



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Anorektiska patienters upplevelse av tvångsvård enligt LPT

Helena Freiholtz & Anna Wessberg

Psykoterapeutexamensuppsats. 2018

Handledare: Per Johnsson
Examinator: Magnus Englander

Abstract

The aim of this study was to explore anorexic patients' experiences of compulsory treatment within a psychological frame, to gain a deeper understanding of their experience. Semistructured interviews were applied with eleven persons. Thematic analysis was implemented to analyse the collected data, which allowed the authors to distinguish nine different themes. The main results of the study indicated that the participants all described negative or ambivalent feelings, and that feelings of being violated and powerless were also present sometime during their treatment. The participants also described their compulsory treatment as a process in which they, at best, felt an increasing strive for greater personal responsibility for the eating disorder and the recovery from it. In some cases though, the experience of fight persisted during treatment. The participants discussed some positive aspects of the compulsory treatment such as relief for people close to them, and the opportunity to let someone else take the lead in the constant inner struggle between the healthy and the anorexic part. The participants put an emphasis on the lifesaving function of the compulsory treatment. The results also showed the significance of thorough information, especially in the beginning of treatment as the participants described that information increased feelings of safety and predictability. Finally, the experience of the compulsory treatment was described as a concretisation, where the treatment almost got a concrete meaning. The description of the inner experience was also sometimes depicted in a wordless, vagueness in the verbal statements which could possibly be understood as poor mentalizing.

Keywords: eating disorders, AN (Anorexia Nervosa), compulsory treatment, coercive treatment, involuntary treatment and treatment refusal, mentalizing

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka anorektiska patienters upplevelse av tvångsvård enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård) utifrån en psykologisk ram, för att nå fördjupad förståelse för deras erfarenheter. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med elva deltagare. Det insamlade materialet analyserades med en tematisk analys och nio teman gick att urskilja. Studiens centrala slutsatser var att tvångsvården hade väckt negativa och ambivalenta känslor, och att deltagarna hade upplevt sig kränkta och maktlösa i något skede av tvångsvården. Det framkom också att tvångsvården upplevdes som en process i vilken deltagarna allteftersom kunde ta ett större personligt ansvar för sin sjukdom och sitt tillfrisknande. I vissa fall präglades dock tvångsvården av upplevelsen av maktkamp. Deltagarna lyfte också fram positiva aspekter av tvångsvården såsom anhörigas lättnad, och att tvångsvården erbjöd en möjlighet att få vila i den egna kampen mellan det friska och det sjuka. Upplevelsen av att tvångsvården förmodligen, eller med säkerhet, räddade ens liv framställdes tydligt. I resultatet framkom också att mer och bättre anpassad information hade kunnat lugna och trygga deltagarna - i synnerhet då tvångsvården initierades. Slutligen fanns det i intervjuerna en tendens till att tillskriva tvångsvården en konkret betydelse och i beskrivningarna av upplevandet fanns stundtals en vaghet och en ordlöshet som möjligen kan förstås i termer av bristande mentaliseringsförmåga.

Nyckelord: ätstörningar, AN (Anorexia Nervosa), tvångsvård, LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård), ofrivillig vård, mentalisering, behandlingsmedverkan

TACK!

Ett stort och varmt tack till Er som deltagit i studien och generöst delat med Er av tid, tankar och dyrköpta erfarenheter! Vi vill också tacka vår handledare Per Johnsson som redan under grundutbildningen väckte vårt intresse för ätstörningar och sedan fortsatt inspirera, uppmuntra och bidra med kunskap. Tack också Lotta Jägervi, vår kära kollega, för Din skarpa blick och för att ingen fråga är för liten för Ditt akademiska intresse!

Innehållsförteckning

Abstract	2
Sammanfattning	3
Introduktion	7
Teori	8
Ätstörningar	8
Begreppsdefinition och historik	8
Bakomliggande faktorer	8
Diagnostik och samsjuklighet	9
Epidemiologi	10
Förlopp, prognos och mortalitet	10
Psykoteraeutisk behandling	11
Tvång i den psykiatriska vården	12
Lagstiftning	12
Tvångsvårdens förutsättningar	12
Tvångsvårdens förfarande	12
Tvångsvårdens innehåll	13
Tvångsvårdens rättssäkerhet	13
Ätstörning och tvångsvård	14
Epidemiologi	14
Indikationer för tvångsvård vid ätstörning	14
Teoretiska förklaringsmodeller	14
Förståelsen för den egna upplevelsen	14
Upplevelsen av det egna agentskapet	15
Olika sätt att uppleva verkligheten	16
Att studera upplevelsen av tvångsvård	17
Formellt och informellt tvång och procedurmässig rättvisa.	17
Tvångsvårdens förtjänstfullhet och dilemma vid ätstörning	18
Tidigare forskning av anorektiska patienters upplevelse av tvångsvård	20
Upplevelsen av motivation och tillfrisknande hos patienter med AN	21
Syfte	21
Metod	21

Deltagare	23
Datainsamling och material	23
Procedur	23
Dataanalys	24
Etik	25
Resultat	26
Negativa och ambivalenta känslor	27
Att känna sig kränkt och maktlös	28
Kamp, kontroll och ansvar	30
Tankar om omgivningens reaktioner	32
Betydelsen av information	34
Nu och då	36
Tvångsvården som en allvarsmarkör	37
Tvångsvården som något livsupprätthållande	39
Ordlöst	40
Diskussion	42
Resultatdiskussion	42
Känslor, kontroll och kamp	42
Autonomi och ansvar	44
Tillit och trygghet	45
Till döden kränkt eller räddad från döden	46
Vacklande och vag mentalisering	47
Studiens slutsatser	48
Metoddiskussion	49
Metodval	49
Studiens tillförlitlighet	50
Etiska dilemma och övervägande	51
Implikationer för praktik och framtida forskning	52
Referenslista	54
Bilaga 1	61
Bilaga 2	62

Introduktion

Ätande laddas med stor betydelse från det att vi är barn och en stor del av det sociala umgänget kretsar kring stunden då vi delar måltiden. Många ungdomar och vuxna har också erfarenhet av att tänka med viss oro på mat, vikt och ätande. När ätandet blir så problematiskt att näringsbehovet inte tillgodoses och ätandet, eller icke-ätandet, inbegriper ett psykiskt lidande föreligger en ätstörning (Clinton & Norring, 2002). Men trots stort lidande och svåra emotionella, fysiska och sociala konsekvenser vägrar många patienter vård. För ätstörda patienter finns en hög risk för allvarliga medicinska komplikationer och ett långvarigt förlopp (Birgegård & Clinton, 2017), och Anorexia Nervosa (AN) är den psykiatriska sjukdom som har högst mortalitet (Skårderud & Fonagy, 2012).

När det föreligger en allvarlig psykisk störning och vården inte kan tillgodoses på annat sätt än genom slutna psykiatrisk tvångsvård är det möjligt att initiera LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård, 1991:1128). Mellan 9–28% av patienter med AN har fått vård under formella tvångsomständigheter (Tan, Hope, Stewart, & Fitzpatrick, 2010), och långt fler har varit i kontakt med en känsla av begränsad valfrihet i vården.

I takt med att patientens fria vilja och självbestämmande får mer fokus i vården och i samhället väcks allt fler juridiska, etiska och kliniska dilemman kring tvångsvård (Elzakker, Danner, Hoek, Schmidt, Elburg, 2014). Det finns dock en viss konsensus i litteraturen kring att tvångsvård vid ätstörning är försvarbar om patienten riskerar att dö av sin sjukdom (Elzakker et al., 2014). Men – fortsätter Elzakker et al. (2014) – den långsiktiga effekten av tvångsvård för patienter med AN är osäker och inga longitudinella studier finns i nuläget. I synnerhet saknas det studier som fokuserar på patienternas egna erfarenheter och upplevelser av den psykiatriska tvångsvården. Tan et al. (2010), som efterlyser fler studier av denna karaktär, beskriver att intresset i ätstörningssammanhang snarare handlat om att definiera vilka personlighetsdrag som ligger till grund för ätstörningar, och om att utvärdera terapiformer.

Föreliggande studie avser undersöka anorektiska patienters retrospektiva upplevelse av vården under tvång. Studien initierades som en del i Lunds Ätstörningscentrums kvalitetssäkringsarbete. Patienternas upplevelser är inte bara en viktig del i arbetet för att granska och förbättra vården (Kjellin & Westrin, 1998; Tan et al., 2003; 2010), det har också visat sig att patienter är angelägna om möjligheten att kommunicera sina upplevelser av tvångsvården (Katsakou & Priebe, 2007). Studiens syfte är också relevant utifrån ett psykoterapeutiskt perspektiv då den strävar efter ökad förståelse för patienters upplevelse av en behandlingssituation.

Teori

Inledningsvis skildras begreppet ätstörning: dess definition, faktorer som tänks medverka till insjuknande och vidmakthållande, ätstörnings förekomst och förlopp samt kort om behandling av ätstörning. Fokus kommer att vara på AN då det är denna diagnos som är primär hos den grupp som deltagit i studien. Även tvångsvårdens lagar, förutsättningar och förfarande beskrivs och i korthet presenteras tvångsvårdens innehåll och rättssäkerhet. Därefter presenteras några teoretiska modeller och begrepp som kan kopplas till studiens frågeställning. Slutligen redovisas en del av den kunskap som finns kring patienters, i synnerhet ätstörda patienters, upplevelse av vård under tvång.

För att hitta relevanta forskningsartiklar gjordes litteratursökningar via APAs databaser PsycINFO och PsycARTICLES, NCBI:s databas PubMed, Google Scholar samt Lunds Universitets sökmotor LUBsearch och PubMed. Vi har också studerat aktuella artiklars referenslistor för att komma i kontakt med ytterligare forskning inom området.

Ätstörningar

Begreppsdefinition och historik. Det finns ingen vedertagen definition av begreppet ätstörning men många definitioner inbegriper att behovet av näring inte tillgodoses och att det finns ett psykiskt lidande förknippat med ätande eller icke-ätande (Clinton & Norring, 2002). Fairburn och Walsh (2002) har enligt Clinton och Norring (2002) den tydligaste definitionen där ätstörning syftar på ett ihållande stort ätbeteende eller viktkontrollerande beteende som försämrar hälsa eller psykosocial funktion. Dessutom specificeras att störningen inte ska vara sekundär till annan allmän medicinsk åkomma eller annan psykisk störning.

Bakomliggande faktorer. Patienter med ätstörningar är en heterogen grupp - inte minst när det gäller bakgrund (Skårderud & Fonagy, 2012) - och psykologiska, kulturella och biologiska betingelser samspelar på ett mycket komplext sätt (Clinton & Norring, 2002). Drivkraften till att, trots denna snårighet, leta efter ätstörnings underliggande faktorer och gemensamma drag, är att få en bättre förståelse för hur patienter blir sjuka och behandlingen ska utformas (Skårderud & Fonagy, 2012). Detta transdiagnostiska förhållningssätt bidrar enligt Skårderud (2007) till ett ökat intresse för patienter med ätstörningar.

Bland omgivande faktorer som ökar risken för ätstörning kan nämnas mobbning, övergrepp och missförhållande under uppväxten (Copeland et al., 2015, Goncalves et al., 2016), men också det smala idealet som framförs av media tänks vara bekymmersamt (Stice, Marti, & Rodhe, 2013).

Skårderud och Fonagy (2012) påtalar att AN är en ”självförevigande negativ cirkel” (”self-perpetuating negative cycle” s. 366) i det att undervikt och undernäring genererar rigiditet, agitation och depression som håller fast patienten i sjukdomen. Med tanken om en självförevigande cirkel

undkommer Skårderud och Fonagy att ta ställning i forskardispyten som Clinton och Norring (2002) hänvisar till, huruvida det är bantning och viktkontroll som utlöser ätstörningen, eller om bantning är underordnad faktorer som tvångsmässighet och negativ självbild.

När det gäller individuella egenskaper som kan öka risken för att bli sjuk i ätstörning nämner Fairburn (2003) affektintolerans, svårigheter i interpersonella relationer, låg självkänsla och klinisk perfektionism. Den kliniska perfektionismen anses vara problematisk för såväl insjuknande i ätstörning som vidmakthållande av den (Fairburn, 2003; Petersson, 2017; Skårderud & Fonagy, 2012). I konceptualiseringen av klinisk perfektionism innefattas ofta en strävan mot högt satta mål som motiveras av rädsla för misslyckande (Shafran, Egan & Wade, 2010).

Fairburn och många forskare och kliniker med honom har tagit intryck av Hilde Bruchs tankar (Clinton & Norring, 2002). I sitt arbete med ätstörda patienter kom Bruch (1973) att ersätta den psykoanalytiska teorins fokus på sexualitetens betydelse vid utveckling av ätstörning, med tankar om anknytningsrelaterade skador i självet. Anknytningskador, eller brister i vetande, upplevande och reglering, förkroppsligas enligt Bruch (1973) i ätstörningen och hon formulerar sig också kring den anorektiska patientens förvrängda kroppsbildsuppfattning, oupphörliga strävan efter att bli smal och svårigheter i individuation och autonomi. Bruchs tankar om ätstörning som en regleringsstörning eller en störning i självet, återkommer i de flesta psykologiska och medicinska modeller kring ätstörningars uppkomst och vidmakthållande (Oldershaw, Lavender, Sallis, Stahl, & Schmidt, 2015).

Diagnostik och samsjuklighet. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) är en samling riktlinjer och kriterier för psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar. DSM ges ut av APA (The American Psychiatric Association) och den nuvarande versionen är DSM-5 som gavs ut 2013.

I DSM-5 (2013) delas ätstörningsdiagnoser in i fyra huvudgrupper: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED), och Other Specified Feeding and Eating Disorders (OSFED).

Huvudkriterier för AN och BN är rädsla för att vara eller bli överviktig, och att ansträngningar görs i syfte att gå ner i vikt. Medan anorektikerns viktkontroll ofta sker med hårt kontrollerat matintag, reglerar bulimikern ett stort och impulsivt matintag med hjälp av kräkningar eller laxermedel. Bulimikern är oftast normalviktig och får sällan en lika dramatisk somatisk symtomutveckling som anorektikern. Det är AN som kännetecknas av den ofta förbryllande störningen i kroppsuppfattning avseende form och vikt (af Sandeberg, 2017).

Differential- och samdiagnostik är behäftat med många svårigheter, men kan vara hjälpsam i försöken att förstå ätstörningens betingelser och behandling (Treasure, 2006). Hos patienter med ätstörning är den psykiatriska samsjukligheten hög - hos vuxna uppskattas den ligga på 65–75% (af Sandeberg, 2017). De vanligaste samtidiga diagnoserna är ångest och depression (Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl, & von Hauswolff-Juhlin, 2015), och Waller (2008) menar att ångesten är så framträdande i ätstörningars uppkomst och vidmakthållande att de skulle inkluderas bland ångeststörningarna i DSM. I den anorektiska gruppen finns förutom ångest och depression en hög samsjuklighet med social fobi och tvångsmässighet (Touyz et al., 2013). En studie av Godt (2008) visar att 29,5% av patienterna med ätstörning fyllde kriterierna för en eller flera personlighetsstörningar och undvikande personlighetsstörning är vanligast (12.1%).

Epidemiologi. Clinton och Birgegård (2017) beskriver att epidemiologin kring ätstörningar länge varit ett problem då det saknas befolkningsbaserade studier och forskning som tittar på ätstörningsdiagnoser i förhållande till ålder och kön. Att de diagnostiska kriterierna ändrats i DSM-5 gör problemet än mer komplicerat.

I en schweizisk studie (Mohler-Kuo, Schnyder, Dermota, Wei, & Milos, 2016) redovisas en livstidsprevalens (andelen ur en population som någon gång under sin livstid får en viss sjukdom) för AN på 1,9% för kvinnor. Ett annat fynd i studien är att bara 49% av män och 68% av kvinnor med ätstörning sökt professionell hjälp för sina problem. Utifrån den schweiziska studien och svensk befolkningsstatistik uppskattar Clinton och Birgegård (2017) livstidsprevalensen i Sverige. I åldrarna 15–60 år har drygt 190 000 personer (147 000 kvinnor och 43 000 män) drabbats av ätstörningar, vilket innebär att 42 000 kvinnor och 23 000 män lider av ätstörningar idag. Av dessa är uppskattningsvis 13 000 kvinnor och 12 000 män okända av vården.

Enligt studien av Mohler-Kuo et al. (2016) är mörkertalet stort – framförallt bland män med ätstörning och det finns anledning att ifrågasätta om prevalensen för ätstörning är så konstant som den förefallit vara de sista 25–30 åren (Clinton & Norring, 2002; Clinton & Birgegård, 2017).

Förlopp, prognos och mortalitet. Ätstörningar tenderar ha ett utdraget förlopp med hög risk för återfall (Thurfjell, Eliasson, Swenne, von Knorring, & Engström, 2006; af Sandeberg, 2017), och den genomsnittliga sjukdomslängden är sju år (Strober, Freeman, & Morrell, 1997). När det gäller AN uppskattas 50% av patienterna tillfriskna helt, 30% delvis, medan 20% förblir svårt sjuka (Steinhausen, 2002).

Att häva ätstörningen snabbt är gynnsamt för tillfrisknandet (Rosling, Salonen Ros, & Swenne, 2016) medan mycket låg vikt, misslyckade behandlingsförsök och psykiatrisk

komorbiditet nämns som faktorer som ger en sämre prognos för att bli frisk (Papadopoulos, Ekblom, Brandt, & Ekselius, 2009; Steinhausen, 2002).

Standardized Mortality Rate (antal personer per tusen i aktuell population som förväntas dö) beräknas ligga runt 6 vid AN (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Papadopoulos et al., 2009). Dödligheten i AN uppskattas således vara 6–9 gånger högre än i motsvarande grupp i normalbefolkningen (Rosling, Sparén, Norring, & von Knorring, 2011) och AN har högst mortalitet av alla psykiatriska sjukdomar (Skårderud & Fonagy, 2012). Dödsfallen orsakas till 54% av somatiska komplikationer, 27% av suicid och 19% av okänd anledning (Button, Chadalavada, & Palmer, 2010). Bland de vanligaste somatiska dödsorsakerna nämns hjärtrytmrubbningar, hjärtsvikt, hjärtinfarkt, pneumoni och hypoglykemi (af Sandeberg, 2017).

