

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Vårdad mot sin vilja – en kvalitativ studie av patienters
upplevelser av psykiatrisk tvångsvård**

Pauline Mileikowsky

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM 2519
Vårtermin 2018

Handledare: Kristina Berglund
Annika Jakobsson

Vårdad mot sin vilja – en kvalitativ studie av patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård

Pauline Mileikowsky

Sammanfattning: Syftet med denna studie var att undersöka upplevelsen av att vårdas utan samtycke hos personer som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård för missbruks- och beroendeproblematik eller annan psykiatrisk problematik. Fem semi-strukturerade intervjuer genomfördes med fem intervjudeltagare och en tematisk analys gjordes på intervjumaterialet. Den tematiska analysen genererade 5 huvudteman och 16 underteman, där de fem huvudtemana var *Vårdens implikationer, Meningslöshet och maktlöshet, Behov och längtan, Samvaro med andra patienter* samt *Ifrågasättande av tvångsåtgärder*. De slutsatser som drogs av detta resultat var att upplevelser av psykiatrisk tvångsvård inte med enkelhet kan reduceras till positiva eller negativa aspekter, och att framtida forskning bör fokusera på hur patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård kan användas för att förbättra kvalitén på vården.

Inom den psykiatriska vården i Sverige har vård utan individens samtycke länge varit ett vedertaget om än ofta kritiserat sätt att vårda personer som bedöms ha ett oundgängligt behov av vård men som inte själva samtycker till den vård som erbjuds (SFS, 1991; Grahn, Lundgren, Chassler & Padyab, 2015). Den lag som reglerar användandet av psykiatrisk vård utan samtycke i Sverige är lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS, 1991:1128). Vård enligt LPT bedrivs inom Landstingets hälso- och sjukvård, och antalet vårdade enligt denna lag uppgår till cirka 1700 personer vid varje givet tillfälle (SOU, 2011:35). För att psykiatrisk tvångsvård skall vara berättigad, måste patienten enligt LPT lida av en allvarlig psykisk störning som gör att denne har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på något annat sätt än med hjälp av tvång. Det ska dessutom beaktas om patienten utgör en fara för sin egen eller andras psykiska eller fysiska säkerhet (SFS, 1991:1128). Vården kan ges antingen i form av öppen psykiatrisk tvångsvård eller i form av sluten psykiatrisk tvångsvård, ett beslut som ska grunda sig i den läkarundersökning som föranlett beslutet om tvångsvård (SFS, 1991:1128).

Samsjukligheten bland de patienter som vårdas enligt LPT är stor, till exempel har cirka hälften eller fler av de patienter som vårdas enligt LPT någon form av missbruks- eller beroendeproblematik (SOU, 2011:35). I utredningen ”Bättre insatser vid missbruk och beroende” är vård utan samtycke enligt LPT vid missbruks- och beroendeproblematik föremål för kritik, eftersom LPT-vården ofta inte har den kompetens och de resurser som krävs för att behandla svår missbruks- och beroendeproblematik eller annan psykiatrisk komorbiditet (SOU, 2011:35). I tidigare forskning framhålls dessutom att patienter i möjligast mån ska erbjudas vård på frivillig basis, och att användandet av vård utan individens samtycke bör begränsas, då det finns visst stöd för att vård som upplevs som tvingande kan leda till sämre behandlingsresultat, en ökad känsla av förödmjukelse hos patienten och en ovilja att söka psykiatrisk vård i framtiden (SOU, 2011:35; Svindseth, Nøttestad & Dahl, 2013; Werb et al., 2016). Trots att stora ansträngningar gjordes för att LPT i högre grad än tidigare lagstiftning skulle reducera graden av kränkningar av

patienters autonomi har enkätstudier visat att patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård inte förändrats signifikant sedan den nya lagstiftningen infördes (SFS, 1991: 1128; Wallsten & Kjellin, 2004).

I de fall då vård utan individens samtycke är det enda tillgängliga alternativet är det av stor vikt att patientperspektivet beaktas, då studier visar att negativa upplevelser av psykiatrisk tvångsvård kan leda till sämre behandlingsresultat och varaktiga negativa effekter på individens självupplevelse och känsla av autonomi (Hughes, Hayward & Finlay, 2009; Katsakou & Priebe, 2007; Strauss et al., 2013). Då vård utan samtycke är tänkt att vara motivationshöjande och verka för att patienten själv ska inse sitt vårdbehov och frivilligt fortsätta sin behandling efter tvångsvårdens slut (SOU, 2011:35) är det av stor vikt att undersöka vilka aspekter av vården som uppfattas som hjälpsamma respektive skadliga av patienter och varför, så att vården i största möjliga utsträckning kan utformas för att uppfylla dessa mål. Patientperspektivet hos denna patientgrupp är dessutom relativt obeforskat jämfört med andra patientgrupper inom psykiatrin, vilket motiverar till vidare undersökning av erfarenheter och upplevelser som kan belysa hur den psykiatriska tvångsvården upplevs från patientens synvinkel (Earnshaw et al., 2013).

I de kvalitativa studier av patientperspektivet på psykiatrisk tvångsvård som trots allt har gjorts har ett antal aspekter av vården som ofta upplevs som positiva respektive negativa identifierats. Upplevd kontrollförlust, inflexibilitet i vården, dehumaniserande eller förödmjukande behandling, bristande empati från vårdpersonal, bristande delaktighet i beslut, tvångsmedicinering, fysisk eller mekanisk fasthållning samt medikalisering av patientens upplevelser är aspekter av tvångsvård som i vissa studier identifierades av patienter som negativa för deras välmående och tillfrisknande (Andreasson & Skärsäter, 2012; Hughes, Hayward & Finlay, 2009; Katsakou & Priebe, 2007; Nytingnes, Ruud & Rugkåsa, 2016). I en studie jämförde vissa av deltagarna sina upplevelser av att vårdas mot sin vilja med det förtryck som förekom i Nazityskland och andra totalitära regimer (Olofsson & Jacobsson, 2001), något som Nytingnes et al. (2016) menar kan tolkas som ett uttryck för den ackumulerade effekten av upplevda kränkningar under vårdtiden. De aspekter av vården som identifierades som positiva var framförallt omtanke och empati från vårdpersonal, delaktighet i planering av sin behandling, upplevd trygghet i miljön på avdelningen och tillåtelse att "få vara en människa", det vill säga att få visa känslor och ha egna åsikter (Andreasson & Skärsäter, 2012; Hughes et al., 2009; Katsakou & Priebe, 2007; Olofsson & Jacobsson, 2001). Deltagare som upplevde tvångsvården som överlag positiv beskrev att vårdens tvingande inslag var förståeliga i efterhand, och kunde även ge uttryck för en tacksamhet för att någon sett deras vårdbehov (Katsakou & Priebe, 2007; Olofsson & Jacobsson, 2001).

Vilka aspekter av vården som upplevdes som positiva respektive negativa skiljde sig dock avsevärt från fall till fall samt mellan olika studier, och vårdinsatser som av en patient bedömdes som adekvata och hjälpsamma kunde av en annan bedömas som kränkande och dehumaniserande (Katsakou & Priebe, 2007). Vårdinsatser som vid första anblick kunde te sig vara de mest invasiva, som exempelvis fysisk fasthållning och bältning, kunde i vissa fall upplevas som acceptabla och förståeliga i efterhand, medan exempelvis säkerhetsåtgärder som upplevdes som onödiga eller att inte bli lyssnad till av vårdpersonal kunde upplevas som oerhört kränkande (Nytingnes et al., 2016). Detta motiverar till vidare och mer djupgående undersökning av hur patienter förstår sina

upplevelser av att vårdas utan samtycke och varför vissa aspekter av vård utan samtycke upplevs som positiva respektive negativa (Katsakou & Priebe, 2007). Då endast ett fåtal av studierna som berört psykiatrisk tvångsvård är gjorda i Sverige finns det dessutom ett behov av att undersöka patientperspektivet på denna vård under svenska förhållanden. Detta eftersom psykiatrisk tvångsvård i Sverige skiljer sig från psykiatrisk tvångsvård i andra länder, exempelvis avseende vilka kriterier som måste vara uppfyllda för att en person ska kunna vårdas utan sitt samtycke och avseende maximal vårdtid per vårdtillfälle (Dressing & Salize, 2004). Det finns dessutom forskning som tyder på att det även finns skillnader mellan de nordiska länderna när det gäller i vilken utsträckning patienter upplever att den psykiatriska tvångsvården sker på deras villkor (Kjellin, Höyer, Engberg, Kaltiala-Heino & Sigurjónsdóttir, 2006). Att förstå patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård är viktigt både utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv och utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, då denna vård ofta är mycket resurskrävande och därför behöver kunna motiveras ur ett nyttoperspektiv samt innebär en stor inskränkning av patientens rättigheter och friheter. Patienters egna redogörelser för sina vårdupplevelser har dessutom visat sig vara en pålitlig källa till information om faktiska omständigheter och händelseförlopp inom den psykiatriska slutenvården, vilket motiverar till att undersöka just patientperspektivet på denna vård med en kvalitativ ansats (Lidz et al., 1997).

Syftet med denna studie är således att undersöka upplevelsen av att bli vårdad utan sitt samtycke hos patienter som vårdats enligt LPT för missbruks- och beroendeproblematik eller annan psykiatrisk problematik vid ett eller flera tillfällen. Denna undersökning ämnar besvara följande frågeställningar: Vilka aspekter av vården upplevs som positiva? Vilka aspekter av vården upplevs som negativa? Hur förstår individen sin upplevelse av tvångsvården i efterhand?

Metod

Den forskningsmetod som bedömdes som lämpligast för att besvara studiens frågeställningar var kvalitativ metod med en induktiv och fenomenologisk ansats. Detta eftersom studiens syfte var att undersöka deltagarnas upplevelser av psykiatrisk tvångsvård, vilket krävde en kvalitativ ansats och ett fokus på hur deltagarna förstod och upplevde sina erfarenheter. För att få tillgång till deltagarnas upplevelser av psykiatrisk tvångsvård gjordes en datainsamling i form av semi-strukturerade intervjuer. Detta intervjuformat bedömdes som lämpligast i förhållande till studiens syfte, då det gav deltagarna utrymme att beskriva sina erfarenheter och upplevelser i den ordning som föll sig mest naturlig för dem, men samtidigt gav en struktur åt intervjun vilket gjorde det lättare att bibehålla fokus på de aktuella frågeställningarna.

Deltagare

Deltagarna i denna intervjustudie rekryterades genom bekvämlighetsurval. Rekryteringen skedde huvudsakligen via en slutenvårdsavdelning på Beroendeenheten vid ett större sjukhus i Sverige, efter godkännande från enhetschefen för denna avdelning.

Urvalskriterierna var att deltagarna skulle ha minst en tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård för antingen missbruks- och beroendeproblematik eller psykiatrisk problematik.

