



Linnéuniversitetet

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Uppsats omvårdnad 15 hp

Patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård



Författare

Mattias Wargren och Liza Rejdvik

Författare

Kerstin M Andersson

Författare

HT12

Författare

2VÅ60E



Sammanfattning

Tvångsvård inom psykiatri tillämpas runt om i världen när patienter inte bedöms kunna fatta adekvata beslut om sin egen omvårdnad. Tvångsåtgärder är ett mycket känsligt förfarande där patienten lätt utsätts för övergrepp och kränkningar när åtgärder vidtas utan hans eller hennes medgivande.

Vi ville belysa patienters erfarenheter av tvångsåtgärder inom psykiatri och på så vis ta reda på om eller hur vårdpersonal skulle kunna tillämpa denna kunskap för att förbättra vården.

Denna systematiska litteraturstudie har gjorts med syftet att ta reda på hur dessa patienter upplever de tvångsåtgärder som de utsätts för.

Studien omfattar sju artiklar som berör ämnet och har valts ut från tre databaser, PubMed, PsycInfo och Cinahl, från sökkriterierna ”commitment of mentally ill”, ”psychiatric patients”, ”involuntary commitment” och ”attitude”, beroende på vilka termer databasen rekommenderade. Artiklarna analyserades och fyra gemensamma teman belystes.

Resultaten tyder på att många kränkningar sker vid tvångs-omhändertagande, men att flertalet patienter i efterhand accepterar den tvångsvård de utsätts för. De aspekter som påverkar upplevelsen positivt tycks vara god information, goda relationer med personalen samt delaktighet i vården. Just känslan av delaktighet och begriplighet, i linje med begreppet KASAM, framstår enligt resultaten som viktig för patienter som utsätts för tvångsvård.

Nyckelord: Tvångsvård, psykiatri, patient, upplevelse.



Innehåll

1.	Inledning	1
2.	Bakgrund	1
2.1	Teoretisk referensram	2
3.	Problemformulering	3
4.	Syfte	3
5.	Metod	4
5.1	Litteratursökning	4
5.2	Inklusionskriterier	4
5.3	Sökning i Cinahl	4
5.4	Sökning i PsycInfo	5
5.5	Sökning i PubMed	5
5.6	Granskning av artiklarna	5
5.7	Val av granskningsmall	6
5.8	Analys	6
5.9	Forskningsetiska överväganden	7
6	Resultat	8
6.1	Erfarenheter av olika tvångsåtgärder	8
6.2	Erfarenheter av att bli inlagd	9
6.3	Delaktighet i tvångsvård	10
6.4	För- och nackdelar med tvångsvård	11
7.	Diskussion	13
7.1	Metoddiskussion	13
7.2	Resultatdiskussion	13
7.3	Förslag på framtida forskning	16
7.4	Slutsats	17
8.	Referenser	18

Bilagor

- Bilaga 1 – Söktabell
- Bilaga 2 – Granskningsmall
- Bilaga 3 – Artikelmatris
- Bilaga 4 – Resultatanalys
- Bilaga 5 – GAF-skalan

1. Inledning

Psykiatrisk tvångsvård – ett begrepp som troligen väcker tankar hos de flesta och kanske till och med negativa associationer hos många av oss. Tvångsvårdande förekommer i de flesta länder på jorden i en eller annan form och är ett omdebatterat ämne på nästan alla platser. Enligt traditionell syn på god vård och omsorg känns det paradoxalt att patienter kan bli fråntagna sina mest grundläggande rättigheter, såsom självständighet, rörelsefrihet och medbestämmanderätt.

Vi har båda under vår utbildning fått en viss inblick i den psykiatriska vården och uppmärksammat vad vi tolkat som just denna motsättning mellan begreppen omvårdnad och tvång. Vi ställer oss undrande till hur de kan vara förenliga i en kontext där patientdelaktighet och mänskliga rättigheter utgör en stor del av grundfundamenten.

2. Bakgrund

Villkoren för psykiatrisk tvångsvård ser olika ut beroende på vilket lands lagar man granskar, men i huvudsak är grundförutsättningarna ofta de samma. En patient som bedöms vara till fara för sig själv eller sin omgivning omhändertas efter beslut av antingen medicinsk expertis eller efter beslut från en rättslig instans.

I Sverige gäller sedan 1992 lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT (1991:1128). Detta innebär att möjligheten till att vårda en psykiatripatient under tvång med till exempel bältning eller inlåsning regleras helt enligt denna lag. Tre kriterier måste uppfyllas för att patienten ska kunna bli aktuell för LPT, och dessa är:

- Patienten måste vara i ett ofrånkomligt behov av psykiatrisk heldygnsvård.
- Patienten motsätter sig inläggning eller bedöms inte vara kapabel att själv avgöra detta behov för att kunna ge sitt samtycke.
- Legitimerad läkare måste först ha gjort bedömningen att patienten lider av en allvarlig psykiatrisk störning och därefter skriva ett vårdintyg varpå beslut om intagning fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får alltså inte fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget (Lag 2008:415, Riksdagen.se).

Dock gör LPT även tydligt att patienter ska tvångsvårdas under så kort tid som möjligt och i största möjliga mån vara delaktiga i besluten om sin egen omvårdnad. Om tiden för

tvångsvård överstiger fyra veckor måste beslut om eventuell förlängning tas av förvaltningsdomstolen.

Patienten kan efter beslut av chefsöverläkare skiljas från andra patienter i högst åtta timmar varpå beslutet måste omprövas och Socialstyrelsen informeras om eventuell förlängning.

Läkaren kan också ordinera enstaka tvångsmedicinering, men får inte ordinera ”vid behov”. Patienten som vårdas enligt LPT får spännas fast med skyddsbälte om det finns fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Om tiden i bälte överstiger fyra timmar ska läkaren fylla i en blankett med motivering till Socialstyrelsen. När patientens tillstånd blivit tillräckligt mycket bättre för att villkoren för tvångsvård inte längre uppfylls ska den avslutas.

Om en läkare utfärdat ett vårdintyg och tagit ett så kallat kvarhållandebeslut får patienten utsättas för tvångsåtgärder med syfte att säkerställa ordning och säkerhet även före ett intagningsbeslut. Om fara för patientens liv/hälsa uppstår får också tvångsbehandling ges. Om däremot vårdintyg och kvarhållandebeslut inte finns är vårdpersonalen hänvisad till åtgärder enligt nödvärnslagstiftningen. För övrigt innebär vård enligt LPT att personalen har rätt att kroppsvisitera (inte kroppsöppningarna) en patient och omhänderta missbruksmedel, sprutor eller andra farliga föremål, samt även paket som skickats till patienten – dock inte brev. Utgående post får inte kontrolleras och patientens rätt att göra telefonsamtal får inte begränsas av behandlingsmässiga skäl. Patienten har även rätt att få en stödperson som utsetts av landstingets patientnämnd. Denne ska fungera som en oberoende medlare mellan patient, anhöriga och vårdgivare (Allgulander, 2008).

Socialstyrelsen gjorde den 6 maj 2008 en studie av tvångsvården i Sverige. Just denna dag vårdades 3066 patienter, varav hälften enligt LPT (Arlebrink, 2010).

Tvångsvårdens karaktär väcker frågor om hur patienterna upplever denna form av vård när de ser tillbaka på sina erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård. Finns det både positiva och negativa inslag? Vad kan vi som framtida vårdpersonal ta med oss av deras utsagor för att kunna bidra med ett respektfullt bemötande och i slutändan en om möjligt ännu bättre vård och omsorg? Förmodligen finns det möjligheter för oss som sjuksköterskor att genom ökad medvetenhet och lyhördhet ge ett bättre bemötande i mötet med dessa patienter. Vi vill genom denna litteraturstudie ta fram och samla kunskap för att i framtiden kunna använda den som en resurs i mötet med tvångsvårdade patienter.

