



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

VÅ62E Kandidatuppsats, 15 hp

Mot min vilja

Om kvinnors upplevelse av att vårdas med stöd av
LPT inom rättspsykiatri för självdestruktiva
beteenden



Författare: HanTu Stark

Handledare: Kent-Inge Perseius

Examinator: Liselott Årestedt

Lärosäte: Linnéuniversitetet

Termin: Termin 5

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå: Kandidatuppsats



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö



Abstrakt

Bakgrund: Fram tills för några år sedan var det vanligt att svårt psykiskt sjuka kvinnor med självdestruktivt beteende (inklusive ätstörningar) skickades till rättspsykiatri då de blev för vårdkrävande för allmänpsykiatri. Här vårdades de tillsammans med dömda brottslingar. Många utsattes för flertalet tvångsåtgärder och det var ofta långa vårdtider. Det är viktigt att utforska dessa upplevelser för sjuksköterskor så att medvetenheten kring dessa händelser ökas. Detta för att sjuksköterskor på bästa sätt kunna bemöta och vårda dessa personer med de erfarenheter de bär med sig.

Syfte: Att beskriva kvinnors upplevelser av att vårdas med LPT inom rättspsykiatri för självdestruktiva beteenden.

Metod: Metoden som användes var en manifest kvalitativ innehållsanalys för genomförandet en analys av narrativer.

Resultat: Resultatet presenteras i tre faser, ”vårdtid”, ”tvångsåtgärder” och ”i efterhand”. Under fasen ”vårdtiden” framkom att kvinnorna upplevde att personalen hade både för och nackdelar, men att miljön och upplevelsen var främst negativ. Under tvångsåtgärder framkom att kvinnorna upplevde ett stort obehag på både emotionella, kognitiva men också rent fysiska plan. I fasen ”I efterhand” när patienterna såg tillbaka på sin vårdtid framkom att det trots allt funnits både positiva och negativa aspekter av vården.

Slutsats: Flera av kvinnorna upplevde händelserna och vårdtiden inom rättspsykiatri som traumatiska och bär med sig en rädsla för vården. Det är därför mycket viktigt att sjuksköterskor är medvetna om hur tvångsvård kan upplevas av patientgruppen, för att kunna bemöta dem på bästa sätt i deras framtida vård.

Nyckelord

Rättspsykiatrisk vård, självdestruktivitet, självskadebeteende, ätstörningar



Tack

Jag vill tacka handledningsgruppen samt handledarna för stöd och vägledning genom arbetet. Vill också tacka min examinator Liselott Årestedt som kommit med feedback och stöttat mig i slutskedet av uppsatsen. Tack också till alla de fina människor som stöttat mig då motivationen börjat tryta och hjälpt mig på fötter igen. Ingen nämnd, ingen glömd men tack, tack, tack!



Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	1
2.1	Psykiatrisk vård och vårdformer	1
2.1.1	Frivillig vård (HSL)	2
2.1.2	Rättspsykiatrisk vård (RPV)	2
2.1.3	Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).....	2
2.1.4	Tvångsåtgärder	3
2.2	Tidigare forskning kring patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder	4
2.3	Självdestruktiva beteenden.....	5
2.4	Kvinnor och självdestruktivitet	6
2.5	Behandling av självdestruktiva beteenden	7
2.5.1	Behandlingsmetoder vid självdestruktiva beteenden.....	7
2.5.2	Heldygnsvård vid självdestruktiva beteenden.....	7
2.5.3	Sjuksköterskans roll i vården av självdestruktiva patienter	8
2.5.4	Att sända självdestruktiva kvinnor till rättspsykiatri	9
3	Teoretisk referensram	9
3.1	Delaktighet	9
4	Problemformulering	11
5	Syfte	12
6	Metod	12
6.1	Datainsamling och urval.....	12
6.2	Analys.....	13
7	Forskningsetiska aspekter	15
8	Resultat	17
8.1	Vårdtiden	17
8.1.1	Upplevelser av personalen	18
8.1.2	Negativa aspekter av vårdmiljön.....	18
8.1.3	Negativa känslor.....	19
8.2	Tvångsåtgärder	19
8.2.1	Känslomässiga upplevelser	20
8.2.2	Fysiska upplevelser	20
8.3	I efterhand.....	21
8.3.1	Negativa upplevelser.....	21
8.3.2	Positiva upplevelser	22
9	Diskussion	22
9.1	Metoddiskussion.....	22
9.1.1	Design och metod.....	22
9.1.2	Datainsamling och urval	23
9.1.3	Analys	24
9.1.4	Forskningsetiska aspekter	24