Psyko-terapeutisk behandling. En av de största utmaningarna i behandlingsarbetet med anorektiska patienter är att de sällan söker hjälp på egen hand (Clinton & Birgegård, 2017). Motivationen att förändras är låg eller instabil och inställningen till symtomen är ofta ambivalent (Geller, 2001), och trots stora ansträngningar att hålla kvar patienter i behandlingar försvinner de ofta ur dem (Clinton & Birgegård, 2017).

När det gäller psyko-terapeutisk behandling så har SBU (2011) sammanfattat två översikter från Cochrane Collaboration kring det vetenskapliga underlaget för psyko-terapeutisk behandling med barn och vuxna med AN. Familjeterapi är den behandling som visat sig ha viss effektivitet för ungdomar, medan KBT har preliminär evidens för vuxna när det gäller återfallsrisken. Preventiva interventioner som riktar sig mot det smala idealet har visat sig minska risken för ätstörningar (Stice, Becker, & Yokum, 2013).

Men oavsett behandling är resultaten nedslående och Fairburn (2005) uttrycker att det förefaller vara slöseri med pengar att sätta upp randomiserade studier innan mer effektiva behandlingar utvecklats. Clinton och Norring (2002) skriver att det är osannolikt att en behandlingsmetod kommer visa sig vara överlägsen någon annan, och att det utifrån patientgruppens heterogenitet avseende kön, ålder, symtom och bakomliggande orsaker är nödvändigt att låta olika terapiformer utvecklas parallellt.

En generell terapivariabel är betydelsen av den terapeutiska alliansen och i en studie av Gulliksen et al. (2012) presenteras att patienter med AN föredrar respektfulla, stödjande och uppmuntrande terapeuter. Inte minst mentaliseringsterapi lägger stort fokus på att etablera tillit i behandlingsalliansen och på att reparera missförstånd och alliansbrott (Rydén & Wallroth, 2008). I en studie av Katsakou och Priebe (2007), som fokuserar på tvångsvårdade patienters upplevelse av vården, framhålls betydelsen av omtanke och respekt i vården.

Tvång i den psykiatriska vården

Lagstiftning. Den frivilliga psykiatriska vården regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763). Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen gäller all psykiatrisk sjukvård.

Bestämmelserna i LPT är att betrakta som undantagsregler i relation till HSL, och så långt det är möjligt ska den psykiatriska vården ges i samförstånd med patienten enligt bestämmelserna i HSL (Socialstyrelsen, 2009).

Den psykiatriska tvångsvården regleras i två lagar: Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT 1991:1128) och Lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård (LRV 1991:1129). LPT berör personer med allvarlig psykisk störning medan LRV berör personer som är dömda för brott och där påföljden är vård. I båda lagarna finns sedan 1 september 2008 möjlighet att vårdas med öppen tvångsvård (Socialstyrelsen, 2009). För både LPT och LRV påbörjas tvångsvården alltid i slutet form vilken Förvaltningsrätten, efter ansökan från vårdansvarig läkare, kan konvertera till öppen tvångsvård (Socialstyrelsen, 2011).

Tvångsvårdens förutsättningar. För att LPT (1991:1128) ska vara möjlig att initiera krävs enligt 3 § att patienten lider av en allvarlig psykisk störning och utifrån denna störning har ett behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom slutet psykiatrisk tvångsvård. I bedömningen av vårdbehovet ska läkaren också ta ställning till om personen, till följd av sin störning, är farlig för någon annan persons säkerhet och hälsa. En sista förutsättning för LPT är om patienten motsätter sig denna vård, eller om det ”finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke”. Det sista ledet i den sista förutsättningen för LPT är det som, i kliniska sammanhang, benämns bristande sjukdomsinsikt (Socialstyrelsen, 2011).

Allvarlig psykisk störning är ett juridiskt begrepp och huruvida den föreligger bedöms efter den psykiska störningens art och grad. Begreppet avser psykotiskt tillstånd men också depressioner där risk för suicid föreligger, eller starkt tvångsmässigt beteende (Kristiansson & Sturup, 2007).

Tvångsvårdens förfarande. LPT (1991:1128) reglerar att det krävs en särskild läkarundersökning för att kunna omhänderta en person mot sin vilja. Om denna visar att det finns ”sannolika skäl för att förutsättningarna för slutet psykiatrisk tvångsvård” är uppfyllda utfärdas ett vårdintyg (4 §). Om patienten inte medverkar till att bli undersökt så kan patienten omhändertas av polis för att denna undersökning ska möjliggöras (4 §). Med sitt vårdintyg kommer patienten sen till den vårdinrättning där chefsöverläkaren kan besluta om intagning för slutet psykiatrisk tvångsvård (6 b §). Beslutet ska fattas inom 24 timmar från patientens ankomst till vårdinrättningen med vårdintyg (6 b §). Beslutet om intagning ska innehålla en redogörelse för den psykiska störningen och de omständigheter som gett upphov till vårdbehovet (7 §). Vid intagningsbeslut föreligger en

skyldighet att informera patienten om rätten till stödperson (30 §). Efter intagningsbeslutet får tvångsvård ges i fyra veckor och vid behov av förlängning kan chefsöverläkaren ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård (7 §). Därefter kan ny förlängningsansökan ske inom fyra månader (8 §), och efter detta ansöks om fortsatt tvångsvård var sjätte månad (9 §).

En patient som frivilligt accepterat vård eller inläggning, kan under vissa förutsättningar föras över till tvångsvård, så kallad konvertering. För att det ska vara möjligt att konvertera vården krävs att förutsättningarna för LPT är uppfyllda (11 §). När vårdintyget är skrivet har chefsöverläkaren 24 timmar på sig att fatta beslutet om konvertering och detta beslut ska i sin tur, senast dagen efter, underställas Förvaltningsrättens prövning (11 §). Om det finns behov av fortsatt vård ska ansökan om medgivande till detta lämnas inom fyra dagar (12 §).

Patienten och även anhöriga - om detta är lämpligt - bör vara delaktiga i vårdplaneringen och en vårdplan ska upprättas så snart som möjligt efter beslutet om tvångsvård (7 §). I vårdplanen ska det stå vad vården ska innehålla och hur patienten ställer sig till insatserna (7 §).

Tvångsvårdens innehåll. I LPT (1991:1128) 2 a § specificeras att tvångsåtgärder endast får användas ”om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärderna”. Finns det möjlighet att bedriva vård med mindre ingripande åtgärder så ska dessa tillämpas. Tvång ska användas så skonsamt som möjligt. Tvångsåtgärder kan innefatta kortvarig fastspänning (19 §) eller avgränsning från andra patienter (20 §). Chefsöverläkaren är ytterst ansvarig för vård och behandling och är enligt lag tvungen att rapportera sina bedömningar gällande tvångsåtgärder till IVO – ”Inspektionen för vård och omsorg” (19 §, 20 §).

Tvångsvården får aldrig pågå längre än nödvändigt. Därför ska chefsöverläkaren fortlöpande överväga om det finns skäl för att inte längre vara tvångsvårdad (27 §), eller om det finns möjlighet att låta den slutna psykiatriska vården övergå till öppen psykiatrisk tvångsvård med tillåtelse att vistas utanför sjukvårdsinrättningen (26 §).

Tvångsvårdens rättssäkerhet. Under processen från läkarundersökning, vårdintyg och beslut om tvångsvård ska patienten informeras om sina rättigheter (LPT 1991:1128). I Socialstyrelsens rapport (2011) beskrivs att många patienter har en oklar bild av de rättsliga regler som gäller i deras fall och att de flesta inte kan redogöra för tvångsvårdens villkor. Det framgår av rapporten att patienter inte i någon större utsträckning beklagar sig över bristande information kring vårdens villkor. Rapportens (2011) författare menar att det utifrån tvångsvårdens integritetskränkande natur är oacceptabelt att patienter inte informeras mer utförligt.

Ätstörning och tvångsvård

Epidemiologi. Det formella tvånget mäts genom att verksamheter rapporterar uppgifter kring tvångsvård och tvångsåtgärder till Socialstyrelsens patientregister. Syftet är att få en nationell överblick över den svenska tvångsvården. Under 2016, som är den senaste tillgängliga statistiken från Socialstyrelsen, vårdades 145 personer i hela landet inom slutenvården enligt LPT för sin ätstörning. Av dessa var 140 kvinnor och 5 män. Samtliga hade ätstörningsdiagnosen som huvuddiagnos och varje personnummer räknades 1 ggr/år och diagnosgrupp. Samma år vårdades totalt 11 545 personer i Sverige enligt LPT och majoriteten hade sin huvuddiagnos inom diagnosgruppen F20-F29 schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom. (Socialstyrelsens statistiska databas, 2018).

Enligt uppskattning får 9-28% av patienter med AN någon gång vård under formella tvångsomständigheter (Tan et al., 2010), och många fler har varit i kontakt med känslan av begränsad valfrihet i vården.

Indikationer för tvångsvård vid ätstörning. af Sandeberg (2017) beskriver ett antal indikationer för tvångsvård vid AN såsom lågt BMI, låg puls, låg kroppstemperatur, elektrolyter i obalans eller vägran att äta och dricka. Det kan också handla om en risk för att några av ovanstående fynd/symtom kommer att inträffa inom något dygn om svälten fortgår.

Teoretiska förklaringsmodeller

Förståelsen för den egna upplevelsen - interoceptiv medvetenhet, mentalisering och känslan av sammanhang. Hilde Bruch (1973) formulerar sig kring den förvirring som uppstår i barnet då föräldern feltolkar och feletikerterar barnets känslor och upplevelser. Barnet får i detta svårt att känna igen och svara på känslomässiga och kroppsliga tillstånd - det som Bruch definierar som nedsatt interoceptiv medvetenhet. När inre tillstånd inte går att differentiera blir det svårt att reglera det inre och låta sig vägledas av det. Istället uppstår en upplevelse av att vara ineffektiv och okontrollerad vilket hos den ätstörda patienten dövas och kompenseras med självsvält, hetsätning och kräkning.

Nedsatt interoceptiv medvetenhet är ett begrepp som är besläktat med alexitymi som betyder "avsaknad av ord för känslor" men ofta definieras som svårigheten att identifiera, differentiera och beskriva känslor (Eizaguirre, de Cabezon, de Aldaa, Olariaga, & Juaniz, 2004). I en studie av Hatch et al. (2010) fanns 77.1% vara alexityma i AN-gruppen jämfört med 6.7% i normalbefolkningen. Det förefaller som om skam och äckel är synnerligen svåra att hantera för den ätstörda gruppen (Oldershaw et al., 2015), medan en mer generell alexitymi snarare är relaterad till det depressiva måendet (Parling et al., 2010). I Peterssons (2017) avhandling beskriver hon den ätstörda patientens

kamp för att undvika känslor av skam och för att skapa ordning. Kampen förs med hjälp oresonabel och påtvingande perfektionism där det fläckfria tänks vara ett sätt att få tillgång till gemenskap och värde.

Ett till interoceptiv förvirring och alexitymi närliggande begrepp är mentaliseringsbrister. I ett försök att differentiera bland begreppen skriver Skårderud och Fonagy (2012) att mentalisering även inbegriper tänkande om, och uttryck av, affektiva tillstånd samt tolkande av andras inre tillstånd. Mentaliseringsbrister är enligt mentaliseringsteoretikerna (Skårderud, 2007; Skårderud & Fonagy, 2012) ätstörningens huvudsymtom och mentaliseringsförmågan har i en studie av Fonagy och Target (1996) visat sig vara synnerligen svag i den ätstörda gruppen. Skårderud och Fonagy (2012) framhåller att nedsatt mentaliseringsförmåga, eller reflektiv förmåga som är begreppet som används i forskningssammanhang, är så central i den ätstörda patientens psykopatologi att allt bemötande inom vården måste fokusera på att trygga och säkra patienten på ett sätt som gör det möjligt för patienten att mentalisera.

I leken med begrepp använder Rydén och Wallroth (2008) mentaliserad affektivitet för att beskriva processen där känslor placeras i ett sammanhang för att bringa förståelse och mening åt situationer. Denna förmåga grundläggs i anknytningsrelationen där föräldern fyller barnets beteende med mening och intention. Förståelse för den egna upplevelsen och för andras agerande tänks kunna skydda från psykologiska påfrestningar. Rydén och Wallroth (2008) beskriver hur upplevelsen av obehag (distress) skiljer sig från mer primära, direkta affekter såsom ilska, rädsla och skam. Upplevelsen har en kommunikativ funktion och avser att motivera såväl omgivningen som den egna personen, att minska obehaget.

Det finns många beröringspunkter mellan det som Rydén och Wallroth (2008) kallar mentaliserad affektivitet och Antonovskys (1987) känsla av sammanhang. I Antonovskys studie av individer som klarat svåra händelser med sin psykiska hälsa i behåll visade sig begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet vara de komponenter som hade särskild bärkraft och dessa kallar Antonovsky för salutogena faktorer. Finessen med dessa komponenter tänks vara att de vid stress och svår påfrestning mobiliserar individens flexibilitet, förnuft och kunskap. Känslan av sammanhang förefaller enligt Hansson och Cederblad (1995) vara lägre hos ätstörda patienter än i normalpopulationen.

Upplevelsen av det egna agentskapet. AN är enligt Bruch (1973) ett försvar mot känslor av ineffektivitet och maktlöshet, och ett försök att uppnå autonomi. Konflikten mellan strävan efter autonomi, och rädsla för separation, har framhållits som särskilt kritisk för utveckling av ätstörning (Laufer, 1974, refererat i Clinton & Norring, 2002). Bruchs (1973) tankar om ätstörningen som en

kamp för att erövra kontroll, identitet, kompetens och effektivitet bekräftas i studien där Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud och Holte (2006) undersöker olika sätt varpå anorektiska patienter attribuerar ätstörningen mening. Anorexians mening är för patienterna i studien att känna sig säker, undvika negativa känslor, uppleva mental styrka, känna sig självsäker, få en ny identitet, erhålla omsorg, kommunicera svårigheter och leva ut sin dödsönskan.

Med referens till Bruch (1973) beskriver Skårderud och Fonagy (2012) hur bristande spegling och regleringshjälp i anknytningsrelationen kan leda till svårigheter att attribuera mentala tillstånd, vilket i sin tur inverkar negativt på känslan av agentskap. Ett svagt agentskap kan komma till uttryck i den ätstörda patientens avsaknad av vitalitet och fantasi och tillståndet har beskrivits som ”en gyllene bur” (Bruch, 1973) eller ”ett evigt väntande” (Goss, 2006).

Olika sätt att uppleva verkligheten – psykisk ekvivalens, teleologisk hållning, låtsasläge.

Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud och Holte (2012) beskriver att kroppsuppfattningen hos anorektiska patienter förefaller vara osäker och instabil och att den fluktuerar med affektivt tillstånd. En anorektisk patient upplever sig tjockare vid rädsloaffekt och svällande om känslorna inte är möjliga att förstå. Detta är i linje med Bruchs (1962, refererat i Skårderud & Fonagy, 2012) iakttagelser att anorektikers förvrängda kroppsuppfattning avseende form och vikt uttrycker en svårighet att förstå och reglera den inre världen.

I mentaliserings-sammanhang används det svåröversatta begreppet embodied mentalizing (förkroppsligad mentalisering) för att visa hur kroppen tenderar att träda in och fylla i, när själv-, och affektregleringen vacklar och mentaliseringen brister (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Skårderud (2007) beskriver hur detta konkretiserande fyller funktionen av att stabilisera och hålla samman självet. Tillståndet när gränserna mellan den inre och yttre verkligheten suddats ut benämns som psykisk ekvivalens. Verkligheten blir i den psykiska ekvivalensen för verklig. När den ätstörda patienten sätter likhetstecken mellan vikt och självvärde, och mellan restriktivt ätande och självkontroll, är detta exempel på psykisk ekvivalens. När den fysiska och mentala verkligheten flyter samman har metaforen inte kvar sitt värde som mental representation som gör det möjligt att tänka om upplevelser och känslor. Istället blir upplevelser verkliga, påträngande och skrämmande och ”som om” har slutat existera. Kontrollerande beteende och misstro hos den anorektiska patienten, kan ses som möjliga konsekvenser av psykisk ekvivalens (Skårderud, 2007).

Enligt Skårderud (2007) är det framförallt konkretiseringen av emotioner som försvårar för den ätstörda patienten att engagera sig i behandlingen. Ett alexitymt sätt att fungera där det inre inte kan gestaltas i ord leder ofta till tystnad och frustration i terapin. I en angelägenhet att kompensera

bristande självkänsla med prestationer och andras gillande finns också en risk för pseudo-compliance där ”ja” betyder både ”ja” och ”nej”.

These disorders communicate distinctly about being indistinct; they speak precisely about the patients' sense of vagueness, insecurity, ambivalence, paralyzing ambiguity and affective desregulation. (Skårderud, 2007, s. 332)

Ett till psykisk ekvivalens närliggande tillstånd är teleologisk hållning – ”jag tror det inte såvida det inte är fysiskt” – och ett exempel på detta är när inre smärta regleras med hjälp av plågsam hunger. Detta kan också förklara att patienter efterfrågar en terapeut vars hjälp manifesteras i extra sessioner, tillgänglighet i telefon, förlängda sessioner och rambrott (Skårderud, 2007).

När den inre och yttre verkligheten istället hålls helt åtskilda blir verkligheten och kroppen för överkliga, vilket ofta manifesteras i upplevelse av tomhet och motsägelsefullhet. Detta tillstånd brukar kallas för låtsasläge (pretend mode), vilket kan bidra till att terapier kan fastna i pseudo-mentaliserande tillstånd där det pratas om känslor och inre upplevande utan att dessa erfars (Skårderud & Fonagy, 2012). Skårderud (2007) beskriver låtsasläget som ett tillstånd där det saknas kontakt med det inre upplevandet.

Mentaliseringsteoretikerna tänker sig psykisk ekvivalens, teleologisk hållning och låtsasläge som förmentaliserande tillstånd på väg mot den mer mogna mentaliseringsförmågan där den inre och yttre verkligheten är länkade men åtskilda (Skårderud, 2007). I mentaliseringsbaserad terapi uppmanas patienten att reflektera över kroppen och ätandet. Skårderuds (2007) ofta citerade ”use the body, to forget the body” syftar på hur social aktivitet och olika sätt att låta kroppen vara i rörelse och vid liv kan få patienten att låta den objektifierade anorektiska kroppen falla i skymundan. Att på detta sätt ge sig in i patientens konkreta verklighet, istället för att förvänta sig att patienten gör terapeuten sällskap i den symboliserade, är enligt Skårderud (2007) en grundförutsättning i all behandling. För att värna om och utveckla patientens eget upplevande och självtillit uppmanar Skårderud och Fonagy (2012) behandlare till nyfikenhet och ödmjukhet. Men, säger Skårderud (2007), det går aldrig att förhandla med den ätstörda patienten kring nödvändigheten i att äta större mängd och mer hälsosamt för att kunna överleva. Detta måste behandlaren och behandlingen alltid vara tydlig och fast med. Med en ätstörd patient behöver det finnas ett kontinuerligt samtal om ätandet och icke-ätandet, och att patienten och behandlaren har olika perspektiv på detta bör enligt Skårderud (2007) ses som ett ypperligt tillfälle att mentalisera över olikheterna.