2.1 Teoretisk referensram

Aaron Antonovsky (1923-1994) utvecklade begreppet KASAM (Antonovsky, 1991). Han menade att en individ aldrig är enbart helt frisk eller helt sjuk, utan snarare alltid befinner sig längs ett kontinuum någonstans emellan dessa ytterligheter. Enligt Antonovsky är det graden av KASAM som avgör var längs denna skala vi befinner oss.

KASAM är en förkortning av Känsla Av SAMmanhang och innebär att en individs upplevelse av hälsa beror på tre delkomponenter. *Begriplighet* – en känsla av att det som händer inuti och omkring individen är strukturerat och går att förstå och förutse. *Hanterbarhet* – de resurser som olika skeenden kräver för att kunna hanteras finns tillgängliga för individen. *Meningsfullhet* – livets utmaningar känns meningsfulla att lägga sin tankemöda och energi på.

Sammanfattningsvis kan man säga att om man har en hög grad av KASAM så medför detta även en god förmåga att hantera olika utmaningar i livet (Antonovsky, 1991).

När det gäller kopplingen mellan KASAM och psykiatrisk tvångsvård förefaller denna grundförmåga att klara av och anpassa sig i påfrestande situationer vara mycket viktig. De resurser detta medför kan vara av stor betydelse för patienter som försöker återhämta sig från psykisk ohälsa. Den information, tydlighet och de resurser som vi som vårdpersonal kan bidra med blir således väldigt värdefulla om de redan från början kan bidra till att höja patientens känsla av meningsfullhet.

3. Problemformulering

Vid tvångsvård ligger en stor del av patienternas trivsel, upplevelser och behandlingsresultat i händerna på vårdpersonalen. Att skapa stimulerande miljöer, ta hänsyn till patienternas önskemål och att i möjligaste mån involvera patienterna i vården verkar vara avgörande för hur resultatet av ska bli. För att personalen ska kunna skapa bättre förutsättningar till att göra upplevelsen så bra som möjligt för patienterna, är det viktigt att förstå eventuella brister i denna typ av vård, sett ur patienternas synvinkel.

4. Syfte

Syftet med denna systematiska litteraturstudie är att belysa patienters erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård.

5. Metod

5.1 Litteratursökning

Vi har gjort en systematisk litteraturstudie för att skapa en överblick och samla kunskap om vårt problemområde. Vi började med att fundera kring vilka sökord som skulle kunna vara relevanta för vårt syfte. Vår målsättning var att de skulle beröra patienters upplevelser, tvångsomhändertagande samt psykiatrisk vård. För att hitta material för att besvara vår frågeställning valde vi att använda oss av databaserna Cinahl, PubMed och PsycInfo.

Först gjorde vi en sökning av olika begrepp i Svensk MESH för att hitta likvärdiga sökord på engelska. Det första begreppet vi sökte efter var engelskans motsvarighet till upplevelse och fick då förslaget "sense of coherence". För tvångsvård fick vi "commitment of mentally ill" och patient motsvarade helt enkelt "patient".

5.2 Inklusionskriterier

Vi valde att söka efter artiklar som var kollegialt granskade, peer reviewed, skrivna på engelska eller svenska på grund av våra personliga språkliga begränsningar. Dessutom valde vi att artiklarna skulle vara publicerade under den senaste tioårsperioden, 2003-2012, då vi var intresserade av aktuella förhållanden och behandlingar.

5.3 Sökning i Cinahl

Först ut var Cinahl där vi började med verktyget Cinahl Headings för att komma fram till lämpliga sökord. Begreppet "commitment of mentally ill" motsvarades i Cinahl av "involuntary commitment". Begreppet "patient" ledde oss till "psychiatric patients" vilket medförde en automatisk exklusion av övriga patientgrupper.

För att fånga patienternas upplevelser sökte vi först efter en motsvarighet till Svensk MESH:s "sense of coherence" vilket inte resulterade i några lämpliga begrepp. Istället jämförde vi då begreppen "experience" och "attitude". Sökordet "experience" ledde till "life experience" och "attitude" fanns som en egen sökrubrik.

Nu genomförde vi en sökning med vardera sökord, inklusive funktionen explode, vilket innebär att sökordets underrubriker ingår i den mån de förekommer. En kombination av "Life experience", "Involuntary commitment" och "Psychiatric patients" med AND emellan gav bara fyra träffar, som dessutom inte motsvarade vårt syfte.

För att åtgärda detta granskade vi våra sökord och kom fram till att det som främst behövde ändras var begreppet "life experience", vilket vi bytte till "attitude". En kombinerad sökning

av "attitude", "psychiatric patients" samt "involuntary commitment" resulterade i 56 träffar i databasen.

5.4 Sökning i PsycInfo

I PsycInfo använde vi oss av funktionen "Thesaurus" som ger förslag på lämpliga söktermer utifrån de sökord som vi vill använda. Vårt sökord "attitude" motsvarades av "attitudes" i PsycInfo. Sökordet "involuntary commitment" motsvarades av "involuntary treatment". Dessutom inkluderades underrubriken "commitment (psychiatric)" plus explode. Till sist sökte vi på "psychiatric patients" vilket fanns även här som sökord. När vi kombinerat dessa sökord återstod slutligen elva artiklar.

5.5 Sökning i Pubmed

I Pubmed började vi med att använda databasens egen mesh-sida för att få fram lämpliga sökord. "Attitude" motsvarades av samma begrepp här. "Involuntary commitment" motsvarades av "commitment of mentally ill" till sist provade vi "psychiatric patients", men här fanns ingen direkt motsvarighet. Istället utgick vi då från "patients" och valde underkategorin "psychology". En kombination av alla ovanstående gav sju träffar. För att ta reda på om artiklarna var vetenskapligt granskade kontrollerade vi de olika publikationerna i Ulrich's Periodicals Directory.

För fullständig sökningsinformation, se bilaga 1.

5.6 Granskning av artiklarna

I de sökresultat som vi fick fram från de olika databaserna läste vi sedan igenom rubriker och sammanfattningar för att få fram de artiklar som verkade vara mest relevanta. När vi läst igenom samtliga sammanfattningar kvarstod 19 stycken som verkade passa vårt syfte. Dock var tre träffar från de olika databaserna dubletter och fem stycken hade en urvalsgrupp för sina studier som inte passade vår granskning - till exempel drogmissbrukare eller rättspsykiatriska patienter. Dessa valdes bort manuellt för att fokusera litteratursökningen på en så homogen patientgrupp som möjligt. Därefter återstod elva artiklar att kvalitetsgranska och till sist ströks ytterligare fyra då de inte tillräckligt väl motsvarade vårt syfte. Kvar fanns alltså sju artiklar om vårt ämnesområde att granska.

5.7 Val av granskningsmall

Efter att ha letat och läst igenom olika granskningsmallar fastnade vi till slut för den mall som vi hittade på Statens beredning för medicinsk utvärderings (SBU) hemsida. Det är en mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik och är en modifierad version som ursprungligen skapats av Bahtsevani, Granskningsmall för patientupplevelser kvalitativ metod, 2002-06-18 (SBU, 2012). Efter en viss modifiering ansåg vi att denna mall innehöll de kriterier som vi ville granska. Se bilaga 2.

Vi gjorde båda en individuell genomläsning av samtliga artiklar. Därefter jämförde vi våra omdömen för att se hur vi kvalitetsbedömt artiklarna. Samtliga sju artiklar godkändes och hamnade på en medelhög kvalitetsnivå. Till sist förde vi över informationen till. Se bilaga 3.

5.8 Analys

Vårt analysarbete började med att vi var för sig läste genom varje artikels resultatdel på nytt. Sedan plockade vi ut de resultat som forskarna gjort som var användbara för att besvara vårt eget syfte och efter att ha jämfört våra egna resultat kom vi fram till ett gemensamt fokus.

På grund av att flera av artiklarna presenterade sina svar i tabeller som redovisade enkätsvar var de befintliga resultatdelarna ibland kortfattade. I dessa fall tog vi hjälp av studiernas resultatdiskussioner för att få ledtrådar till vilka resultat som vägde tyngst. Dessa sökte vi sedan rätt på i de tabeller och formulärsvar som åsyftades. Ur denna information lyfte vi fram det som kunde tolkas som patienternas upplevelser av sin vård.