9.2	Resultatdiskussion	25
9.2.1	Upplevelser under vårdtiden	25
9.2.2	Tvångsåtgärder – att hjälpa eller stjälpas?.....	26
9.2.3	I efterhand – vad tyckte patienterna?	27
10	Slutsats och kliniska implikationer	29
11	Referenser	31

Bilaga 1 - Exempel på arbetsgång vid analys



1 Inledning

Överallt hörs larmen om att den psykiska ohälsan ökar lavinartat, det kan knappast någon ha missat. Det skrivs om långa köer till psykiatri och anhöriga till personer som tagit sitt liv berättar hur katastrofal psykvården är. Kändisar talar ut om sina ätstörningar och självskadebeteenden och får massmedial uppmärksamhet. Men vad finns egentligen bakom detta? Och vad händer med de svårast sjuka personerna inom psykiatri? Hur ser den moderna psykiatri ut och vad händer innan dess?

För inte alltför länge sedan, bara några år sedan, så skickades självdestruktiva kvinnor, ofta unga, till rättspsykiatri, helt ostraffade. Anledningen var att allmänpsykiatri inte längre kunde hantera deras eskalerande självdestruktivitet. Det kunde vara i form av självskadebeteende, eller allvarliga ätstörningar. De hamnade på avdelningar tillsammans med brottslingar som dömts till rättspsykiatrisk vård. Många av kvinnorna blev kvar inom rättspsykiatri länge, vissa blev av med sin självdestruktivitet och blev utskrivna, andra blev kvar i flera år. Men hur hade de det egentligen under den tiden? Och hur kan sjuksköterskor i en nutida modern vård möta dessa kvinnor, med deras bagage?

Syftet med detta arbete är att ta reda på just det, och belysa kvinnornas upplevelse av att vårdas inom rättspsykiatri med stöd av LPT.

2 Bakgrund

2.1 Psykiatrisk vård och vårdformer

I vår samtid är den psykiska ohälsan väl utbredd och har stora konsekvenser både för individen, i form av lidande, men också för samhället i form av kostnader, dels för vård men också för utebliven inkomst. Exempelvis så stod psykisk ohälsa i juni 2023 för 47% av alla pågående sjukfall (Försäkringskassan, 2023). Den psykiatriska vården är den gren av vården



som ansvarar för diagnostisering och vård av psykiska sjukdomar (Allgulander, 2019).

2.1.1 Frivillig vård (HSL)

Den grundläggande principen enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som reglerar vården, är att all vård ska ske på frivillig basis. Det finns en del sjukdomar som kan kräva vård mot patientens vilja, eftersom patienten förlorat sin sjukdomsinsikt och därmed inte samtycker till nödvändig vård (Allgulander, 2019).

2.1.2 Rättspsykiatrisk vård (RPV)

Rättspsykiatrisk vård kallas den vård som bedrivs enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, RPV. Rättspsykiatrisk vård är normalt en brottspåföljd som en patient döms till av domstol. Om misstanke om allvarlig psykiatrisk störning föreligger genomgår patienten en så kallad paragraf 7-undersökning och därefter vid vidare misstanke en RPU, vilket är en större rättspsykiatrisk undersökning. Vård via RPV är således en brottspåföljd som ersätter exempelvis fängelse eller annan påföljd. (Allgulander, 2019).

Askola et al. (2018) beskriver att de patienter som vårdas inom rättspsykiatrisk vård ofta har flera psykiska sjukdomar och att de flesta har begått något brott. Behandlingen inom den rättspsykiatriska vården består oftast av både mediciner och olika former av terapi.

2.1.3 Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

Enligt lagstiftningen kring LPT står skrivet att tvångsvården delas upp i öppen och sluten tvångsvård. Öppen tvångsvård innebär vård som sker inom den öppenvården, men inte är frivillig. Sluten är då patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning, vanligen inom sluten psykiatri. I LPT står också att ”tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver” (Lagen om psykiatrisk tvångsvård [LPT], 1991). Vidare står att ”tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten”.