Att studera upplevelsen av tvångsvård

Formellt och informellt tvång och procedurmässig rättvisa. Fischer och Gerle (2014) hänvisar till studier (Kjellin & Westrin, 1998; Szmukler & Appelbaum, 2008) som visar att det inte

är ovanligt att patienter upplever sig vara utsatta för tvång när det formellt sett inte är det. Detta är en anledning till att det kan vara svårt få systematisk kunskap om hur tvångsinterventioner påverkar behandlingsutfall (Wadefjord, Bäckström, & Kjellin, 2008). Studier av tvångsinsatsers inverkan på patienten kräver således en differentiering mellan informellt/upplevt tvång och formellt tvång (Wallsten, 2008). Det förstnämnda avser beskriva tvång definierat utifrån patientens upplevelse, och det sistnämnda tvång så som det definieras av vårdgivare och det juridiska systemet.

Katsakou et al. (2010) problematiserar när val i vården inte är egentliga val utan något patienten känner sig nödgad att göra för att inte bli inlagd under tvång. I dessa situationer kan det vara svårt att tala om frivillig vård, och det är inte alltid helt klart var gränsen går mellan formellt och upplevt tvång (Bindman, 2004). Holm, Brixen, Andries, Hørder, & Støving (2012) menar att övertalningsförsök och påtryckningar i den frivilliga vården är så problematiska att formell tvångsvård är att föredra utifrån patientens rättssäkerhet. Kjellin & Westrin (1998) påtalar vikten av att inte bara det formella tvånget, utan också patienters upplevelser av tvång, inkluderas vid en kvalitetssäkring av den psykiatriska vården.

Inom forskningsfältet används begreppet procedurmässig rättvisa som innefattar i vilken grad man lyssnats på, behandlats med omtanke och tillåtits vara delaktig i behandlingen (O'Donoghue et al., 2014). Studier har visat att patienter som känner sig rättvist behandlade också upplever lägre grad av tvång (Szmukler & Appelbaum, 2008; Katsakou et al., 2010). Att ges möjlighet att reflektera över den situation man befinner sig i tycks också kunna minska upplevelsen av tvång (Katsakou & Priebe, 2007). Att stärka upplevelsen av procedurmässig rättvisa och därmed minska upplevelsen av tvång borde vara angeläget då hög grad upplevt tvång har visat sig korrelera med sämre behandlingsallians (Theodoridou et al., 2012), och låg grad upplevt tvång korrelerar med symtomförbättring (Katsakou et al., 2010). Hur den inledande vården under tvång erfars tycks också ha betydelse för behandlingsutfallet (Priebe et al., 2009)

Tvångsvårdens förtjänstfullhet och dilemma vid ätstörning. Syftet med vård enligt LPT (1991:1128) är att "sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver" (2 §). Det antas således att även vård mot patientens vilja bidrar till förbättringar (Wadefjord, Bäckström & Kjellin 2008). Enligt Elzakker et al. (2014) förefaller tvångsvård för ätstörda patienter vara en förtjänstfull insats då utfallet för patienter i tvångsvården liknar det som var i den frivilliga vården. Dessutom, menar Elzakker et al. (2014), är den tvångsvårdade patienten i allmänhet mer illa därän avseende symtom och komorbiditet än patienten i frivillig vård. Men så länge det saknas longitudinella studier är den långsiktiga effekten för ätstörningspatienter osäker vilket Elzakker et al. (2014) är noga med att betona.

Avseende tvångsvårdens inverkan på behandlingsalliansen finner flera, av de i Elzaker et al. (2014) ingående studierna, inga negativa samband. Utifrån en liknande litteraturoversikt av Douzenis och Michopoulos (2015), dras däremot slutsatsen att det är väl befogat att problematisera tvångsinslagets inverkan på behandlingsalliansen.

Elzaker et al. (2014) tar upp huruvida det, med tanke på hur lite vi vet om den anorektiska patientens förmåga att fatta beslut om sin behandling, är riktigt att hänvisa till brister i denna då beslut fattas mot deras vilja. En försvårande dimension av insiktsbegreppet är enligt Bryden (2010) att det inte bara syftar på förståelsen för sjukdomens allvar, utan också kräver en förmåga att applicera förståelsen för sjukdomen på den egna situationen. I studien av Tan et al. (2003) beskriver patienterna valfriheten som mindre angelägen än relationen till de som utför vården. Valen som är viktiga för deras behandling anser de vara grundade i tillit och trygghet.

Tvångsvård för patienter med svår ätstörning är ivrigt omdebatterat men i litteraturen anser de flesta att tvångsvården är berättigad om patienten riskerar att dö av sin sjukdom (Elzaker et al., 2014). Ett undantag är Rathner (1998, refererat i Bryden, 2010) som anser att den frivilliga vården av patienter med AN innehåller så många moment av informellt tvång att formell tvångsvård är ”ett tvång för mycket” (one coercion too many s 846). Detta resonemang utgår från tanken om att det är den anorektiska patientens behov av kontroll som försvårar i behandlingen och att ytterligare kontroll från vården, i form av tvångsvård, därför är kontraindicerat.

Holm et al. (2012) reflekterar i sin studie över fem patienter som dött av sin ätstörning. Holm et al. (2012) menar att patienterna, i relation till sina långvariga och svåra ätstörningar, vårdats under tvång i begränsad omfattning. Missriktad respekt för patientens autonomi och uppgivenhet över deras sjukdomstillstånd, är enligt Holm et al. (2012) faktorer som exponerade patienterna för ätstörningens skadeverkningar och livshotande villkor. Holm et al. (2012) framhåller tvångsvården som en nödvändighet – även om den tillfälligtvis inverkar negativt på patientens motivation till förändring. Bryden (2010) formulerar sig på liknande sätt kring tvångsvård för patienter med stark fobi för viktuppgång och bristande insikt i tillståndets fara.

Att studera patienters upplevelse av tvångsvård i ett retrospektivt skede är enligt Høyer (1999) behäftat med svårigheter, då många studier visat att det finns en benägenhet hos tvångsvårdade patienter att uttrycka allt färre negativa attityder till tvångsvården ju längre tid som passerar. Detta bekräftas i Socialstyrelsens rapport (2011) där relativt få patienter uttalade sig markant kritiskt mot tvångsvården, trots att de kunde erinra sig negativa upplevelser och en känsla av obehag i relation till tvångsvården. Enligt Gardner et al. (1999) tycks även de patienter som upplevt sig svårt kränkta av och under tvångsvården, i ett retrospektivt skede, betrakta den som nödvändig.

Risken finns, säger Høyer (1999), att det utifrån detta dras slutsatser om att patienten först i efterhand kunnat se till sitt eget bästa och att detta resonemang används för att rättfärdiga tvångsvård.

Enligt Høyer (1999) kan patienters tendens att förändra sina attityder gentemot vården i efterhand vara uttryck för uppgivenhet eller beroendeställning snarare än tacksamhet, och Skårderud och Fonagy (2012) ser denna form av anpassning som ett sätt varpå ätstörda patienter hittar en allierad som lindrar det förvirrande och plågsamma tillstånd de befinner sig i. Skårderud och Fonagy (2012) påtalar också att upplevd hotfullhet, krav och förväntan från vården tenderar att väcka rädsla, protester och envishet vilka alla i sin tur minskar på utrymmet för att mentalisera.

Tidigare forskning av anorektiska patienters upplevelse av tvångsvård

Det finns få studier av anorektiska patienters upplevelse av sin tvångsvård. Tan et al. (2003; 2010) har presenterat två studier, och Guarda et al. (2007) en studie av ätstörda patienters upplevelse av informellt tvång. Enligt Tan et al. (2003) har det i ätstörningssammanhang varit av intresse att studera kontroll som ett personlighetsdrag, och hitta terapiformer som rör på tvångsmässighet och klinisk perfektionism, medan mindre fokus ägnats åt patienters och deras familjers konceptualisering av kontroll och deras inställning till tvångsvård.

Trots att inga specifika frågor ställdes kring kontroll i studien av Tan et al (2003) gavs många spontana reflektioner kring kontroll och kontrollförlust. Många framhöll ironin i att deras strävan att kontrollera sig själva hade lett till att de blev kontrollerade av sjukdomen. Att ta emot behandling var för många detsamma som att lämna över hela kontrollen över sig själv till någon annan. Många patienter betonade vikten av att få valmöjligheter och utrymme för kontroll – inte minst för att själva välja att kämpa mot sjukdomen istället för mot familj och professionella. Men - likväl som betydelsen av självständighet och valfrihet uttrycktes, så framhölls behov av hjälp och stöd och av vissa också en önskan om vägledning och utifrån kommande kontroll.

Huvudfyndet hos Tan et al. (2003) var att de flesta patienter rapporterade att tvångsvården var självbegränsande (self evidently) såtillvida att det inte gick att låta någon dö av sin AN. Många nämnde att deras låga vikt hade gjort dem oförmögna att fatta egna beslut. Uppfattningarna kring tvångsvården var, som tidigare nämnts, mer relaterad till hur relationen till vårdgivarna såg ut och hur vården utfördes, än till de formella betingelserna för vården.

I en senare studie av Tan et al. (2010) upplevde vissa patienter att hotet om tvångsinsatser ”höll dem igång”, medan andra upplevde att samma hot fick dem att dra sig undan vården de erbjöds. Ett resonemang fördes i studien, kring att vissa patienter förmodligen skulle kunna ha dragit fördel av att tvångsvård sattes in innan sjukdomen gick för långt. Vissa helt återställda patienter kunde också framföra en tacksamhet mot tvångsvården i ett retrospektivt perspektiv. Men – påpekade Tan

et al. (2010) - även de som framhöll att tvångsvården var rätt val för dem beskrev tvångsvård som något straffande, smärtsamt och tillfångatagande. Liknande resultat presenterades i studien av Guarda et al. (2007).

Upplevelsen av motivation och tillfrisknande hos patienter med AN

Föreliggande studie gör inte anspråk på att undersöka hur upplevelsen av tvångsvård inverkar på tillfrisknandeprocessen, men i viss mån kommer resultatdiskussionen belysa hur deltagarna upplever att tvångsvården ökar respektive minskar deras motivation att bli friska. Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud, Geller och Holte presenterar i en första studie från 2008 vad anorektiska patienter tror kan öka deras angelägenhet om att bli friska. De motivationsteman som framträder är känslan av vitalitet, känslan av autonomi, känslan av insikt samt negativa konsekvenser avseende framtiden, relationer och kroppen. Det framkommer också att patienter kan ha en stark önskan om att bli friska utan att detta åtföljs av en intention att förändra det ätstörda beteendet.

I en uppföljande studie fokuserar Nordbø et al. (2012) på det som istället minskar anorektiska patienters önskan om tillfrisknande. Detta är andras uttryckta eller icke-uttryckta åsikter (perceiving judgement); upplevelsen av att tillfrisknande är omöjligt och hopplöst, och att känna sig fast och tillfångatagen (feeling stuck); ett tillstånd av ledsenhet, obehag och oro oavsett anledning (being distressed); förnekande av ätstörningen; tanken på mat och ätande; viktuppgång; samt upplevelsen av att sjukdomens positiva aspekter överglänsar de negativa (appreciating the benefits).

I båda studierna (Nordbø et al., 2008; 2012) framkommer att patienternas önskan om att tillfriskna fluktuerade i intensitet och varaktighet mellan och inom deltagarna.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka anorektiska patienters upplevelse av tvångsvård utifrån en psykologisk ram för att nå fördjupad förståelse för deras erfarenheter.

Metod

Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ ansats som är lämplig när forskaren söker fördjupad förståelse för andras erfarenheter. Intresset har handlat om den unika upplevelsen och har således inte haft ambitionen att söka generaliserbar kunskap eller hitta orsakssammanhang. Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade intervjuer.

Den kvalitativa ansatsen grundas på fenomenologi och hermeneutik där forskaren utgår från den egna förkunskapen i studiet av andras livsvärld – ett begrepp som både beskriver levnadsförhållanden och upplevelsen av dessa (Patel & Davidson, 2011). Fredrik Svenaeus (2003) beskriver att fenomenologins upplevelsebaserade och hermeneutikens tolkningsbaserade perspektiv lämpar sig synnerligen väl för att fördjupa förståelsen för den medicinska praktikens särskilda

villkor. Forskarens förförståelse och förkunskaper är enligt Svenaeus (2003) de teoretiska verktyg som krävs för att nå den omedelbara upplevelsen av sjukdomen eller vårdens betingelser.

Författarnas strävan efter ökad förståelse för deltagarnas upplevelser av tvångsvård tog sin utgångspunkt i den behandlande professionen. Möjligen uppmuntrade detta deltagarna att beskriva sina erfarenheter av tvångsvård utifrån både den sjukas och den friskas upplevelsevärld, då de alla återkom till ambivalensen i förhållande till sjukdomen. Svenaeus (2003) hänvisar här till Susan Sontags begrepp ”dubbla medborgarskap” där den sjuka individen kan tänkas ha ett medborgarskap i det friska livets strukturer och ett i det sjuka livets strukturer.

Förförståelse för aktuell kontext och diagnos fanns utifrån profession och person och användes i såväl förberedelser, under intervjuerna och i analysen av dessa. Förförståelsen upplevdes, av författarna, som en förutsättning för meningsfulla samtal och resonemang tillsammans med deltagarna (Patel & Davidsson, 2011). Processen har dock genomsyrats av ett kritiskt förhållningssätt till processen och hur denna påverkats av författarnas förförståelse, och av att en intervjuare fanns med i behandlingskontexten. Författarna har således varit väl medvetna om självrapporteringens komplexitet och hur den semistrukturerade intervjuens berättelse alltid är influerad av samspelet mellan deltagare och intervjuledare (Polkinghorne, 2005).

Den semistrukturerade formen för intervjun gjorde det möjligt att ställa förutbestämda frågor men också att fråga vidare utifrån deltagarnas svar (Kvale & Brinkman, 2014). Den gav också utrymme för deltagarnas egna berättelser och associationer. I detta krävdes att författarna medvetandegjorde sig om förhållandet mellan det uttryckta och den verkliga erfarenheten, där deltagarnas berättande var starkt påverkat av deras förmåga till reflektion och kommunikation (Polkinghorne, 2005). Hur deltagarens språk och dialogen som uppstod definierade upplevelsen av tvångsvården har författarna fått påminna sig om (Willig, 2013).

De frågor som intervjun utgick från, kring deltagarnas upplevelser av tvångsvården, uppkom utifrån kommentarer och reflektioner från patienter och personal på Ätstörningscentrum. Frågor som upplevdes vara relevanta, utifrån verksamhetens fortsatta arbete och för patienternas bästa, inkluderades. När intervjuguiden var sammanställd diskuterades denna, utifrån rimlighet och relevans, med behandlare på avdelningen och vissa tillägg gjordes.

För analys av insamlat material användes den kvalitativa analysmetoden tematisk analys, vilken är en metod att upptäcka och organisera meningsbärande mönster i material (Willig, 2013). Analysprocessen var induktiv i den meningen att teman identifierades utifrån insamlat material, för att sedan knytas till teori (Willig, 2013). Men även om författarna inte närmade sig materialet med på förhand identifierade hypoteser eller teorier i åtanke, så användes författarnas teoretiska och kliniska

förförståelse när teman arbetades fram. Analysen och tematiseringen gjordes utifrån deltagarnas faktiska uttalanden och beskrivningar och inte utifrån tolkande av eventuell underliggande mening i det sagda. Analysen skedde således på en semantisk nivå (Braun & Clarke, 2006).

Deltagare

Studiens deltagare bestod av elva personer som vid minst ett tillfälle vårdats på slutenvårdsavdelningen för ätstörningar (ätstörningsavdelningen) i Lund. Ätstörningscentrum, eller Ätstörningsenheten som var namnet vid tiden för intervjuerna, består av en slutenvårdsavdelning med 11 platser, en öppenvårdsmottagning och en dagvårdsmottagning. Ätstörningscentrum är en del av Lunds vuxenpsykiatri och tillhör specialistpsykiatri. På ätstörningsavdelningen finns psykolog, specialistläkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, skötare och kurator. Somatisk omvårdnad och olika behandlingsinsatser för ätstörning erbjuds.

Ingen av deltagarna vårdades på ätstörningsavdelningen när de tillfrågades att delta i studien men två deltagare deltog i Ätstörningscentrums dagvårdsprogram. Övriga deltagare fick någon form av öppenvårdsbehandling för sin ätstörningsproblematik, undantaget en deltagare som deltog i en behandling där ätstörningen inte var den primära anledningen till vård. Av deltagarna är nio kvinnor och två män och de är födda mellan 1974 och 1994.

AN (F500 och F501 hos två deltagare) var deltagarnas huvuddiagnos, och anorexins allvarlighetsgrad anledningen till att det hade fattats beslut om tvångsvård. Deltagarna hade vid tiden då de tillfrågades att delta i studien ett BMI på minst 16. De tillfrågades muntligen om sin vikt och BMI. Vid deltagarnas senaste vårdperiod på ätstörningsavdelningen hade tre deltagare en eller flera bidiagnoser.

Datinsamling och material

För att ta del av deltagarnas upplevelser användes semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide med elva frågor (se bilaga 1). Ljudupptagning gjordes med ljudbandspelare samt videokamera utan bildinspelning.

Procedur

Utifrån studiens syfte att undersöka anorektiska patienters upplevelser av tvångsvård, tillfrågades personer som, vid minst ett tillfälle, vårdats enligt LPT på ätstörningsavdelningen.

Deltagare valdes ut genom att samtliga personer som vårdats enligt LPT kontaktades från studiens startdatum och kronologiskt bakåt i tiden. Patienter som, vid studiens startdatum, tvångsvårdades eller vårdades på ätstörningsavdelningen tillfrågades inte. Detta för att personen inte skulle behöva beskriva upplevelser av en pågående behandlingssituation. De personer som uppgav att de hade ett BMI under 16 exkluderades ur studien. Syftet med detta var att alltför lågt BMI skulle

kunna försvåra reflektion på grund av nedsatta kognitiva förmågor. Det fanns också en risk att en person med lägre än 16 i BMI skulle vara för sjuk för att kunna beskriva upplevelser utifrån ett behandlingsförlopp.

