisk ohälsa stöter på många hinder i att skapa hälsofrämjande levnadsvanor då de beskrivs ha bristande insikt över vilka konsekvenser deras handlade får i relation till deras hälsa (Celik & Günusen, 2018). Omgivningsfaktorerna inom den rättspsykiatriska slutenvården bidrar även till hinder då de begränsar valet och möjligheten till att engagera sig i meningsfulla aktiviteter. Detta kan ha en negativ påverkan på en persons hälsa och välbefinnande och såväl deras levnadsvanor (Farnworth, 2009). Utifrån detta är det intressant att undersöka hur patientens psykiska hälsa och den omgivande miljön upplevs påverka patienternas levnadsvanor inom den rättspsykiatriska slutenvården. Syftet med studien är därför att beskriva hur personalen inom rättspsykiatrisk slutenvård upplever patienternas förutsättningar till att skapa hälsofrämjande levnadsvanor.

2. Bakgrund

2.1. Aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer

Enligt Kielhofner (2012) består människan av tre aktivitetskomponenter som tillsammans förklarar hur en person väljer, organiserar och utför sina aktiviteter. Komponenterna är viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet. Viljekraft ses som människans motivation till aktivitet och styrs av människans uppfattningar av den egna förmågan, värderingar och intressen. Vanebildning definieras som människans vanor och rutiner som samspelar med välbekanta och tidsbundna miljöer. Utförandekapacitet ses som människans fysiska och mentala förmågor som ligger i grund för utförande (Kielhofner, 2012).

Socialstyrelsen (2003) ser delaktighet som en persons engagemang i en livssituation och definierar vidare aktivitet som människors genomförande av en uppgift eller handling (Socialstyrelsen, 2003). Kielhofner (2012) definierar delaktighet i aktivitet som engagemang i produktivitet, lek och aktiviteter i det dagliga livet som är önskvärda och/eller nödvändiga för människors välbefinnande (Kielhofner, 2012).

Eftersom arbetsterapeuten i sitt arbete med människor tar hänsyn till komponenter som personens viljekraft, utförandekapacitet, vanebildning och omgivningsfaktorer skapas en större förståelse för personens kontext. Enligt Socialstyrelsen (2003) utgörs omgivningsfaktorerna av den sociala, fysiska och attitydmässiga omgivningen som människor lever och verkar i. För att arbetsterapeuten ska kunna skapa förutsättningar att åstadkomma förändring i personens vanor och roller är det av betydelse att ta hänsyn till omgivningsfaktorer och människans aktivitetskomponenter (Kielhofner, 2012).

Kielhofner (2012) menar att det är av vikt att förändra en persons omgivningsfaktorer när man vill uppnå förändring i personens vanor och roller. En förändring av patientens omgivningsfaktorer resulterar i nya tankar, känslor och beteenden. För att säkerställa att patientens nya tankar, känslor och beteenden blir beständiga över tid krävs upprepning i en stödjande miljö. Upprepas mönstret av patientens tankar, känslor och beteenden i en stödjande miljö under en längre tid skapas slutligen nya vanor och roller hos patienten (Kielhofner, 2012).

Aktivitet och delaktighet är båda centrala begrepp inom arbetsterapi som ger mening, struktur och identitet åt människans liv. En funktionsnedsättning kan ibland begränsa möjligheten till aktivitet och delaktighet bland annat på grund av kognitiva och sociala förmågor. Våra omgivningsfaktorer ses också som faktorer som möjliggör eller begränsar människans delaktighet och aktivitet i det som för dem meningsfullt (Wilcock, 2006).

Nilsson och Townsend (2014) menar att samhället är uppbyggt så att det gynnar vissa människor och utesluter andra när det kommer till social integration och rätten till delaktighet i aktivitet. Wilcock (2006) beskriver begreppet occupational deprivation som har sin grund i att alla människor inte har samma rätt till aktivitet och delaktighet i samhället. Occupational deprivation innebär bland annat att människors aktivitet och delaktighet begränsas när de placeras i fängelse, vårdinstitutioner, flyktingläger etc. De isolerade förhållandena förhindrar människor från att vara delaktiga i de aktiviteter som önskas (Nilsson & Townsend, 2014).

2.2. Levnadsvanor

Det är fyra kategorier av levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsördan i Sverige, nämligen tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2017).

Miljön och yttre faktorer påverkar individens egna val markant, där individens levnadsvanor påverkas av faktorer som social miljö, utbildningsnivå och socioekonomisk status (Folkhälsomyndigheten, 2016). Folkhälsomyndigheten (2016) rapport om folkhälsa påvisar att det finns en större skillnad i medellivslängd mellan personer med låg respektive hög utbildningsnivå än vad det finns mellan män och kvinnor. Socioekonomiska faktorer utgör därmed en viktig faktor i förväntad livslängd (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Ohälsosamma levnadsvanor utgör en ökad risk för vissa grupper i samhället jämfört med andra. Till dessa riskgrupper kategoriseras personer med sjukdomar som schizofreni eller depression, grupper med social sårbarhet relaterat till låg socioekonomisk status, övervikt, fetma och högt blodtryck samt individer som innehar fler ohälsosamma levnadsvanor samtidigt. De individer som kategoriseras till dessa riskgrupper löper större risk att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar. De individer som tillhör en riskgrupp löper större risk att hamna i fler riskgrupper, detta beror på individernas sårbarhet till att anamma fler ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2017).

2.3. Patientgruppen inom rättspsykiatrisk vård

Inom rättspsykiatrisk vård behandlas patienter som i domstolen döms för brott och har en allvarlig psykisk störning (Rättsmedicinalverket, 2017). Allvarlig psykisk störning definieras som ett tillstånd av psykotisk karaktär, ofta i kombination med störd realitetsvärdering och relaterade symptom som vanföreställningar, hallucinationer och förvirring. Hit relateras även allvarliga depressioner med självmordstankar, olika typer av personlighetsstörning, svår demens och allvarliga abstinensstillstånd efter missbruk (Socialstyrelsen, 2009).

Psykiatrisk tvångsvård kan ges med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) samt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Lagen om psykiatrisk tvångsvård syftar till att vård endast får ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning, samt om patienten har ett oundvikligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (SFS 1991:1128). Lagen om rättspsykiatrisk vård omfattar den vård som ges på en sjukvårdsinrättning vilket syftar till slutna psykiatrisk tvångsvård. Lagen ger stöd till användandet av tvångsåtgärder om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden, där tvångsåtgärder bör utövas med största försiktighet och vara så skonsamma som möjligt med största hänsyn till patienten (SFS 1991:1129).