Rekryteringsprocessen gick till så att ett informationsbrev (se bilaga 1) om studiens syfte delades ut löpande till patienter på avdelningen via en sjuksköterska som arbetade där. Vid intresse fick patienterna kontakta sjuksköterskan, som sedan förmedlade deras intresseanmälningar till mig och hjälpte till att boka en tid för intervju. Intervjuerna ägde rum i ett avskilt rum på den avdelning där deltagarna var inskrivna. Fem personer rekryterades på detta sätt, varav två drog tillbaka sitt deltagande, i ett fall under intervjuens gång och i ett annat fall innan intervjun hade påbörjats. I det första fallet rapporterade personen några minuter in i intervjun att dennes erfarenheter av tvångsvård var för svåra att prata om och efter en kort diskussion avbröts därför intervjun av etiska skäl. I det andra fallet avböjde personen att medverka i intervjun innan den hade börjat på grund av trötthet. På grund av detta bortfall av deltagare och eftersom intresset för att delta i studien var lägre än förväntat på den avdelning där rekryteringen av deltagare ägde rum, rekryterades även två deltagare på annat sätt. I ett fall vidarebefordrade en bekant till mig väsentlig information om studien till en person i dennes bekantskapskrets som hade en tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård. Därefter fick jag tillgång till dennes kontaktuppgifter, och en intervju bokades in hemma hos deltagaren. I det andra fallet anmälde en anställd från personalgruppen på avdelningen sitt intresse för att delta i studien, eftersom hen också hade en tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård, och en intervju bokades in på avdelningen.

Av de totalt fem deltagare som fullföljde intervjun var tre kvinnor och två män och åldersspannet bland deltagarna var mellan 30 och 50 år. Erfarenheterna av psykiatrisk tvångsvård skiljde sig betydligt åt mellan deltagarna med avseende på ett antal olika faktorer. Av de deltagare som rekryterades via Beroendeenheten vårdades vissa enligt LPT vid intervjutillfället medan andra var frivilligt inskrivna. Vissa av intervjudeltagarna hade tvångsvårdats vid upprepade tillfällen med en sammanlagd vårdtid på flera år, medan andra hade tvångsvårdats i sammanlagt en eller ett par månader vid ett fåtal olika tillfällen. Vissa av deltagarna kunde beskriva den exakta tidpunkten för olika vårdtillfällen, där det tidigaste ägde rum 20 år tillbaka i tiden, medan andra deltagare hade så många erfarenheter av att tvångsvårdas att det var svårt att redogöra för exakta tider för olika vårdtillfällen. Anledningen till beslut om tvångsvård skiljde sig också betydligt åt mellan deltagarna. Vissa av deltagarna hade vårdats för drogutlösta psykosor eller depressioner, medan andra hade vårdats för annan psykiatrisk problematik, som exempelvis självskadebeteende eller psykosor utlösta av annan psykisk sjukdom.

Intervju

Intervjuerna var semi-strukturerade till sin karaktär och genomfördes med hjälp av en intervjuguide (se bilaga 2), som utformades utifrån de frågeställningar som studien ämnade besvara samt utifrån relevant litteratur inom kvalitativ forskningsmetodik (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Intervjuguidens inledning utgjordes av en standardiserad instruktion till intervjudeltagaren, som innehöll information om syftet med studien, ramarna för intervjun samt deltagarens anonymitet och rätt att dra tillbaka sitt deltagande

närsomhelst under intervjun och upp till en månad efteråt. Deltagarna fick också skriva under ett dokument om informerat samtycke (se bilaga 3). Intervjuguiden var strukturerad utifrån tio teman med ett antal öppna följdfrågor på varje tema. Dessa tio teman avhandlades inte i någon speciell ordning, utan intervjudeltagaren uppmanades att berätta fritt om sina upplevelser varpå intervjuaren ställde följdfrågor utifrån det som intervjudeltagaren berättade. Följdfrågor ställdes även om sådant som intervjudeltagaren berättade som intervjuguiden inte innehöll, men som var relevant för studiens syfte. Intervjun avslutades med att intervjudeltagaren fick frågan om det fanns något hen ville tillägga till det som sagts under intervjun.

De tio teman som intervjuguiden innehöll var följande; beslut om tvångsvård, inskrivningen på avdelningen, första tiden på avdelningen, vardagen/livet på avdelningen, viktiga händelser och minnen från tiden som tvångsvårdad, kontakt med andra på och utanför avdelningen, eget inflytande över vårdssituationen, känslor och tankar kring vårdssituationen, utskrivningen från avdelningen samt helhetsbedömning av upplevelsen som tvångsvårdad.

Intervjuerna var mellan 42 och 75 minuter långa, med en medellängd på ungefär en timme. För att spela in intervjuerna användes digital inspelningsapparat.

Tillvägagångssätt och metod för dataanalys

Innan intervjuerna genomfördes gjordes ett studiebesök på den avdelning där majoriteten av deltagarna skulle rekryteras. Syftet med studiebesöket var att jag skulle få bekanta mig med miljön och rutinerna på avdelningen för att få en bättre förståelse för intervjudeltagarnas erfarenheter och upplevelser. Studiebesöket genomfördes under en förmiddag i slutet av september 2017 under cirka fem timmar, och innefattade att jag fick följa med både sjuksköterskor och skötare i det dagliga arbetet på avdelningen. I slutet av september gjordes även en förstudie, vars syfte var att pröva intervjuguiden i praktiken innan de faktiska intervjuerna ägde rum. Denna förstudie gjordes med hjälp av en studiekamrat som ställde upp som intervjudeltagare. Inga förändringar i intervjuguiden gjordes som ett resultat av förstudien. Under oktober och november månad genomfördes och transkriberades intervjuerna. Transkriberingen gjordes ordagrant.

Den metod för dataanalys som användes för att analysera intervjumaterialet var tematisk analys (Braun & Clarke, 2006). Anledningen till detta var främst den begränsade tidsramen, men också att jag hade erfarenhet av att använda tematisk analys sedan tidigare. Den tematiska analysen gick till så att alla intervjutranskript lästes noggrant flera gånger, varav den första gången utan att föra anteckningar och de andra gångerna medan noteringar kring textens innehåll och mening gjordes i marginalen. Därefter kodades transkripten i datorprogrammet Atlas.ti7 (Scientific Software Development GmbH, 2017), ett program för kvalitativ analys av data. Kodningen gjordes textnära med fokus på deltagarnas upplevelser och hur de själva förstod dessa upplevelser i efterhand. Efter att alla intervjuer hade kodats gjordes en genomgång av koderna i vilket koder som var lika varandra till innehåll och mening grupperades tillsammans i preliminära kodfamiljer. Under denna process gjordes flera omläsningar av intervjutranskripten, för att säkerställa att den tematiska analysen var förankrad i intervjudeltagarnas beskrivningar av sina erfarenheter.

Koder som inte var uppenbart meningsbärande eller på ett naturligt sätt kunde grupperas om i familjer lades tillfälligt åt sidan, för att kunna revideras senare under analysens gång. Denna process gjordes med hänsyn till vikten av att inte utesluta data som på olika sätt skildrade kontradiktioner eller spänningar mellan och inom olika deltagares beskrivning av sina erfarenheter. Av kodfamiljerna skapades sedan olika teman och underteman, vilka reviderades kontinuerligt under analysens gång. Dessa teman utgick ifrån gemensamma faktorer i deltagarnas beskrivningar av sina upplevelser av tvångsvård och i deras sätt att förstå dessa, där även kontradiktioner och spänningar inom och mellan intervjudeltagarnas olika upplevelser gavs utrymme. Tematiseringen gjordes på deskriptiv nivå.

Resultat

Den tematiska analysen genererade 5 huvudteman och 16 underteman. De huvudteman som genererades var följande: *Vårdens implikationer*, *Meningslöshet och maktlöshet*, *Behov och längtan*, *Samvaro med andra patienter* samt *Ifrågasättande av tvångsåtgärder* (se Figur 1). Nedan presenteras samtliga huvudteman och tillhörande underteman.

Figur 1 - Översikt över huvudteman och underteman

Huvudtema	Undertema 1	Undertema 2	Undertema 3	Undertema 4
Vårdens implikationer	Viktig och livräddande	Försvagande och skambeläggande		
Meningslöshet och maktlöshet	Sysslolöshet och tristess	Förvaring istället för behandling	Ilska över sin vårdssituation	Att känna sig reducerad som människa
Behov och längtan	Behov av kommunikation och omtanke	Frihetslängtan på gott och ont	Närstående som portalen till frihet	
Samvaro med andra patienter	Ömsesidig förståelse	Underhållande tidsfördriv	Att se andras misär	Destruktivitet och konflikt
Ifrågasättande av tvångsåtgärder	Tvångsåtgärder som bestraffning	Att vara utsatt för maktmissbruk	”Zombie” av mediciner	

Vårdens implikationer

När intervjudeltagarna beskrev hur de förhöll sig till sina erfarenheter av tvångsvård i efterhand blev det tydligt att det både fanns aspekter av vården som sågs som positiva och aspekter som sågs som negativa. Intervjudeltagarna förmedlade en bild av tvångsvården som i flera avseenden livsviktig och nödvändig, men också som något som hade försvagat dem och lett till ökat lidande och upplevelser av skam gentemot närstående.

Viktig och livräddande. Intervjudeltagarna beskrev hur den psykiatriska tvångsvården upplevdes som viktig och nödvändig i flera olika avseenden, dels eftersom den räddat deras liv, dels eftersom den lett till en större förståelse för ens eget lidande och dels eftersom erfarenheten av att tvångsvårdas kunde utgöra en motivation till förändring. Detta trots att kvalitén i den vård som erbjöds ibland upplevdes som undermålig.

”Hade det inte varit mmm... för vården, så vet jag inte om jag hade... levt. Med tanke på... alla konstiga grejer som jag hittar på när jag är manisk. Så... det... jag är ju medveten om att eh... det är i princip nödvändigt att vårdas, när jag har sådana maniska toppar. Så... det ska man ju tacka vården för. Även om det inte alltid... även om jag kanske inte alltid tycker att den har varit ultimat.” (Intervjudeltagare 5)

Den psykiatriska tvångsvården beskrevs av intervjudeltagarna som något som i vissa avseenden hade räddat deras liv, i synnerhet vid svår depression och suicidalitet. Vetskapen om att den psykiatriska slutenvården fanns där som en sista livlina, i form av frivillig vård eller tvångsvård, beskrevs som något som kunde utgöra en trygghet och som kunde göra erfarenheten av att vårdas mot sin vilja förståelig i efterhand.

”Samtidigt som jag vet att psykiatrin räddar liv liksom. Ehm... eh... har man en väldigt djup depression och är självmordsbenägen... då är det, då är det till psykiatrin man ska vända sig liksom. För att man behöver läkemedel, man behöver dygnetruntvård liksom, för att inte ta livet av sig.” (Intervjudeltagare 1)

Intervjudeltagarna beskrev även hur erfarenheten av att tvångsvårdas hade inneburit en ökad förståelse för ens eget lidande och ens egna svårigheter. Detta illustreras i citatet nedan, där en intervjudeltagare beskriver hur hon i efterhand kunde se sitt självskadebeteende som ett rop på hjälp, något hon själv inte var medveten om vid inskrivningstillfället.