Elva personer tackade ja till att delta i studien. Fyra personer som kontaktades valde att inte delta i studien. Två personer gick inte att få tag i efter det att försök till telefonkontakt gjorts vid tre tillfällen under en fyraveckorsperiod. Två personer som över telefon tackat ja dök inte upp på inbokad intervjuetid. En person hade avlidit. Två personer som tillfrågades uppgav att de hade ett BMI under 16 och blev därför inte aktuella för intervju.

Förfrågan om att delta i studien ställdes muntligen i samband med kontakt med Ätstörningscentrum eller över telefon. Vid detta tillfälle gavs också information om syftet med studien, samt försäkran om frivillighet och anonymitet. De som kontaktades erbjöds även att få läsa intervjuens frågor, alternativt få dem upplästa per telefon. Två personer önskade detta innan de tackade ja till att delta i studien.

Intervjuerna genomfördes i Ätstörningscentrums öppenvårdslokaler. Då en av författarna tjänstgjorde på Ätstörningscentrum vid tiden för studien, och hade haft tre av deltagarna i behandlingskontakt, genomfördes dessa tre intervjuer av en kollega på Ätstörningscentrum. En av intervjuerna fick göras två gånger då ljudinspelningen vid det första tillfället inte fungerade. Både intervjuare och deltagare uppgav dock att de uppfattade beskrivningarna som snarlika vid de båda tillfällena.

Innan intervjun fick deltagarna ytterligare en gång information om syftet med intervjun och en blankett om informerat samtycke undertecknades (se bilaga 2). De som hade vårdats enligt LPT på ätstörningsavdelningen vid fler än ett tillfälle gavs frihet att själva välja utifrån vilken erfarenhet de ville beskriva sin upplevelse. Intervjuerna varade mellan 45 minuter och 2 timmar och 15 minuter.

Dataanalys

De genomförda ljudinspelade intervjuerna transkriberades och det nedskrivna materialet analyserades. Som Kvale och Brinkman (2014) tar upp innebär transkribering en översättning från talat till skriftligt språk, och i denna process kan subtil språklig information gå förlorad. Som ett sätt att minska denna informationsförlust spelades intervjuerna in i sin helhet och transkriberades av en av författarna. Samma förfaringssätt användes vid alla intervjuer. Intervjuerna transkriberades ordagrant så långt det var möjligt och passager som inte gick att höra markerades i utskriften.

För att beskriva analysförloppet, och öka tydligheten och transparensen, har Braun och Clarke (2006) tagit fram stegvisa riktlinjer att följa i den tematiska analysen. Författarnas ambition var att vara trogna dessa riktlinjer.

Första steget i den tematiska analysen innebar att samtliga intervjuer lästes igenom av båda författarna. Därefter valdes två intervjuer slumpvis ut för separat genomläsning av båda författarna. Utifrån denna genomläsning nedtecknades idéer och utsagor som bedömdes vara relevanta utifrån studiens syfte.

I nästa skede diskuterade författarna dessa två intervjuer och utsagorna beskrevs kort eller kodades som ett första försök att hitta återkommande och meningsfulla mönster i materialet.

Därefter organiserades de identifierade koderna till mer övergripande teman. Arbetet innebar att de koder som framtagits skrevs upp på en whiteboard för att författarna skulle kunna överblicka och upptäcka kluster som i sin tur grupperades samman till avskilda teman. Diskussioner fördes och konsensus nåddes. Teman bedömdes utifrån relevans för studiens frågeställning samt utifrån huruvida de utgjorde innehållsmässigt identifierbara och väl urskiljbara mönster som fångade deltagarnas berättelser. I arbetsprocessen modifierades och ändrades teman.

Nästa steg i analysarbetet var att åter gå tillbaka till materialet som helhet för att fånga upp samtliga utsagor som berörde de teman som framtagits. Slutligen lästes samtliga utsagor under varje tema igenom för att säkerställa att varje tema kunde sägas utgöra en egen, urskiljbar och meningsfull enhet. För att göra de olika temana tydliga gjordes en kort beskrivning av varje tema och dessa namngavs. De nio teman som slutligen utgör studiens resultat har alltså bedömts vara relevanta utifrån studiens syfte samt kunna spegla sammanhållna mönster i deltagarnas beskrivningar.

För att läsaren ska kunna följa och värdera tolkningsprocessen, en viktig del i bedömningen av kvalitativa studier (Morrow, 2005), har teman beskrivits med belysande citat.

Etik

Föreliggande studie initierades som en del i Ätstörningscentrums kvalitetssäkringsarbete, med strävan att nå ökad förståelse och förbättring av patienternas förhållanden och behandling.

Genomgående har ambitionen varit att, kontinuerligt under arbetets gång, göra etiska överväganden och att ha ett etiskt förhållningssätt. De etiska utgångspunkter som beskrivs av Kvale och Brinkman (2014) och Willig (2013) har varit vägledande. Dessa punkter rör informerat samtycke, forskarens roll, den kvalitativa forskningens konsekvenser samt konfidentialitet.

För att säkerställa informerat samtycke fick deltagarna först muntlig och därefter skriftlig information om studiens syfte, vilka frågor som skulle ställas samt försäkran om anonymitet och frivillighet. Det skriftliga informerade samtycket försäkrades i ett så kallat samtyckesformulär (bilaga 2).

Deltagarna fick också muntlig information om att de när som helst skulle kunna avbryta deltagandet i studien. Vidare informerades deltagarna om att det gick att kontakta intervjuarna i

händelse av att frågor och funderingar skulle uppkomma efter intervjun. Deltagarna fick också information om att det fanns möjlighet att ta del av studiens resultat.

I slutet av intervjun tillfrågades deltagarna om det var något de ansåg vara viktigt kring deras upplevelse av tvångsvård som intervjuaren inte frågat om. De fick även frågan om hur de upplevt intervjun och hur det hade varit att tänka tillbaka på tiden med LPT. Efter att bandspelaren stängts av upprepades frågan om hur de upplevt intervjun.

Båda intervjuarna var vid tiden för intervjuerna anställda på Ätstörningscentrum, vilket innebar att flertalet av deltagarna vid något tillfälle träffat på intervjuarna under sin behandling. Ingen deltagare intervjuades av den person som de haft en terapeutisk relation med. Att båda intervjuarna, och en av författarna till föreliggande studie, var anställda på Ätstörningscentrum medverkade till etiska reflektioner kring forskarens oberoende och ansvar för att lägga fram tillförlitliga resultat på ett sätt som går att få inblick i (Kvale & Brinkman, 2014; Willig, 2013).

Forskaren har också ett ansvar att skydda deltagarna från den skada som kan uppstå i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkman, 2014; Willig, 2013). Författarna tog, i samråd med studiens handledare, ställning till om fördelarna med att få en ökad förståelse för anorektiska patienters upplevelse av tvångsvård, uppvägde risken för lidande i samband med och efter intervjun.

Författarna har lagt särskild vikt vid att försäkra konfidentialitet avseende personlig information och studiens material (Kvale & Brinkman, 2014; Willig, 2013). Inspelade intervjuer och samtyckesblanketter har förvarats åtskilda och material som kunnat härledas till en speciell person har avidentifierats, kodats och kommer att raderas när de inte längre behövs för studien. För att skydda deltagarnas anonymitet i resultatdelen benämns samtliga deltagarna som hon.

Resultat

För att ge en autentisk bild av deltagarnas upplevelser har dessa presenterats med ordagranna citat. När längre stycken återges och det förekommit meningar som i sammanhanget inte tillfört något har dessa exkluderats, något som i texten markeras med en parantes med tre punkter i (...). Dröjande svar åskådliggörs med tre punkter. I vissa fall har ordföljden i citaten ändrats för att öka läsbarheten, och några gånger görs ett tydliggörande inom parantes för att det ska bli begripligt vad deltagaren syftar på. Som en hjälp till läsaren har författarna valt att använda:

Några	2-3-4 deltagare
Flera	5-6-7 deltagare
De flesta	8-9-10 deltagare
Samtliga	11 deltagare

Negativa och ambivalenta känslor

Samtliga deltagare kom ihåg att de reagerade starkt på beskedet att vården skulle konverteras från HSL till LPT. Mest framträdande var ilska och frustration men flera vittnade om ledsenhet och besvikelse, och några om känslor av rädsla och skam. De flesta beskrev att de starka känslorna var samtidigt till sin karaktär, eller att de avlöste varandra:

Ja, jag blev ju väldigt ledsen och arg och det var mycket som kändes då. Och lite förvånad, överraskad, att det blev som det blev. (deltagare 10)

Jag blev jättearg. Väldigt upprörd och tyckte att det var jättejobbigt (...). Och sen blev jag såklart lite rädd också. För man vet inte riktigt hur det kommer att se ut, vad som kommer att hända. Allt blir ganska ovisst på något sätt. (deltagare 3)

Återkommande redogjordes för upplevelsen av utsatthet och ensamhet och de negativa känslorna var hos flera deltagare kopplade till att de tyckte att beslutet var felaktigt, orättvist och oberättigat. En deltagare berättade att hon blev arg och upprörd men också om upplevelsen att beslutet var ogrundat:

Jag ansåg inte att jag var i det fysiska skicket som krävs för att man skall sätta LPT. Utan jag... jag mådde ju ändå bra liksom. Visst, jag var lite trött men förutom det så kände jag mig fullt frisk liksom. (deltagare 3)

Några deltagare beskrev överraskning och närmast chock över att beskedet kom även om de också, på samma gång, hade kunnat förutse att det skulle ske:

Jag insåg det inte (att vården skulle konverteras) men jag blev ju varnad flera gånger av läkare (...). De hade satt en viktspärr till mig. Att du inte får gå under denna för då får vi lägga in dig och jag gick under den (viktspärren). Alltså långsamt fortsatte jag vandra neråt liksom. Ett par hekto men ändå stadigt nedåt och de sa att förstår du att det här inte är bra? Nu är det allvarligt liksom och vi måste vända detta och annars blir det inläggning och... Så de försökte nog ta upp det med mig men jag... ja, jag såg mig väl inte som så sjuk att man kunde göra så. (deltagare 9)

Trots att samtliga deltagare erinrade sig starka negativa känslor då de insåg att deras vård skulle konverteras, nämnde flera deltagare en ambivalens som reaktion på beskedet. Ambivalensen

beskrevs härröra från upplevelsen att det, inom dem, fanns en sida som ville bli frisk och en sida som ville fortsätta i sjukdomen:

Ja alltså, det är ju på två plan. På det ena friska, eller mer friska planet, så var det ju rimligt liksom och de andra planerna (för livet) hade ju varit ganska orealistiska. Liksom jag insåg väl det någonstans. Fast jag ville väl inte titta på det ordentligt. Så att den friska delen ser ju... såg ju att det var rimligt och att det här nog var rätt beslut. Sen är det ju alltid liksom den sjuka delen som kämpar emot oavsett vad det gäller. Så det är ju dubbelt. (deltagare 9)

Mmm... alltså jag kan tänka liksom att jo, men det är väl klart att det var bra, annars hade jag ju gått ner mer i vikt. Samtidigt som känslan är att jag ville ju... jag behövde ju gå ner mer i vikt. Alltså det blir lite dubbla sidor på det hela. (deltagare 3)

För en deltagare, som kände sig splittrad över beslutet, var det tydligt att hon både önskade få hjälp och ville bli lämnad ifred:

Jag blev väl, jag blev väl arg, tror jag. Men, alltså jag var ju förvirrad, jag var ju lite sån ja... jag mådde konstigt. Man jag ville ju inte stanna på avdelningen. Men inte så jätte... alltså för jag menar, jag var ju rätt så splittrad. För att de var ju... hälften ville ju därifrån och hälften ville ju få hjälp, så det var ju liksom... den ena hälften blev arg och den andra liksom lättad över att den andra hälften inte hade så mycket att säga till om. (deltagare 1)

Insikten i att vårdformen inte längre var frivillig bidrog således till starka reaktioner hos samtliga deltagare. Ett ambivalent förhållningsätt gentemot tvångsvården genomsyrade flera berättelser och deltagarnas samtidiga och tudelade känslor kommer att beskrivas närmare under temat ”kamp, kontroll och ansvar”.

Att känna sig kränkt och maktlös

En upplevelse som återkom hos samtliga deltagare var att, i någon form och under någon del av tvångsvården, ha känt sig förminskade eller kränkta. Vanligt var att känslan av kränkthet infann sig när vården konverterades från HSL till LPT. Flera deltagare beskrev att omgivningen inte tycktes se människan bakom sjukdomen, eller anse deras upplevelse vara värd att lyssna på:

Nej men att man inte lyssnades på... att man liksom vyssjades undan. Att man inte räknades riktigt. Jag förstod inte mitt eget bästa, så man kunde liksom inte prata med mig som en människa riktigt, utan jag var för sjuk för att kunna resonera med. (deltagare 8)

Jag kommer faktiskt inte riktigt ihåg (konverteringstillfället) men vi var flera och dom lyssnade inte direkt. Dom lyssnade bara på överläkaren. Men... men såhär är hon och hon är inte vid sitt sinnes fulla bruk. Och det var jag nog inte heller helt hundra men jag tyckte inte de lyssnade. (deltagare 7)

Känslan av att bli kränkt som person beskrevs även som en maktlöshet där flera deltagare upplevde en ojämn maktfördelning:

Den största anledningen till att jag kände mig så kränkt var ju för att... det var ju inte för att jag fick ett LPT, utan det var ju alla restriktioner som fattades på avdelningen (...). Alltså nu var det ju kanske inte så, men när de sa det till mig i det läget jag befann mig i då, då kändes allting som att det var det här med makt. Alltså att de ville visa att de hade makten för att jag hade LPT och har ingen talan. Det var väl det som var det jobbiga. (deltagare 4)

Erfarenheten av att vara föremål för andras beslut och inskränkt frihet ledde hos några deltagare till upplevelsen av en genomgripande förlust av självbestämmande:

Ja, för jag fick ju inte bestämma någonting alls med det (LPT) ju. Det var ju de som fick bestämma över mig helt. (deltagare 6)

För en deltagare präglades hela behandlingsförloppet av känslan av kränkning, underläge och maktobalans. Detta fick till följd att hon fokuserade på denna upplevelse snarare än på sjukdomen och behandlingen:

En stor del av min behandling gick nu ut på att släppa det här med att jag kände mig kränkt och överkörd. Alla sa till mig att liksom släpp det som du ändå inte kan göra något åt och fokusera på varför du är här och på att bli frisk. Och det låter ju jätteklokt och vettigt men jag kunde ju inte det, utan mitt fokus låg bara på att vara arg och frustrerad över det här som jag inte kunde göra något åt. Att jag var inlåst och ja, att folk hade liksom... att jag inte hade några rättigheter alls. På något sätt tog det över allt i min värld. (deltagare 8)

Tydligt framgick att deltagarna upplevde såväl formella som informella aspekter av tvångsvården som kränkande, och i vissa fall levde känslan av kränkthet och maktlöshet kvar under lång tid. Det fanns hos flera deltagare en erfarenhet av att de under tvångsvården blev ett med sin sjukdom, och att de stundvis också framstod som någon som var oförmögen att klara någonting och inte värd att lyssnas till.

Kamp, kontroll och ansvar

Vården konverterades på grund av att frivillig behandling ansågs vara omöjlig att bedriva, och deltagarna var tvungna att förhålla sig till den konflikt som uppstod i att ta emot vård mot sin vilja. De formulerade hur tvångsvården i ett inledande skede blev något konkret att kämpa mot – ibland med den sjuka sidan av dem som sin främsta lierade. Successivt avtog dock kampen till förmån för att ansvaret för behandlingen blev mer och mer deras eget. Men – för vissa fortsatte kampen och ibland fördes denna, som tidigare nämnts, på bekostnad av tillfrisknandeprocessen.

De flesta deltagare framhöll att det var just i den inledande fasen av tvångsvården som det fanns ett behov av att få reagera och en deltagare berättade om viljan att ”streta emot” och att hon ”var lite motstridig precis i början”. Några upplevde att deras låga vikt och sjukdomstillstånd medverkade till egensinne och en negativ hållning gentemot vården och behandlarna:

Alltså man hade ju en svälthjärna och förstod ingenting, jag tyckte allting var jättefel.

(deltagare 4)

När man är så pass uppe i svälten, eller nere i svälten, då kan man inte tänka realistiskt.

(deltagare 5)

Precis som att motviljan till vård sattes i relation till en låg vikt, så betraktade några deltagare att viktuppgång och ätande medverkade till ett större deltagande i vården:

Men ja, tillslut så, efter ett tag så liksom... Det hängde ju ihop med viktuppgången, alltså att jag ville bli bättre och då spelade LPTet inte så stor roll, utan det fanns där men det påverkade inte så mycket. Och då kvittade det ju, för att då, då gjorde det ju ingenting. Jag ville ju stanna och bli bättre. (deltagare 1)

Hos flera deltagare fanns liknande beskrivningar av en process där de gick från att göra motstånd och vara kritiska mot tvångsvården till högre grad av samarbete:

Eh, i början så var jag väldigt mycket emot att jag hade fått LPT, så då gick jag emot all vård och allt stöd och då var jag bara emot allting men sen, efter ett par veckor, så insåg jag ju att de bara hade försökt att hjälpa mig så då blev jag ju mer öppen för vården... Eh, och då såg jag den mer som en hjälp och då ville jag verkligen kämpa och göra allt för att... ja, få tillbaka mitt vanliga liv och slippa LPT. (deltagare 2)

Att tvångsvården tog över ansvaret för dem upplevdes av flera deltagare som en lättnad och de uttryckte att det var skönt och vilsamt att ”låta någon annan ta vid”. En deltagare berättade att det

var skönt att den sjuka sidan ”inte hade så mycket att säga till om”, och en annan berättar uppgivet att ”den sjuka delen kämpar emot oavsett vad det gäller”. Tvångsvården blev som en slags frist från det inre kriget mot sjukdomen, den friska sidans lierade som gjorde det lättare att stå emot den högröstade sjuka sidan.