Av de artiklar som vi granskade hade merparten, (Katsakou & Priebe, 2007; Kjellin, Andersson, Bartholdson, Candefjord, Holmstrøm, Jacobsson, Sandlund, Wallsten, & Östman, 2004; Owen, David, Hayward, Richardson, Szmukler, Hotopf, 2009; Sørgaard, 2007; Wallsten, Östman, Sjöberg, & Kjellin, 2008; Zervaki, Stechuchak, Olsen, Swanson, Oddone, Weinberger, Bryce, Butterfield, Swartz, & Strauss, 2007) som nämnts ovan en kvantitativ ansats. De omfattade relativt stora antal respondenter som fyllde i enkäter utan öppna frågor, men med svar som ofta presenterades som attityder. Den sjunde artikeln (Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä, & Välimäki, 2007) var en kvalitativ studie av patienters upplevelser av inskränkningar av deras personliga frihet.

Arbetsättet med de kvantitativa texterna gjordes genom att fynden togs ut i form av enkla meningar, nyckelfraser, som ställdes upp bredvid varandra och därefter placerade vi meningar med liknande innebörder i kategorier. Kategorierna i sin tur sattes till slut ihop till fyra olika teman som motsvarade tyngdpunkterna som framkommit i vår analys. På detta sätt kunde

texten bearbetas metodiskt och de resultat vi fick fram blev representativa för de studier vi analyserat. Vi granskade även den kvalitativa artikelns resultat på samma sätt och plockade ut nyckelfraser som vi tyckte speglade tyngdpunkterna av patienternas upplevelser. Dessa fördes därefter in i samma kategorisystem som ovan nämnda artiklars resultat (Lundman & Graneheim Hällgren, 2012). Se bilaga 4.

5.9 Forskningsetiska överväganden

Vi har varit noggranna med att kontrollera så att samtliga artiklar har genomgått en etisk granskning. Ett par undantag hittades vid denna granskning.

Sørgaard (2007) deklarerar att studien inte granskats av den regionala etiska kommittén, men att ett nationellt projekt står bakom studien. Vi försökte nå författaren för en kommentar, men hade innan denna studies färdigställande inte fått något svar. Dock beslutades att trots allt använda artikeln då den föreföll vara trovärdig i sitt utförande och grund av de samarbetspartners som nämns i studiens etikavsnitt.

Kjellin et al. (2004) nämner överhuvudtaget ingenting om etiska överväganden i sin studie. På förfrågan via mail svarar dock Lars Kjellin att studien granskats av Forskningsetikkommittén vid medicinska fakulteten, Uppsala universitet.

Ingen av artiklarna föll bort på grund av att de inte överensstämde med våra uppfattningar, utan samtliga artiklar som motsvarade vårt syfte inkluderades i den systematiska litteraturstudien.

För övrigt reflekterade vi kring det faktum att det i de studier som vi granskat rör sig om en speciellt utsatt patientgrupp. Tvångsvårdade patienter har något av en särställning vad gäller autonomi och frihet och vi ställde oss frågan om huruvida allt deltagande verkligen var medvetet och frivilligt.

6. Resultat

Merparten av de resultat som framkommit är av liknande, men inte identisk, karaktär. Därför står de flesta av studierna för sig själva i presentationen som följer här då det inte var möjligt att generalisera resultaten trots de granskade studiernas relativt likartade syften. Fyra huvudsakliga teman har kommit fram som visar vad patienterna uppfattar som mest angeläget i deras vård, nämligen:

- Erfarenheter av olika tvångsåtgärder
- Erfarenheter av att bli inlagd
- Delaktighet i tvångsvård
- För- och nackdelar med tvångsvård

Först och främst finns det olika typer av åtgärder som uppfattas som tvång. Dessa kan vara mer eller mindre aktiva från vårdinrättningens sida, men bidrar alla till att inskränka patienternas upplevelse av frihet.

En annan återkommande fråga är vem som tagit initiativ till den aktuella vårdåtgärden. Ibland är det patienten som själv, eller tillsammans med anhöriga eller professionella, tagit initiativet och ibland har det fattats beslut helt utanför patientens kontroll.

Det har visat sig att patienternas uppfattningar om tvångsvård, både under och efter, varierar kraftigt. Beroende på bland annat utfallet av vården och vilka tvångsåtgärder som de utsatts för ställer sig olika patienter både positiva och negativa till sina erfarenheter.

Till sist kommer vi också att beröra patienternas delaktighet i den vård de kommer i kontakt med. Känslan av att förstå och kunna hantera de situationer som uppstår verkar ha en stor betydelse för hur patienten uppfattar de tvångsåtgärder han eller hon utsatt för.

6.1 Erfarenheter av olika tvångsåtgärder

Det centrala i patienternas erfarenheter av tvångsvård är just de åtgärder som utförs mot patienternas vilja. Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä och Välimäki (2007), beskriver i sin studie av två finska psykiatriska avdelningar vilka faktorer som patienterna uppfattade som en inskränkning av sin frihet. Dessa åtgärder är inte alltid aktiva från personalens sida, utan kan handla om passiva åtgärder för att begränsa patientens möjligheter att agera på impuls. Sådana mer passiva restriktioner kan till exempel vara begränsad rörelsefrihet i vårdmiljön, begränsad möjlighet till kommunikation med omvärlden, via möten och elektronik, eller konfiskering av patientens ägodelar. Studien visade att patienterna ofta

uppfattade besökstiderna som alltför begränsade och i kombination med restriktioner av användandet av mobiltelefon upplevdes en besvärande avskärmning från omvärlden.

Kjellin et al. (2004) har i sin studie jämfört fyra olika svenska institutioner som använder sig av både låsta och öppna dörrar på avdelningen. Här ser man en viss skillnad i acceptans av att vara inlåst mellan tvångsintagna och frivilligt inlagda patienter. Av de frivilliga patienterna ansåg en majoritet att det var rätt att avdelningen var låst och de tyckte sig förstå syftet med inlåsningsen. Av de tvångsintagna ansåg däremot en majoritet att det var fel att avdelningen var låst. De patienter som vistades på avdelning med olåsta dörrar upplevde alla att detta var rätt, utom tre patienter som trodde att avdelningen var låst och likväl var nöjda med detta.

En annan återkommande tvångsåtgärd som ofta upplevdes som kränkande var tillämpandet av tvångsmedicinering. På samma sätt kunde det upplevas som en inskränkning av den personliga friheten att bli nekad den medicinering man ansåg sig behöva (Zervakis et al., 2012).

En av de mer direkta tvångsåtgärderna var att spärra fast patienten med bälte på en säng eller brits. I våra artiklar har det inte framkommit någon direkt information om denna tvångsåtgärd, förutom att tvångsvårdade patienter i två av studierna rapporterar sig ha blivit utsatta för bältning i mellan 16-30 procent (Kjellin et al., 2004 och Zervakis et al., 2012) av vårdtillfällena. Tydligt är också att tvångsintagna patienter upplevde sig utsättas för fler tvångsåtgärder än vad frivilligt inlagda patienter gjorde (Kjellin et al., 2004; Sørgaard, 2007). Patienter beskriver även att de upplevde dessa olika tvångshandlingar som onödiga maktdemonstrationer och att de kände sig förnedrade i situationen (Kuosmanen et al, 2007).

6.2 Erfarenheter av att bli inlagd

Ur många patienters perspektiv är själva processen att bli inlagd på sjukhus, frivilligt eller ofrivilligt, en viktig faktor till hur vården framöver kommer att upplevas. Som nämnts ovan tyder mycket på att patienter som inte själva tagit beslut om att bli inlagda sannolikt kommer att uppleva sig vara utsatta för mer tvång under hela behandlingen (Sørgaard, 2007).

Kjellin et al. (2004) har i sin studie tillfrågat patienter som blivit intagna för tvångsvård i vilken mån de kände tvång vid inläggningen. Här svarade cirka 75 procent att de känt en medelhög eller hög grad av tvång. Enligt Zervakis et al. (2012) kände cirka 40 procent av de frivilligt inlagda patienterna i denna studie någon grad av tvång vid inläggningen.