”Jag mådde ju väldigt dåligt och jag hade problem med... både att jag var deprimerad, men jag hade väldigt mycket... eh, självskadeproblematik. Eh... och eh... jag ville ju egentligen bara dö, eh, så jag ville ju inte ha någon vård överhuvudtaget. Eh... fast, det var ju samtidigt ett rop på hjälp, fast det fattade ju jag inte riktigt då.” (Intervjudeltagare 2)

Erfarenheten av psykiatrisk tvångsvård beskrevs också som något som kunde innebära en ökad motivation till att göra viktiga livsförändringar. Denna ökade motivation

till förändring beskrevs dels som ett resultat av en ökad förståelse för egna destruktiva beteenden och egen psykiska ohälsa, men också som ett resultat av att ha erfarit psykiatrisk tvångsvård och inte vilja uppleva det igen.

”Det är bara... tre dagar sedan som jag bestämde mig på riktigt, för att jag vill aldrig mer ha med droger att göra. Eh, jag vill slippa psykiatrin... jag vill ha ett vanligt liv, lägenhet, jobb... vänner eh, göra vanliga saker. Ehm... leva ett vanligt liv liksom. Och det behöver inte vara så storartat liksom men... leva ett vanligt liv liksom.” (Intervjudeltagare 1)

Viljan att göra viktiga livsförändringar kunde också beskrivas som något som var svårt att omsätta i praktiken trots att insikten om att en förändring behövdes fanns där, vilket illustreras i citatet nedan.

”Första gången, då kom jag ju ut, och så gick jag tillbaka till mitt jättesjälvdestruktiva mönster. Och det höll bara i 12 timmar, och sen skickade min familj tillbaka mig hit. /.../ Och eh... denna gången försökte jag ta tjuren vid hornen, men det går inte, den tjuren vill inte eh... komma fram. Om tjuren sitter bakom eh... tjugo byggnader så är det svårt att ta tjuren vid hornen.” (Intervjudeltagare 3)

Försvagande och skambeläggande. I intervjudeltagarnas beskrivningar av hur erfarenheterna av psykiatrisk tvångsvård hade påverkat dem på lång sikt förmedlades även en bild av tvångsvården som något som kunde försvaga en. Att komma tillbaka till vardagen och livet utanför avdelningen efter att ha varit tvångsinlagd beskrevs av intervjudeltagarna som något som kunde präglas av en upplevelse av minskad självständighet och svårigheter att hantera vardagliga situationer och göromål. Att komma tillbaka till en sysselsättning och att göra hushållsarbete i hemmet var aspekter av vardagslivet som beskrevs som svårare efter en lång period av att tvångsvårdas på en sluten psykiatrisk avdelning.

”Det är svårt. Det är svårt att komma igång och det är svårt att... hitta rutiner igen och det är svårt att hitta... alltså matlagning kan vara svårt liksom när man kommer ut, man blir liksom serverad allting. /.../ Vid ett tillfälle låg jag inne ett år, och det då, det var väldigt destruktivt för mig med tanke på att jag skulle bli utskrivna sen till en vanlig vardag.” (Intervjudeltagare 1)

En annan aspekt av intervjudeltagarnas beskrivningar av hur erfarenheterna av psykiatrisk tvångsvård kunde påverka en på lång sikt var upplevelsen av en själv som svag och sjuklig i närståendes och omvärldens ögon. Att känna sig svag i närståendes ögon beskrevs som något som kunde leda till en känsla av skam, vilket i sin tur kunde innebära en upplevelse av diskrepans mellan ens egen självbild och anhörigas bild av en.

”I alla fall mot min familj blir det skamfyllt tycker jag. Jag skäms. För i min familj så blir det som att jag inte kan ta hand om mig själv. Det blir som att jag är en... en svag människa. Och jag vet att med... med miljarders procent

säkerhet att jag är den starkaste i min familj. Jag är inte den mest skötsamma, men jag är den starkaste.” (Intervjudeltagare 3)

Huruvida det blev skamfyllt eller svårt att förhålla sig till närstående under och efter perioden som tvångsvårdad beskrevs av intervjudeltagarna som något som delvis kunde bero på deras bemötande och inställning till en som person.

”Ja, det är stor skillnad på hur min mamma och min pappa bemötte mig, för att min mamma var väldigt orolig, hon blev väldigt såhär skärrad och... hon kanske pratade med mig lite som till ett barn liksom så... hon kunde inte hantera det så bra. På det sättet, medan pappa var väldigt naturlig liksom.” (Intervjudeltagare 4)

Meningslöshet och maktlöshet

Att vården skulle vara verksam och meningsfull och att man som patient skulle ha inflytande över sin vårdsituation var något som intervjudeltagarna förmedlade som en förutsättning för att vården skulle upplevas som hjälpsam. Detta uttrycktes av intervjudeltagarna dels i form av en efterfrågan efter mer effektiva vårdinsatser, men också i form av en frustration och en känsla av maktlöshet över att bli utsatt för tvångsåtgärder som upplevdes som meningslösa eller kontraproduktiva. Upplevelsen av meningslöshet och maktlöshet i tillvaron som tvångsvårdad som förmedlades av intervjudeltagarna utgjordes dels av en upplevelse av sysslolöshet och tristess, dels av en upplevelse av vistelsen som en typ av förvaring istället för en behandling, dels som en upplevelse av ilska över sin vårdsituation och dels som en upplevelse av att känna sig reducerad som människa på olika sätt.

Sysslolöshet och tristess. Under intervjuerna beskrev intervjudeltagarna hur tillvaron som inlagd inom den psykiatriska tvångsvården präglades av en brist på meningsfulla saker att göra, vilket ledde till en upplevelse av sysslolöshet och tristess.

“Det är ingenting att göra, man blir trött, man kan dippa och bli nedstämd liksom. Ehm... av tristess liksom, som är för att det finns ingenting att göra liksom mer än att... ja, det roligaste på dagen som händer, det är kioskrundan liksom, att få komma ut och gå till Pressbyrån, även om det är samma utbud där hela tiden så är det någonting annat att titta på liksom.” (Intervjudeltagare 1)

Sysslolösheten och tristessen inne på vårdavdelningen beskrevs som en faktor som kunde förvärra depressiva symptom, och som ledde till att vistelsen på avdelningen i vissa fall upplevdes som kontraproduktiv och meningslös. Medan vissa intervjudeltagare beskrev hur sysslolösheten på avdelningen kunde leda till nedstämdhet och passivitet, beskrev andra deltagare hur den snarare kunde leda till aggressivitet och rastlöshet, något man som patient var tvungen att försöka hantera genom att försöka sysselsätta och distrahera sig själv. På frågan om vad patienterna gör på dagarna svarade en patient:

“Ingenting, sitter på datorn. Försöker få tiden att gå. För att sitter jag inte på datorn så... då blir det ett helvete. Då blir det... ja, jag vet inte vad. [skrattar till] Det blir inget roligt av det eller, våldsamt, jag blir våldsam om jag inte har någonting att göra.” (Intervjudeltagare 3)

Förvaring istället för behandling. En annan aspekt av vårdperioden som upplevdes bidra till känslan av meningslöshet och maktlöshet var upplevelsen av vistelsen på avdelningen som en förvaring snarare än som en aktiv behandling. Frustrationen över att inte få den hjälp en upplever sig behöva lyser igenom i citatet nedan, där en intervjudeltagare beskriver sitt andra vårdtillfälle inom den psykiatriska tvångsvården.

“Jag ville ju ha hjälp, alltså någon aktiv behandling. Och det kunde ju inte dom erbjuda på sjukhuset. Alls. Utan det var ju bara den här förvaringen.” (Intervjudeltagare 2)

Något som intervjudeltagarna uttryckte frustration över var att den främsta hjälp som erbjöds var medicinering, vilket upplevdes av vissa deltagare som ett sätt att inte ”ta tjuren vid hornen”, det vill säga att inte identifiera det verkliga problemet, och som bidrog till upplevelsen av meningslöshet och maktlöshet.

“Dom (läkarna) sa inte så mycket, samma som denna gången. Dom säger inte mycket alls. Dom bara trycker i mig en massa mediciner. Och tror att det ska bli bättre. Istället för att ta tjuren vid hornen så att säga...” (Intervjudeltagare 3)*
**författarens kommentar*

Även vårdpersonalens agerande kunde bidra till upplevelsen av vården som en typ av förvaring snarare än en behandling. Upplevelsen av personalen som passiv och oengagerad var något som beskrevs av intervjudeltagarna som en faktor som gjorde att vistelsen på avdelningen kunde kännas meningslös.

“Jag tyckte det kunde vara frustrerande. Och speciellt när personalen bara satt ner, och inte... var intresserade av att arbeta. Då eh... då känns det ju meningslöst att vara inlåst. Eh om... om man ändå inte kan få den hjälpen som man faktiskt behöver.” (Intervjudeltagare 5)

Ilska över sin vårdssituation. Intervjudeltagarna beskrev även hur upplevelsen av meningslöshet och maktlöshet i vårdssituationen kunde väcka stark ilska och irritation. Att inte få tillgång till information om sin egen vårdssituation, att uppleva att saker hela tiden drar ut på tiden och att förvägras friheter och rättigheter utan att förstå orsaken till detta var aspekter av den upplevda maktlösheten i vårdssituationen som beskrevs som ”oerhört frustrerande” och som ”något man går och retar upp sig på”. Detta beskrevs som något som kunde leda till konflikter med vårdpersonal.

“Det kan handla om småsaker som att... ”ja, du får inte dricka så mycket mjölk” och så börjar man bråka om det och så... eh, så sådana grejer liksom.

Eh, och så blir det större och större och så drar man in andra saker, eller så handlar det om att "Varför har jag LPT?" liksom och... Eller så handlar det om att "Varför får jag inte följa med till kiosken? Jag har vart här si och så länge." så blir det stora bråk liksom." (Intervjudeltagare 1)

I deltagarnas beskrivningar av hur upplevelsen av meningslöshet och maktlöshet kunde påverka dem fanns även en erfarenhet av att ilskan och aggressionen kunde vändas inåt, istället för utåt mot till exempel vårdpersonal. En deltagare beskrev sin reaktion på sin vårdssituation på följande sätt:

"Det (att inte kunna göra som jag vill) påverkar mig jättenegativt... Jag blir tillbaka till självdestruktion tror jag. Jag vet inte hur man ska förklara det... man hyser mer agg, och desto mer agg och aggressivitet du hyser, desto mer tar du skada själv på insidan... desto mer måste du skala bort av din personlighet... hela tiden. Det är som att skala en potatis, visst du kan skala en potatis en gång, men om du fortsätter hacka den så till sist blir det bara potatismos utav det." (Intervjudeltagare 3)*

**författarens kommentar*

Liknelsen med att skala en potatis tills det bara blir potatismos kvar illustrerar något som återkom i intervjudeltagarnas beskrivningar av sina upplevelser, nämligen att upplevelsen av meningslöshet och maktlöshet i vårdssituationen kunde leda till en upplevelse av att brytas ned som person. I citatet nedan blir det tydligt att självdestruktiviteten också kunde vara ett sätt att göra sin röst hörd när inga andra sätt fanns att tillgå.

"Alltså jag... jag skadade mig ju väldigt mycket under den tiden. Så... eh... jag skadade ju mig, på grund av det. Liksom för att eh... ja hämnas på mig själv, och hämnas på personalen. Eh... det var mitt sätt att uttrycka mig." (Intervjudeltagare 2)

Att känna sig reducerad som människa. En annan aspekt av upplevelsen av meningslöshet och maktlöshet som beskrevs av intervjudeltagarna utgjordes av en känsla av att bli reducerad som människa och att fråntas grundläggande rättigheter. Själva det faktum att vården sker utan ens samtycke kunde leda till en upplevelse av att vara en "andra klassens människa", både i andras och i sina egna ögon. I intervjudeltagarnas beskrivningar av sina erfarenheter av tvångsvård uttrycktes också en upplevelse av att bli reducerad till en siffra i psykiatrins statistik.