Schizofreni är en av de mest förekommande diagnoserna i patientgruppen. Enligt DSM-5 kan diagnosen schizofreni ställas om två av följande symptom påvisas under en månad; vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal, kataton beteende eller negativa symptom. Patientens sociala och yrkesverksamma liv måste också vara dysfunktionellt, samtidigt som symptomen vidare måste finnas under minst sex månader (American Psychiatric Association, 2013). Sjukdomen uppkommer oftast hos yngre individer och omfattas av mycket varierande symptom som medför livslång funktionsnedsättning och en kraftigt reducerad livskvalitet. O'Flynn, O'Regan, O'Reilly, & Kennedy (2018) beskriver sambandet mellan schizofreni och upplevd livskvalitet och konstaterar att sjukdomen har en omfattande negativ påverkan på livskvalitén där bristande engagemang i meningsfulla aktiviteter och svårigheter med att utföra ADL är två faktorer som påverkar.

Riskfaktorer för schizofreni bedöms vara bland andra stress, droganvändning och trauma. Schizofreni medför beständiga nedsättningar i kognitionen som kan resultera i interpersonella relationer och långvarig depression vilket medför en stor suicidrisk för patientgruppen. Sammantaget orsakar schizofreni svårigheter med att fungera på ett adekvat sätt (Janicak, Marder, Tandon & Goldman, 2014). Personer med schizofreni och andra relaterade psykotiska sjukdomar löper stor risk att dö i förtid på grund av kardiovaskulär sjukdom som relateras till ohälsosamma levnadsvanor som orsakar övervikt och diabetes typ 2. Tobaksbruket är ofta stort eftersom det ses som ett medel till att dämpa negativa känslor och tankar hos målgruppen. Det är av vikt att försöka reducera riskfaktorer såsom dålig kosthållning, bristande fysisk aktivitet och tobaksanvändning för att minska risken för förkortad livslängd (Janicak, Marder, Tandon & Goldman, 2014)

2.4. Arbetsterapi och rättspsykiatrisk vård

Vården som bedrivs inom rättspsykiatrisk slutenvård bör vara klientcentrerad relaterat till mångfalden i patientgruppen där varje patient bör ha en individuell vårdplan som riktar sig till patientens behov. Vården bedrivs av multidisciplinära vårdteam och syftar till att förbättra patientens fysiska och psykiska hälsa, förbättra sociala färdigheter, öka självständigheten i personlig vård, reducera aggressivt beteende, lära ut copingstrategier samt att uppmuntra återgång i samhällslivet (Moore, 2014).

Strand & Holmberg (2018) beskriver arbetsterapeuten som en viktig profession avseende kartläggning och rehabilitering av patienternas funktionsnedsättningar. Arbetsterapeuter på rättspsykiatriska kliniker genomför aktivitetsförmågebedömningar för att kartlägga personens förmåga att utföra dagliga aktiviteter. Arbetsterapeuten bedömer även motoriska färdigheter, processfärdigheter och problemlösningsförmåga och tar hänsyn till patientens tidigare vanor, roller och intressen. En kartläggning av aktivitetsförmågan ger en omfattande bild av hur patienten fungerar i sitt dagliga liv. Utifrån detta genomförs interventioner med tydligt utformade mål som syftar till att främja patientens aktivitetsförmåga i det dagliga livet och stötta återanpassning i samhället (Strand & Holmberg, 2018). Interventionerna kan syfta till att förändra patientens vanor och roller samt att återställa och förändra den aktivitetsidentitet och utförandekapacitet som gick förlorad i samband med patientens försämrade psykiska mående (Moore, 2014). Genom arbetsterapeutens kunskap om förändring av vanor och roller kan interventionerna även riktas till att förändra patienternas levnadsvanor.

Vanor och roller påverkas ofta av psykisk sjukdom och patienterna bildar ofta nya vanor och roller när de vårdas inom rättspsykiatrisk slutenvård. Inom slutenvården blir det av vikt att ta hänsyn till de omgivningsfaktorer som påverkar patienternas förmåga i det dagliga livet och dess påverkan på patienternas motivation till rehabilitering (Moore, 2014). Delaktighet i aktivitet är en viktig aspekt i arbetet med patienter som vårdas inom slutenvården. Model of human occupation är en välanvänd modell som belyser detta och används av arbetsterapeuter på rättspsykiatriska kliniker runtom i världen (Kielhofner, 2012).

I studier framkommer det att patienter anser att de förlorat sin rätt till att välja de aktiviteter de finner meningsfulla att utföra. Patienterna beskrivs ha olika förutsättningar för delaktighet i aktivitet beroende på om de utgör en hög eller låg risk för säkerheten på kliniken, detta omfattar även möjligheten till att påverka sina levnadsvanor. Utifrån detta har arbetsterapeuten en betydande roll i att främja patienternas delaktighet i meningsfulla aktiviteter och förändra vanor och roller för att påverka patienternas levnadsvanor (Farnworth, Nikitin & Fossey, 2004).

O'Flynn et al. (2018) menar även att interventioner som syftar till att främja meningsfulla dagliga aktiviteter associeras till förbättrad livskvalitet. Detta beskrivs även påverka återfallsrisken där studier visar att det finns ett samband mellan minskad återfallsrisk och engagemang i meningsfulla aktiviteter.

3. Syfte

Syftet är att beskriva hur personalen inom rättspsykiatrisk slutenvård upplever patienternas förutsättningar till att skapa hälsofrämjande levnadsvanor.

- På vilket sätt påverkar psykisk sjukdom patienternas motivation och delaktighet?
- Vilken inverkan har patienternas tidigare vanor och roller på det dagliga livet inom slutenvården?
- Hur upplever de professionella att miljön inom den rättspsykiatriska slutenvården inverkar på patienternas levnadsvanor?

4. Metod

4.1. Kvalitativ metod

Studien innefattar kvalitativ studiedesign med en beskrivande ansats. Kvalitativa undersökningar syftar till att få en djupare förståelse genom att få en så bred och noggrann beskrivning av ett fenomen som möjligt. Kvalitativa studier inkluderar ett litet antal deltagare vilket resulterar i att deras upplevelser undersöks på djupet med stöd av frågor och följdfrågor kring ett specifikt fenomen (Malterud, 2009). Kvalitativ studiedesign med beskrivande ansats används då syftet med studien var att få fram professionellas subjektiva upplevelse av ett fenomen.