En studie undersöker patienter som blivit tvångsintagna men under behandlingens gång återfått sin kapacitet till självbestämmande. När de intervjuades inom en månad efter intagning, eller vid utskrivning, ansåg en majoritet (83 procent) att rätt beslut hade tagits av

läkare för deras räkning i samband med inläggningen. Här påvisas också att patientens retrospektiva omdöme sannolikt blir bättre om de tillfrisknat under vårdtiden (Owen et al., 2009). I denna studie tillfrågas patienterna också om vem de anser ska ta beslut om deras vård om de inte själva är i stånd till detta. Här ansåg nästan alla att dessa beslut bör fattas av i första hand professionell vårdpersonal, men även av patientens familjemedlemmar. Dock visar svaren från de patienter som inte blivit friska under vårdtiden en betydligt större variation. Här var 59 procent inte nöjda med sin vård eller de beslut som fattats för deras räkning. Även här ansåg en stor andel, cirka två tredjedelar, att eventuella beslut vid behov skulle fattas av professionella eller familjemedlemmar, men även åsikter om att endast Gud eller ingen alls skulle få ta beslut för deras räkning.

I en svensk longitudinell studie (Wallsten, Östman, Sjöberg och Kjellin, 2007) ansåg cirka två tredjedelar av de tvångsintagna patienterna att det ska vara möjligt att lägga in patienter med tvång. Av dessa ansåg hela 90 procent att detta beslut skulle fattas av läkare.

Sørgaard (2007) beskriver i sin studie att det råder något av en gråzon vad gäller frågan om vem som egentligen tagit beslut om inläggning av patienterna. Till exempel uppgav 26 procent av de som frivilligt sökt vård att de blivit tvångsintagna. Samtidigt uppgav 16 procent av de som blivit inlagda på grund av andras beslut att de blivit frivilligt inlagda. Dessutom ansåg 27 procent av de tvångsintagna att beslutet om vård togs av dem själva tillsammans med någon annan part. Sammantaget var det cirka en tredjedel av alla respondenterna i studien som inte var på det klara med sin egen rättsliga status under vårdtiden.

6.3 Delaktighet i tvångsvård

Flera av studierna belyser det faktum att ökade tvångsåtgärder hänger samman med minskad upplevelse av delaktighet för patienten i vården. Samtidigt syns också ett samband mellan ökad upplevelse av delaktighet och patientens tillfredsställelse med vården (Sørgaard, 2007).

Kjellin et al. (2004) visar att 28 procent av de tvångsintagna patienterna efter en månad kände till att de hade en vårdplan. Hos de frivilligt inlagda var motsvarande siffra 43 procent. Av alla dessa patienter som kände till att de hade en vårdplan hade drygt hälften varit delaktiga i att planera sin vård, varav cirka tre fjärdedelar var frivilligt inlagda patienter. Även Sørgaard (2007) visar på sambandet mellan tvångsvård och högre grad av missnöje med såväl behandling, inflytande på vårdplanering samt tillfredsställelse med behandling. Ytterligare ett tecken i denna studie på att graden av delaktighet är viktig syns när patienterna får skatta sin tillfredsställelse med sin kontaktperson. Här ser man tydligt att de tvångsintagna patienterna uppskattar denna kontakt mer än de frivilliga patienterna.

Angående delaktighet i behandlingen beskriver O'Donoghue et al. (2011) två möjliga sätt för patienten att hantera sitt tillstånd av psykisk ohälsa. Antingen tillämpar man en så kallad "sealing over"-metod vilket innebär att man förtränger sina problem och låter dem bero. Alternativet är en så kallad "integrated recovery style" där patienten tar hjälp av de resurser som erbjuds för att bli så frisk som möjligt. Här visade det sig att för patienter som förträngde sina problem var sannolikheten fyra gånger högre att bli tvångsintagen på nytt under en ettårsperiod efter det senaste vårdåtagandet.

Kousmanen et al. (2007) har i sin studie intervjuat tvångsintagna patienter om deras upplevelser av olika tvångsåtgärder. Även här tyder resultaten på att delaktighet i form av information och kommunikation med personalen får patienterna att vara mer tillfreds med sin tillvaro. Trots att patienter beskrev tvångsåtgärder som till exempel konfiskering och isolering som i många fall onödiga maktdemonstrationer, så kunde de lättare acceptera dessa åtgärder om de fått tillräcklig information om vilka regler som gäller på avdelningen.

6.4 För- och nackdelar med tvångsvård

Fyra av studierna Sørgaard (2007), Zervakis et al. (2012), Wallsten et al. (2008), Kjellin et al. (2004) har granskat patienternas GAF-värde (se bilaga 5) vid tvångsinläggning och då hamnar alla patienterna mellan 30-39. Endast Sørgaard (2007) har redovisat en GAF-skattning vid utskrivning och då ligger patienterna i snitt på 52,0 jämfört med 36,4 vid inläggning. Detta sista exempel visar på att en viss förbättring i funktion kan uppvisas efter avslutad vård. I övrigt syns ett samband mellan en lägre GAF-skattning och en högre upplevelse av tvång i vården (Zervakis et al. 2012).

Owen et al. (2009) beskriver i sin studie sambandet mellan att patienter som tvångsinlagts, och under vårdtiden återfått sin förmåga till självbestämmande i efterhand, är mer sannolika att ge sitt godkännande till de tvångsåtgärder som de utsatts för. Däremot anser de som ännu inte tillfrisknat i samma grad att tvångsåtgärderna varit onödiga. En liknande korrelation påvisas av O'Donoghue et al. (2011) som undersökt sambandet mellan sjukdomsinsikt och åsikten att tvångsinläggningen var nödvändig ur patientens synvinkel. Här fanns ett samband som visar att ökad sjukdomsinsikt medförde en högre grad av acceptans vad gäller tvångsinläggning.

Många patienter upplevde alltså efter behandling att tvångsvården hjälpt dem trots att de i det akuta skedet var kritiska och negativa till de tvångsåtgärder som de utsattes för. Detta påvisas av bland andra Kjellin et al. (2004) som i sin studie av fyra svenska vårdinrättningar jämför patienternas inställning till tvångsvård från att de läggs in till att de skrivs ut eller varit

inlagda i tre veckor, beroende på vilket som inträffade först. Vid inläggning upplevde 61 procent av patienterna att de kom till sjukhuset mot sin vilja. 75 procent upplevde måttligt till starkt tvång vid inskrivningen. Vid utskrivningen, eller efter tre veckor, sade sig 61 procent ha känt att personalen tog väl hand om dem vid inskrivning, men 54 procent hade ändå känt sig kränkta av situationen. 73 procent uppgav sig ha blivit väl behandlade under sin vistelse på avdelningarna och 68 procent kände sig bättre vid utskrivningen. 32 procent av patienterna sade sig vilja, om nödvändigt, få samma behandling igen.

O'Donoghue et al. (2011) beskriver utifrån sin studie att patienternas upplevelse av sin tvångsvård förändras över tid efter att de blivit utskrivna. Från att 72 procent uttryckt sig positiva till att deras ofrivilliga inläggning varit nödvändig vid utskrivning hade samma patienter efter ett år ändrat åsikt något. Då var det endast 60 procent som såg sin tvångsinläggning som att den varit nödvändig. Samtidigt ansåg 65 procent av patienterna att de på något sätt gynnats av inläggningen.

Zervakis et al. (2012) har studerat sambandet mellan tidigare upplevelser av tvångsvård och upplevelser av tvång i framtida vårdsituationer. Studien visar att det finns en sådan koppling och att patienter som tidigare varit tvångsinlagda sannolikt kommer att uppfatta fler tvångsåtgärder i framtida vårdsituationer – frivilliga såväl som ofrivilliga.