"Det är bara statistik för dom... Vi är inget mer än en siffra på ett papper. Men på riktigt så är vi... vi är ändå kött och blod fortfarande. Jag är ändå någon som sitter här och lider. Men... dom som bestämmer ser ju inte det, dom ser bara statistik." (Intervjudeltagare 3)

Att vårdpersonal hade förutfattade meningar om en som patient beskrevs också som något som kunde leda till en upplevelse av maktlöshet. I citatet nedan illustreras hur detta kunde göra att det blev omöjligt för vårdpersonal och patienter att nå fram till varandra.

”Alltså det är när människor också har en fast bild av en... en annan person, och... den människans tillstånd, alltså det är, det blir... omöjligt på så många olika plan... att nå fram till varandra. För dom har sin roll, och jag har min roll. Bara... bara våra roller gör det omöjligt liksom.” (Intervjudeltagare 4)

Behov och längtan

Ett tema i intervjudeltagarnas erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård var deras uttryck för sina grundläggande behov som människa och sin längtan efter frihet och efter ett liv utanför avdelningens väggar. Intervjudeltagarnas beskrivningar av sina behov som människa och sin längtan efter frihet innefattade flera olika aspekter; behov av kommunikation och omtanke, frihetslängtan på gott och ont samt upplevelsen av närstående som portalen till frihet.

Behov av kommunikation och omtanke. Något som intervjudeltagarna beskrev som ett centralt behov var just kommunikation med och omtanke från vårdpersonal, där man som patient kunde få prata om sitt mående och framförallt varför man mår dåligt. Fler och mer högkvalitativa samtal med vårdpersonal var något som efterfrågades och som beskrevs som något som var nödvändigt för att tillfriskna och må bättre.

”Det behövs fler psykologer och fler, eh... kanske inte direkt att man behöver göra någon utredning men att man har tillgång till samtal, för det är det man behöver när man mår dåligt. Och det är det som har hjälpt mig och en del andra som jag pratat med liksom, som har vart på behandlingshem och som har gått till psykologhjälp och så. Man behöver prata om varför man mår dåligt liksom.” (Intervjudeltagare 1)

Intervjudeltagarnas upplevelser av tillgången till förtroliga samtal varierade baserat på det upplevda bemötandet från vårdpersonal. För att förtroliga samtal skulle kunna äga rum krävdes enligt intervjudeltagarna en öppenhet och en upplevelse av ömsesidigt intresse och omtanke, vilket kunde leda till ökat förtroende för vissa av personalen. När vårdpersonalens bemötande å andra sidan präglades av ointresse och en fördömande inställning kunde detta istället leda till att man mådde sämre och kände sig missförstådd som patient. Att behöva fråga upprepade gånger för att få tillgång till vårdresurser, till exempel smärtstillande läkemedel, eller att personal ofta hade privata konversationer med varandra snarare än att prata med patienterna var något som beskrevs som negativt. I citatet nedan illustreras hur en intervjudeltagare upplevde vårdpersonalens bristande engagemang i hennes välbefinnande som något som fick henne att känna sig som en börda.

”Det kändes som att dom tyckte att det är jobbigt liksom, ”Varför håller du på såhär? Det blir bara en massa extrajobb för oss” Ehm... så dom gjorde ju inte så att jag mådde bättre, utan sämre, jag kände mig som en börda. Alltså dom

ska ju vara där för mig, men det kändes som att... eh, jag bara var nån jobbig... person. Och medförde extra arbete för dom.” (Intervjudeltagare 2)

En annan intervjudeltagare beskrev hur vårdpersonalen ”hellre pratar om sitt nagellack” än att lyssna till och bry sig om patienternas behov, något som ledde till en upplevelse av att vara bortprioriterad som patient. När vårdpersonal gav ett kyligt och kärlekslöst bemötande gjorde detta att även stunder där det fanns tid för samtal och ömsesidigt utbyte, exempelvis då patienterna hade vak, kunde upplevas som obehagliga eller skrämmande.

”Jag liksom hade behövt någon som... tog hand om mig, alltså på riktigt verkligen eh, var snäll och... förklarade för mig vad det här innebär och... jag visste ju inte hur länge jag ska vara där, vad är liksom förloppet, vad kommer hända? Vad är nästa steg? Jag visste ju inget sånt. Och liksom... från att ha varit ute, så var jag liksom ett, två, tre, instängd. Och... ja, rädd var jag, väldigt väldigt rädd.” (Intervjudeltagare 2)

Frihetslängtan på gott och ont. Att vara instängd på en avdelning under alla eller majoriteten av dygnets timmar beskrevs av intervjudeltagarna som något som kunde framkalla en stark frihetslängtan. Längtan efter frihet, både i egenskap av att kunna röra sig fritt utanför avdelningen men också i egenskap av ökad möjlighet att fatta egna beslut och bestämma över sin egen tillvaro, var något som beskrevs av intervjudeltagarna som en potentiell drivkraft. Vetskapen om att det finns ett liv utanför avdelningen och att vistelsen på avdelningen bara är tillfällig var något som kunde motivera en att göra det bästa av tiden som inlagd.

”Och det är också det som har fått mig att stå ut härinne, för jag vet att jag kommer komma ut någon gång också liksom. Man ser det som att nej men okej, nu får jag vara här dom veckorna jag ska vara här eller dom månaderna eller den tiden jag ska vara här och så... ja då får jag väl ligga i sängen och sova då, då har jag åtminstone vilat upp mig tills jag kommer ut liksom, och då kan jag göra massa roliga saker när jag kommer ut.” (Intervjudeltagare 1)

Hoppet om och längtan efter friheten utanför avdelningen var också något som beskrevs av intervjudeltagarna som en faktor som kunde sätta hela erfarenheten av att tvångsvårdas i ett större perspektiv.

”Jag vet också att detta inte är för alltid, det är bara... detta är, vad ska man säga... ett hack i tidslinjen, eller jag vet inte vad man ska kalla det, det är bara... det är, det är eh... det är en hållplats på tågstationen, på tågrälsen, det är inget mer än så.” (Intervjudeltagare 3)

Att längta efter frihet och efter att få bestämma över sin egen tillvaro var också något som skildrades som ett lidande i intervjudeltagarnas beskrivningar av sina erfarenheter av tvångsvård. I synnerhet vid beslut om förlängd tvångsvård kunde längtan efter frihet beskrivas som en negativ upplevelse.

”Ja jag blev ju väldigt ledsen. Och... eh... ja, det tyngde mig väldigt mycket. Eh... det kändes som ett misslyckande liksom, att ”åh nej... det ska fortsätta såhär”. Jag längtade liksom bara efter att... få tillbaka min frihet. Liksom bara veta att jag kan få välja själv.” (Intervjudeltagare 2)

Att se andras frihetslängtan och deras förtvivlan över att vara inlåsta beskrevs också som något som kunde väcka starka känslomässiga reaktioner hos intervjudeltagarna.

”Jag minns en kvinna som inte pratade, eh... som ville ut därifrån väldigt, väldigt mycket, och ofta sprang till dörren när den höll på att slå igen när någon kom på besök eller så. Och försökte ta tag i den, och därför klämde sina fingrar. Eh, så hon hade såhär bandage på fingrarna, för att hon klämde dom så ofta när hon försökte komma ut. [skrattar till] Väldigt... sorgligt.” (Intervjudeltagare 4)

Närstående som portalen till frihet. Att närstående kunde fungera som en portal till friheten utanför avdelningen var något som skildrades i intervjudeltagarnas beskrivningar av sin längtan efter anhörigbesök. Dessa besök beskrevs som något som innebar ett välkommet avbrott i tillvaron som tvångsvårdad, i synnerhet eftersom de ofta innebar en möjlighet att komma bort från avdelningen rent fysiskt i form av permission, men också eftersom anhöriga utgjorde en koppling till livet utanför och till en normal vardag.

”Det var ju väldigt, det kändes väldigt skönt. Att eh... att när jag fick besök, att jag då äntligen kunde slippa det här vaket. /.../ Eftersom jag var med min mamma, så det var väldigt skönt, jag liksom försökte dra ut på tiden [skrattar till] så att hon kunde stanna så länge som möjligt. Eh... så det var positivt.” (Intervjudeltagare 2)

Samvaro med andra patienter

Ett genomgående tema i intervjudeltagarnas redogörelser för sina upplevelser av psykiatrisk tvångsvård var hur relationerna med andra patienter påverkade ens eget välbefinnande i tillvaron på avdelningen. Under intervjuerna gav deltagarna uttryck för hur interaktioner med andra patienter kunde vara en stor källa till både upplevelse av samhörighet och underhållning, men också en stor källa till sorg över andras misär och destruktiva konflikter.

Samhörighet och ömsesidig förståelse. I sina redogörelser för hur interaktionerna med andra patienter kunde se ut beskrev intervjudeltagarna hur en stark känsla av samhörighet och ömsesidig förståelse kunde uppstå patienter emellan. Denna upplevelse av samhörighet uppstod framförallt under djupa samtal med andra patienter, något som oftast skedde i vårdpersonalens frånvaro, men också som en del av en mer generell upplevelse av att ”sitta i samma båt” och att kunna sympatisera med varandras lidande.

”Eh, varje gång jag har legat inne har det, har det varit så. Det är en väldig, det är en väldig sammanhållning patienter emellan. Sen kan det vara någon som är stökig i början liksom, men dom lugnar ofta ned sig, alla vet hur det är att må dåligt liksom. Det är det... jag har aldrig stött på att det är någon som är utstött på något sätt liksom.” (Intervjudeltagare 1)

Att patienter fick agera samtalspartners åt varandra var något som delvis ansågs kompensera för den upplevda bristen på terapeutiska samtal med vårdpersonal. Intervjudeltagarna beskrev hur upplevelsen av samhörighet med andra patienter kunde utgöra en lättnad, dels eftersom den innebar att man kände sig mindre ensam, men också eftersom den innebar att man kunde jämföra sig med andra som har det värre än en själv och på så vis få ett nytt perspektiv på sin egen situation.

”Det har gjort det lättare. Det har gjort det, bara för då vet man att man är inte, man är inte ensam i samma... samma skit. Även fast man känner att allting är skit just nu så finns det fler folk som har det... lika mycket skit eller värre. Så det är lite lättare. Jag kunde ha vart i öknen, utan mat, utan vatten.” (Intervjudeltagare 3)

Att lyssna till andra patienters livsberättelser var dock inte något som enbart beskrevs i positiva ordalag, utan också som någonting som kunde utgöra en extra påfrestning, eftersom det innebar att man också var tvungen att bära och ta ansvar för andras lidande utöver att handskas med sitt eget.

”Vi patienter pratar med varandra, men det är inte alltid man orkar lyssna heller, hur mycket som helst... men det blir väl att vi patienter pratar med varandra liksom att... vi blir varandras terapeuter på nåt sätt liksom.” (Intervjudeltagare 1)

Underhållande tidsfördriv. En faktor som intervjudeltagarna beskrev som positiv med relationerna till andra patienter var den underhållning och det tidsfördriv som det kunde innebära att interagera med varandra på avdelningen. Att ha roligt med andra patienter och lyssna på deras berättelser beskrevs som ett välkommet avbrott i den tristess som kunde uppstå i tillvaron som inlagd på en avdelning.