4.2. Urval och inklusionskriterier

Urvalet av deltagare till studien genomfördes via ett tillgänglighetsurval (Malterud, 2009). Personer som inkluderades var yrkesverksamma inom den rättspsykiatriska slutenvården som studien genomfördes på, oberoende av profession. Fyra kliniker som bedriver rättspsykiatrisk vård kontaktades via mail och telefon där de efterfrågades om deltagande i studien, varav tre kliniker tackade nej. Den deltagande verksamheten för studien kontaktades och tillhandahöll intervjupersoner för studien. Verksamheten som deltog bedriver slutenvård och öppenvård inom rättspsykiatrisk vård med säkerhetsklassificering tre. Det finns tre säkerhetsnivåer, mycket hög, hög och godtagbar säkerhet. Verksamheten som deltog hade godtagbar säkerhet. Detta innebär att kliniken måste ha låsbara dörrar och fönster samt kontinuerliga tillsyner på var patienterna befinner sig (Socialstyrelsen, 2007). Sammantaget har verksamheten 32 anställda med 12 slutenvårdsplatser. De inklusionskriterier som lämnades till verksamhetschefen vid rekrytering av deltagare var att personalen skulle arbeta inom slutenvården, där professionstillhörighet inte var av betydelse. En önskan om ett antal på 8-10 intervjuer lämnades. Tillsammans med verksamhetschefen för kliniken bestämdes antal intervjuer till 8 stycken samt datum och plats för genomförande av intervjuerna. Utifrån tillgänglighetsurvalet inkluderades åtta personer med olika professionstillhörighet och samtliga deltog. Personerna som intervjuades hade yrkesrollerna specialistjuksköterska med inriktning psykiatri, skötare och arbetsterapeut. Urvalsgruppen omfattade sju män respektive en kvinna. Arbetslivserfarenheten bland intervjudeltagarna varierade mellan 3 och 37 år inom rättspsykiatrisk slutenvård (*se tabell 1*).

Tabell 1: Beskrivning av deltagarnas fördelning över befattning, kön och arbetslivserfarenhet inom området psykiatri.

Befattning	Kön	Erfarenhet inom psykiatriområdet
1. Skötare	Man	3 år
2. Skötare	Man	5 år
3. Skötare	Man	15 år
4. Skötare	Man	20 år
5. Specialistsjuksköterska psykiatri	Kvinna	28 år
6. Specialistsjuksköterska psykiatri	Man	20 år
7. Specialistsjuksköterska psykiatri	Man	24 år
8. Arbetsterapeut	Man	37 år

4.3. Genomförande

Ett mail formulerades och skickades till den deltagande verksamheten, där en arbetsterapeut tog kontakt och var villig att delta i studien. Arbetsterapeuten kontaktades därefter via telefon för bekräftande om deltagande samt för att få kontaktuppgifter till verksamhetschefen. Verksamhetschefen kontaktades via mail och telefon där beslut om klinikkens deltagande togs.

Därefter skickades ett informationsbrev ut till verksamhetschefen som vidarebefordrade detta till den personal som arbetar på kliniken (Se bilaga 2). Intressenterna fick förfrågan om deltagande i studien via verksamhetschef och samtliga personer som tillfrågades deltog. Verksamhetschefen bokade därefter in tider och skapade ett schema för de två intervjudagarna. Som datainsamlingsmetod användes en semistrukturerad intervju med stöd av en intervjuguide (se bilaga 1). Intervjuguiden utformades med stöd av huvudrubriker i Model of Human Occupation (Kielhofner, 2012), där intervjufrågorna kategoriserades under rubriker som viljekraft, vanebildning, utförandekapacitet och miljö (se bilaga 1).

Intervjufrågorna möjliggjorde ett besvarande av studiens syfte, där eventuella följdfrågor även ställdes utifrån de svar informanterna gav. Den sista intervjufrågan under rubriken vanebildning i intervjuguiden ströks efter första intervjun, då den ansågs svår för personalen att svara på. Intervjuerna genomfördes på kliniken och fördelades på två dagar. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon och för att säkerställa eventuella risker med teknikproblem användes även en iPhone som inte används i dagligt bruk vilket betyder att den inte används för något annat än inspelning av intervjuer. Intervjuerna pågick mellan 16 till 35 min, där en av intervjuerna huvudsakligen ställde frågor medan den andra antecknade och ställde eventuella följdfrågor. En intervju genomfördes även med verksamhetschefen. Syftet med intervjun var att få en bild över hur slutenvården bedrivs på den aktuella kliniken. Intervjun ingick inte i de 8 inkluderande intervjuerna.

4.4. Dataanalys

Transkriberingen genomfördes i direkt samband med intervjuerna, där intervjuerna delade upp arbetet och transkriberade fyra intervjuer vardera. Textmaterialet analyserades sedan med inspiration av Malteruds (2009) beskrivning av systematisk textkondensering. Textmaterialet lästes igenom fler gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Därefter fördelades textmaterialet in i meningsbärande enheter som ansågs relevanta för att besvara studiens syfte. De meningsbärande enheterna kategoriserades i de kategorier som utformades för intervjuguiden. Kategorierna gav stöd för dataanalysen och en helhetsbild över informationen som inhämtats. Nyckelord skapades utifrån varje kategori av meningsbärande enheter som sedan sammanställdes till huvudteman, efter sammanställning av underteman uteslöts intervjuguiden i dataanalysen. Huvudtemana blev patientgruppens förutsättningar samt omgivningsfaktorer. Till dessa kategoriserades följande underteman, tidigare vanemönster, sjukdomsproblematik, motivation, verksamhetens resurser och riktlinjer samt social miljö. Huvudtemana och undertemana framkom genom diskussion mellan författarna utifrån de analyserade intervjuerna och med stöd av intervjuguiden.

4.5. Etiska aspekter

Informanterna informerades om studiens syfte via det informationsbrev som deltagarna tilldelades via verksamhetschefen i god tid innan datainsamlingen (Se bilaga 2). I informationsbrevet utlovades konfidentialitet där deltagarna informerades om att deras intervjusvar skulle komma att behandlas så att inga utomstående kunde ta del av dem. Deltagarna informerades även om att resultatet av studien är offentligt men att det inte går att identifiera de personer som intervjuats, och att det material som samlats in förstörs när betyget på examensarbetet är satt. Vidare underströks vikten av frivilligt deltagande där informanterna när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan närmre motivering. Deltagarna informerades även om att dem tillsammans med kliniken kommer att få ta del av den färdiga uppsatsen. Informationen tillhandahölls även muntligt innan intervjun påbörjades för att säkerställa att intervjupersonen fått tagit del av den. Ett muntligt samtycke gavs av deltagarna i samband med anmälan för deltagande i studien till verksamhetschefen på kliniken, samt i samband med intervjutillfället till intervjuerna (Vetenskapsrådet, u.å).