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

Enligt Axelsson (2010) bör vi ställa oss frågor som berör huruvida våra texter verkligen speglar det fenomen vi velat undersöka och om andra texter kunde valts. Efter att ha utfört en systematisk sökning med hjälp av tesaurus och ämnes termer ansåg vi att resultatet var både relevant och tillräckligt omfångsrikt. Därför beslutade vi oss för att inte genomföra någon sökning med fritext. I efterhand ser vi att en manuell sökning förmodligen skulle ha kunnat bidra till att stärka denna systematiska litteraturstudie genom att andra artiklar kanske skulle svarat ännu bättre än på vårt syfte. Detta till exempel om vårt urval hade bestått av fler kvalitativa studier med mer djupgående intervjuer som kunde gett oss mer av den enskilda individens perspektiv och upplevelser. Eftersom de studier som vi valde att analysera visade sig mestadels innehålla attitydundersökningar har vi förmodligen snarare skrapat på ytan än gått på djupet av patientens personliga upplevelser.

Det faktum att vi skulle analysera både kvalitativt och kvantitativt material gjorde att vi diskuterade saken med en erfaren forskare. Efter att ha enats om att samtliga kvantitativa artiklar var av en tämligen integrerad typ, som blandade kvalitativa och kvantitativa resultat, kom vi fram till att vi kunde använda samma granskningsmall till samtliga studier.

Efterhand som analysarbetet fortskred fann vi fyra teman som vi analyserade vidare. Dessa teman baserades på vad vi uppfattade som en minsta gemensamma nämnare inom varje område. Till exempel kom patienternas upplevelser av tvångsinläggning att innefatta både situationen kring beslutet om tvångsvård, själva inläggningsförfarandet men även återblickar till hur inläggningen upplevdes i efterhand. Det samma gäller övriga temarubriker som också innehåller en stor bredd av grundmaterial som fokuserats för att belysa vårt syfte.

En styrka vad gäller överförbarheten av den systematiska litteraturstudien är den relativt begränsade geografiska spridningen. Studierna är utförda huvudsakligen i de nordiska länderna samt i Storbritannien och Irland. Detta medför att en viss kulturell och social likhet råder mellan studiernas ursprungsländer.

De studier som vi granskat har generellt studerat relativt små populationer vilket gör att överförbarheten kan ifrågasättas. Dock är studierna ofta snarare gjorda med syftet att ge ökad förståelse för patienternas upplevelser och inte att exakt förklara hur det ser ut på de psykiatriska avdelningarna. Fördelen med dessa mer statistiska data är att det många gånger är lättare att jämföra siffror än rena upplevelser. Nackdelen är dock att studier av upplevelser ger en helt annan förståelse av den enskilda individens perspektiv.

Begreppet tvångsvård har visat sig vara betydligt bredare och mindre avgränsat än vad vi från början trodde. Flera av de granskade artiklarna innehåller jämförelser mellan grupper av tvångsvårdade och frivilligt vårdade patienter som alla har blivit utsatta för tvångsåtgärder. Så med andra ord är det mest patienternas lagliga status som skiljer dem åt och inte de tvångsåtgärder som de utsatts för. Därför har vi valt att fritt jämföra alla dessa patienters upplevelser utan att särskilja på vilken typ av vård de har juridiskt sett. Detta medför att vi kunnat belysa fler patienters erfarenheter vad gäller tvångsåtgärder. Dock medför det även att vi inte specifikt studerat de patienter som är frihetsberövade över längre tid.

7.2 Resultatdiskussion

Vem som är frivilligt inlagd eller inte har visat sig vara något av en gråskala utan tydliga kontraster. Vissa på pappret frivilligt inlagda patienter kanske har pressats eller övertalats av anhöriga eller av personal, medan vissa tvångsinlagda kanske faktiskt ville ha behandling (Sørgaard, 2007). Den lagliga aspekten på huruvida man vårdas under tvång eller inte är således en ganska dålig indikator på graden av upplevt tvång inom den psykiatriska vården.

Vi ställer oss också frågan om hur viktigt det är ur patientens synvinkel att vara fullt medveten om sin egen rättsliga status. Eftersom det framkommer att långt ifrån alla patienter vet vad som gäller för egen del kan man undra hur viktigt det egentligen är? Av våra resultat drar vi dock slutsatsen att det generellt sett är viktigt att involvera patienten så mycket som möjligt för att uppnå bästa möjliga behandlingsresultat. Här ingår då också naturligtvis den juridiska aspekten för att tydliggöra patientens förutsättningar och behov.

Våra resultat tyder på att all information är viktig för att ge patienten största möjliga känsla av mening och sammanhang. Ett exempel på detta är den betydelse av att lita på någon som Nortvedt och Grimen (2006) beskriver. Att ha förtroende för och lita på någon gör världen mindre komplex för den som ger förtroendet. Detta tolkar vi som att man som patient får möjlighet att dela sin börda med någon och därmed kanske kan hantera sin situation lite enklare. Även Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att patienter känner sig maktlösa när de utestängs och inte förstår vad som händer vad gäller deras personliga vård och hälsoprocess.

Enligt Antonovskys teori om KASAM, känsla av sammanhang, (Antonovsky, 1991) handlar upplevelsen av hälsa om patientens grundläggande förmåga att finna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i sin tillvaro. Detta beror inte på slumpen, utan på människans sätt att på det stora hela förhålla sig till sitt eget liv, vilket i sin tur påverkar

dennes förmåga att hantera påfrestande situationer. Man kan säga att det rör sig om ett genomgripande förhållningssätt till livet som skapats sedan födelsen (Eklöf, 2010).

KASAM bygger på ett salutogent synsätt, det vill säga att fokus läggs på hälsa istället för ohälsa, där man med hänsyn till patientens friskfaktorer försöker åstadkomma bästa möjliga vård. Friskfaktorer kan vara till exempel vara socialt stöd, självidentitet, tro/övertygelse eller utbildning och kunskap. Alla dessa faktorer kan bidra till att patienten lättare anpassar sig till och drar maximal nytta av den omvårdnad som ges.

En återkommande upplevelse från tvångsinlagda patienters perspektiv är att man finner sig vara avskärmad från att kommunicera med både sin närmaste omgivning och omvärlden i stort. Detta känns ur vår synpunkt motsägelsefullt och vi frågar oss vad syftet kan vara med detta. Intuitivt tänker vi att en mer normaliserad tillvaro där kontakt med släkt och vänner är tillåten borde vara mer till hjälp för patienten än tvärtom.

Enligt Allgulander (2008) kan patienter inledningsvis vid behandling behöva lugn och utsättas för minimalt med ansträngningar i form av till exempel terapeutiska samtal. Vissa patienter är helt enkelt inte mottagliga för samtal på grund av kognitiv dysfunktion, till exempel på grund av en djup depression eller psykotiska tillstånd. Detta skulle kunna vara en bidragande orsak till att vissa patienter upplever sig vara avskärmade från sin omgivning.

Överlag tyder våra resultat på att kommunikation, både inom och utanför avdelningen, är en viktig faktor för patienter i allmänhet och tvångsvårdade i synnerhet. Flera exempel kommer fram vad gäller ökad förståelse och tillfredsställelse med vården när patienterna får god information om sin behandling. Delaktigheten i sin personliga vårdplan är en sådan faktor som ofta verkar glömmas bort men som kan förmodas vara viktig.

Dessutom förefaller olika tvångsåtgärder kännas mindre kränkande om de utförs av personal som patienten har en god relation med. Och en god relation i det här avseendet kan beskrivas som innehållande ömsesidig kommunikation och respekt för patientens personliga integritet (Katsakou & Priebe, 2007).

Inte minst när det gäller psykiatrisk tvångsvård tror vi att en förmåga att hantera sin livssituation enligt KASAM-teorin är viktig. Att motvilligt vara tvungen att lägga sin hälsa i andras händer framstår i våra ögon som en stor påfrestning för vem som helst – oavsett grundförutsättningar. Psykisk ohälsa kan drabba en person när som helst i livet, men om man ser till KASAM som ett mått på motståndskraft och resurser, inser man att det behövs olika grader av stöttning i omvårdnaden. Vi kan tänka oss att det blir en större utmaning att se begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet i en situation av tvångsvård där mycket bestäms över huvudet på patienten.