Genom att ta kontrollen från sjukdomen så får ju det friska, tror jag, lite mer plats att liksom styra än tidigare och det kan väl ge en något positivt lugnande känsla. (deltagare 9)

Jag liksom kände att jag inte behövde vara den som stod längst fram liksom redo och besegra sjukdomen (...). Det är skönt att börja med LPT när man är så pass sjuk, så man har lite som en ryggrad, eller en vägg att luta sig mot liksom. Där (i LPT) har du ju en ram att röra dig inom och sen liksom öppnas grindarna sakta men säkert liksom. (deltagare 11)

För flera deltagare var alltså upplevelsen av lättnad kopplad till att, om än tillfälligt, slippa kampen mellan den friska och sjuka sidan inom sig och flera deltagare formulerade att de behövde utifrån kommande hjälp och vägledning:

Det behövdes just då att någon annan liksom ingrep och faktiskt styrde upp det hela för jag hade inte klarat det själv - det hade jag inte gjort. (deltagare 4).

På något sätt en kontrollerad kontrollförlust. Jag vet inte men alltså just att slippa ta ansvaret, att ta det här beslutet själv. För då kände jag att då vill jag kontrollera mer, då vill jag ha mer koll på läget. Nu finns jag i det här, så får jag liksom se vad som händer. (deltagare 9)

Alltså det var ju att jag inte hade något eget val. Att jag la lite på vården då - personalen. Att till exempel när jag skulle äta, så var det någon annan som hade bestämt att jag skulle få äta det här, så då var det väl inte lika mycket krig inom mig om jag skulle äta eller inte, utan jag visste att jag var tvungen. (deltagare 5)

En fas av motstånd, och sedan eventuellt av lättnad och av högre grad av medverkan, var det flera deltagare som vittnade om. Det framkom en angelägenhet om att göra kampen mot sjukdomen till en mer självständig kamp, och några beskrev också hur de successivt tog ett större eget ansvar över sig själva, behandlingen och det egna tillfrisknandet:

Även om det var väldigt svårt och jobbigt och negativt i början så förändrades det ändå till något bättre, så sen under behandlingstiden och jag fick mer motivation och kände att jag ändå orkade mer och ville jobba mer än jag gjort tidigare. (deltagare 9)

Det var skönt för det kändes som att folk litade på mig igen. Att jag kunde ta eget ansvar. Ehh att de vågade släppa taget (...) jag blev nästan ännu mer öppen för att ta emot vården och få hjälp och ja, visa för mina behandlare att jag ville komma mot det friska och så. (deltagare 2)

I intervjuerna blev det tydligt att deltagarna ömsom förde en kamp mot tvånget, ömsom mot sjukdomen och att det var olika svårt för dem att någon annan tog ansvar över deras liv och kontroll över deras ätande. Flera beskrev att kampen mellan det friska och sjuka fanns med dem hela vårdtiden. En av deltagarna erfor en ovilja mot tvångsvården som vare sig gav utrymme för ansvarsöverlämnande eller samarbete. För denna deltagare var tvångsaspekten en försvarande faktor då hon riktade kampen mot denna istället för mot sjukdomen. Hon beskrev i intervjun hur det i den ”fientlighet” hon kände mot vårdformen också blev omöjligt att förlika sig med den vikt hon kom upp i:

Men det är alltså väldigt stor skillnad att tvingas upp i vikt eller att göra det på egen hand. För jag gick ju ner direkt igen när jag kom ut. Jag kände liksom att det inte var... det var inte en kropp som jag... alltså, det var en kropp som liksom dom hade byggt på något sätt. Det var inte min kropp och det var inte det jag ville. Det (viktuppgången) var bara ett medel att ta mig därifrån och komma ut... (deltagare nr 8)

För denna deltagare uppstod ingen process under tvångsvården – en process som flera andra beskrev gå från att bli fråntagen det egna ansvaret till att själv börja ansvara för sitt tillfrisknande.

Tankar om omgivningens reaktioner

Deltagarna tillfrågades hur de upplevde att deras omgivning reagerade på att tvångsvård initierades. Vem/vilka deltagarna i detta sammanhang tänkte på som anhörig var olika - föräldrar var vanligast men några deltagare tänkte på partner och barn. Det ställdes också frågor kring deltagarnas upplevelser och erfarenheter av personalen. Hur trodde de att läkarna och behandlarna hade resonerat kring deras tvångsvård, och hade tvångsbetingelserna påverkat behandlingsrelationerna?

Alla utom en deltagare beskrev att deras anhöriga förmodligen blev lättade över beskedet om tvångsvård. Den deltagare som inte formulerade sig kring anhörigas lättnad tänkte att hennes

anhöriga mest hade varit ledsna över att hon var sjuk och behövde vård överhuvudtaget. Att anhöriga, parallellt med lättnaden, troddes beklaga att sjukdomen resulterat i tvångsvård vittnade ytterligare några deltagare om:

Jag tror att de blev ganska lättade, för dom visste att... nämen att nu kommer jag att få hjälp oavsett om jag vill eller inte liksom. Sen är det klart att de tycker det är jättejobbigt att det skall behövas ta till... att man skall behöva ta till sådana metoder, för att jag inte är riktigt mottaglig för den typen av vård, som man får när man är på HSL. (deltagare 3)

En deltagare tänkte att hennes föräldrar kände sig lättade och lugnare av att själva bli avlastade i den ansvarsbörda de kände:

Just för att de inte kunde hantera sin oro för mig och det blev bråk och vi var ledsna och det var väldigt jobbigt och när jag sedan blev inlagd, så blev de så lugna och de slapp liksom... De kunde bara vara föräldrar utan att liksom behöva gå in i det att bråka om mat och så, för att de visste att det hanterade de på avdelningen. (deltagare 8)

Med något undantag var deltagarna ganska fåordiga då de ombads reflektera kring anhörigas reaktioner. Ordvalet blev, kanske av naturlighet, något spekulativt och det framkom inte i vilken omfattning de hade pratat om tvångsvården med sina anhöriga:

Deltagare: ja... de var nog lite lättade (hennes familj).

Intervjuare: de blev lättade?

Deltagare: ja, kanske. Jag vet inte. (deltagare 1)

Beslutet om tvångsvård och information om behandlingen framfördes, med två undantag, av personal på Ätstörningscentrum. I de flesta fall var detta ordinarie personal men i vissa fall vikarierande. De flesta deltagare beskrev att de uppfattat att läkaren, eventuellt med stöd av en behandlare, hade tagit beslutet utifrån professionella överväganden vilket tycktes fungera tryggande:

Jag tror att de tyckte att jag behövde det. Annars hade de inte... det var en saklig bedömning. Det har ju varit enhetligt, annars hade det inte häng. Det är bara att acceptera. Lita på dom, ja, men det är det. Jag litar ju på dom. För det mesta. (deltagare 7)

Men den professionella hållningen kunde också upplevas på ett negativt sätt, och en deltagare beskrev hur det var som att den mellanmänskliga i behandlar-patient-relationen var borta:

Hon såg mig väl liksom inte som en person alls, utan... det var något hon gjorde på rutin.
(deltagare 8)

En annan deltagare berättade att hon kände sig som någon som ”inte riktigt var vid sina sinnes fulla bruk” vid tillfället då beslut om tvångsvård togs. Hon tänkte att det hade varit lättare för henne om hennes ordinarie behandlare, istället för vikarierande personal, hade närvarat vid konverteringen:

Dom vet ju inte hur jag tänkte. De kände ju mig inte så pass bra som mina ordinarie behandlare gjorde... Så jag kan nog säga att lite har det påverkat, för jag hade nog fått mer... Det jag hade velat få sagt, hade jag nog fått sagt om mina behandlare var där.
(deltagare 7)

Flera deltagare menade att behandlar-patient-relationen inte påverkades av premisserna kring tvångsvården. Det fanns en fåordighet kring denna frågeställning trots följdfrågor som uppmuntrade till att utveckla tankar och resonemang. En deltagare beskrev att hon nog kunde tänka att maktfördelningen förändrades i behandlingsrelationen. Några berättade att de inledningsvis känt att personalen var emot dem, men att de senare under tvångsvården förstod att beslutet var taget på ett professionellt och riktigt sätt. En deltagare reflekterade över att beslutsfattandet, trots riktlinjer att gå efter, kunde vara känslomässigt svårt för läkaren.

Betydelsen av information

Då deltagarna beskrev sina upplevelser av tvångsvården återkom flertalet till informationens betydelse, och oavsett vilken information som de faktiskt fått var det bara några deltagare som upplevde att informationen var tillräcklig. Men dessa deltagare var nöjda med såväl informationens innehåll som sättet den gavs på:

Jo men när LPT väl hade satts, så fick jag ju bra information. Jag fick ju information kring att jag (...) hade rätt att överklaga och allt det här och att jag fick träffa en... Intervjuare: personligt ombud? Ja, så absolut, jag fick reda på vad som gällde och mina rättigheter, så ja. (deltagare 5)

Ja, jag ifrågasatte den ju väldigt ofta, så att jag fick ju alltid väldigt noggrann information om vad som gällde och vad jag hade rätt till och så. Så jag tyckte det var jättebra. Det är ju det att man repeterar ju väldigt gärna när man är så sjuk och det fick jag alltid svar på så att det kändes bra att man kunde få den informationen. Jag kände mig aldrig... alltså förbisedd

eller lurad på det sättet att jag inte fick veta mina rättigheter så här. Utan det fick jag.
(deltagare 4)

Men flera deltagare återkom till upplevelsen av att informationen uteblivit eller varit otillräcklig. De efterfrågade information om vårdens juridiska aspekter och framförde att informationen behövde upprepas och ges kontinuerligt. Ofta lyftes information fram på frågan om vad som skulle ha gjort situationen bättre för dem då de fick besked om LPT. Några deltagare efterlyste delvis annan information än den de erinrade sig ha fått. Informationen dessa deltagare önskade var konkret och vardaglig och rörde tillvaron på åstörningsavdelningen och vad som ökade, respektive minskade, risken för tvångsvård:

Mer information, berätta vad det innebär. Redan kanske när man kommer hit (Åstörningscentrum), beroende på hur långt gången man är i sjukdomen. Det har ju betydelse, det vet jag. Men, att man får information att såhär kan det gå till och då gäller detta och detta. Tänk på det. Det kanske kan hjälpa en i behandlingen redan när man kommer in, att sköta det och kanske anstränga sig det där lilla extra för att klara sig vidare.
(deltagare 7)

Flera uttalanden handlade om önskan om att bli informerad redan innan vården hade konverterats. Detta skulle ha underlättat förståelse och acceptans av situationen när den väl inträffade, då denna situation var förknippad med negativa affekter för samtliga deltagare:

Jag fick det förklarat i efterhand, vilket löste en del frågor för min del. Men jag skulle behövt veta det innan så hade det kanske inte varit så drastiskt i den situationen. (deltagare 7)

Jag hade ju ingen aning om vad LPT innebar liksom. Så, lite bättre information om det hela (...) inte hot men ändå så att man säger - fortsätter du såhär så kommer du att hamna på LPT. Den taktiken hade funkade lite bättre men...det är ju bara...det kan ju vara personligt för mig. Men som sagt - det hade jag tyckt var ett bättre alternativ att man hade fått bättre information tidigare. Men sedan är det ju också det, att när man väl är inne i den onda cirkeln, så tar man inte in det på samma sätt. Så jag vet inte. Men som sagt - jag hade gärna hört det lite tidigare. (deltagare 11)

Att få information var viktigt för många av deltagarna och inte bara information om vårdformen och dess betingelser framhövdes, utan även mer detaljerad och vardaglig information

efterfrågades. Gedigen information, då den egna kontrollen fråntogs, medförde trygghet vilket i sin tur tycktes kunna främja behandlingsmedverkan. Brist på information eller inadekvat sådan tycktes istället försvåra för tillfrisknandeprocessen.

Nu och då

När deltagarna i intervjun blickade tillbaka på tiden de tillbringade under LPT, reflekterade de kring en process, och gjorde försök att placera in sig och vården i en tidsrymd. Påfallande ofta uttryckte de sig med ”då” och ”nu” eller ”i början”, ”bakefter”, ”efterhand”, ”under tiden” och ”fortfarande”. Samtliga deltagare använde någon av dessa formuleringar för att differentiera mellan där och då, och här och nu. De flesta betonade att de upplevde sig själva, sin sjukdom och vården på ett annat sätt under tvångsvården än vad de gör vid tiden för intervjun:

Alltså som jag ser det nu, från friska ögon så var det ju självklart rätt beslut. Det förstår jag ju, för jag ville ju inte själv bli inlagd men jag tror ju inte att jag hade kunnat vända det själv. (...) Då var det ju ett helt fel beslut men det var ju, som sagt, från ett sjukare perspektiv. (deltagare 11)

Deltagarna gav många exempel på hur deras inställning till vården förändrats över tid och hur de nu ser att beslutet om LPT var rimligt och berättigat. Detta gäller även för de deltagare som känt sig mycket kränkta av tvångsvården.

Jag känner mig fortfarande liksom väldigt kränkt och ja, det var en väldigt obehaglig upplevelse. (...) Det tog väldigt lång tid innan jag kunde förstå att dom hade handlat som de hade gjort (...) men att nu så kan jag ändå se att... förstå, att det gick som det gick. (deltagare 8)

Under temat ”kamp, kontroll och ansvar” beskrevs deltagarnas upplevelse av att ansvaret för sjukdomen och behandlingen först överläts på tvångsvården och sedan övertogs igen. I föreliggande tema ”nu och då” återfinns deltagarnas reflektioner kring om konverteringen av vården till och från LPT gjordes i rätt tid. De flesta relaterade initieringen av LPT till den tidpunkt då de inte längre kunde ta ansvar för livsupprätthållandet, och ansåg att hävandet av LPT gjordes då de var förmögna att ansvara för livet igen. De ansåg således att timingen stämde men att det var av stor betydelse att tvångsvården var en sista utväg:

Det kändes verkligen som dom försökte allt innan dom faktiskt tog steget. Och jag tycker ju det är bra, för jag vet att det hade varit stor skillnad om de hade tagit in mig tidigare men

just där här med... jag tycker ändå att det ska vara nåt man gör med... alltså det absolut sista man gör, när inget annat funkar. (deltagare 8)

Några deltagare uttryckte dock att det höll på att gå riktigt illa och att LPT kom ”lite i sista minuten”. En deltagare sa angående sättandet av LPT och sen släppandet av detsamma:

Ehh, som jag ser det idag kan jag nästan tycka att det var för sent. Med tanke på hur dåligt skick jag var när jag fick LPT. Om jag skulle fått det tidigare så skulle jag nog kunnat ta till mig hjälpen på ett helt annat sätt än vad jag gjorde då... (deltagare 2)

Alltså jag tyckte faktiskt att det var rätt i tiden (...) just för att då kände jag att jag kunde ta eget ansvar och sköta mig själv och jag visste vad jag ville. (deltagare 2)

Några deltagare tyckte tvärtom att LPT sattes för tidigt och släpptes för sent. En av dessa deltagare sa att hon hade velat bli förvarnad om risken för LPT och att sista månaden under tvångsvård gjorde henne ”arg och sur”. Några upplevde viss ambivalens avseende timingen – här en deltagares berättelse om sina tankar kring hävandet av LPT:

Det fanns liksom inget positivt att fokusera på längre, så därför tror jag kanske att man hade kunnat släppa det lite tidigare så att jag hade sluppit må riktigt så dåligt. (...) Sen är det klart att med facit i hand så kanske man tvärtom skulle behållit LPT lite längre. Men det är ju svårt att veta. (deltagare 3)

Tvångsvård är en omvälvande erfarenhet och ett stort ingrepp i personens frihet och integritet. I enlighet med detta framför deltagarna betydelsen av att tvångsvården är något som initieras när inget annat är möjligt i behandlingsväg, och att den avslutas så fort personen kan ansvara för att det egna livet upprätthålls.

Tvångsvården som en allvarsmarkör

För samtliga deltagare var diagnosen AN anledningen till tvångsvården och med något undantag, var det en sjunkande vikt och dess hälsorisker, som primärt orsakade att vården konverterades. Deltagarna beskrev hur de i sin sjukdom drivits till att gå ner mer och mer i vikt. En deltagare berättade att hon delvis ifrågasatte om hon verkligen var sjuk, och en annan att hon inte uppfattade sig som särskilt smal. Känner man sig inte smal så har man inte gått ner tillräckligt i vikt löd resonemanget. I vissa lägen fungerade tvångsvården i detta som en markör, en allvarsmarkör

eller en konkretisering, av att man var sjuk. Sambandet mellan att vara allvarligt sjuk och tvångsvårdad och att vara smal, beskrevs av flera deltagare:

Det man i så fall skulle kunna känna är att nu är jag så sjuk att nu behöver jag det här, och det kan vara en vinst i sig att man känner att - nämen titta på mig, titta vad sjuk jag är. Att man liksom får uppmärksamhet för att man är sjuk och det är ju inte riktigt bra.

(deltagare 3)

På samma sätt kunde tvångsvårdens hävande signalera det motsatta - det vill säga att man inte längre var sjuk:

Nämen nu har jag gått upp så mycket i vikt, så nu är jag tjock. Så nu behöver jag inte det här (LPT) längre. Nu tycker dom att jag har gått upp tillräckligt i vikt, eller nu tycker dom att hon äter tillräckligt bra och så. (...) På ett sätt mådde jag ganska så dåligt av att LPT:et togs bort, därför att jag kände att - nämen, nu är jag inte tillräckligt sjuk längre för att behöva det här. (deltagare 3)

Flera deltagare beskrev att det var som om de hade en sjuk och frisk sida inom sig och att dessa sidor följaktligen reagerade olika på tvångsvården. Dessa deltagare kunde betrakta hur den sjuka delen av dem använde LPT som en statussymbol eller ett kvitto på sjukdomens allvar.