5. Resultat

Resultatet grundar sig på en sammanställning av den information som framkommit under intervjuerna. Resultatet presenteras med en sammanfattande text utifrån de huvudteman och underteman som identifierats utifrån analysen, dessa styrks med citat från intervjuerna. Huvudteman som identifierades vid dataanalysen var patientgruppens förutsättningar och omgivningsfaktorer. För att vidare beskriva patientgruppens förutsättningar bildades följande underteman: tidigare vanemönster, sjukdomsproblematik samt motivation. Undertemana verksamhetens resurser och riktlinjer samt social miljö bildades för att närmre beskriva de omgivningsfaktorer som identifierades inom den rättspsykiatriska slutenvården (*se tabell 2*).

Tabell 2: Kategorisering av huvudteman och underteman.

Huvudteman	Underteman
Patientgruppens förutsättningar	Tidigare vanemönster Sjukdomsproblematik Motivation
Omgivningsfaktorer	Verksamhetens resurser och riktlinjer Social miljö

5.1 Patientgruppens förutsättningar

5.1.1. Tidigare vanemönster

Vilka levnadsvanor patienterna anammar inom slutenvården beror i många fall på patienternas tidigare vanor och roller. Rökning beskrivs vara en stor del av patienternas sysselsättning på kliniken, där majoriteten av patienterna som röker är rökare sedan tidigare. Merparten av patienterna beskrivs som storrökare där de röker omkring fem till sex cigaretter i timmen.

Personalen ställer sig i vissa fall positiva till patienterna tobaksbruk då det uppfattas som avledande och lugnande vilket beskrivs ha en positiv effekt för patienternas psykiska mående. En anledning till att rökningen är en stor del av patienternas vardag beskrivs i många fall vara på grund av att man tidigare haft en missbruksproblematik.

“...att dom inte bör röka... men sen väljer man kanske att röka... eller man vill inte sluta... man mår bra av att röka... det är kanske den sysselsättning som man behärskar mest...” (6)

Personalen inom slutenvården vittnar om att många av patienterna begått brott i samband med ett drogmisbruk. Detta resulterar i att patienterna inom slutenvården blir beroende av att stimulera sitt begär genom andra substanser som bland annat rökning, mat och socker. Tidigare missbruksproblematik i samband med sjukdomsbilden gör att patienterna tar andra vägar för att dämpa ångest och försämrat mående.

“Jag tror att det beror på deras mående liksom... i cirklar... mår dom sämre så vill dom liksom ha någonting för att stimulera sitt begär... det är många som har liksom en missbruksproblematik i grunden... och det kan vara vissa... dom vill bara ha något... dom kanske lägger i sex sockerbitar i kaffet liksom... bara för att man ska stimulera begäret...” (1)

Sammantaget spelar patienternas tidigare levnadsvanor en roll för vilka vanor de har med sig till kliniken. Matvanor och tobaksbruk är vanor som beskrivs svåra att bryta bland patienterna eftersom det är aktiviteter som tar upp stora delar av deras dagliga liv. Tidigare vanemönster påverkar därmed patienternas förutsättningar till att anamma goda levnadsvanor på kliniken.

”Några har invanda mönster och har rökt i 30 år och det är ju väldigt svårt va... det kan ju stå för... för en rutin som dom mår bra av så att säga...” (5)

5.1.2. Sjukdomsproblematik

Något som beskrivs påverka patienterna och deras levnadsvanor på en daglig basis är deras psykiska ohälsa. Patienternas psykiska mående beskrivs vara en faktor som gör det svårt att ha kontinuitet i vardagen och som leder till att humör och motivation varierar. Deras delaktighet i olika aktiviteter på kliniken också är varierande. Dygnsrytmen rubbas och många av patienterna är vakna på nätterna och sover på dagarna.

"Det kan ju vara deras psykiska status... de har fullt upp med sin sjukdom och orkar inte med andra saker..." (7)

Patienterna beskrivs ha en begränsad problemlösningsförmåga som gör att de tar den enklaste utvägen när det gäller bland annat omfattning av fysisk aktivitet och matvanor. De beskrivs vara mycket hämmade av deras psykiska mående där varken energi eller motivation finns till att göra hälsosamma val i vardagen som personalen i många fall rekommenderar.

"... jag säger såhär att det kan tyckas ibland att dom är om man säger lata... men jag tror inte att dom är det egentligen... jag hoppas inte att dom är det... jag tror mer att det är deras psykiska hälsa som hämmar dom... och att dom inte orkar göra det vi vill att dom ska göra..."(7)

"På grund av sina psykiska funktionshinder så har dom ju sällan dom förutsättningar som vi andra har... Dom har mycket emot sig ibland. Det är inte som för oss. Oss friska människor."(4)

Det psykiska måendet är en betydande faktor till att patienterna anammar ett matmissbruk eller tobaksmisbruk under slutenvården eftersom det upplevs som ångstdämpande. Detta gör även att patienterna ökar mycket i vikt under sin vårdtid. Sjukdomsproblematiken gör det svårare för patienterna att genomföra radikala livsförändringar, vilket gör att invanda mönster består och likaså deras levnadsvanor.

" Har man psykosjukdom... livet kan inte kretsa kring så många saker... och det kanske blir om man har svår psykosjukdom då blir det rökningen som blir... jätteviktigt då " (6)

Medicinerna beskrivs vara en faktor som påverkar patienterna stort i det dagliga livet. Medicineringen bidrar till trötthet och inaktivitet bland patientgruppen eftersom den många gånger har en lugnande effekt. Medicinerna har även inverkan på sötsug och aptit vilket kan vara en faktor till patienternas viktuppgång.

"Dom är sjuka och då blir dom ju medicinerade... och då blir dom liksom trötta, sega och trögtänkta liksom..." (1)

5.1.3.Motivation

Deltagarna upplever att patienternas förmåga och motivation i stor utsträckning påverkar förmågan att göra hälsosamma livsval. Det framkommer att den rättspsykiatriska patientgruppen generellt sätt är mycket svårmotiverade till att delta i och genomföra aktiviteter de inte själva valt eller är vana vid att utföra. Motivationen och delaktighet i aktiviteter beskrivs som mycket varierande från dag till dag beroende på patientgruppens psykiska mående. Vissa beskrivs som mer motiverade än andra.