En person med hög KASAM kommer sannolikt att ha det lättare att tillfriskna från exempelvis depression och även att ta hjälp av både inre och yttre resurser. En person med låg KASAM kommer sannolikt att behöva mer stöttning i form av till exempel insatser som motverkar de riskfaktorer som föreligger. Detta kan röra sig om till exempel brist på socialt stöd, låg utbildningsnivå, låg social standard eller destruktiva levnadsvanor som i sin tur både kan leda till ökad ohälsa eller längre väg tillbaka till hälsa (Langius-Eklöf, 2009).

Sammanfattningsvis kan KASAM ses som ett av de fundament som avgör hur patientens förutsättningar att tillfriskna ser ut. Alla de positiva beståndsdelar som finns i en människas tillvaro bör tillvaratas och kanske till och med stärkas. Samtidigt måste vårdpersonal ta hänsyn till, och försöka motverka, de riskfaktorer som finns i patientens liv. Alla har alltså sin egen personliga väg mot ökad hälsa och välbefinnande och genom att vara medveten om styrkor och svagheter längs denna väg kan förutsättningarna att tillfriskna optimeras.

Även begreppen makt och förtroende tål att diskuteras i sammanhanget. Nortvedt och Grimen (2006) presenterar olika förhållanden mellan makt och förtroende som mycket väl går att tillämpa på psykiatrisk tvångsvård. Till exempel utläser vi i vårt eget resultat att patienter helst lägger sitt förtroende hos läkaren när det gäller vem som ska fatta beslut om tvångsvård. Här hänvisar Nortvedt och Grimen till att om man som patient inte har något alternativ så föredrar man att ge makt och förtroende till dem som man anser vara mest trovärdig i sakfrågan. Våra resultat visar också att patienters upplevelse av tvångsvård förändrades något i negativ riktning under en ettårsperiod efter utskrivning. Detta tolkar vi i enlighet med vad Nortvedt och Grimen skriver om att en patient i takt med att de återfår sin valfrihet samtidigt ofta känner ett minskat förtroende för den som de tidigare gett makten.

Vad gäller patienters erfarenheter av tvångsvård i stort, tyder mycket på att en majoritet av patienterna i efterhand anser att de faktiskt blivit hjälpta och kan se nödvändigheten av att bli tvångsvårdad. Naturligt nog tyder resultaten på att de tvångsåtgärder som bevisligen bidragit till en patients förbättring accepteras lättare än sådana åtgärder som inte gett lika tydliga resultat.

7.3 Förslag på framtida forskning

Vi övrigt noterade vi att förvånansvärt lite material verkar finnas om patienters direkta upplevelser av psykiatrisk tvångsvård. Inför vår studie hade vi förväntat oss mer av öppna frågor och djupintervjuer, men av det material som vi fått fram har det allra mesta handlat om undersökningar i enkätform med förutbestämda svarsalternativ. Överlag verkar detta

förfarande vara dominerande enligt vad vi sett av den forskning som vi kommit i kontakt med. Så trots att man ofta ville belysa patienternas upplevelser, så blev resultaten snarare en tolkning av patienternas attityder. Vi efterlyser därför fler studier som mer på djupet undersöker hur tvångsvårdade patienter upplever sin vård. Särskilt vill vi betona aspekten patientdelaktighet som säkerligen skulle kunna granskas och därmed utnyttjas ännu bättre.

Angående den geografiska spridningen hos våra artiklar kan vi konstatera att den allra största delen av det här forskningsområdet bedrivs i västvärlden. Vad detta beror på kan vi endast spekulera i, men vi förmodar att det förutsätter en viss nivå av resurser och bakomliggande forskningskultur för att studera ett fenomen så här djupgående.

7.4 Slutsats

Det vi kommer att ta med oss av de erfarenheter vi fått av denna litteraturstudie är framför allt ledorden kommunikation, information och relation. Genom att etablera en god kontakt så tidigt som möjligt anser vi att sannolikheten ökar att vårdinsatsen blir ett samarbete istället för bara ett enkelriktat omhändertagande. Möjligheten till en hög delaktighet för patienten verkar vara något som alla inblandade tjänar på i längden. Ingen känner sina egna behov och förutsättningar bättre än patienten och i kombination med de resurser vi kan erbjuda som vårdpersonal uppnår vi förhoppningsvis bästa möjliga vård. En god relation mellan vårdare och patient lägger förhoppningsvis grunden till att patienten vågar och vill ställa frågor och ge förslag om sitt eget tillfrisknande. Den information som vi syftar på är inte bara den rent medicinska, till exempel vårdplan och läkemedel, utan även de mindre beståndsdelarna i det som är patienten vardag på vårdinrättningen. Hur kommer dagen att se ut? Vilka regler gäller? Till vem kan man gå med frågor och problem? Att känna sig så trygg och bekväm som möjligt anser vi är viktigt för att motverka den känsla av isolering och främlingskap som lätt kan uppstå vid tvångsvård.

En av de viktigaste uppgifterna inom vården i allmänhet, och kanske i tvångsvård i synnerhet, är att skapa en mening för patienten i vårdmiljön. Som patient hamnar man automatiskt i underläge och detta blir ännu mer påtagligt för den som vårdas mot sin vilja. Därför anser vi att det är extra viktigt att arbeta för att skapa bra relationer, ge adekvat information samt att öppna för god kommunikation mellan vårdare och patient. Slutsatsen blir att tvångsvård bör tillämpas med stor försiktighet – inte bara med hänsyn till den nuvarande vårdsituationen, utan först och främst med tanke på hur framtida vård kommer att uppfattas av patienten.

8. Referenser

Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Arlebrink, J. (2010). Etiska aspekter på tvångsvård. I I. Skärsäter (Red.). (2010). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå* (401-426). Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, Å. (2008) Kapitel 12 Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen, (Red.). (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (andra upplagan). Lund: Studentlitteratur, s 203-220.

Dahlberg K. & Segesten K., (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

* 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.

* Kjellin, L., Andersson, K., Bartholdson, E., Candefjord, I., Holmström, H., Jacobsson, L., Sandlund, M., Wallsten, T., & Östman, M. (2004). Coercion in psychiatric care - patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 58, (2), 153-159.

* Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J., & Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. *Nursing Ethics*, 14, (5), 597-607.

Langius-Eklöf, A. (2009). Känsla av sammanhang. I A-K Edberg & H. Wijk (Red.). (2009). *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (95-113). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Graneheim Hällgren, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 uppl.). (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Nortvedt P. & Grimen H., (2006). *Sensibilitet och reflektion. Filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessioner*. Göteborg: Daidalos AB.

* Owen G.S., David A.S., Hayward P., Richardson G., Szmukler G., Hotopf M. (2009). Retrospective views of psychiatric in-patients regaining mental capacity. *British Journal of Psychiatry*, 195, (5), 403-407.

Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/bedomningsinstrument/funktionshinder/gaf>, hämtat 20121112, kl 11.48

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/Medicinska-biblioteken/Evidensbaserad-vard--HTA/Granskningsmallar>, hämtat 20121106, kl 13.44)

* Sørgaard, K.W. (2007). Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, (2), 214-219.

* Wallsten, T., Östman, M., Sjöberg, R., & Kjellin, L. (2008). Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, (6), 444-449.

* Zervakis, J., Stechuchak, K., Olsen, M., Swanson, J., Oddone, E., Weinberger, M., Bryce, E., Butterfield, M., Swartz, M., & Strauss, J. (2007). Previous involuntary commitment is associated with current perceptions of coercion in voluntarily hospitalized patients. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 6, (2), 105-112.