”Det var flera stycken som jag lärde känna som jag tyckte väldigt mycket om. Som, som var väldigt roliga... kommer jag ihåg. Eh, en kille som jag fortsatte umgås med, eh... när jag kom därifrån också, som, som var väldigt sjuk men väldigt, väldigt charmig, väldigt trevlig. Väldigt rolig människa liksom. [skrattar till] Som man kunde ha väldigt kul med...” (Intervjudeltagare 4)

Huruvida andra patienter upplevdes som spännande eller irriterande var dock något som beskrevs som i högsta grad beroende av ens egen sinnesstämning och mående, något som beskrivs av en intervjudeltagare i citatet nedan.

”Det var ju många med... mycket märkliga idéer och historier där och... som artonåring och ehm... naiv, så gick jag på det mesta. Jag var väldigt öppensinnad såhär... eh... i min sjukdom, och svalde i princip allt, så eh... det var jättemycket intressant. /.../ Men eh... [skrattar till] ja... jag vet inte hur roligt det hade varit att lyssna på dom idag. Det hade nog varit lite annorlunda...” (Intervjudeltagare 5)

Att ta del av andras misär. Att lyssna på andra patienters livsberättelser och se deras lidande var en upplevelse som beskrevs som något som kunde framkalla en känsla av sorg och medlidande hos intervjudeltagarna, vilket kunde upplevas som smärtsamt. Att känna igen sig i andras förtvivlan och maktlöshet i situationen som tvångsvårdad var något som lyftes fram av intervjudeltagarna som extra påtagligt i förhållande till andra patienter som också vårdades utan sitt samtycke. Att behöva hantera de känslor som väcktes i relation till andra patienters lidande beskrevs som något som kunde vara skadligt för den egna personen.

”Att se misären har också gjort mig svagare, för då skapar man, vad heter det, skuldkänslor och skamkänslor. Som är helt meningslösa om du frågar mig. Det är inte så att jag saknar skuld- och skamkänslor men... att hålla det medelmåttigt, medelmåttigt som alla andra känslor, det är viktigt... men inte mer än utöver det vanliga.” (Intervjudeltagare 3)

Konflikt och destruktivitet. Något som intervjudeltagarna beskrev som påfrestande med tillvaron som tvångsvårdad var hur andra patienters beteende ibland gick en på nerverna och väckte stark irritation. Att vara inlåst på en avdelning tillsammans med andra som också mår dåligt var något som kunde upplevas som krävande eftersom det innebar att man som patient var tvungen att anpassa sig till andras behov.

”Det var en salig blandning på den avdelningen där jag var då. Eh... ja... några stycken som... som hördes verkligen hela tiden. En del som skrek väldigt mycket och det... ja, till slut så rinner det över och... man blir irriterad. Det blir när man går så tätt inpå varandra hela tiden... ja, man kommer inte undan. [skrattar]” (Intervjudeltagare 5)

Det begränsade utbudet av aktiviteter och resurser, till exempel möjligheten att titta på olika tv-kanaler, var något som beskrevs av intervjudeltagarna som en bidragande faktor till att destruktiva konflikter uppstod patienter emellan.

”Den som har starkast röst vinner. Den som har starkast vilja. Och det skapar ju osämja, och hur bra är det att skapa osämja, bråk, aktivt skapa bråk då, mellan olika personer som är där för att tillfriskna? Det är inget produktivt. Det är destruktivt. Det blir rent eh... rent beteendemässigt destruktivt.” (Intervjudeltagare 3)

Konflikter kring gemensamma resurser och utrymmen var inte den enda aspekten av samvaron med andra inskrivna på avdelningen som kunde upplevas som destruktiv. Att andra patienter på avdelningen bytte mediciner med varandra bakom vårdpersonalens rygg

eller förde in narkotiska preparat på avdelningen via anhöriga som kom på besök var något som kunde upplevas som destruktivt av intervjudeltagarna vad gäller deras egen hälsa och välbefinnande.

”Eftersom jag under en fyraårsperiod har försökt att sluta eh, med droger... så har det påverkat mig eh... ganska... negativt. Så jag har haft en olustkänsla liksom och inte tänkt att det här är okej liksom, jag tycker inte att det här känns bra liksom. Och sen så, om man går och säger det till personalen, då blir man värsta... alltså då blir man... utanför och man blir golare och alla, det går rykten om en och sådär liksom så... Och jag, jag har aldrig sagt någonting om det. Eh... men... det förekommer hela tiden liksom, att folk byter mediciner.”
(Intervjudeltagare 1)

Ifrågasättande av tvångsåtgärder

I sina redogörelser för sina upplevelser av tvångsvård gav intervjudeltagarna uttryck för ett ifrågasättande av legitimiteten i fysiska tvångsåtgärder, till exempel bältning och tvångsmedicinering. Detta ifrågasättande tog sig dels uttryck som en upplevelse av tvångsåtgärder som en form av bestraffning, dels som en upplevelse av att vara utsatt för maktmissbruk och dels som en upplevelse av att känna sig som en ”zombie” som resultat av tvångsmedicinering.

Tvångsåtgärder som bestraffning. Att tvångsåtgärder som bältning och tvångsmedicinering kunde upplevas som en form av bestraffning snarare än som något som skulle hjälpa patienten att tillfriskna var något som förmedlades av vissa intervjudeltagare. Ur detta perspektiv kunde vårdpersonalens intentioner med att vidta tvångsåtgärder ifrågasättas av intervjudeltagarna ur ett etiskt perspektiv, i synnerhet då de tvångsåtgärder som vidtogs inte upplevdes motsvara hur man som patient betedde sig i den aktuella situationen.

”Det var som att dom ville bestraffa mig eller som att dom ville läxa upp mig på något sätt, att ”ja, titta nu vad som händer när du håller på såhär” liksom. Och det är lite så, jag har den uppfattningen, upplevelsen, och det är min personliga uppfattning, som att dom använder den där bältessängen och injektioner som att, som både bestraffning och som, som att läxa upp folk, och som att få folk att förstå att ”såhär händer om du uppför dig såhär”.” (Intervjudeltagare 1)

Att vara utsatt för maktmissbruk. Något som uttrycktes av vissa intervjudeltagare var att de tvångsåtgärder som vidtogs ibland upplevdes som ett sätt för vårdpersonal att leva ut sin vilja att ha makt över en annan människa. I citatet nedan beskriver en intervjudeltagare hur denna misstro gentemot vårdpersonalens avsikter gjorde att hon uppfattade en incident som innefattade tvångsmedicinering som obehaglig.

”Just den här händelsen är jag ju lite... [suckar] Alltså jag undrar vad han fick ut av det, jag undrar vad det var som var grejen där, om det bara liksom var någon slags maktmissbruk eller att han gick igång på att ha makt över en

människa liksom eller vad hände, alltså jag låg ju, jag sov ju i flera dygn... Alltså... ja, hände det någonting under dom dyggen alltså, det var ju... det känns ganska obehagligt att tänka på.” (Intervjudeltagare 4)

Intervjudeltagarna beskrev även hur det på grund av maktobalansen mellan vårdpersonal och patienter kunde bli svårt att uttrycka sin ilska och sitt missnöje över sin vårdssituation, eftersom det bara ledde till negativa konsekvenser för en själv, som exempelvis förlängd vårdtid eller fler tvångsåtgärder.

”Jag är jättejättearg, är jag över det, men som sagt, jag kan inte... jag kan inte agera på min ilska, bara för då blir det bara värre för mig själv. /.../ Jag får lura dom på deras egna spel, jag får... jag får ta det giftet dom ger mig, så får min kropp komma i det skicket den är, det får bli som det blir. Bättre det än att sitta här för alltid.” (Intervjudeltagare 3)

I citatet ovan blir det tydligt hur intervjudeltagaren gör en tydlig avvägning mellan att kämpa emot och riskera förlängd vårdtid och att motvilligt gå med på att medicineras. En annan intervjudeltagare beskrev hur han när han uttryckt sin ilska och ”rytit till” mot vårdpersonal ibland hamnat i bältessäng, vilket lett till en minskad benägenhet att uttrycka missnöje över vårdssituationen.

”Zombie” av mediciner. Något som intervjudeltagarna beskrev som en bidragande faktor till ifrågasättandet av tvångsåtgärder var de obehagliga biverkningar som tvångsmedicinering kunde innebära. Det ”zombie”-liknande tillstånd som kunde infinna sig som resultat av tvångsmedicinering med tung psykofarmaka beskrevs av vissa intervjudeltagare som något som kunde upplevas som ett övergrepp på ens sinne och ens kropp.

”Jag har blivit så bäng, så bäng att jag har ordagrant gått in i väggen. Jag ser inte ens väggen utan jag... jag slår i huvudet, och då vaknar jag till för några sekunder, sen så börjar dreglandet igen. Är det humant? Det är verkligen inte humant. Jag kan förstå att man ger sådana mediciner till någon som ska opereras, men då ska man också skära i dom, för... som sagt, hade man skärt i mig då hade jag inte vetat om det. Jag hade inte haft medvetande till det. Det är också inhumant.” (Intervjudeltagare 3)

Diskussion

I denna studie undersöktes upplevelsen av att bli vårdad utan sitt samtycke hos patienter som vårdats enligt LPT för missbruks- och beroendeproblematik eller annan psykiatrisk problematik vid ett eller flera tillfällen. Denna undersökning ämnade besvara följande frågeställningar: Vilka aspekter av vården upplevs som positiva? Vilka aspekter av vården upplevs som negativa? Hur förstår individen sin upplevelse av tvångsvården i efterhand?

Resultatet av studien visade att patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård är mångfacetterade och inte med enkelhet går att reducera till positiva eller negativa aspekter utan att förta en del av komplexiteten i upplevelserna, något som även tidigare kvalitativa studier av tvångsvård har funnit (Nyttingnes, Ruud & Rugkåsa, 2016; Katsakou & Priebe, 2007). I den tematiska analys som gjordes framkom dock ett antal aspekter av upplevelserna av psykiatrisk tvångsvård som beskrevs som bidragande till en positiv respektive negativ upplevelse av vården, och som intervjudeltagarna kopplade till sitt eget tillfrisknande och sitt eget välbefinnande.

Att tiden som tvångsvårdad kunde upplevas som en typ av förvaring snarare än som en behandlande insats (se huvudtema *Meningslöshet och maktlöshet*) är något som även tidigare studier av patienters upplevelser av tvångsvård har funnit (Andreasson & Skärsäter, 2012; Katsakou & Priebe, 2007; Olofsson & Jacobsson, 2001). Missnöjet med bristen på psykologisk behandling och det upplevda fokus på medicinering som skildrades i denna studie är fenomen som både Nyttingnes et al. (2016) och Olofsson & Jacobsson (2001) funnit i sina respektive studier av patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård. Kritiken mot medicinering som främsta åtgärd inom psykiatrisk tvångsvård är även något som framförts av patientorganisationer, och som kritiseras i utredningen ”Bättre insatser vid missbruk och beroende” som framhåller att denna strategi är otillräcklig för att behandla svår missbruks- och beroendeproblematik eller annan svår psykiatrisk problematik (Nyttingnes et al., 2016; SOU, 2011:35).