“Jag tycker väl att dom är ganska inskränkta... Jag upplever många utav dom ganska... ovilliga till att röra på sig eller göra någonting. Många sluter sig inne på rummen o vill inte vara med på aktiviteter. Lite avtrubbade på nått sätt” (5)

Personalen inom den rättspsykiatriska slutenvården upplever att patientgruppens vilja och motivation påverkar levnadsvanorna då de har svårt att bryta sina invanda mönster. Patienterna har rätt till eget självbestämmande vilket gör det svårt för personalen att få patienterna till att göra hälsosamma val. Patientgruppen beskrivs som svår att motivera vilket bidrar till att de väljer en väg där de inte behöver göra mer än vad de behöver.

”Även om man är under rättspsykiatrisk vård så har ju vi ingen möjlighet mer än att försöka motivera dom... dom har lika rätt som alla andra att handla precis vad dom vill...” (6)

Den rättspsykiatriska slutenvården erbjuder dagligen patientgruppen till att delta i diverse sysselsättningar, fysiska aktiviteter och utflykter. När det kommer till deltagande i fysisk aktivitet eller planerade utflykter är deltagarantalet större om aktiviteten innefattar någon form av belöning som mat eller sötsaker. Personalen ser besök på caféer och restauranger som ett knep till att få patientgruppen till att aktivera sig och att delta i olika aktiviteter. Personalen upplever detta som problematiskt relaterat till att patienterna generellt redan har ett högt matintag.

“När man går ut... med vissa så vill dom gå till Mc Donalds och det är svårt då att säga att nej vi ska gå ut och gå en promenad... nej då vill dom inte följa med för dom vill gå till Mc Donalds eller Pizza Hut... och då försöker vi att varje aktivitet ska ju inte vara inriktat på mat och fika och sånt där...” (6)

5.2.Omgivningsfaktorer

5.2.1.Verksamhetens resurser och riktlinjer

Miljön inom slutenvården beskrivs som begränsad, verksamheten arbetar därför för att på bästa sätt erbjuda aktiviteter som finns inom ramen för de lagar och riktlinjer som styr. Detta gör att den rättspsykiatriska slutenvården framställs ha förutsättningarna för att patientgruppen ska kunna skapa hälsofrämjande levnadsvanor under tiden de vistas på kliniken. Verksamheten beskrivs ha tillgång till gym med diverse konditionsutrustning, då de valt att fokusera på friskvård istället för styrketräning. Styrkeutrustning har nyligen avskaffats på kliniken och ersatts med konditionsutrustning eftersom det upplevdes som en säkerhetsrisk för personalen då patientgruppen tidigare ökat mycket i muskelmassa under vårdtiden. Patienterna är beroende av närvarande personal i gymmet eftersom de inte får vistas i den miljön ensamma och försöker i den mån det går att erbjuda tid för fysisk aktivitet. Trots detta nyttjar patientgruppen erbjudandet dåligt. Friskvård erbjuds även utanför kliniken, detta ställer dock krav på att patienterna som vill delta har friförmåner för att de ska kunna delta i aktiviteten.

“Jag tycker att vi är duktiga på det här faktiskt... att... erbjuda möjlighet till friskvård och såna här saker...” (2)

Något som beskrivs som positivt och som nyttjas av patientgruppen är tillgången till en promenadslänga inom verksamhetens område. Personalen beskriver promenadslängan som positiv för patientgruppen relaterat till att patienter kan ha svårt för att vistas i vissa miljöer på grund av psykisk ohälsa. Promenadslängan ses därmed som ett bra alternativ för målgruppen eftersom det inte ställer krav på omfattande kognitiva eller fysiska förmågor. Patientgruppen har dock olika förutsättningar till att nyttja miljön utanför kliniken beroende på vilken juridisk rätt de har att vistas på permission. Följderna blir att vissa inte får vistas utanför kliniken och att andra kräver mer resurser eftersom de måste gå ut tillsammans med två personal. Detta beskrivs påverka möjligheten och omfattningen av fysisk aktivitet för patienterna relaterat till de restriktioner och resurser som finns inom slutenvården.

“Det är ju egentligen ett slags belöningsystem det här om man säger så va... om man sköter sig och allt går bra och att man gör det man ska och följer reglerna och inte hittar på dumheter så får man ju det som belöning, alltså permissioner till exempel... så det är ju som det mesta i samhället egentligen... antingen straffas man eller också belönas man...” (8)

Patienternas tobaksbruk beskrivs även påverkas av de omgivningsfaktorer som finns inom slutenvården. Verksamheten har en rastgård med bestämda röktider varannan timme. Detta resulterar i att de personer som inte har tillgång till permission begränsas röka de tider som erbjuds, vilket gör att patienterna röker mycket under dessa tillfällen. Juridiska omständigheter påverkar därmed de restriktioner som finns för vissa patienter inom slutenvården. Möjligheten till frigång beskrivs utifrån detta ha en stor påverkan på patienternas tobaksbruk. Restriktionerna möjliggör vissa patienters tobaksbruk och begränsar andras.

“...miljön här är påverkad av väldigt mycket. Det är en sluten miljö och det är ju dygnet runt vård. Så, den påverkar mycket kan jag säga. Dom är helt utelämnade till det här i stort sätt...” (4)

5.2.2 Social miljö

Personalen framställer sig själva som mycket omhändertagande över patientgruppen. Personalen upplever att detta resulterat i att patienterna inte tar något eget ansvar vilket gjort att många blivit ”bekväma och gör inte mer än vad de behöver”. Det framkommer bland annat att verksamheten haft patienter som varit på väg att skrivas ut men som blir intagna igen då de begått nya brott för att få komma tillbaka. Patientgruppen framställs som rädda för livet utanför den rättspsykiatriska slutenvården och beskrivs trygga i det hospitaliserade klimatet och den sociala kontext de befinner sig i. Detta resulterar i att många vill och blir kvar.

“Ja jag tror att dom blir bekväma... att få allt liksom serverat... det blir svårt sen när man ska få komma ut... vi har ju haft exempel på där vi har vart på väg att slussa ut men så tackar dom nej och så gör dom någonting som gör att dom ska få stanna kvar...” (1)

Majoriteten av patienterna skaffar sig vänner under sin tid inom den rättspsykiatriska slutenvården vilket lett till att intaget av mat och sötsaker blivit ett sätt att umgås, vilket beskrivs ha en betydande inverkan på patienternas levnadsvanor. Personalen beskriver sjukhuskosten som bra och reglerad men det patienterna handlar utöver består av skräpmat och sötsaker.