* *Artiklar som ingår i den systematiska litteraturstudien.*

Granskningsmall för patientupplevelser – kvalitativ metod¹

Författare, år alternativt SBU:s identifikationsnummer:

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög

Medelhög

Låg

	Ja	Nej	Delvis	Oklart
1. Syfte¹				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Urval²				
a) Är urvalet relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är kontexten tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finns relevant etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer syfte, patientkaraktistika, kontext etc				
3. Datainsamling³				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Påder datamättnad? Borttagen i modifierad version	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen? Borttagen i modifierad version	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer urval, datainsamling, datamättnad etc				

¹ Modifierad version av Bahtsevani 020618

	Ja	Nej	Delvis	Oklart
4. Analys ⁴				
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rader analysmättnad? Borttaget i modifierad version	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren haft en egen förförståelse i relation till analysen? Borttaget i modifierad version	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer analys, analysmättnad etc				
5. Resultat ⁵				
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell? Borttaget i modifierad version	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer resultatens tydlighet, tillräcklighet etc				
Övergripande resultat				

Total bedömning av studiekvalitet	
Hög <input type="checkbox"/>	Medelhög <input type="checkbox"/>
Låg <input type="checkbox"/>	
Motivering/kommentar	

Bilaga 3

Artikelmatris					
Författare/årta/ursprung	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
L. Kjellin, K. Andersson, E. Bartholdson, I.-L. Candefjord, H. Holmström, L. Jacobsson, M. Sandlund, T. Wallsten, M. Östman. 2004, Sverige	Coercion in psychiatric care-patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services.	Undersöka regionala skillnader inom den psykiatriska vården genom att jämföra patienters erfarenheter av inskrivning, tvångsåtgärder och resultatet av behandlingen på de olika klinikerna. Man undersökte även patienters och närståendes delaktighet i vården.	Det ingick 138 tvångsintagna och 144 frivilliga patienter som befann sig på någon av de fyra klinikerna under åren 1997-1999. Inom fem dagar efter inskrivning blev patienterna intervjuade. Dessutom gjordes en uppföljningsintervju efter tre veckor. Även 162 anhöriga intervjuades efter tre veckor. Strukturerade intervjuer i enkätform gjordes med deltagarna.	* Vissa patienter tyckte att det var rätt att de blev intagna, andra tyckte det var fel. * Vissa patienter kände till sin behandlingsplan efter tre veckor, andra inte. *Utförda tvångsåtgärder på de olika klinikerna jämfördes. * Patienterna hade olika uppfattning om vården som de fått varit bra/dålig. * En av avdelningarna hade öppna dörrar, detta tyckte patienterna var positivt. * Oklar rättlig status för patienterna	Medelhög
G. S. Owen, A. S. David, P. Hayward, G. Richardson, G. Szmukler, M. Hotopf, 2009, Storbritannien	Retrospective views of psychiatric in-patients regaining mental capacity.	Belysa patienters upplevelse av att inte kunna fatta egna beslut under tvångsvård. Man vill ta reda på om patienterna i efterhand tyckte att detta var nödvändigt i relation till om de återfick kapacitet till självbestämmande eller ej.	Efter att gjort ett konsekutivt urval av patienter som varit inskrivna på psykiatriska avdelningar på ett sjukhus mellan feb 2006- jun 2007 följde man efter en månad upp 94 patienter som initialt hade saknat kapacitet att ta egna beslut om sin vård. Det var enbart 35 av dessa som nu kunde ta egna beslut. Dessa 35 intervjuades om sina erfarenheter av att inte själv ha kunnat fatta egna beslut. Strukturerade intervjuer i enkätform gjordes med deltagarna.	* Patienterna hade olika uppfattningar om huruvida doktorn fattade rätt/fel beslut. * Vissa patienter tyckte att doktorn skulle ta beslutet om deras vård, andra tyckte att familjen skulle göra det. * Tillfrisknade ansåg att beslutet var rätt. * Patienter har viss förståelse för tvångsvård	Medelhög
T. Wallsten, M. Östman, R. L. Sjöberg, L. Kjellin, 2008, Sverige	Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care.	Jämföra patienters och anhörigas upplevelser av psykiatrisk tvångsinläggning före och efter den svenska lagändringen 1991.	Urval från två perioder - 1991 och 1997-99. Studien från 1991 omfattade två län och den senare omfattade ett av länen från 1991 plus ytterligare tre län. Ett konsekutivt urval av tvångsintagna samt ett randomiserat urval av frivilligt inlagda gjordes. Även en närstående till varje patient tillfrågades. Strukturerade intervjuer i enkätform gjordes med deltagarna.	* Flertalet patienter förhöll sig positiva till att doktorn fattar beslut om tvångs-omhändertagande. * Ett flertal av både patienter och anhöriga ansåg att det var just doktorn som ska ta beslutet om tvångsvård och ingreppet sågs mest som en medicinsk angelägenhet. * Få skillnader hittades mellan de två studierna. Något fler positiva patienter till tvångsvård i den senare studien samtidigt som förtroendet för socialarbetare att ta tvångsbeslut minskat.	Medelhög
Sorgaard K. 2007, Norge	Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment.	Att jämföra tre patientgruppers - tvångsintagna, frivilliga och övertalade - upplevelser av tillfredsställelse, behandling och tvång.	189 patienter på tre slutna psykiatriska avdelningar deltog. Patient satisfaction mättes med ett självskattningsformulär om 50 frågor. Dessa inkluderade även grundläggande information om inläggning samt demografi. Dessutom lade ytterligare tre frågor till angående avskildhet, nedvärderade tilltal och fysiskt våld från personalen.	* Tvångsintagna upplevde subjektivt mindre inflytande, mer tvång, mer påtvingad avskildhet, mer tvångsmedicinering, mer fysiska tvångsåtgärder i behandlingen och var mer missnöjda. * Cirka en tredjedel av alla grupper visste inte om sin egen legala status. * Påvisar tveksamhet kring patienters legala status och kring deras medvetenhet om densamma.	Medelhög
J. Zervakis, K. M. Stechuchak, M. K. Olsen, J. W. Awanson, E. Z. Oddone, M. Weinberger, E. R. Bryce, M. I. Butterfield, M. S. Swartz, J. L. Strauss. 2007, Storbritannien	Previous involuntary commitment is associated with current perceptions of coercion in voluntarily hospitalized patients.	Undersöka hur patienter som tidigare har blivit tvångsvårdade upplever att bli tvångsvårdade vid ett senare skede.	205 patienter som frivilligt våddes på en psykiatrisk avdelning mellan mars 2004-dec 2005 ingår i studien. Data kom från baselineintervjuer och journaler. Patienterna fick även fylla i formulär om tidigare upplevelser av tvångsvård, sjukdomsinsikt samt skattning av sin nuvarande hälsa. Patienterna GAF-skattades vid inskrivning.	*Patienter som tidigare tvångsvårdats, var gifta och hade en låg GAF-skattning vid inskrivning hade mer negativa åsikter om nuvarande tvång på grund av den tvångsvård de tidigare upplevt. * Patienter med låg GAF-skattning rapporterade att de upplevt mer tvångsvård än övriga patienter.	Medelhög
L. Kuosmanen, H. Hätönen, H. Malkavaara, J. Kylmä, M. Välimäki. 2007, Finland	Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective.	Undersöka om patienter hade upplevt inskränkning av sin frihet vid tvångsvård och deras åsikter om att bli ifråntagna sin frihet.	Kvalitativ artikel med explorativ design. 51 patienter som vistats på två låsta psykiatriska avdelningar under en 5 månaders period 2001 deltog i semistrukturerade intervjuer med öppna frågor.	*35 patienter upplevde att deras frihet hade blivit inskränkt under vårdtiden. *Patienterna beskrev olika typer av frihetsinskränkning, så som: begränsningar att lämna avdelningen, begränsningar att samtala med närstående, tvångsåtgärder samt att deras tillhörigheter blev beslagtagna. *Patienterna tyckte både att det var positivt och negativt att sjukhuset hade regler som de måste följa.	Medelhög
B. O'Donoghue, J. Lyne, M. Hill, L. O'Rourke, S. Daly, C. Larkin, L. Feeney, E. O'Callaghan 2011, Irland	Perceptions of involuntary admission and risk of subsequent readmission at one-year follow-up: The influence of insight and recovery style.	Undersöka riskfaktorer för att åter bli tvångs-omhändertagen inom ett år efter utskrivning och patienternas upplevelser av detta. Dessutom undersöks vilka faktorer som kan påverka deras upplevelse.	Designen är en longitudinell studie med två intervju tillfällen med ett års mellanrum. 81 patienter som tvångsvårdats på en psykiatrisk klinik någon gång mellan april 2007- juni 2008 blev först intervjuade innan utskrivning. Ett år efter utskrivning intervjuades man 68 av dessa patienter på nytt. En strukturerad intervju i enkätform tillämpades.	* 60 procent av patienterna tyckte efter ett år att tvångsvården de fått var nödvändig. * Mer än 1/3 av de patienter som i den första intervjun tyckte att tvångsvården de fått var nödvändig tyckte efter ett år istället att det var onödigt eller hade ingen åsikt om det. * Patienter som blev intagna från det offentliga upptagningsområdet löpte större risk att tvångsvårdas igen inom ett år. * Patienter som tidigare hade tvångsvårdats löpte större risk att tvångsvårdas igen inom ett år. * Skillnader i sättet som patienterna hanterar sin återhämtning mot hälsa.	Medelhög