Man måste hantera den här aspekten också att det kan kännas som en seger att "titta här vad sjuk jag är", alltså den tror jag att det är viktigt att ha med sig lite i bakhuvudet. Att man kan reagera på det sättet, sen är det säkert inte alla som gör det med att det ändå finns. Jo men så kan det vara. (deltagare 3)

Några deltagare reflekterade kring tvångsvården som en väckarklocka som bidrog till att de på olika sätt förstod allvarlighetsgraden i sin sjukdom:

Ja, lite senare då, efter ett par veckor, så tänkte jag att nu har det gått så långt att jag fått LPT. Alltså, att det borde inte gå så långt i sjukdomen, så då fick jag ju inställningen att försöka bli frisk. (deltagare 2)

Nu var väl mitt LPT ganska så drastiskt i och med att det blev viss dramatik och hela den biten, men såhär i efterhand så tror jag inte att jag skulle vilja ändra på det heller för att det blev väl ändå en lite väckarklocka som fick mig att reagera och tänka liksom på min situation just då. (deltagare 9)

Tvångsvården som något livsupprätthållande

Samtliga deltagare, även de som hade negativa upplevelser av tvångsvården, formulerade att det hade gått illa utan LPT. De flesta uttalade sig i drastiska ordalag och i termer av liv och död:

Hade jag inte fått LPT den dagen när jag fick det, så hade jag inte funnits idag... det räddade mitt liv i alla fall (...). Jag tror jag hade legat hemma hos mina föräldrar tills den dagen då jag hade dött. (deltagare 4)

Alltså, det motstridiga är att man inte vill ha någon hjälp fast man måste. Man förlorar ju allt det här friskhetstänket och då är det väl nödvändigt att sätta LPT annars så fortsätter det ju bara in i döden. (deltagare 1)

Andra formuleringar kring hur det kunde ha gått var att de ”inte hade levt”, ”inte hade kommit tillbaka levande”, kanske fått ”hjärtstopp” eller ”svält ihjäl sig”. Några deltagare valde mindre dramatiska uttryck men kvar fanns tanken på att LPT räddade till livet. En deltagare beskrev hur den låga vikten omöjliggjorde för henne att se allvaret:

När man kommer ner riktigt lågt i vikt så blir man... alltså man blir ju väldigt, alltså gröt i huvudet och i tankarna... Tyvärr är det nog att man kommer till en gräns när man inte har mycket val (...). Jag tror att kampen kan man först börja ta på allvar när man kommit upp lite i vikt. Men när man kommit för långt ner så tror jag nästan att LPT är det enda.... För man är inte i stånd att bestämma, eller fatta dom besluten som man.... ja, jag hade ju ingen insikt i hur sjuk jag var. (deltagare 8)

Samtliga deltagare uttryckte att det var viktigt med möjligheten till LPT för personer med svåra ätstörningar. Detta just utifrån den livsupprätthållande funktionen. Här refererade deltagarna både till den inbyggda ambivalensen i sjukdomen som försvårade i behandlingen, och till sjukdomens somatiskt livsfarliga villkor. Här en beskrivning av tvångsvårdens berättigande:

Jag tror ändå att det är bra att den möjligheten finns för att i vissa tillstånd kan man inte se hur sjuk man är och det kvittar liksom hur många som försöker tala om för en hur sjukt det är och liksom hur det funkar. Att det inte håller att leva såhär. För man ser ändå inte det själv, för man är så djupt inne i det. Och på det sättet tror jag det är bra, för att kunna bryta det här... att liksom ta ifrån personen ansvaret och sedan bygga upp det på ett friskt sätt... så att jag tycker ändå att det är bra att den möjligheten finns. (deltagare 9)

Trots att deltagarna, i varierande grad, upplevt tvångsvårdens många avigsidor återkom de till att tvångsvård kan vara helt nödvändig och att den troligen, eller med säkerhet, räddade deras liv. Men – det fanns också en samstämmighet om att tvångsvården har förbättringspotential på många olika områden.

Ordlöst

Under upprepad genomläsning av intervjumaterialet var det som om ytterligare ett tema framträdde. Ett tema bortom texten och de ord som deltagarna använt för att besvara de frågor som ställts. Kanske ett slags metatema, men ändå så pass framträdande att det skildras som ett tema av ordlöshet.

Samtliga deltagare beskrev starka känslor i samband med konverteringen av vården. Delvis då den tvingande vårdformen innebar ett ingrepp i deras liv och självbestämmande, men också då den inverkade på deras liv med sjukdomen. Och livet med sjukdomen visade på ett extremt engagemang i den anorektiska symtombilden. Men starka reaktioner och djupt engagemang till trots blev deltagarnas skildringar - genomgående hos vissa och bitvis hos andra - generella, vaga, motsägelsefulla eller torftiga rent ordmässigt. Detta även hos deltagare som på alla sätt verkade måna om att ge sin bild av den tvångsvård de deltagit i, och i intervjusituationen inte på något sätt förmedlade en vilja att vara återhållsamma. Som exempel återges här ett utdrag ur en intervju där frågor ställdes kring tvångsvårdens eventuella inverkan på behandlingsdeltagandet:

D (deltagare): neej, jag tycker att det var liksom... påverkade väl inte på det sättet.

I (intervjuare): nej... hur kan man få ihop det? För du berättade å ena sidan att du åt bättre, att du ändrade inställningen till behandlingen men... det är ju såklart inte samma sak, som att vilja bli fri från sjukdomen?

D: nej

I: nej, är det rätt uppfattat att det påverkade det ena men inte det andra?

D: ...

I: det är ju ett tag sen också så det kan vara svårt att minnas.

D: ja, det är det, det kan vara svårt att minnas.

I: så du minns kanske inte exakt hur det kändes?

D: nej - jag tror inte riktigt jag minns. (deltagare 5)

I en annan intervju angående omständigheterna kring konverteringen, och om något hade kunnat underlätta för deltagaren i situationen:

D: jag vet inte...

I: det är svårt...

D: mmm... nej, jag brydde mig nog inte (deltagare 1)

En deltagare svarade på frågan kring hur inställningen till vården påverkats av att hon inte längre var under LPT - ”jag kan inte svara, för jag stannade ju frivilligt sedan - så varken från eller till”. Hos denna deltagare, som hos flera andra, blir den personliga erfarenheten generell, trots att alla frågor, undantaget den sista, handlar om den personliga upplevelsen. Svar som ”det är för mitt eget bästa” och ”jamen, de gör ju vad de anser är bäst för mig” är återkommande.

Frågorna, eller åtminstone vissa av dem, var svåra att svara på för de flesta av deltagarna. En av dem återkom i sina svar till upplevelsen av att inte få bestämma. På frågan vad hon hade velat bestämma svarade hon ”det känns som det är jättemycket - jag vet inte”. En hypotes är att deltagaren syftar på sin upplevelse av att ha blivit berövad integritet och självbestämmande och att denna på olika sätt kom i förgrunden.

Deltagarna tenderade att pendla i sina svar - från reflektioner kring den inre egna upplevelsen, till beskrivningar som handlar om beteenden:

Jag såg det själv som att jag följde behandlingen väl, och de andra som hade LPT, de var ju liksom, alltså de var ju sjukare än vad jag var då. Så då såg jag det som att de klarade ju inte av det på samma sätt. Jag har hela tiden strävat efter att vara bäst och när jag var därinne (på avdelningen) så har man ju känslan av att jag ville bli frisk så fort som möjligt och visa ett föredöme för de andra som mådde sämre än vad jag gjorde. Så det var ju mycket det. Det var ju mycket av min vinnarskalle som jag hade sedan tidigare också att bli frisk så fort som möjligt och visa att det går att vända fort. (deltagare 11)

Motivationen och inställningen till det egna tillfrisknandet, och tvångsvården som en del i denna process, beskrevs i termer av hur andra skulle betrakta deltagaren och hennes kamp. Målet var att bli den bästa och mest föredömliga patienten.

Möjligtvis var den inre processen och upplevelsen synnerligen svåra att formulera för deltagarna i studien. På samma sätt som de använde kroppen och vikten för att definiera måendet, beskrevs tillfrisknandet utifrån viktuppgång och anpassningsbarhet. Den inre upplevelsen blev således inte beskriven med ord utan med något som går att se och ta på.

Diskussion

I resultatdiskussionen relateras det som framkommer i studien med tidigare forskning och psykologiska begrepp och teorier. Därefter presenteras studiens slutsatser i korthet, metoden diskuteras och slutligen ges förslag till fortsatt forskning och praktik.

Resultatdiskussion

Känslor, kontroll och kamp. Studiens resultat visar på hög förekomst av negativa eller ambivalenta känslor i samband med tvångsvård. I många fall var dessa känslor mest framträdande inledningsvis, då situationen upplevdes som omtumlande och påfrestande, men negativa känslor och uppfattningar relaterade till tvångsvården har en kvardröjande kvalitet. Detta resultat är helt i enlighet med det som framkommer i Tan et al. (2010) studie, där så gott som alla deltagare, även de som i efterhand betraktar tvångsvården som nödvändig, upplever den som något straffande, smärtsamt och tillfångatagande.

I föreliggande studie berättar deltagarna om ilska, sorg och rädsla men också om känslor av skam och skuld. Ofta var känslorna samtidiga på ett sätt som gör begreppet distress (obehag) väl motiverat att använda (Rydén & Wallroth, 2008). För vissa var känslorna intensiva och varaktiga på ett sätt som försvårade för dem att vara i behandlingen. Detta är samstämmigt med det som framhålls i studien av Nordbø et al. (2012) där anorektiska patienters oro, obehag och ledsenhet anses kunna minska önskan om tillfrisknande. Att få hjälp med att bekräfta, förstå och reglera starka och svåra känslor, framförallt inledningsvis under behandlingen är av stor betydelse i vården (Priebe et al., 2009).

Beslutet om tvångsvård ledde till starka reaktioner och tvångsvårdens betingelser gjorde det omöjligt att med svält och motion döva och hålla undan negativa affekter. Att i tvångsvård på ett drastiskt och genomgripande sätt fräntas ätstörningens många dämpande och ordningsskapande aspekter blev mycket omvälvande för deltagarna, och upplevelsen av kontrollförlust är något som många uppehåller sig vid i intervjuerna. Detta leder författarnas tankar till de teorier som utgår från Bruch (1973) och som definierar att AN dels fyller funktionen av att undvika negativa känslor, dels ha kontroll över känslor, ätande och vikt som sina främsta kännetecken. Tan et al. (2003) beskriver hur deltagarna i deras intervjuer spontant reflekterar över kontroll trots att inga specifika frågor ställdes om kontroll och kontrollförlust. Tan et al. (2003) reflekterar över att strävan efter kontroll är så framträdande hos anorektiska patienter att den ständigt finns i förgrunden.

I resultatet relaterar deltagarna kontroll till ätande, känslor, sjukdomen, behandlingen och tillfrisknandeprocessen på ett sätt som blir till en slags cirkelrörelse. Denna rundgång påminner om det som Skårderud och Fonagy (2012) beskriver som en ”självförevigande negativ cirkel”, där

undervikt och undernäring genererar rigiditet, agitation och depression som håller fast patienten i sjukdomen. I Tan et al. (2003) studie påtalar deltagarna det tragikomiska i det att deras strävan efter kontroll lett till att de blivit kontrollerade av sjukdomen.

Deltagarna tänker sig kontrollförlusten som genomgripande och fullständig – vilket överensstämmer med studien av Tan et al. (2003) där tvångsvården beskrivs som en total kontrollförlust. Vissa deltagare, i föreliggande studie, berättar hur de i mötet med tvångsvårdens överläge valde att kapitulera vilket i sin tur beskrivs som en lättnad. Den ständiga inre konflikten med sjukdomen fick en stunds vila när någon annan tog över kampen. Detta sätt att förhålla sig till tvånget presenteras också i studien av Tan et al. (2003) där deltagarna framhåller önskan om utifrån kommande kontroll och vägledning.

Många gånger präglas såväl reaktionen på LPT, som behandlingen under tvång, av ambivalens. En ambivalens som tycks åskådliggöra den inre anorektiska kampen och den fluktuerande motivationen att arbeta för att bli frisk (Geller, 2001; Nordbø et al., 2008; 2012). Tvångsvården väcker, hos deltagarna i föreliggande studie, känslor av ineffektivitet och maktlöshet – upplevelser som i sin tur tänks vara grogrund för den anorektiska kontrollen. Med detta och teorierna av Bruch (1973) och Skårderud och Fonagy (2012) som fond blir det begripligt hur vissa deltagares tvångsvård helt kom att kretsa kring upplevelsen av kontrollförlust.

Begreppen kontroll, konflikt och kamp är nära sammanvävda i deltagarnas svar och det är inte alltid författarna förstår mot vem eller vad de riktas och gäller. Det framträder som tidigare nämnts en cirkelrörelse, eller ett växelspel, och när det gäller kampen var denna för många deltagare först riktad mot vårdformen. Efter denna inledande konflikt finns det en tendens till att deltagarna lierade sig med tvångsvården mot sjukdomen. Möjligen är det tvångsvårdens totalitära karaktär som gör den till en värdig medkombattant i kampen mot den skoningslösa sjukdomen. De som kunde liera sig med, eller förlika sig med vårdformen, verkade också ha lättare att lindra sin förvirring och det plågsamma i att bli fräntagen kontrollen. Skårderud och Fonagy (2012) problematiserar över denna typ av anpassning hos ätstörda patienter och uppmanar till att det alltid måste finnas en vaksamhet så att det, som i behandlarnas öron kan låta som förnuft och insikt, inte bara är ett symptom på att patienten befinner sig i låtsasläge.

Efter en kamp där tvångsvården varit allierad eller motståndare, uppstod ett skede där många deltagare såg sig kapabla, eller uppmanade till att ta tillbaka mandatet och ansvaret för sitt tillfriskande. Detta resultat är helt samstämmigt med det från Tan et al. (2003) studie, där deltagarna framhåller betydelsen av viss valfrihet och utrymme för kontroll, för att själva kunna välja att kämpa mot sjukdomen istället för att kämpa mot vården, behandlarna och familjen.

I resultatet framkommer också att det finns deltagare som upplevde att tvånget i sig blev så bekymmersamt för känslan av valfrihet och egenvärde att det omöjliggjorde för dem att engageras i behandlingen. För vissa var det som om tvånget aktiverade kamp och beredskap vårdtiden igenom vilket bekräftar Rathners (1998, refererat i Bryden, 2010) tankar om att tvång i vården av AN är kontraindicerat då det aktiverar patientens kontroll.

Kampens intensitet och riktning varierade mellan, och inom deltagarna, och det finns, som beskrivits, en rörelse där kampen först riktades mot tvånget och för självbestämmande och sen mot sjukdomen. Blev kampen för trägen och inte i linje med det vården och behandlarna syftade till, förstår deltagarna att de blev betraktade som egensinniga och insiktslösa vilket, enligt Nordbø et al. (2012), är ett ytterligare hot mot önskan om tillfrisknande.

Autonomi och ansvar. Tvångsvård innebär per automatik en begränsning av individens autonomi och resultatet visar på deltagarnas olika sätt att förhålla sig till inskränkningen i självbestämmande och beslutsfattande.

Forskningen kring anorektiska patienters förmåga att fatta beslut är snårig och Tan et al. (2003) beskriver att det i ätstörningssammanhang finns en sammanblandning av förmågan att förstå sin sjukdom och dess allvar, och förmågan att fatta beslut om sin behandling. I föreliggande studie hänvisar många deltagare till att svälten både inverkar på förmågan att förstå allvaret i situationen, och beslutsfattandet kring vården. I likhet med det som framkommer i Tan et al. (2003), menar deltagarna att det är svälten och den låga vikten som gjorde dem oförmögna att fatta behandlingsrelaterade beslut.

Tydligast framträder ansvar och autonomi som egna koncept när deltagarna sätter dessa i relation till det egna tillfrisknandet. Detta är i linje med Nordbø et al. (2008) som beskriver känslan av autonomi som ett så kallat motivationstema som ökar anorektiska patienters önskan om att bli friska. Att vara i kamp eller att känna sig fastlåst och tillfångatagen är en upplevelse som, i studien av Nordbø et al. (2012), minskar önskan om tillfrisknande i den anorektiska gruppen. Hos deltagarna i föreliggande studie förefaller det ha funnits just denna utveckling – känslan av att vara fast och att befinna sig i kamp mot vården, minskade motivationen att ta ansvar för att bli frisk. Att önskan om att bli frisk fluktuerade under vårdtiden är både utsagt och möjligt att läsa mellan raderna vilket stämmer med Nordbø et al. (2008; 2012).

Deltagarna återkommer i intervjun till nödvändigheten att få ett visst ett handlingsutrymme och möjlighet till självbestämmande under tvångsvården. Detta är väl i överensstämmande med Skårderud och Fonagy (2012) som menar att det är viktigt att inte utvidga det oförhandlingsbara i vården av ätstörda patienter till att gälla det som inte har avgörande betydelse för deras liv och hälsa.

I detta tenderar vården att uppfattas som alltför hård och obeveklig och Skårderud (2007) skriver att vissa aktiviteter är absolut förenliga med svår AN och helt nödvändiga ur ett rehabiliteringsperspektiv.

Tillit och trygghet. Deltagarna i studien fokuserar på behovet av att känna sig trygga och säkra i vården. Som tryggande och tillitsskapande faktorer för de huvudsakligen resonemang kring vårdens formella betingelser. Även behandlingsrelationen nämns ha betydelse men inte på lika framträdande sätt som i studien av Tan et al. (2010) där just relationen till vårdgivarna beskrivs vara av särskild betydelse för hur tvångsvården upplevs.

Deltagarna i föreliggande studie har alla erfarit starka känslor och kampberedskap och en viktig uppgift har varit att kunna ta sig ur detta mot ett mer mentaliserande förhållningssätt. Att försöka lugna och trygga patienten utgör vårdens viktigaste uppgift enligt Skårderud och Fonagy (2012). Inte minst då rädsla är det som enligt Skårderud (2007) är en mycket framträdande känsla för patienten med AN.

Tankar om informationens lugnande inverkan återkommer i intervjuerna och det tycks som om deltagarna inte alls fått information eller att den, av någon anledning, gått dem förbi. Flera deltagare framför att informationen om tvångsvården och dess villkor behöver ges upprepade gånger, av olika personer och i många sammanhang. Skårderud (2007) beskriver hur bemötandet av den anorektiska patienten ofta sker på en abstrakt och symboliserande nivå, inte minst utifrån att många ätstörda patienter med språkets hjälp får det att låta som om det är där de befinner sig. Men – säger Skårderud - det är en absolut nödvändighet att ge sig in i den konkreta verkligheten med vikt, mått och portionsstorlek. I föreliggande studie finns många uttalanden om behovet av konkret och handfast information i en chockartad situation och det blir tydligt att de flesta deltagare skulle behövt fler och tydligare detaljer kring när, var och hur vården skulle bedrivas.

Resultatet där deltagarna återkommer till bristande information överensstämmer inte helt med Socialstyrelsens rapport (2011) där det inte fanns någon markant kritik mot sättet varpå informationen gavs och på dess innehåll trots att deltagarna i Socialstyrelsens studie hade en oklar uppfattning av vad som gällde i deras fall. En hypotes är att patienter med AN, av olika anledningar - där svälten är en och mentaliseringssvårigheter en annan - är i behov av mer konkret och kontinuerlig information än patienter som är under tvångsvård av andra orsaker än svår ätstörning.