”Det är naturligtvis roligt att sitta med en påse chips och coca cola, titta på tv och umgås. Så det är ju lätt att dom drar med varandra...” (4)

6. Diskussion

6.1. Metoddiskussion

Syftet är att beskriva hur personalen inom rättspsykiatrisk slutenvård upplever patienternas förutsättningar till att skapa hälsofrämjande levnadsvanor. För att besvara syftet användes kvalitativ studiedesign med en beskrivande ansats. Studiedesignen har underlättat besvarandet av syftet som var att beskriva upplevelser och erfarenheter utifrån ett professionsperspektiv.

Tillgänglighetsurval underlättade urvalsförfarandet eftersom deltagarna för studien tilldelades av verksamhetschefen. Urvalet var tidsbesparande och möjliggjorde kontakt med intervjudeltagare som annars hade varit svår att få. Tillgänglighetsurvalet kan ha påverkat resultatet då intervjupersoner specifikt valdes ut av verksamhetschefen utan möjlighet att påverka urvalet utifrån profession, erfarenhet och kön. Intervjudeltagarna var åtta till antalet vilket ansågs rimligt för studiens proportion och möjliggörande av besvarande av studiens syfte.

Fler olika steg har gjorts för att säkerställa validitet och reliabilitet (Malterud, 2009). Studiens syfte och frågeställningar har definierats. De olika stegen i analysprocessen har beskrivits och har genomförts utifrån en förutbestämd struktur. En intervjuguide har utformats och testats. Kvalitativ metod har använts för att beskriva en upplevelse av ett specifikt fenomen. Syftet med vald metodik är inte att generalisera utan beskriver hur personalen på den givna kliniken upplever patienternas förutsättningar till att skapa hälsofrämjande levnadsvanor. En styrka har varit att två författare varit delaktiga under hela studiens genomförande vilket minimerat risken för feltolkning och möjliggjort besvarande av studiens syfte.

Studiedesignen har möjliggjort en fördjupad diskussion om intressanta och specifika detaljer som framkommit under intervjutillfällena. Studiedesignen var också optimal för det låga deltagarantalet. En semistrukturerad intervjuguide fungerade som ett stöd under intervjusituationen då det ökade chansen till att syftet med studien uppfylldes och minimerade risken för att viktig information skulle försummas. Stöd togs av begrepp i Model of Human Occupation vid utformning av intervjuguiden. Frågorna utformades efter välkända begrepp i MOHO vilket möjliggjorde en heltäckande intervjuguide med frågor som behandlar centrala begrepp inom arbetsterapi. Med hjälp av MOHO går även frågorna i linje med såväl arbetsterapi som levnadsvanor vilket möjliggjorde ett besvarande av studiens syfte. (Kielhofner, 2012). En fråga ströks ur intervjuguiden efter den första intervjun eftersom den ansågs svår att besvara. Detta hade kunnat undvikas om en pilotintervju hade genomförts. Semistrukturerad intervju var fördelaktigt då intervjuarna saknade erfarenhet av att genomföra intervjuer. Intervjuguiden bidrog till trygghet i intervjusituationen men medförde även vissa begränsningar till en början där intervjuarna låste sig vid de fastställda frågorna.

Att intervju personal möjliggjorde en förståelse för hur de upplever patienternas levnadsvanor utifrån en gruppnivå. Subjektiva upplevelser från patienterna var inte fokus att undersöka eftersom det fanns frågetecken kring patienternas förmåga att redogöra för sin egen situation i förhållande till levnadsvanor. Hade patienterna intervjuats hade troligtvis andra perspektiv på hälsofrämjande levnadsvanor framkommit.

Stöd togs av fenomenologisk ansats vid genomförandet av dataanalys. Malterud (2009) menar att med stöd av en fenomenologisk analys skapas en större förståelse kring ett visst område som undersökts. Det syftar till att utifrån textmaterialet identifiera de viktigaste för att kunna återberätta

innehållet utan egna tolkningar (Malterud, 2009). Fenomenologisk analys var bekant sedan tidigare och underlättade arbetet. Intervjuguidens utformning underlättade dataanalysen då begreppen från MOHO fungerade som stöd vid identifiering och kategorisering av meningsbärande enheter. MOHO underlättade även skapandet av nyckelord som användes vid presentation av resultatet i form av huvudteman och underteman. Transkribering och analys genomfördes från båda författarna vilket har bidragit till att säkerställa resultatet.

6.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar på att patienternas tidigare vanor och roller har stor betydelse för vilka levnadsvanor som skapas inom den rättspsykiatriska slutenvården. Moore (2014) menar däremot att nya vanor och roller bildas under rättspsykiatrisk slutenvård. Resultatet i studien visar dock det motsatta då tidigare vanor och roller samt sjukdomsproblematisering är två aspekter som i resultatet beskrivs påverka patienternas förutsättningar till att göra hälsosamma val. Tidigare missbruksproblematisering i kombination med sjukdomsbilden leder till att patienterna skapar ett mat- och tobaksmissbruk för att dämpa ångest och försämrat mående, vilket även speglas i studiens resultat. Socialstyrelsen (2017) menar att ohälsosamma levnadsvanor utgör en ökad risk för vissa grupper i samhället, bland annat för personer med psykisk sjukdom, låg socioekonomisk status samt biologiska faktorer som övervikt och fetma (Socialstyrelsen, 2017).

Risikfaktorerna kan relateras till patientgruppen som vårdas inom rättspsykiatrisk slutenvård då de har en större sårbarhet jämfört med andra till att skapa ohälsosamma levnadsvanor. Patienterna som vårdas på den deltagande kliniken uppfyller i många fall dessa kriterier och beskrivs ha svårigheter med att skapa hälsofrämjande levnadsvanor under vårdtiden. Det blir därför viktigt att uppmärksamma patientgruppen för att förändra ohälsosamma levnadsvanor och minska risken för livsstilsrelaterade sjukdomar och förtidig död. Enligt Çelik & Günusen (2018) stöter personer med psykisk ohälsa på många hinder i att anamma goda levnadsvanor. Detta beror på ovilja och bristande motivation och energi. Patienter med psykisk ohälsa stöter på många hinder i att skapa hälsofrämjande levnadsvanor då de beskrivs ha bristande insikt över vilka konsekvenser deras handlingar får i relation till deras hälsa. Detta går i linje med fynden i denna studie och enligt Celik & Günusen (2018) är det något som man bör ta hänsyn till i arbetet med att skapa hälsofrämjande levnadsvanor för patientgruppen inom rättspsykiatrin.