Upplevelsen av tristess och sysslolöshet i tillvaron som tvångsvårdad som beskrevs av intervjudeltagarna i denna studie har rapporterats i tidigare forskning och har där kopplats till ett behov av en meningsfull struktur i vardagen (Andreasson & Skärsäter, 2012). Känslan av meningslöshet och maktlöshet som intervjudeltagarna beskrev i denna studie kan kopplas till ett otillfredsställt behov av att kunna påverka sin vårdsituation och sin behandling, något som uttryckts även i tidigare forskning kring patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård (Andreasson & Skärsäter, 2012; Nyttingnes et al., 2016). Upplevelsen av meningslöshet och maktlöshet i vårdsituationen kan relateras till Antonovskys (1999) begrepp KASAM, känsla av sammanhang, som enligt Antonovskys teori utgörs av tre komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. När tvångsåtgärder och andra vårdinsatser upplevs som obegripliga, kontraproduktiva eller omöjliga för individen att påverka är det rimligt att anta att kriterierna för att man som patient ska uppleva KASAM i sin vårdsituation inte är uppfyllda, vilket kan antas bidra till en upplevelse av tvångsvården som en negativ erfarenhet. Specifika insatser som främjar KASAM hos patienter med psykiatrisk problematik kan enligt Świtaj, Grygiel, Chrostek, Nowak, Wciórka & Anczewska (2017) öka patienters självkänsla och tro på sin egen kapacitet, vilket delvis kan motverka upplevelsen av meningslöshet i tillvaron som tvångsvårdad.

Vad gäller huvudtemat *Ifrågasättande av tvångsåtgärder* som framkom i denna studie har liknande fynd gjorts i tidigare studier av patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård. Strauss et al. (2013) fann att patienters inställning till sina upplevelser av psykiatrisk slutenvård påverkades negativt av hur tvingande de upplevde vården och Mielau et al. (2016) fann att patienter som varit med om tvångsåtgärder som de uppfattat som orättvisa förhåller sig mindre positiva till tvångsåtgärder överlag. Detta tyder på att patienters subjektiva tolkning av situationer där de utsatts för tvångsåtgärder är av stor

betydelse för deras upplevelse av vården överlag, vilket är något som även denna studie visat. Nytingnes et al. (2016) fann att just vårdpersonalens status och makt i förhållande till patienterna hade stor betydelse för hur patienterna tolkade tvångsåtgärder och att detta kunde innebära en stark frustration över mindre incidenter som upplevdes som orättvisa, såsom när vårdpersonal ignorerade patienternas klagomål eller önskemål angående sin vårdssituation eller inte svarade på frågor från patienterna, vilket är fynd som också gjorts i denna studie. Sjöström (2005) menar att den maktdynamik som uppstår mellan vårdpersonal och patienter inom den psykiatriska slutenvården gör att patienternas möjlighet att förmedla sin egen uppfattning av situationer som uppstår begränsas, vilket kan bidra till en upplevelse av maktlöshet hos patienterna vad gäller att göra sig förstådda av vårdpersonal. Detta kan relateras till både huvudtemat *Meningslöshet och maktlöshet och Ifrågasättande av tvångsåtgärder*, och kan även kopplas till Olofsson & Jacobssons (2001) studie av patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård, där de lyfter fram hur rätten att kunna uttrycka sina känslor utan rädsla för att bli utsatt för tvångsåtgärder var något som värderades högt.

Huvudtemana *Behov och längtan* och *Samvaro med andra patienter* som framkom i denna studie kan sägas höra ihop, eftersom de båda förmedlar vikten av relationer och mänsklig kontakt för intervjudeltagarnas upplevelse av vårdtiden, något som även tidigare forskning stödjer (Andreasson & Skärsäter, 2012; Hughes, Hayward & Finlay, 2009; Katsakou & Priebe, 2007). Hughes, Hayward & Finlay (2009) menar att relationen mellan vårdpersonal och patienter har en fundamental betydelse för patienternas tillfrisknandeprocess, eftersom patienternas självupplevelse påverkas i hög grad av vårdpersonalens bemötande, något som även lyftes i undertemat *Kommunikation och omtanke* i denna studie. När vårdpersonal inte är omhändertagande, inte tar sig tid att lyssna och tycker att man är irriterande eller påfrestande som patient kan detta enligt Katsakou & Priebe (2007) leda till en upplevelse av att vara nedvärderad som person, vilket även återspeglas i undertemat *Att känna sig reducerad som människa*. Vikten av att bli bekräftad och sedd som människa är något som Andreasson & Skärsäter (2012) menar återspeglas i patienters önskemål om samtalsbehandling och mänsklig kontakt snarare än enbart medicinering, vilket relaterar till undertemat *Förvaring istället för behandling* och den upplevelse av missnöje kring medicinering som enda behandlingsåtgärd som framkom i denna studie. Något som dock inte funnits i tidigare studier av patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård i samma utsträckning är hur viktig just samvaron och relationerna med andra patienter kan vara för upplevelsen av tvångsvården som helhet. Vad detta kan bero på är oklart, men en förklaring skulle kunna vara att tidigare studier huvudsakligen fokuserat på patienters upplevelser av just relationerna till vårdpersonal snarare än relationerna till andra patienter på avdelningen. Betydelsen av relationerna till andra patienter är något som skulle vara intressant att undersöka mer ingående i framtida studier av patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård, i synnerhet eftersom detta kan utgöra en outnyttjad resurs som kan användas för att förbättra vården.

Ett undertema till huvudtemat *Behov och längtan* var intervjudeltagarnas upplevelser av frihetslängtan, vilket är något som inte förekommit i samma utsträckning i tidigare forskning kring patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård. Detta tema berördes dock indirekt i Katsakou & Priebe (2007) analys av patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård, där en beskrivning av tvångsvården som en attack på patienternas

autonomi, och därmed upplevelse av frihet, förmedlades. Anledningen till att detta undertema inte förekommit i samma utsträckning i tidigare forskning skulle kunna vara att fokus inte varit i samma utsträckning på deltagarnas helhetsupplevelse av sin vårdtid, utan snarare på delaspekter av denna, såsom upplevelsen av att bli utsatt för tvångsåtgärder. Att kontakten med närstående kan vara en viktig faktor i patienters upplevelser av tvångsvård (se under temat *Närstående som portalen till frihet*) är dock något som återfinns i Katsakou & Priebe (2007) studie, där kontakten med närstående beskrivs som en normaliserande faktor i tillvaron som tvångsvårdad. Vidare forskning kring upplevelsen av frihetslängtan hos patienter som vårdas mot sin vilja skulle vara önskvärd, i synnerhet eftersom denna längtan beskrevs både som en betungande och motiverande faktor i denna studie.

Vad gäller hur intervjudeltagarna förstod sina upplevelser av psykiatrisk tvångsvård i efterhand illustreras detta huvudsakligen av huvudtemat *Vårdens implikationer*. I denna studie blev det tydligt att tvångsvården kunde upplevas som viktig och nödvändig på vissa sätt och som försvagande på andra sätt, något som visar att vården inte upplevdes som varken entydigt positiv eller entydigt negativ av de flesta intervjudeltagare. Hughes, Hayward & Finlay (2009) och Katsakou & Priebe (2007) fann i sina studier av psykiatrisk tvångsvård att en signifikant minoritet av patienterna upplevde att tvångsvården hindrade deras tillfrisknande i och med att den ledde till en begränsad upplevelse av autonomi. Detta kan kopplas till Seligmans (1975) begrepp ”inlärld hjälplöshet”, som avser ett apatiskt tillstånd av vanmakt som beror på att individen utsatts för oförutsägbara eller okontrollerbara konsekvenser. Detta kan relateras till upplevelsen av minskad självständighet som beskrevs av intervjudeltagarna som en av tvångsvårdens negativa effekter (se under temat *Försvagande och skambeläggande*). Katsakou & Priebe (2007) fann dock även att många patienter kunde uppleva en känsla av tacksamhet för att någon hade sett deras vårdbehov när de själva inte gjorde det och agerat utifrån deras eget bästa, vilket kan relateras till under temat *Viktig och livräddande*. Detta under tema illustrerar hur intervjudeltagarna kunde se att behovet av självbestämmande kunde vara underordnat det mer akuta behovet av att få hjälp, och att den psykiatriska tvångsvården trots sina brister kunde vara motiverad i dessa fall. Katsakou & Priebe (2007) menar att en avvägning måste göras mellan det akuta behovet av att tvinga någon till en vård som kan vara nödvändig och livräddande och det mer långsiktiga målet att värna om den personens autonomi och självkänsla, en avvägning som även återspeglas i intervjudeltagarnas förhållningssätt till sina erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård i denna studie.

Huvudtemat *Vårdens implikationer*, och mer specifikt under temat *Försvagande och skambeläggande*, illustrerar en annan negativ bieffekt av psykiatrisk tvångsvård, nämligen att erfarenheten av att tvångsvårdas kunde innebära en upplevelse av skam hos intervjudeltagarna. Upplevelsen av skam kan relateras till begreppet internaliserat stigma, som innebär att en person internaliserar negativa antaganden och stereotyper kring psykisk ohälsa, vilket i sin tur leder till en negativ påverkan på den personens självbild och självupplevelse (Drapalski et al., 2013). Internaliserat stigma kan leda till att patienter som vårdas för psykiatrisk problematik i lägre utsträckning än patienter som vårdas för medicinsk problematik berättar för sina närstående om sina vårdupplevelser, vilket i sin tur leder till en minskad tillgång till stöd utifrån (Bromley & Cunningham, 2004). Świtaj et al. (2017) fann i sin forskning att upplevelser av internaliserat stigma och skam även kan kopplas till lägre livskvalitet hos patienter med psykiatrisk problematik, och menar att

specifika interventioner för att reducera skam hos patienter inom den psykiatriska slutenvården kan vara viktiga för att öka möjligheten till tillfrisknande. Enligt Tsang, Ching, Tang, Lam, Law & Wan (2016) kan även enkla interventioner som psykoedukation vara effektiva för att reducera upplevelsen av internaliserat stigma hos patienter med allvarlig psykiatrisk problematik, något som skulle kunna användas i högre utsträckning än i nuläget inom den psykiatriska tvångsvården.

Metodologiska brister och förtjänster

Denna studie har, liksom all forskning, ett antal metodologiska brister och förtjänster. En av studiens brister var det låga deltagarantalet, som kan anses vara lågt även jämfört med andra liknande kvalitativa studier inom området. De två främsta anledningarna till det låga antalet intervjudeltagare var begränsningar i tidsramen för studien, vilket gjorde att mängden intervjumaterial som kunde insamlas och bearbetas var begränsad, men också svårigheter att rekrytera intervjudeltagare under den tidsperiod då rekryteringen skulle äga rum. Denna svårighet kan delvis ha berott på att en annan intervjustudie genomfördes samtidigt på den avdelning där majoriteten av denna studies intervjudeltagare rekryterades, vilket kan ha gjort att rekryteringen av deltagare till denna studie blev lidande. Det låga deltagarantalet kan också ha berott på att studiens ämne kunde upplevas som känsligt eller påfrestande för intervjudeltagarna att prata om, vilket också speglades i det bortfall av två intervjudeltagare som ägde rum innan och under intervjuerna.