Bilaga 4 – Analystabell

Artikel	Huvudinnehåll	Kategori
Retrospektive view s... (Owen et al, 2009)	Retrospektiv - rätt beslut togs om vård Grad av missnöje - kopplat till grad av tillfrisknande Doktor/familjen ska ta beslutet om tvångsvård Behov/acceptans av tvångsvård	Initiativ till tvångsvård För- och nackdelar för patienten Initiativ till tvångsvård För- och nackdelar för patienten
Coersion in psychiatric... (Kjellin et al, 2004)	Upplevelse av tvång vid intag Förståelse/acceptans för behandling Involverad i behandling/vårdplan Olika typer av tvång Retrospektiv upplevelse - vård/tvång	Initiativ till tvångsvård För- och nackdelar för patienten Delaktighet i vården Typer av tvång För- och nackdelar för patienten
Patients and next-of-kins... (Wallsten et al, 2008)	Förståelse/acceptans av tvång Vem ska besluta om tvångsintag	För- och nackdelar för patienten Initiativ till tvångsvård
Previous involuntary... (Zervakis et al, 2012)	Upplevelse av tvång vid intag Bidragande faktorer till att patient blir intagen Upplevelse av tvångsåtgärder Kopplingar mellan tidigare och framtida upplevelser	För- och nackdelar för patienten Initiativ till tvångsvård Typer av tvång För- och nackdelar för patienten
Satisfaction and coercion... (Sørgaard, 2007)	Initiativ till beslut om intag? Oklar rättlig status hos patienten Tvångsintag/åtgärder - mer missnöje Delaktighet i vårdplan Kontaktpersonens betydelse	Initiativ till tvångsvård Initiativ till tvångsvård Delaktighet i vården Delaktighet i vården Delaktighet i vården
Deprivation of liberty... (Kousmanen et al, 2007)	Olika typer av tvång Maktobalans/förnedring/underläge Förståelse/acceptans av tvång - regler, orsaker Negativa till inskränkning av frihet	Typer av tvång Delaktighet i vården Delaktighet i vården Typer av tvång
Perceptions of involuntary... (O'Donoghue et al, 2011)	Rätt beslut togs om vård Ändrade åsikt över tid Tjänade på behandlingen Recovery style - integrated/sealing over	För- och nackdelar för patienten För- och nackdelar för patienten För- och nackdelar för patienten Delaktighet i vården

I de studier som vi granskat framkommer flera olika för- och nackdelar för patienter som utsatts för tvångsvård och tvångsåtgärder. Ett av de få kliniskt mätbara värdena grundar sig på den så kallade GAF-skalan (Global Assessment of Functioning scale) som är en skattningsskala som används av vårdpersonal. GAF-skalan mäter en individs kapacitet vad avser sociala, psykologiska samt arbetsmässiga funktioner. Skalan löper från ett (ohälsa) till 100 (hälsa) och är indelad i tio-intervall där varje intervall har en beskrivning för just den nivåns funktionsbrister och olika symptom. När skattningen utförs ska bedömarens göra sin bedömning utifrån det som väger tyngst för den aktuella patienten – funktion eller symptom. Således blir det alltså det som begränsar patienten mest som avgör var han eller hon hamnar på skalan (Socialstyrelsen, 2012).

 Stockholms läns landsting
Affektiva mottagningen M59
Fax 08-585 866 30
Tel 585 866 26, 585 866 34

GAF-skalan
Global funktionsskattningsskala

DSM-IV Global funktionsskattningsskala (GAF-skalan)

Beakta psykologisk, social och yrkesmässig funktionsförmåga längs ett hypotetiskt kontinuum, där psykisk ohälsa respektive psykisk sjukdom utgör de bägge delarna. Inkludera ej sådan funktionsnedsättning som beror på somatiska begränsade faktorer eller på yttre begränsade faktorer.

Kod OBS! Använd även mellanliggande skalsteg, t ex, 45, 68, 72

- 100 Synerligen god funktionsförmåga inom vitt skilda områden, livsproblem förefaller aldrig bli ohanterliga, andra söker sig till personen pga hans eller hennes många positiva egenskaper. Inga symptom.
- 91
- 90 Frånvaro av symptom eller minimala symptom (t ex lätt nervositet inför en tentamen), god funktionsförmåga i alla avseenden, intresserad av och engagerad i ett antal olika aktiviteter, socialt kapabel, allmänt sett tillfreds med tillvaron, endast vardagliga problem eller bekymmer (t ex tillfälliga konflikter med anhöriga).
- 81
- 80 Om några symptom föreligger så rör det sig om övergående och förväntade reaktioner på psykosociala stressfaktorer (t ex koncentrationssvårigheter efter familjegräl); endast obetydliga funktionsvärigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex tillfälligt på efterkälken med skolarbetet).
- 71
- 70 Vissa lindriga symptom (t ex nedstämdhet och lindriga sömnbesvär) ELLER vissa funktionsvärigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex tillfälligt skolk, stulit från annan familjemedlem), men i stort sett tämligen välfungerande, har några etablerade, betydelsefulla personliga relationer.
- 61
- 60 Måttliga symptom (t ex flacka affekter och omständligt tal, enstaka panikattacker) ELLER måttliga funktionsvärigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex har endast få vänner, har konflikter med kollegor eller arbetskamrater).
- 51
- 50 Allvarliga symptom (t ex självmordstankar, svåra tvångsritualer, frekventa snatterier) ELLER allvarliga funktionsvärigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t ex inga vänner alls, oförmögen att behålla ett arbete).
- 41
- 40 Viss störning i realitetsprövningen eller av kommunikationsförmågan (t ex uttrycker sig tidvis ologiskt, oklart eller irrelevant) ELLER uttalade funktionsvärigheter i flera avseenden, såsom arbete och studier, familjerelationer, omdöme, tankeförmåga eller sinnesstämning (t ex en deprimerad man som undviker sina vänner, försummar familjen och är oförmögen att arbeta; ett barn som ofta ger sig på yngre barn, misslyckas i skolan och är trotsigt hemma).
- 31
- 30 Beteendet avsevärt påverkat av vanföreställningar eller hallucinationer ELLER allvarlig störning av kommunikationsförmågan eller omdömet (t ex stundtals osammanhängande, betar sig gravt inadekvat, ständiga suicidtankar) ELLER oförmögen att fungera i snart sagt alla avseenden (t ex ligger till sängs hela dagen; inget arbete, ingen bostad, inga vänner).
- 21
- 20 Viss risk för att individen tillfogar sig själv eller andra skada (t ex suicidhandlingar utan uppenbar dödsförväntan; ofta våldsam; maniskt uppskruvad) ELLER stundtals oförmögen till elementär personlig hygien (t ex kladdar med avföring)
- 11
- 10 Ständig risk för att individen tillfogar sig själv eller andra allvarlig skada (t ex återkommande våldsamhet) ELLER ständigt oförmögen till elementär personlig hygien ELLER allvarlig suicidhandling med uppenbar dödsförväntan.
- 0 Otillräcklig information.