I resultatet finns redogörelser för när deltagarna upplevt sig bli bemötta med värme och empati. Behovet av stöd, hjälp och vägledning framhåller deltagarna i Tan et al. (2003) som mycket betydelsefullt för hur de kunde förlika sig med tvångsvården, och för val som blev av avgörande

betydelse för tillfrisknandet. Att få ett ovänligt eller avfärdande bemötande, tycks i föreliggande studie, ha inverkat negativt på möjligheten att känna sig trygg i tvångsvårdens form och villkor.

Deltagarnas uttalade önskan om dialog och ett respektfullt bemötande ligger i linje med de studier som visat att möjligheten att få reflektera över sin situation kan minska upplevelsen av tvång (Katsakou & Priebe, 2007). Att känna sig rättvist behandlad har visat sig kunna stärka upplevelsen av procedurmässig rättvisa, vilket i sin tur korrelerar med symtomförbättring (Katsakou et al., 2007).

Hur information och dialog skulle kunna mobilisera deltagarnas kapacitet till förnuft och flexibilitet beskrivs väl i Antonovskys forskning (1987) och det tycks vara så att den ätstörda gruppen i synnerhet behöver hjälp kring att begripliggöra och hantera svåra situationer (Hansson & Cederblad, 1995).

Till döden kränkt eller räddad från döden. Den anorektiska gruppen utsätts i vården för såväl informellt som formellt tvång, och tvångsvården upplevs av alla deltagarna som en kränkning i någon form och vid något tillfälle. För vissa var kränkningen omfattande och svår och kom att genomsyra hela behandlingsperioden. Den svåraste kränkningen verkade dock inte vara beslutet om tvångsvård i sig, utan än mer problematisk var upplevelsen att bli betraktad som någon utan förnuft och kapacitet. Samtliga deltagare, även för dem med övervägande upplevelser av kamp och kränkning, beskriver dock att tvångsvården var nödvändig för att överleva och därmed också berättigad. Detta resultat överensstämmer väl med det som framkommer i tidigare studier (Gardner, 1999; Tan et al., 2003; 2010).

Deltagarna beskriver, på många olika sätt, att upplevelsen av tvångsvården och av sjukdomen förändrades under vårdtiden. De kan också förhålla sig till att vissa aspekter av tvångsvårdens innehåll och form framträder på ett annat sätt när de betraktar den retroaktivt under intervjun. Under temat ”nu och då” finns deltagarnas reflektioner om huruvida konverteringen av vården till och från LPT gjordes i rätt tid. De relaterar detta till när de anser att de inte kunde ta ansvar för sitt eget liv och när de sen klarade det igen. Många uttalar att beslutet om tvångsvård kom i rätt tid och säger att de knappt vågar tänka på vad som hänt om det dröjt ytterligare lite. Men det finns i resultatet en ambivalens i frågan om timing som mycket väl kan avspegla en mer allmän osäkerhet kring när det är dags att initiera tvångsvård. I kliniska sammanhang finns, som ett sätt att möta denna osäkerhet, försök till att definiera konkreta indikationer för inläggning och i forsknings-sammanhang diskuteras frågan om ätstörda patienters egentliga beslutsfattande förmåga (Elzækker et al., 2014).

Om än med viss ambivalens så uppfattas tvångsvården ha initierats i sista stund och kanske, som vissa säger, vore det bra om de satts under tvångsvård något lite tidigare än vad som var fallet. I forskningen finns resonemang om att vissa patienter förmodligen skulle kunna dra fördel av att

tvångsvård initierats innan sjukdomen gått för långt (Tan et al. 2010). Det finns visst stöd för att anorektiska patienter dött som ett resultat av missriktad respekt för patientens autonomi och uppgivenhet över deras sjukdomstillstånd (Holm et al., 2012). I ätstörningssammanhang är det ett välkänt fenomen att patienter som befinner sig i ett svårt livshotande tillstånd får det att låta som om de har sin situation under kontroll och har en hållbar plan för ätande och viktuppgång. Detta kan ses som ett exempel på låtsasläge där prat och känslor inte sammanlänkas eller omsätts i handling.

I all kränkthet, alla missförstånd och all ambivalens framstår med en förvånansvärd tydlighet, att deltagarna uppfattar tvångsvården som nödvändig och berättigad. En anledning till uppfattningen är såklart att AN, mer än någon annan psykiatrisk åkomma, har livet som insats. Men – att uttrycka sig om tvångsvårdens nödvändighet, eller med tacksamhet mot den, kan enligt Skårderud och Fonagy (2012) mycket väl uttrycka såväl uppgivenhet som en känsla av att ha varit, eller vara, i beroendeställning. Dessutom finns det en benägenhet hos patienter att uttrycka sig allt mindre negativt ju längre tid som passerar sen tvångsvårdstillfället, vilket gör att studier av tvångsvård i ett retrospektivt skede är behäftat med stora svårigheter (Høyer, 1999).

Vacklande och vag mentalisering. När deltagarna reflekterar över hur anhöriga och vårdpersonalen upplevde tvångsvården är det vanligt med beskrivningar av att anhöriga erfor lättnad, och att behandlande personal agerade utifrån professionella överväganden. De anhörigas förmodade lättnad tror deltagarna var sprungen ur rädsla för att de skulle dö, eller att de skulle vara oförmögna till insiktsfulla och autonoma beslut kring vården. Övervägande, med några undantag, är reflektionerna kortfattade och utan problematiserande inslag. Eventuellt skulle detta kunna vara ett uttryck för deltagarnas mentaliseringsbrister, där det blir svårt att sätta sig in i anhörigas och behandlares motiv och reaktioner på deras tvångsvård. Detta skulle kunna ligga i linje med teorier som formulerar att svårigheten att mentalisera, över sig själv och andra, är central i ätstörningens patologi (Skårderud & Fonagy, 2012). Men - mentaliseringsbristerna skulle också kunna ses utifrån situationen, som i sin omtumlande natur, satt mentaliseringsförmågan ur spel och där vården inte förmått skapa en tillräckligt tryggande miljö.

Deltagarnas utsagor genomsyras stundtals av fåordighet och något som förefaller vara en sviktande nyfikenhet på de egna minnena och upplevelserna. Detta resultat är väl överensstämmande med Skårderuds (2007) tankar om att ätstörda patienters bristande mentalisering yttrar sig i ordlöshet och konkretisering. Exempel på deltagarnas konkretisering och teleologiska hållning kan vara sättet varpå tvångsvården blir en likasinnad motståndare i kampen mot ätstörningen, och något som konkret bekräftar och markerar allvaret i sjukdomstillståndet. För vissa patienter är det också som om tvångsvården verkliggjorde det inre lidandet.

Upprepade gånger har författarna diskuterat att tvångsvårdens konkreta form och innehåll verkar tala ätstörningens språk. Men trots att deltagarna informeras ner på detaljnivå efterfrågar de än mer tydlighet – och inte då bara om lagar och paragrafer utan även om praktiska, konkreta förhållanden på avdelningen. Och när svaren inte kommer på ett omgående, tydligt och vänligt sätt, väcks rädsla, ilska och frustration. Det är som om deltagarna inte fått vad de behövde och det är rimligt att tro att kommunikationen inte skett på den konkreta nivå Skårderud (2007) efterfrågar utan på mer abstrakta och utsagda sätt. Att utifrån ovanstående förstå deltagarnas utgångspunkt och i vården arbeta för ett tryggt mentaliseringsfrämjande klimat, verkar precis så betydelsefullt som framförts (Skårderud, 2007, Skårderud & Fonagy, 2012).

Vid sidan av det konkreta och ordlösa finns det något vagt och oåtkomligt i deltagarnas sätt att presentera sina upplevelser. Det vaga och ofta motsägelsefulla kan, enligt Skårderud (2007) relateras till begreppet låtsasläge, där den inre och yttre verkligheten hålls isär och ordens innebörd frigörs från det inre upplevandet. Skårderud (2007) belyser också att den ätstörda patientens ”ja” är ett sätt att erhålla gemenskap och gillande men att det erfars av behandlare som ett medgivande till att äta, till vilket patienten egentligen säger ett skarpt ”nej”, som visserligen inte hörs. Ordlösheten skulle också kunna förstås utifrån Bruchs (1973) begrepp nedsatt interoceptiv medvetenhet och alexitymi som en avsaknad av ord för känslor. För att fråga en patientgrupp som tänks ha svårt för känslospråk om deras upplevelser och känslor är såklart behäftat med vissa svårigheter (Hatch et al., 2010).

Studiens slutsatser

Tvångsvården innebär ingrepp i personens autonomi. Samtliga deltagare i studien berättar om negativa men ofta ambivalenta känslor kopplade till tvångsvården. De flesta beskriver också att de någon gång under vårdtiden känt sig kränkta, främst då de uppfattat att omgivningen brustit i att förmedla att de sett människan bakom sjukdomen, eller i situationer då deltagarna upplevt sig som förminskade eller i underläge på grund av vårdformen. Deltagarna beskriver också betydelsen av att, i en omtumlande situation, få tillgång till så många trygghetsfaktorer som möjligt och nämner information, empatiskt bemötande och kontinuerlig dialog. Behandlingsinstitutioner och behandlande personal har en utmanande uppgift i att minska antalet negativa aspekter av vården, bemöta väl, arbeta för frivilligt behandlingsdeltagande, och ge de tvångsvårdade patienterna en ökad känsla av trygghet och medbestämmande inom tvångsvårdens ram. I de inneboende svårigheterna med AN och tvångsvård ligger potentiellt dess största utvecklingspotential. Tvångsvården kan bli en arena för dialog kring de mest skilda perspektiv och en möjlighet att öppna upp för samtal kring det man inte kan kompromissa om – nämligen att patienten måste äta.

Graden av eget ansvar och behandlingsdeltagande beskrivs som en process där deltagarna, i bästa fall, successivt kunnat och velat ta ett större eget ansvar för behandlingen. För vissa har dock de negativa känslorna tagit överhanden och vårdtiden präglats av känslan av kamp. Tidpunkten för att sätta och släppa LPT beskrivs som viktig i processen av förmåga till eget ansvar för sjukdomen.

Trots många negativa aspekter av tvångsvården lyfts även positiva sådana fram. Studien visar att deltagarna ser tvångsvården som en nödvändighet då den har en livupprätthållande funktion. I den meningen beskrivs tvångsvården som det bästa av två onda ting – antingen får man vård mot sin vilja eller så dör man i sin sjukdom.

I den inre kampen mellan det friska och sjuka har tvångsvården för vissa upplevts som en lättnad, vilket deltagarna också tror låg i de anhörigas upplevelse av tvångsvården när den initierades. Deltagarna menar att det, i ett kritiskt läge, behövdes att tvångsvården gick in som ett tillfälligt och ställföreträdande skydd.

Studien visar också att ordlöshet, vaghet och motsägelsefullhet kan skönjas i deltagarnas utsagor kring sina erfarenheter. När uttrycken är av denna karaktär uppstår en utmaning att använda språket som ett sätt att undersöka just upplevandet. Författarnas medvetenhet om att denna typ av mentaliseringssvårigheter är vanligt förekommande bland patienter med svår åtstörning har varit till hjälp för att förstå materialet och tolka det på ett rättvisande sätt.

Föreliggande studie bidrar med kunskap om patienternas egna erfarenheter och upplevelser av den psykiatriska tvångsvården. Studier av denna karaktär är efterfrågade för att säkra och förbättra vården (Katsakou & Priebe, 2007; Kjellin & Westrin, 1998; Tan et al., 2010).

Metoddiskussion

Inledningsvis kommer en diskussion föras kring val av forskningsmetod. Därefter kommer studiens begränsningar utifrån dess genomförande, analys och sammanställning diskuteras. Slutligen förs ett resonemang kring de etiska ställningstaganden och överväganden som gjorts.

Metodval. Då studiens syfte är att undersöka deltagarnas upplevelser av sin tvångsvård valdes en kvalitativ ansats som lämpar sig väl för detta ändamål (Willig, 2013), och på intervjumaterialet tillämpas en tematisk analys då denna metod anses vara relativt lättillgänglig och flexibel (Braun & Clarke, 2006).

Braun och Clarke (2006) riktar kritik mot tematisk analys då metoden bland annat gör det svårt att fånga motsägelser eller resonemang utifrån enskilda deltagares beskrivningar av sina upplevelser. Samtalet kan få deltagaren att i ena stunden fånga en aspekt av en upplevelse för att senare i intervjun kanske beskriva ambivalens till samma ståndpunkt eller få associationer till tidigare tankar eller idéer. Då både inställning till sjukdom, tillfrisknande och behandling hos många

deltagare präglas av en ambivalens som ändrats och sett annorlunda ut under processens gång har detta varit betydelsefullt att beskriva. Detta är också författarnas upplevelse, det vill säga att de enskilda deltagarnas berättelser i sig blir ett eget sammanhang, som i vissa fall inte riktigt går att fånga i den tematiska analysen. En tanke är att denna beskrivning eventuellt hade fångats på ett bättre sätt av fallbeskrivningar. Studiens syfte är dock att fånga deltagarnas upplevelser av sin tvångsvård och inte att försöka beskriva en enskild deltagares process.

Som datainsamlingsmetod används semistrukturerade intervjuer som lämpar sig väl för att fånga den unika upplevelsen (Patel & Davidson, 2011). Då ett tema rör deltagarnas återkommande ordlöshet kring de upplevelser de varit med om, finns det hos författarna en medvetenhet om att det hos studiens deltagare kan tänkas vara svårt att beskriva inre upplevelser med ord. Hur upplevandet påverkas av förmågan till reflektion och kommunikation, och att berättelsen inte är identisk med den verkliga upplevelsen (Polkinghorn, 2005) är viktigt att påminnas om. Den semistrukturerade intervjuformen med förbestämda frågor tros dock ha gett deltagarna ett stöd för att delge sina upplevelser och erfarenheter.

Studiens tillförlitlighet. Den grupp av deltagare som tackade ja till att delta i studien har alla tvångsvårdats för sin ätstörning. De exklusionskriterier som används i studien har valts utifrån tanken att deltagarna ska kunna närma sig en beskrivning av sin upplevelse utan att vara alltför ockuperade av sin sjukdom, eller befinna sig i det sammanhang de ombeds berätta om. Då flera av deltagarna beskriver att de har en pågående inre kamp med sjukdomen är det dock svårt att veta om andra exklusionskriterier skulle ha använts. Det är också svårt att veta om det finns utmärkande drag hos de deltagare som intervjuas som gör att deras upplevelser skiljer sig från den grupp som tackade nej till deltagande. Då syftet med studien är att fånga deltagarnas unika upplevelser bedöms detta spela mindre roll, och anledningar till att tacka nej till deltagande har inte utforskats.

Studiens deltagare har vårdats enligt LPT på samma ätstörningsavdelning, även om deras vård i de flesta fall inte inträffade vid samma tidpunkt. I vilken grad de beskrivna upplevelserna är präglade av denna specifika behandlingsavdelning och behandling är svårt att säga. Frågorna har dock inriktats på upplevelsen av det formella tvånget och inte på själva behandlingssinnehållet i sig.

Intervjuerna genomförs av två olika intervjuare för att undvika att någon deltagare skulle ha, eller ha haft någon behandlingskontakt med intervjuaren. Eventuellt har de olika intervjuerna på olika sätt inverkat på intervjuerna och intervjuklimatet. Den författare som inte deltagit i intervjuprocessen har dock inte kunnat göra åtskillnad på vilka intervjuer som genomförts av vem. Denna författarna var heller inte delaktig i datainsamling och transkribering, och har inte tagit del av den kontext och förståelse som detta förfarande tillhandahållit. En av författarna arbetade kliniskt

på Ätstörningscentrum när intervjuerna genomfördes vilket gett en viss förförståelse för den behandlarkontext som deltagarna ombeds berätta om. Att en författare var med från studiens första början och en författare kom in i bearbetnings- och analysfasen kan dock betraktas som en tillgång då författarna bidrar med olika förförståelse. Trots olika sätt att vara med materialet och olika förförståelse finns en hög grad av samstämmighet kring materialet och identifieringen av teman.

Braun och Clarke (2006) beskriver att en otillräcklig analys av datamaterialet kan resultera i att teman som identifieras i datamaterialet överlappar, vilket är ett tecken på att innehållet inte är tydligt avgränsat. Syftet med olika teman är att de ska symbolisera enskilda koncept. I den aktuella studiens resultat berör tema ”kamp, kontroll och ansvar” och tema ”nu och då” delvis likartade upplevelser hos deltagarna. De två temana har dock olika ingångspunkt till upplevelserna och skildrar olika dimensioner i de beskrivna upplevelserna.

Författarna har varit noga med att rannsaka det egna tillvägagångssättet, och har använt flera olika citat under varje tema för att visa på att varje tema innehåller motsägelser, spridning och en stor komplexitet.

Den subjektivitet som finns hos båda författarna genom hela processen ses in den kvalitativa forskningen inte som en nackdel, utan som en del processen och något som måste bli föremål för forskarens reflexiva medvetenhet (Morrow, 2005). Författarna strävar således efter att medvetandegöra, snarare än att lägga åt sidan, den egna subjektiviteten. Att vara två, har upplevts som givande i denna process. Tankar kring den egna förförståelsen, teoretiska kunskaper och professionella- och personliga erfarenheter och dess inverkan på processen har varit ständigt närvarande i arbetet. Båda författarna är psykologer och har mött personer med ätstörningar i sitt behandlingsarbete. Till största delen har litteraturinläsning skett efter datainsamling och analys men båda författarna har teoretisk kunskap av både ätstörningar och dess behandling, vilket säkert format både formulering av intervjufrågor samt konstruerat en referensram för analysen.

Etiska dilemma och övervägande. Kvale och Brinkman (2014) och Willig (2013) tar upp viktiga överväganden och möjliga, problematiska konsekvenser av kvalitativa studier och dessa har författarna betraktat under arbetet med studien.

Ett etiskt dilemma är att flera av deltagarna när de tillfrågades om deltagande i studien, eller vid tiden för intervjun, hade kontakt med Ätstörningscentrum i Lund. Då vissa lokaler och viss personal är gemensam för de olika avdelningarna var det förmodligen svårare för de deltagare som fortfarande var i behandling att, vid intervjutillfället, sortera ut de upplevelser som de haft av tvångsvården på avdelningen.