Själva rekryteringsprocessen kan också ha påverkat studiens resultat i en viss riktning, då de intervjudeltagare som ställde upp på och valde att fullföljde intervjun troligtvis var personer som hade större villighet att berätta om sina upplevelser av psykiatrisk tvångsvård och större möjlighet att uttrycka dessa upplevelser verbalt. Dessutom skiljde sig intervjudeltagarnas situation och perspektiv på sina erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård åt på ett markant sätt, då vissa av deltagarna vårdades enligt LPT vid intervjutillfället och vissa inte gjorde det. Detta kan ha påverkat intervjudeltagarnas perspektiv på sina tidigare erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård samt hur de förstod dessa i efterhand, vilket måste tas i beaktande vid tolkning av studiens resultat. Att rekryteringen skedde i form av bekvämlighetsurval från huvudsakligen en enda avdelning på ett enda sjukhus i Sverige begränsar också överförbarheten i studiens resultat till andra patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård, i synnerhet vad gäller andra geografiska områden, eftersom psykiatrisk tvångsvård i praktiken skiljer sig betydligt mellan olika orter i Sverige (Kjellin, Östman & Östman, 2008). Intervjudeltagarnas beskrivningar av sina upplevelser kan således inte antas vara representativa för andra patienters erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård.

En annan svaghet i studien var att ingen triangulering ägde rum under analysens gång, vilket gör att tillförlitligheten i studiens resultat kan ifrågasättas. Jag som psykologstudent påverkade troligtvis både intervjusituationen och den tematiska analysen med min förståelse och mina antaganden kring psykisk ohälsa och psykiatri som organisation, vilket måste beaktas i tolkningen av studiens resultat. För att höja tillförlitligheten skulle forskartriangulering kunnat tillämpas, det vill säga att flera forskare hade analyserat intervjumaterialet oberoende av varandra, men detta gjordes inte på grund

av den begränsade tidsramen. Analysen kunde även ha genomförts med större inflytande från yrkesverksamma och sakkunniga inom psykiatrisk tvångsvård, för att ytterligare säkerställa tillförlitligheten i studiens resultat.

Denna studie hade även ett antal metodologiska styrkor. En av dessa var att intervjumaterialet bidrog med fyllig data, det vill säga att intervjumaterialet speglade nyanser och motsägelser i intervjudeltagarnas erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård, vilket kan anses ha bidragit till en ökad förståelse för upplevelsen av att vårdas utan sitt samtycke inom den psykiatriska slutenvården i Sverige. Den relativt stora variationen i intervjudeltagarnas erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård i denna studie kan också anses ha bidragit till en rikare och mer komplex bild av hur psykiatrisk tvångsvård kan upplevas, då studiens resultat speglade olika perspektiv på detta fenomen.

En annan av studiens styrkor var att metoden som användes för att analysera intervjumaterialet, det vill säga tematisk analys enligt Braun & Clarke (2006), är en vedertagen analysmetod med ett transparent tillvägagångssätt. Jag som forskare hade erfarenhet av denna kvalitativa analysmetod sedan tidigare, och hade även handledning från personer med utbildning i och lång erfarenhet av att använda sig av kvalitativ metodik. Grundliga förberedelser gjordes dessutom innan genomförandet av intervjuerna. Den intervjuguide som användes utformades enligt relevant litteratur kring kvalitativ metodik och testades innan de faktiska intervjuerna ägde rum, och det studiebesök som gjordes på avdelningen där majoriteten av intervjudeltagarna rekryterades bidrog med ökad förståelse för intervjudeltagarnas upplevelser. Dessa faktorer ökar tillförlitligheten i studiens resultat.

Etiska överväganden

I all forskning som involverar människor behöver ett antal etiska överväganden göras för att säkerställa att de som berörs av studien inte kommer till skada, i synnerhet när svåra och känsliga ämnen som upplevelser av psykiatrisk tvångsvård undersöks. I denna studie vidtogs ett antal åtgärder för att göra detta. Det intervju-material som samlades in gjordes inte tillgängligt för någon annan än mig och mina två handledare och ingen information som kunde leda till att intervjudeltagarna kunde identifieras av till exempel närstående eller vårdpersonal inkluderades i rapporten. Intervjudeltagarna fick information om att de närsomhelst hade rätt att avbryta intervjun och att de upp till en månad efter intervjun kunde dra tillbaka sitt deltagande, samt erbjöds möjlighet att läsa studien i efterhand.

Vad gäller genomförandet av intervjuerna gjordes vid ett tillfälle en bedömning, i samråd med intervjudeltagaren, att avbryta intervjun. Detta gjordes eftersom jag som forskare bedömde att det skulle vara oetiskt att fortsätta intervjun, då intervjudeltagaren uppvisade tecken på ångest och svårigheter att prata om sina erfarenheter. Andra intervjudeltagare uttryckte dock tacksamhet och positiva känslor över att få berätta om sina upplevelser för någon som lyssnade och som skulle använda dem i ett gott syfte. Det faktum att studien gav intervjudeltagarna en möjlighet att ge uttryck för sina upplevelser gör att studien även kan antas ha bidragit till intervjudeltagarnas välbefinnande i någon mening.

Konklusion och implikationer för framtida forskning

Slutsatsen av denna studie är att upplevelser av psykiatrisk tvångsvård kan vara både komplexa och mångfacetterade, och inte kan förstås som varken entydigt positiva eller entydigt negativa, vilket är i enlighet med tidigare forskning inom området. Aspekter av erfarenheterna av psykiatrisk tvångsvård som upplevdes som negativa av intervjudeltagarna kunde delvis motiveras av att vården även upplevdes som viktig och livräddande, vilket i mångt och mycket berodde på hur intervjudeltagarna förstod och tolkade sina upplevelser i efterhand. Förslagsvis bör framtida forskning fokusera dels på hur de aspekter av den psykiatriska tvångsvården som upplevdes som positiva, som samvaron med andra patienter, kan tas bättre tillvara på, men också på hur de aspekter av vården som upplevdes som negativa, såsom upplevelsen av meningslöshet, maktlöshet och skam, kan motverkas. För att den psykiatriska tvångsvården ska upplevas som mer meningsfull och hjälpsam för patienterna är det viktigt att ta patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård på allvar och att använda dessa som underlag för att genomföra konkreta förbättringar av vården i framtiden.

Referenser

- Andreasson, E., Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment - basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 15–22.
- Antonovsky, A. (1999). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Bromley, J. S., Cunningham, S. J. (2004). “You don’t bring me flowers any more”- an investigation into the experience of stigma by psychiatric in-patients. *Psychiatric Bulletin*, 28, 371-374.
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its’ effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64, 264-269.
- Dressing, H., Salize, H. J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 797-803.
- Earnshaw, V., Smith, L., Copenhaver, M. (2013). Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy – An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, 110-122.
- Grahn, R., Lundgren, L. M., Chassler, D., Padyab, M. (2015). Repeated entries to the Swedish addiction compulsory care system - A national register database study. *Evaluation and Program Planning*, 49, 163-171.
- Hughes, R., Hayward, M., Finlay, W. M. L. (2009). Patients’ perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18, 152-160.
- Katsakou, C., Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment - A review of qualitative studies. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16, 172-178.
- Kjellin, L., Höyer, G., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Sigurjónsdóttir, M. (2006). Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 241-247.
- Kjellin, L., Östman, O., Östman, M. (2008). Compulsory psychiatric care in Sweden— Development 1979–2002 and area variation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 51–59.
- Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Bennett, N. S., Eisenberg, M., Garnder, W., Roth, L. H. (1997). The validity of mental patients’ accounts of coercion-related behaviours in the hospital admission process. *Law and Human Behaviour*, 21, 361-376.
- Mielau, J., Altunbay, J., Gallinat, J., Heinz, A., Berpohl, F., Lehmann, A., Montag, C. (2016). Subjective experience of coercion in psychiatric care - a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their

- justification. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266, 337–347.
- Nyttingnes, O., Ruud, T., Rugkåsa, J. (2016). ‘It’s unbelievably humiliating’ - Patients’ expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147-153.
- Olofsson, B., Jacobsson, L. (2001). A plea for respect - involuntarily hospitalized psychiatric patients’ narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 357–366.
- Scientific Software Development GmbH. (2017, september 24). *Atlas ti.7 for Windows*. Hämtad från <http://atlasti.com/product/features/>
- Seligman, M. E. P. (1975) *Helplessness – on depression development and death*. San Francisco: Freeman.
- SFS (1991:1128). *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjöström, S. (2005). Invocation of coercion context in compliance communication — power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 36–47.
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis – theory, method and research*. Los Angeles: Sage Publications.
- SOU (2011:35). *Bättre insatser vid missbruk och beroende: Slutbetänkande av missbruksutredningen*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Strauss, J. R., Zervakis, J. B., Stechuchak, K. M., Olsen, M. K., Swanson, J., Swartz, M. S., Weinberger, M., Marx, C. E., Calhoun, P. S., Bradford, D. W., Butterfield, M. I., Oddone, E. Z. (2013). Adverse Impact of Coercive Treatments on Psychiatric Inpatients’ Satisfaction with Care. *Community Mental Health Journal*, 49, 457-465.
- Svindseth, M. F., Nøttestad, J. A., Dahl, A. A. (2013). Perceived humiliation during admission to a psychiatric emergency service and its relation to socio-demography and psychopathology. *BMC Psychiatry*, 13, 1-8.
- Świtaj, P., Grygiel, P., Chrostek, A., Nowak, I., Wciórka, J., Anczewska, M. (2017). The relationship between internalized stigma and quality of life among people with mental illness - Are self-esteem and sense of coherence sequential mediators?. *Quality of Life Research*, 26, 2471–2478.
- Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., Wan, C. N. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness - A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173, 45–53.
- Wallsten, T., Kjellin, L. (2004). Involuntarily and voluntarily admitted patients’ experiences of psychiatric admission and treatment—a comparison before and after changed legislation in Sweden. *European Psychiatry*, 19, 464–468.
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, 1–9.

Bilaga 1

Vill du delta i en intervjustudie om upplevelser och erfarenheter av tvångsvård?

Jag heter Pauline Mileikowsky och är en psykologstudent som går sista terminen på Psykologprogrammet vid Göteborgs universitet. Jag kommer i höst att skriva ett examensarbete om patienters upplevelser och erfarenheter av att tvångsvårdas inom den psykiatriska slutenvården. Studiens syfte är att belysa patientperspektivet på psykiatrisk tvångsvård vid kombinerat missbruk och psykiatrisk problematik. Studien kommer att presenteras i form av en skriftlig rapport vid universitetet.

Jag söker dig som har erfarenhet av missbruk eller psykisk ohälsa och som har tvångsvårdats vid minst ett tidigare tillfälle.