I resultatet framkommer att personalen är mycket omhändertagande över patientgruppen vilket resulterat i att patienterna trivs inom den rättspsykiatriska slutenvården. Bekvämligheterna resulterar i att många utav patienterna blir kvar under lång tid då de begår nya brott för att få fortsatt vård. Detta går i linje med Moore (2014) som menar att patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk slutenvård löper stor risk att bli institutionaliserade. Enligt O'Flynn et al. (2018) kan återfallsrisken reduceras genom att engagera patienterna i meningsfulla aktiviteter och göra dem delaktiga i ADL för att på så sätt rustas för återgång till samhällslivet. Här fyller arbetsterapeuten en viktig roll inom rättspsykiatrisk slutenvård.

Farnworth & Muñoz (2009) diskuterar vikten av att förstå hur en persons vanor och rutiner kan påverka hälsan i slutna miljöer. Viktökningen inom den rättspsykiatriska slutenvården beror ofta till stor del på de rutiner och aktiviteter som erbjuds. Begränsningen av valet och möjligheten att engagera sig i aktiviteter kan ha en negativ inverkan på en persons hälsa och välbefinnande (Farnworth & Muñoz, 2009)

I resultatet framkommer det att personalen på kliniken arbetar med att skapa så goda förutsättningar som möjligt för att miljön på kliniken ska likna miljön i samhället för att främja patienternas välmående och återgång i samhällslivet. Det som däremot framkommer är att patienterna inte har samma förutsättningar till att skapa hälsofrämjande levnadsvanor på grund av slutenvårdens omgivningsfaktorer. Detta beror på patienternas olika juridiska rättigheter till att vistas i olika miljöer samt tillgång till resurser. Vissa patienter har exempelvis tillgång till miljöer som främjar fysisk aktivitet medan andra inte har det. Utifrån detta påverkas personers vanor och rutiner i slutna miljöer vilket Farnworth & Muñoz (2009) understryker.

Arbetsterapeuten tillsammans med andra professioner bör arbeta runt de begränsningar som finns för patienterna att skapa hälsofrämjande levnadsvanor och minska risken för occupational deprivation och institutionalisering. Arbetet bör syfta till att möjliggöra delaktighet i aktivitet och engagemang i meningsfulla aktiviteter under vårdtiden som skapar möjligheter för patienter att förbereda sig för det liv som väntar utanför slutenvården. I linje med Moore (2014) samt Socialstyrelsen (2017) blir målet att skapa en miljö som är så lik den utanför slutenvården som möjligt och medvetandegöra patientgruppen om vikten av att skapa hälsofrämjande levnadsvanor relaterat till patientgruppens ökade sårbarhet för livsstilsrelaterade sjukdomar och för tidig död.

I resultatet framkommer det att klinicens miljö skapar förutsättningar för hälsofrämjande levnadsvanor hos patienterna i form av bra kost, tillgång till gym och att patienterna endast får röka på vissa tider. Patienterna har dock själva olika förutsättningar till att skapa hälsofrämjande levnadsvanor. Att förutsättningarna är olika beror på varierande juridiska rättigheter, psykiskt mående och den omgivande sociala miljön. Utifrån detta finns det potential för arbetsterapeuter att arbeta för hälsofrämjande levnadsvanor. Genom att ta vara på de förutsättningar som finns på kliniken och ta hänsyn till de hinder som patienterna stöter på i det dagliga livet kan arbetsterapeuten arbeta för att skapa hälsofrämjande levnadsvanor och återgång till samhällslivet.

7. Konklusion

Arbetsterapeuter besitter god kunskap om förändringsprocessen av vanor och roller och skulle därmed kunna ha en betydande roll vid förändring av patienternas levnadsvanor. Detta ställer krav på att arbetsterapeuten tar hänsyn till de förutsättningar som finns hos patienterna och i den omgivande miljön. Det finns förutsättningar för arbetsterapeuter att arbeta för att skapa hälsofrämjande levnadsvanor inom rättspsykiatrisk slutenvård, bland annat genom att integrera patienter i meningsfulla aktiviteter som rör det dagliga livet och för att minska de hinder patienterna stöter på i att skapa hälsofrämjande levnadsvanor.

Levnadsvanor i relation till rättspsykiatrisk slutenvård är ett eftersatt ämne där omfattningen forskning inom ämnet är bristande. På den deltagande rättspsykiatriska kliniken upplevdes patienternas ohälsosamma levnadsvanor vara ett stort problem i patienternas dagliga liv. Utifrån detta är behovet stort av vidare forskning om hur levnadsvanor påverkar patienter inom rättspsykiatrisk slutenvård. Det behövs även mer kunskap om hur klinikerna kan arbeta för främja hälsa och välmående för målgruppen.

8.Referenser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM- 5 (5th ed.)*. Washington, DC.

Celik, S. & Günusen, N.P (2018) *The views and habits of the individuals with mental illness about physical activity and nutrition*. Perspectives in Psychiatric care 2018(54),586–595.

Christiansen, C. & Townsend, E.A. (red.) (2004). *Introduction to occupation: the art and science of living*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Hämtad 2018-03-21, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc89748e004743c39ff4c03fec24c570/folkhalsan-i-sverige-2016-16005.pdf>

Farnworth L, Nikitin L, Fossey E (2004). *Being in a Secure Forensic Psychiatric Unit: Every Day is the Same, Killing Time or Making the Most of It*. British Journal of Occupational Therapy. 2004; 67(10): 430 – 438.

Farnworth, L., & Muñoz, J. P. (2009). *An occupational and rehabilitation perspective for institutional practice*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 32(3), 192-198.

Janicak, P.G., Marder, S.R., Tandon, R. & Goldman, M. (2014). *Schizophrenia -Recent Advances in Diagnosis and Treatment*. New York, NY: Springer New York.

Kielhofner, G. (2012). *Model of human occupation: teori och tillämpning*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lindstedt H, Söderlund A, Stålenheim G, Sjödén P-O. (2004). *Mentally disordered offender's abilities in occupational performance and social participation*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 11(3): 118-127.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (3., uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Moore, M. (2014). *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health*. New Jersey: John Wiley & Sons, Incorporated

Nilsson, I., & Townsend, E. (2014). *Occupational Justice -Bridging theory and practice*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, volym (21), 64-70. <https://eds-b-ebshostcom.e.bibl.liu.se/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=09b5fabd-04ba-4ace-a4d2132916b70a4f%40sessionmgr105&hid=103>

O'Flynn, P. O'Regan, R. O'Reilly, K & Kennedy, H. (2018) *Predictors of quality of life among inpatients in forensic mental health: implications for occupational therapists*. BMC Psychiatry (2018) 18:16 DOI 10.1186/s12888-018-1605-2.

Rättsmedicinalverket. (2017). *Rättspsykiatri*. Hämtad 2018-03-16, från <https://www.rmv.se/verksamheter/rattpsykiatri/>.