Ett annat, och kanske större, etiskt dilemma är att vissa deltagare fortfarande fanns i någon sorts behandlingsrelation på Ätstörningscentrum, vilket kan ha bidragit till en känsla av att vara i en beroendesituation. Trots åtgärder, såsom att ingen av deltagarna intervjuades av någon de haft en terapeutisk kontakt med, kan den relationella kontexten ha lett till en försiktighet i beskrivningen av tidigare erfarenheter eller bidragit till en upplevelse av utsatthet och sårbarhet. Det finns naturligtvis också en risk att deltagarnas relation till, eller kännedom om intervjuarna ledde till att de avslöjade mer än de var bekväma med, vilket Kvale och Brinkman (2014) tar upp som en riskfaktor i kvalitativ forskning. Ingen deltagare har valt att kontakta de som intervjuat för prata om känslor som intervjun väckt eller ta tillbaka uttalanden de gjort under intervjun. Möjligen skulle de ha erbjudits att ta del av sina egna citat innan publiceringen av studien vilket Kvale och Brinkman (2014) rekommenderar men detta erbjöds inte, och hade inte heller varit praktiskt genomförbart. Författarnas funderingar kring detta är att det hos behandlare i vården kan finnas ängslan för, och undvikande av, att prata om svåra känslor och erfarenheter. Deltagarna i studien uttryckte sig dock positivt kring att få möjlighet uttrycka sig om erfarenheter och upplevelser av tvångsvården. Detta lyftes också fram av deltagarna i studien av Katsakou och Priebe (2007).

Vidare beskriver flera av deltagarna att de, vid tiden för intervjun, kände viss ambivalens till både sin sjukdom och sitt tillfrisknande. Frågor kring just sjukdom kontra friskhet kan tänkas försätta deltagaren i en oförberedd och känslomässigt stark situation. Utifrån intervjuarnas förförståelse om anorektiska patienters sårbarhet fanns en särskild lyhördhet under intervjun och angelägenhet att validera deltagarnas känslomässiga reaktioner.

Implikationer för praktik och framtida forskning

Resultat från föreliggande studie väcker tankar på uppslag för framtida forskning. Deltagarna i studien beskriver hur behandlingen kan ses som en process, från LPT-beskedet med det upplevda främtagandet av det egna ansvaret, till en ökad känsla av ansvar och delaktighet i behandlingen och tillfrisknandeprocessen. Deltagarna nämner här olika faktorer som underlättat i denna process såsom information, förståelse för beslutet och vårdens rimlighet och sammanhang, samt hävande av den akuta svälten. Att undersöka ytterligare faktorer som fungerar som främjande för denna process hade varit ett intressant uppslag för kommande studier. Det hade också varit spännande att studera hur dessa främjandefaktorer förhåller sig till de teman som enligt Nordbø et al. (2008) ökar önskan om tillfrisknande.

Tankar hos författarna har uppstått kring nödvändigheten i att, då en person berövas sjukdomens sätt att reglera känslor, tankar, relationer, mat och vikt, också erbjuda något som kan ersätta denna funktion. Att patienterna ser de föreslagna ersättningarna som värdiga och rimliga är

naturligtvis helt avgörande. Skårderud (2007) sammanfattar just dessa tankegångar i ”use the body to forget the body” och fler behandlingsinsatser sprungna ur patienternas egna tankar och önskningar skulle behövas i ätstörningsvården.

I resultatet finns beskrivningar av att de negativa känslorna hos vissa deltagare vidmakthölls under hela tvångsvården och bidrog till en känsla av kamp i behandlingssituationen. Men – även i mindre uttalad kamp hade det varit av värde att ytterligare undersöka hur en destruktiv process, där kamp hamnar i förgrunden framför en framväxande känsla av eget ansvar och delaktighet i behandling, skulle kunna undvikas. I det kliniska arbetet skulle det kunna vara betydelsefullt att, förutom att ha förståelse för den tvångsvårdade personens upplevelse och situation, låta den tvångsvårdade personen ha ett medbestämmande inom tvångsvårdens ram samt att kontinuerligt föra dialog kring patientens situation och upplevelser av tvångsvården.

Behov av framtida forskning finns även kring den grupp av ätstörda, där allvarlighetsgraden är sådan att tvångsvård är indikerad. Elzack et al. (2014) resonerar kring att den grupp av ätstörda patienter som har behov av tvångsvård skiljer sig avseende symtom och komorbiditet, från den ätstörda gruppen i stort. Komorbiditet, tas upp som en komplicerande faktor för tillfrisknande (Papadopoulos et al., 2009) och ökad kunskap om denna grupp hade kunnat bidra till kunskap rörande implikationer för behandling, exempelvis utifrån samsjuklighet.

Tvångsvård innebär ett ingrepp i personens liv och autonomi och studiens deltagare beskriver hur upplevelsen av att ha blivit kränkt lever kvar hos dem. Detta till trots framhåller deltagarna att tvångsvården hade en livrättsuppehållande funktion och att de kan se den som det bästa av två onda ting – tvångsvård eller döden. En fråga för framtida forskning är hur den svårt anorektiska personen kan hjälpas innan det behöver komma till en så drastisk avvägning som denna mellan två onda ting.

I arbetet att nå ökad förståelse för den anorektiska patientgruppen och för att förbättra bemötande i vården, tvångsvårdens villkor och den psykoterapeutiska behandlingen behövs fler studier som fokuserar på patientens upplevelser och erfarenheter.

Referenslista

- American Psychiatric Association. DSM-5 (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bindman, J. (2004). Coercion and treatment pressures. *Psychiatry*, 3(3), 14–16. Doi: 10.1383/psyt.3.3.14.30680
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bryden, P., Steinegger, C., & Jarvis, D. (2010). The Ontario experience of involuntary treatment of pediatric patients with eating disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 138–143. doi:10.1016/j.ijlp.2010.03.002
- Button, E., Chadalavada, B., & Palmer, R. (2010). Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 387–392. doi:10.1002/eat.20715
- Clinton, D., Birgegård, A. (2017). Stort mörkertal för ätstörningar - fler behöver hjälp tidigt. *Läkartidningen*. Lakartidningen.se 2017-05-30
- Clinton, D. & Norring, C. (2002). *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Copeland, W. E., Bulik, C. M., Zucker, N., Wolke, D., Lereya, S. T., & Costello, E. J. (2015). Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1141–1149. doi:10.1002/eat.22459
- Douzenis, A., & Michopoulos, I. (2015). Involuntary admission: The case of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 31-35. doi:10.1016/j.ijlp.2015.01.018
- Eizaguirre, A. E., de Cabezon, A. O. S., de Aldaa, I. O., Olariaga, L. J., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321–331. doi:10.1016/S0191-8869(03)00099-0
- Elzakkars, I. F., Danner, U. N., Hoek, H. W., Schmidt, U., & Elburg, A. A. (2014). Compulsory treatment in anorexia nervosa: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 845–852. doi:10.1002/eat.22330

- Espeset, E. S., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 451–460. doi:10.1002/erv.2183
- Fairburn, C. G. (2003). *Att övervinna hetsätning, ett nytt vetenskapsbaserat behandlingsprogram*. Cura bokförlag och utbildning AB, ISBN 9 789 189 091 337.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-Based Treatment of Anorexia Nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 37, 26–30.
- Fairburn, C. G. & Walsh, B. T (2002). Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified). In K. D. Brownell, & C. G. Fairburn, (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (pp. 171–177). New York: the Guilford Press.
- Fischer, A. & Gerle, E. (2014). Så kan tvång undvikas i vården av självskadebeteende - Hur sex kvinnor utifrån sina erfarenheter av psykiatrisk vård tänker att tvång kan undvikas (Psykologexamensuppsats), Lunds universitet, Institutionen för psykologi. Hämtad från <http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/4465889>
- Fonagy, P., Target M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalisation and the development of the self*. New York: Other Press.
- Gardner, W., Lidz, C. W., Hoge, S. K., Monahan, J., Eisenberg, M. M., Bennett, N. S., & ... Roth, L. H. (1999). Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1385-1391.
- Godt, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 94-99.
- Goncalves, S., Machado, B., Silva, C., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Cao, L., & Machado, P. P. (2016). The moderating role of purging behaviour in the relationship between sexual/physical abuse and nonsuicidal self-injury in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 164-168. doi:10.1002/erv.2415
- Goss, P. (2006). Discontinuities in the male psyche: waiting, deadness and disembodiment. archetypal and clinical approaches. *Journal of Analytical Psychology*, 51(5), 681-699. doi:10.1111/j.1468-5922.2006.00617.x
- Guarda, A., Pinto, A., Coughlin, J., Hussain, S., Haug, N., & Heinberg, L. (2007). Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 108-114.

- Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Nordbø, R. H., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932-941. doi:10.1002/eat.22033
- Hansson, K., & Cederblad, M. (1995). *Känsla av sammanhang: studier från ett salutogent perspektiv*. Lunds Universitet: Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri.
- Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S., & Williams, L. M. (2010). Anorexia nervosa: towards an integrative neuroscience model. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 18(3), 165-179. doi:10.1002/erv.974
- Holm, J. S., Brixen, K., Andries, A., Hørder, K., & Støving, R. K. (2012). Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa: A review of five cases. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 93-100. doi:10.1002/eat.20915
- HSL 1982: 763. Hälso- och sjukvårdslagen. Hämtad 11 december 2017 från http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/lagar/Svenskforfattningsforsamling/Halso-ochsjukvarslag-1982_sfs-1982-763/
- Høyer, G. (1999). Clients' perception of coercion: a research perspective. In J. P. Morrissey & J. Monohan (Eds.), *Research in community and mental health* (pp. 101-121). Stamford, Connecticut: JAI PRESS INC.
- Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2010). Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatric Services*, 61(3), 286-292. doi:10.1176/ps.2010.61.3.286
- Katsakou, C. & Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment. A review of qualitative studies. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(2), 172-178. Doi:<http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1017/S1121189X00004802>
- Kjellin, L., & Westrin, C. G. (1998). Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care. Registered and reported. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1), 31-42.
- Kristiansson, M. & Sturup, J. (2007). Allvarlig psykisk störning - en svår rättspsykiatrisk bedömning. *Läkartidningen*. Lakartidningen.se 2007-05-30
- Kvale, S., Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- LPT 1991: 1128. Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Hämtad 1 december 2017 från: <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar7Lagar/Svenskforfattningsforsamling/Lag-1991128-om-psykiatrisk-sfs-1991-1128/>

- LRV 1991: 1129. Lagen om rättspsykiatrisk vård. Hämtad 1 december 2017
från: <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningsforsamling/Lag-1991129-om-psykiatrisk-sfs-1991-1129/>
- Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W., & Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine*, 46(13), 2749–2758. doi:10.1017/S0033291716001136
- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260.
- Nordbø, R. S., Espeset, E. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 39(7), 556–564. doi:10.1002/eat.20276
- Nordbø, R. S., Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2008). Expanding the concept of motivation to change: The content of patients' wish to recover from anorexia nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 41(7), 635–642. doi:10.1002/eat.20547
- Nordbø, R. S., Espeset, E. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 60–67. doi:10.1002/erv.1097
- O'Donoghue, B., Roche, E., Shannon, S., Lyne, J., Madigan, K., & Feeney, L. (2014). Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Research*, 215(1), 120–126. doi:10.1016/j.psychres.2013.10.016
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 39, 83-95. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.005
- Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L., & Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 194(1), 10–17. doi:10.1192/bjp.bp.108.054742
- Parling, T., Mortazavi, M., & Ghaderi, A. (2010). Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: time for a shift in the measurement of the concept?. *Eating Behaviors*, 11(4), 205–210. doi:10.1016/j.eatbeh.2010.04.001
- Patel, R., Davidson, B. (2011). Forskningsmetodikens grunder, att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Lund: Studentlitteratur.

- Petersson, S. (2017). *Flawless beyond reach and reason: aspects of perfectionism in eating disorders* (Doctoral dissertation). Lund University, Department of psychology.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137–145.
- Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., & Yeeles, K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 194(1), 49–54.
doi:10.1192/bjp.bp.108.052266
- Psykoterapeutisk behandling vid anorexia nervosa. SBU 2011-10-18. www.sbu.se
- Rosling, A., Sparén, P., Norring, C., & von Knorring, A-L. (2011). Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in specialist unit 1974–2000. *International Journal of Eating Disorders*, 304(4). doi:10.1002/eat.20827
- Rosling, A., Salonen Ros, H., & Swenne, I. (2016). One-year outcome and incidence of anorexia nervosa and restrictive eating disorders among adolescent girls treated as out-patients in a family-based setting. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 121(1), 50–59. doi:10.3109/03009734.2016.1141810
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och kultur.
- af Sandeberg A. M. (2017). *Ätstörningar*. Hämtad 20 januari 2017 från Stockholms centrum för ätstörningar https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/atstorningar.html?search=ä&id=s4_2#s4_2
- Shafran, R., Egan, S., & Wade, T. (2010). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using cognitive behavioural techniques*. London: Constable and Robinson Ltd.
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa-an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323–339. doi:10.1002/erv.817
- Skårderud, F., & Fonagy, P. (2012). Eating Disorders. In A. Bateman, & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 347–384). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Socialstyrelsen. (2011). *Det diffusa tvånget - patienters upplevelse av öppen tvångsvård*. Hämtad 1 oktober 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18588/2012-1-35.pdf>

- Socialstyrelsen. (2009). *Innehållet i den psykiatriska vården*. Hämtad 10 december 2017 från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81_200912681.pdf
- Socialstyrelsens patientregister (Socialstyrelsen 2018).
- SOSFS (2008:18). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
- Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293.
- Stice, E., Becker, C. B., & Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 478–485. doi:10.1002/eat.22105
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445–457. doi:10.1037/a0030679
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 339–360.
- Svenaesus, F. (2003). *Sjukdomens mening*. Stockholm: Natur och kultur.
- Szmukler, G., & Appelbaum, P. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233–244.
- Tan, J. O., Hope, T., Stewart, A., & Fitzpatrick, R. (2003). Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(ANOREXIA SPECIAL ISSUE), 627–645. doi:10.1016/j.ijlp.2003.09.009
- Tan, J. O., Stewart, A., Fitzpatrick, R., & Hope, T. (2010). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(13–19). doi:10.1016/j.ijlp.2009.10.003
- Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rössler, W., & Jäger, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 939–944. doi:10.1016/j.psychres.2012.04.012
- Thurfjell, B., Eliasson, M., Swenne, I., von Knorring, A., & Engström, I. (2006). Perceptions of gender ideals predict outcome of eating disorders in adolescent girls. *Eating Disorders*, 14(4), 287–304.

- Treasure, J. (2006). Where do eating disorders lie on the diagnostic spectrum and what does it mean? *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 27–31.
- Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., Hay, P., Smith, R., Maguire, S., & ... Crosby, R. D. (2013). Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 43(12), 2501–2511. doi:10.1017/S0033291713000949
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hauswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294–299. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.008
- Wadefjord, A., Bäckström, J., & Kjellin, L. (2008). *Patienter i psykiatrisk slutenvård i Örebro län - resultat från EUNOMIA-projektet*. Örebro: Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro läns landsting.
- Wallsten, T. (2008). *Compulsory psychiatric care: Perspectives from the Swedish coercion study. Patient experiences, documented measures, next of kins' attitudes and outcome*. (Doctoral dissertation). Uppsala universitet, Centrum för klinisk forskning.
- Waller, G. (2008). A 'trans-transdiagnostic' model of the eating disorders: a new way to open the egg? *European Eating Disorders Review*, 16(3), 165–172.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative Research in Psychology*. (3. Ed.). Maidenhead: Open University Press.

Bilaga 1

Samtyckesblankett

Hej,

Du har någon gång under din behandlingsperiod på Ätstörningsenheten i Lund vårdats enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård LPT, för din ätstörningsproblematik.

Dina erfarenheter och tankar kring denna behandling är värdefulla för oss. Både för att just dina erfarenheter är unika och även för att vi som ett led i vårt kvalitetssäkringsarbete, förhoppningsvis skall kunna förbättra vårt arbete och underlätta för den person som kan komma att behöva vårdas enligt LPT i framtiden.

Du kommer att få frågor kring din LPT vård och samtalet kommer att spelas in. Dina svar kommer att anonymiseras, så att du som patient inte skall gå att identifieras. Intervjuerna genomförs som ett led i ett kvalitetssäkringsarbete och kommer även eventuellt att ligga till grund för ett psykologiskt specialistarbete.

Jag har tagit del av ovanstående

Namn

Namnförtydligande

Ort/datum

Kontaktuppgifter: (bifogat visitkort)

Bilaga 2

Intervjuguide

Frågor kring omständigheterna då din behandling vid ätstörningsenheten gick över från vård enligt HSL till vård enligt LPT:

1: Kan du berätta hur du reagerade då du förstod att din vård gick över från vård enligt HSL till vård enligt LPT (Vad kände du? Vad tänkte du? Vad gjorde du?)?

2: Vad tycker du om rimligheten i beslutet?
(Vad tyckte du vid tillfället? Vad tycker du nu?)

3: Hur lång tid hade du vid tillfället behandlats på ätstörningsenheten (om du vårdades där)?

4: Förutsåg du att din vård skulle kunna komma att konverteras från HSL till LPT?

5: Vad tänker du om tidpunkten då beslutet togs att konvertera din vård?
(för tidigt/sent/relativt rätt i tiden)

6: Vem/vilka av dina behandlare var närvarande då beslutet togs?

7: Upplever du att din relation till den/de av dina behandlare som var närvarande då beslutet fattades kring din vård påverkades? I så fall - på vilket sätt?

8: Hur tror du att dina behandlare upplevde det att ta beslutet att göra konverteringen av din vård?

9: Finns det något du tycker kunde ha gjorts bättre vad gäller omständigheterna kring konverteringen?

10: Fanns det någonting vad gäller omständigheterna kring konverteringen som du tyckte underlättade för dig i situationen?

11: Vad tror du att dina anhöriga upplevde, då de fick reda på att din vård gick över från HSL till LPT? (föräldrar, syskon, partner, barn, vänner)

12: Om din vård inte hade gått över till vård enligt LPT vid det tillfälle då den gjorde det, vad tror du hade hänt?

13: Vad anser du om den information du fick kring din vård enligt LPT?

14: På vilket sätt tror du att din vård enligt LPT kan ha påverkat din inställning till den behandling du påbörjade? Inställning till din behandling? Inställning till dina behandlare på avdelningen? Inställning till din sjukdom/ditt arbete mot att bli fri från sjukdomen/fortsätta i sjukdomen?

15: Förändrades din inställning till din vård enligt LPT under behandlingens gång? I så fall på vilket sätt?

16: Hur upplevde du det när din vård enligt LPT gick över till vård enligt HSL igen?

17: Vad tänker du om tidpunkten för detta?
(för tidigt/för sent/ relativt rätt i tiden)

18: På vilket sätt påverkades din inställning till din behandling av att du inte längre vårdades enligt LPT?

19: Vilka tankar har du kring vård enligt LPT av personer med en ätstörningsproblematik generellt?