Deltagandet innebär att vi bokar in en tid då jag kommer hit till avdelningen och intervjuar dig. Intervjun beräknas ta cirka 45-60 min och kommer att spelas in (med ljud, ej video). Du kommer vara helt anonym och inspelningen av intervjun kommer att raderas när studien är klar. Endast forskargruppen (det vill säga jag och mina två handledare) kommer ha tillgång till intervjumaterialet. Citat från dig kan komma att användas i den skriftliga rapporten, men dessa kommer vara avidentifierade och kommer inte kunna härledas till dig. Deltagandet är helt frivilligt och du har möjlighet att närsomhelst innan, under och upp till en månad efter intervjun dra tillbaka ditt deltagande. Din behandling och din vårdssituation kommer inte på något sätt att påverkas av ditt deltagande.

Om du är intresserad av att delta i studien kan du meddela Björn Hansson (min kontaktperson på avdelningen), så kommer jag kontakta dig med vidare information och förslag på tid för intervju.

Vänliga hälsningar

Pauline Mileikowsky

Studerande vid Psykologiska institutionen

Göteborgs universitet

gusmilepa@student.gu.se

Handledare: Kristina Berglund
Psykologiska institutionen
Göteborgs universitet

Annika Jakobsson
Enheten för Socialmedicin och Epidemiologi (EPSO)
Göteborgs universitet

Bilaga 2

Intervjuguide

Instruktioner till deltagare

”Den här intervjun handlar om dina erfarenheter och upplevelser av att bli tvångsvårdad inom den psykiatriska slutenvården. Jag kommer att be dig berätta om dina erfarenheter och upplevelser av tvångsvård, och om ditt perspektiv på dessa. Ifall du har blivit tvångsvårdad vid ett (eller flera) tidigare tillfällen kommer jag fråga huvudsakligen om dessa, men du får gärna jämföra med din nuvarande vårdssituation. Du får gärna berätta så fritt som möjligt om dina upplevelser, och även berätta om sådant som du tycker känns viktigt och relevant för vårt samtal som jag inte frågat om.

Intervjun kommer hålla på i ca 45-60 minuter, men det beror på hur mycket du har att berätta om ämnet och jag vill gärna höra det du har att säga. Jag kommer spela in intervjun med en digital bandspelare. Endast forskargruppen (det vill säga jag och mina två handledare) kommer ha tillgång till intervjumaterialet och inspelningen av intervjun kommer att raderas när den skriftliga rapporten är klar. Eventuella citat från dig som används i den skriftliga rapporten kommer att vara oidentifierade och ingen information som kan länka citaten till dig kommer att stå med. Det vill säga du kommer vara helt anonym. Om du skulle känna dig obekvämt med en fråga som jag ställer behöver du inte svara på den, och du kan när som helst avbryta intervjun om du skulle vilja det. Om du vill dra tillbaka ditt deltagande i efterhand eller om det är något i intervjun du vill att jag inte ska ta med i min rapport så kan du maila mig inom en månad efter intervjun och meddela detta. Du kan även maila mig ifall du vill läsa rapporten när den är klar.

Har du några frågor innan vi börjar intervjun?”

Ämnen

1. Beslut om tvångsvård (beslutsprocessen, inflytande, tankar, känslor och åsikter kring beslutet, allmän livssituation och mående, kontakt med vården) – **Kan du beskriva hur det gick till när det fattades ett beslut om tvångsvård för dig?**

Prompts: Kan du beskriva hur beslutet om tvångsvård fattades? Vad hände? Hur var den tiden för dig? Hur upplevde du beslutsprocessen? Hur reagerade du/dina närstående på beslutet? Hur mycket inflytande upplevde du att du hade i beslutet? Vad hade du för förväntningar/tankar/känslor/åsikter kring beslutet? Hur såg din livssituation/din vardag ut vid den här tiden? Hur mårde du/hur skulle du beskriva ditt tillstånd vid den här tiden? Hur såg din kontakt med vården ut vid den här tiden? Hur upplevde du denna kontakt?

2. Själva inskrivningen (inskrivningsprocessen, tankar, känslor och åsikter kring inskrivningen) - **Kan du beskriva hur det gick till när du blev inskriven på avdelningen?**

Prompts: Vad hände när du blev inskriven på avdelningen? Kan du beskriva händelseförloppet? Hur var den upplevelsen för dig? Har du några specifika minnen av inskrivningen? Kan du beskriva dessa? Hur kände du/mårde du/tänkte du när du blev inskriven på avdelningen? Hur skulle du säga att inskrivningen påverkade dig (och dina närstående)?

3. Första tiden på avdelningen (acklimatisering, känslor och tankar kring den nya tillvaron nu och i efterhand) – **Kan du beskriva hur den första tiden på avdelningen var för dig?**

Prompts: Hur upplevde du de första dagarna på avdelningen? Vad hände/vad gjorde du? Hur var det jämfört med tiden innan inskrivningen? Hur mårde du/kände du/tänkte du under denna period? Vad tyckte du om din nya tillvaro? Hur hanterade du den nya tillvaron (ex. specifika strategier)? Hur ser du på denna tid i efterhand?

4. Vardagen/livet på avdelningen (vardagslivet, rutiner, samt deras inverkan på personen) – **Kan du beskriva hur du upplevde din vistelse/din vardag på avdelningen?**

Prompts: Hur såg dagarna/rutinerna ut på avdelningen? Hur upplevde du att dagarna var för dig? Kan du beskriva hur en ”vanlig” dag såg ut? Hur påverkade livet på avdelningen dig? Hur var din vardag på avdelningen jämfört med din vardag utanför avdelningen?

5. Viktiga händelser och minnen från tiden som tvångsvårdad (minnen av specifika händelser/situationer på avdelningen samt känslor och tankar kring dessa) – **Kan du beskriva några specifika händelser/situationer som du kommer ihåg från din tid på avdelningen/din tid som tvångsvårdad?**

Prompts: Vad hände? Vilka var inblandade i händelsen? Vad gjorde du? Vad gjorde andra? Hur upplevde du denna händelse? Hur påverkade denna händelse dig? Hur kände du/tänkte du när detta hände? Hur kände du/tänkte du efter händelsen? Hur ser du på denna händelse i efterhand?

6. Kontakt med andra på och utanför avdelningen (kontakt med vårdpersonal/andra patienter, kontakt med familj/vänner, vårdsituationens påverkan på relationer) – **Kan du beskriva din kontakt med andra (familj, vänner, vårdpersonal, andra inskrivna) under din tid på avdelningen?**

Prompts: Hur upplevde du kontakten med vårdpersonalen på avdelningen (sjuksköterskor, läkare, skötare, annan personal)? Kan du beskriva hur denna kontakt såg ut? Hur påverkades du av denna kontakt? Hur upplevde du kontakten med andra inskrivna på avdelningen? Kan du beskriva hur denna kontakt såg ut? Hur var din kontakt med andra utanför avdelningen (ex familj, vänner, arbetsgivare) under vårdtiden? Hur påverkades dina relationer (med ex familj, vänner) av din vistelse på avdelningen?

7. Eget inflytande över vårdsituationen (förmåga att påverka sin situation, delaktighet i beslut) – **Hur upplevde du ditt inflytande över/din förmåga att påverka din vårdsituation på avdelningen?**

Prompts: Kände du att du hade inflytande över din situation/det som hände på avdelningen? I så fall hur? Vem/vilka fattade viktiga beslut? Var du delaktig i de beslut som rörde dig? I så fall hur?

8. Känslor och tankar kring vårdsituationen (mående under vårdtiden, vårdsituationens känslomässiga påverkan, tankar kring situationen då och i efterhand) – **Kan du beskriva hur du kände dig/hur du mådde under din tid på avdelningen?**

Prompts: Hur påverkade din vistelse på avdelningen dig känslomässigt? Kan du beskriva vad i din situation som påverkade dig mest? Hur känner du kring din vistelse på avdelningen i efterhand? Hur tänkte du kring din vistelse på avdelningen? Hur tänker du kring den i efterhand?

9. *(Om tidigare utskrivning från en avdelning för tvångsvård)* Utskrivning från avdelningen (tiden innan utskrivning, händelseförlopp, tankar, känslor och åsikter

kring beslut om utskrivning, tiden precis efter utskrivning) – **Hur upplevde du utskrivningen från avdelningen?**

Prompts: Hur gick det till när du blev utskriven från avdelningen? Kan du beskriva tiden precis innan utskrivningen? Hur upplevde du denna tid? Hur kände du/tänkte du kring utskrivningen? Vad tyckte du om beslutet om utskrivning? Vad tycker du idag? Kan du beskriva tiden precis efter utskrivningen? Hur upplevde du denna tid?

10. Helhetsbedömning av upplevelsen som tvångsvårdad (tiden som tvångsvårdad som helhet, erfarenhetens påverkan på personen och dennes åsikter om tvångsvård) –

Hur upplevde du din tid som tvångsvårdad som helhet?

Prompts: Kan du beskriva hur denna erfarenhet har påverkat dig och ditt liv? Vad har varit positivt? Vad har varit negativt? Har denna uppfattning förändrats över tid? I så fall hur? Har din erfarenhet påverkat dina åsikter om tvångsvård vid missbruk eller psykisk ohälsa? I så fall hur? Vad/vilka upplevelser har påverkat din åsikt?

”Är det något du vill tillägga som jag inte frågat om?”

Bilaga 3

Information till deltagare

Hej! Jag läser termin 10 på Psykologprogrammet vid Göteborgs universitet och den här intervjustudien är en del av mitt examensarbete. Studien har som syfte att undersöka patienters erfarenheter och upplevelser av tvångsvård vid missbruksproblematik och psykiatrisk problematik. För att belysa patientperspektivet på tvångsvård kommer jag göra ett antal intervjuer med patienter här på avdelningen, och intervjumaterialet kommer sedan användas för att sammanställa en skriftlig rapport som presenteras på universitetet i januari 2018.

Intervjun kommer hålla på i ca 45-60 minuter, men det beror på hur mycket du har att berätta om ämnet och jag vill gärna höra det du har att säga. Jag kommer spela in intervjun med en digital bandspelare. Endast forskargruppen (det vill säga jag och mina två handledare) kommer ha tillgång till intervjumaterialet och inspelningen av intervjun kommer att raderas när den skriftliga rapporten är klar. Eventuella citat från dig som används i den skriftliga rapporten kommer att vara oidentifierade, det vill säga ingen information som kan länka citaten till dig kommer att stå med. Du kommer alltså att vara helt anonym.

Om du skulle känna dig obekvämt med en fråga som jag ställer behöver du inte svara på den, och du kan när som helst avbryta intervjun om du skulle vilja det. Om du vill dra tillbaka ditt deltagande i efterhand eller om det är något i intervjun du vill att jag inte ska ta med i min rapport så kan du maila mig inom en månad efter intervjun och meddela detta. Du kan även maila mig ifall du vill läsa rapporten när den är klar. Ditt deltagande och det du säger i intervjun kommer inte påverka din vårdssituation eller den vård du får, då studien är helt självständig från vårdverksamheten här på avdelningen.

Om du har andra frågor eller funderingar som du kommer på i efterhand är du välkommen att maila mig.

Pauline Mileikowsky

Student vid Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet

gusmilepa@student.gu.se

Härmed intygar jag att jag har läst ovanstående information och att jag accepterar att bli intervjuad för en studie om patienters erfarenheter och upplevelser av tvångsvård vid missbruksproblematik och psykiatrisk problematik, som är en del av ett examensarbete vid Psykologiska Institutionen, Göteborgs universitet.

Datum:

.....

Underskrift:

.....

Namnförtydligande:

.....