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

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

Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Hämtad 2018-03-16 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/20034-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2009). *Psykiatrisk tvångsvård och Rättspsykiatrisk vård*. Hämtad 2018-03-16. Från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8336/2009-126114_2009_126_114.pdf.

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2007). *Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet*. Hämtad 2018-11-12 från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8928/2007-1014_20071014_rev.pdf

Strand, S. & Holmberg, G. (2018) *Den rättspsykiatriska vården*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (u.å). *Forskningsetiska principer – inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2018-12-18, från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wilcock, A. (2006) *An Occupational Perspective of Health, 2nd edition*. USA: SLACK Incorporated Christiansen & Townsend.

9. Bilagor

Bilaga 1

<p>Intervjuguide</p>	
<p>Vanebildning</p>	
<p>Vanebildning definieras som människans vanor och rutiner där halvautonoma beteendemönster samspelar med välbekanta och tidsbundna miljöer. Vanor är att utföra samma saker på samma sätt i samma miljöer. (Kielhofner, 2012).</p> <p>Levnadsvanor definieras som tobak- och alkoholbruk, matvanor och fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2017)</p>	<p>Vilken är din bild av patienternas levnadsvanor? Kan du berätta om patienternas omfattning av fysisk aktivitet?</p> <p>Vilken är din bild av patienternas matvanor?</p> <p>Hur upplever du patienternas tobaksvanor?</p> <p>På vilket sätt tycker du att dessa levnadsvanor påverkar deras mående?</p> <p>Berätta om din uppfattning av goda levnadsvanor inom ditt arbete här på kliniken</p>
<p>Utförandekapacitet</p>	
<p>Utförandekapacitet definieras som människans fysiska och mentala förmågor som ligger i grund för utförande. Förmågan till utförande bygger på människors underliggande objektiva fysiska och mentala faktorer och motsvarande subjektiva upplevelser (Kielhofner, 2012).</p>	<p>På vilket sätt upplever du att patienternas psykiska funktionsnedsättningar påverkar dem i deras vardag?</p> <p>På vilket sätt upplever du att patienterna har förståelse för hur deras funktionsnedsättningar påverkar deras levnadsvanor?</p>

Miljö	
<p>Fysisk miljö definieras som rum och föremål. Rum och föremål kan vara naturliga eller konstruerade och kan uppmana till aktivitet och</p>	<p>Kan du berätta om hur den fysiska miljön på kliniken påverkar patienternas val av aktiviteter?</p> <p>Kan du berätta om hur den sociala miljön på kliniken påverkar patienternas val av aktiviteter? Hur upplever du att patienterna påverkas av varandra när det</p>
<p>undermedvetet göra att vi gör olika aktivitetsval. Rum kan vara byggda för en viss aktivitet eller spegla en viss kultur eller ett intresse (Kielhofner, 2012).</p> <p>Social miljö definieras som en utformning av sociala grupper där aktivitetsformer eller uppgifter kan utföras, och där gruppen oftast delar liknande intressen, aktiviteter och värderingar. De sociala grupperna bjuder in till aktivitet som möjliggörs av gruppens konstruktion (Kielhofner, 2012)</p>	<p>kommer till val av fysisk aktivitet, matvanor och tobaksbruk?</p> <p>Kan du berätta om hur du arbetar för att få patienterna att röra på sig mer, röka mindre och äta mer hälsosamt? Hur upplever du din kunskap om ditt arbete med patienternas levnadsvanor?</p> <p>Anser du att det är viktigt att arbeta med patienternas levnadsvanor? Varför? Varför inte?</p>
Viljekraft	
<p>Viljekraft ses som människans motivation till aktivitet och styrs av människans uppfattningar av den egna förmågan, värderingar och intressen (Kielhofner, 2012).</p>	<p>Vilken är din bild kring patienternas motivation till att leva hälsosamt? Hur upplever du patienternas motivation till att engagera sig i fysisk aktivitet?</p> <p>Hur upplever du patienternas motivation till att äta hälsosamt?</p> <p>Bland de patienter som röker, hur upplever du deras motivation till att sluta röka?</p>

Bilaga 2



Information om deltagande i studie angående patienternas levnadsvanor

Du tillfrågas att delta i en studie som syftar till att beskriva hur professionella som arbetar inom rättspsykiatrisk slutenvård upplever patienternas levnadsvanor. Vi som är ansvariga för studien heter Anna Bjurström och Sofie Kindmark, vi studerar på arbetsterapeutprogrammet termin 5 vid Linköpings universitet.

Vi är intresserade av att undersöka hur professionella som arbetar inom rättspsykiatrisk slutenvård upplever patienternas levnadsvanor och är därför intresserade av att intervjua dig som arbetar på kliniken, oavsett vilken profession du har.

Studien genomförs för att se på hur olika faktorer upplevs påverka patienternas levnadsvanor inom en sluten miljö. Dessa faktorer skulle kunna vara klinikens miljö, det sociala klimatet eller patienternas funktionsnedsättningar. Med levnadsvanor menas fysisk aktivitet, matvanor samt tobaks – och alkoholbruk.

Syftet med att intervjua personal från olika professioner är att vi vill skapa en så bred bild som möjligt över hur ni som personal uppfattar patienternas levnadsvanor. Genom detta hoppas vi kunna ge vidare underlag för kliniken att fortsätta arbeta med att stötta patienterna att göra hälsosamma val.

Studien kommer att genomföras på kliniken där du som personal kommer att intervjuas. Vi önskar att genomföra mellan 7-8 intervjuer. Intervjuerna beräknas ta cirka 45 min. Vi kommer att finnas på plats för att genomföra intervjuer på kliniken den 23/5 -18 och 24/5 -18.

Intervjun kommer att spelas in genom någon form av ljudupptagning och bearbetas för att genomföra analys. Allt material kommer att förstöras när studien är genomförd. Vi utlovar konfidentialitet där dina intervju svar kommer att behandlas så att inga utom vi som arbetar med studien kan ta del av dem. Resultatet i form av en uppsats kommer att vara offentligt, det kommer dock inte gå att identifiera dig som har intervjuats. Kliniken och du som deltagit kommer att få möjlighet att ta del av uppsatsen. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Examensarbetet handleds av Ulrika Müssener, universitetslektor vid Linköpings Universitet.

Är du intresserad av att delta i vår studie?

Anmälan samt bokning av tid för intervju sker efter överenskommelse med verksamhetschef xxx...

Har du frågor? Hör gärna av dig till oss!

Sofie Kindmark
xxx- xxxxxxxx

Anna Bjurström
xxx- xxxxxxxx