För att en patient ska kunna vårdas i slutenvården under LPT krävs det att följande kriterier är uppfyllda:

- Patienten ska lida av en allvarlig psykisk störning
- Patienten ska ha ett oundgängligt behov av vård som inte kan tillgodoses på annat sätt
- Patienten motsätter sig nödvändig vård

Det är enbart legitimerad läkare som får skriva vårdintyg vilket krävs för att en patient ska vårdas enligt LPT. (LPT, 1991).

2.1.4 Tvångsåtgärder

Enligt LPT (1991) finns det ett antal tvångsåtgärder som är tillåtna att använda vid de tillfällen då patientens sjukdomstillstånd motiverar detta. Chefsöverläkaren ska dock så snart patientens tillstånd tillåter se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter en tvångsåtgärd. Det finns en rad olika tvångsåtgärder som är tillåtna i Sverige.

En är att hindras att lämna vårdinrättningens område som innebär att patienten fysiskt får hindras att lämna avdelningen eller lokalen där denne vårdas, exempelvis genom låsta dörrar (LPT, 1991).

En annan är fastspänning i bälte eller liknande anordning. Om detta står i lagen att ”om det finns omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning”. Det står också att personal ska vara närvarande under tiden patienten hålls fastspänd. Om det finns synnerliga skäl får det enligt lagen beslutas att patienten ska hållas fastspänd en längre tid men detta måste då rapporteras till inspektionen för vård och omsorg (LPT, 1991).

Avskiljning är ytterligare en tvångsåtgärd som kan tillämpas vid behov, som innebär att en patient får hållas avskiljs från andra patienter om det är nödvändigt. Enligt lagen är detta om ”patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna”. Ett beslut för detta gäller i högst åtta timmar, därefter måste det förnyas. Även här får en patient vid synnerliga skäl hållas avskiljs längre än så, men då ska inspektionen om vård och omsorg underrättas om detta. Patienten ska också



stå under fortlöpande uppsikt av personal genom hela avskiljningen (LPT, 1991).

Åtgärden som kallas inskränkning av rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster kan användas om det anses nödvändigt för vården av patienten, eller för att undvika att någon annan tar skada. Detta beslut gäller under högst två månader (LPT, 1991).

Det är tillåtet att besluta om kroppsvisitering eller ytlig kroppsbesiktning som tvångsåtgärd för att se att patienten inte innehar någon typ av utrustning eller substanser som denne inte får inneha. Beslutet fattas av chefsöverläkaren och det framhävs också i lagen att det om möjligt ska närvara ett vittne när kroppsundersökningen sker (LPT, 1991).

Gemensamt för åtgärderna är att beslutet för dem enbart gäller en viss tid, denna varierar beroende på åtgärd. Dessa åtgärder får också enbart utföras då det är medicinskt motiverat (LPT, 1991).

2.2 Tidigare forskning kring patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård och tvångsåtgärder

Olofsson och Jacobsson (2001) har undersökt hur patienter upplever det att tvångsvårdas och vad de själva har för tankar kring sin vård. I deras studie framkommer att patienterna upplevde att de behandlades som mindre värda personer, att de inte blev involverade eller fick vara delaktiga i sin egen vård och att de upplevde vården som meningslös. De upplevde också att vården inte såg människan bakom sjukdomen, utan var väldigt fokuserade på mediciner. I studien betonade patienterna också vikten av att vårdpersonalen hade tid för dem, gjorde saker tillsammans med dem och behandlade dem med respekt.

Wynn (2004) har undersökt hur patienter upplever det att bli utsatt för tvångsåtgärder, samt patienternas egna tankar kring händelsen och hur den skulle ha kunnat undvikas. Vidare undersöktes också sjuksköterskornas tankar kring tvångsåtgärden och dessa jämfördes med patientens. Här skilde sig upplevelserna åt, där sjuksköterskorna ansåg att patienten utsattes för en



tvångsåtgärd då de varit okontrollerbara, sjuksköterskorna ansåg åtgärden som nödvändig. Av patienterna var det däremot bara en del som ansåg att de tappat kontrollen, utan några av dem upplevde att de blivit utsatta för tvångsåtgärder av anledningar såsom att de vägrat medicinering eller inte följt personalens anvisningar. Några av patienterna upplevde att tvångsåtgärderna hade varit onödiga och upplevt att det enbart varit ett sätt för vårdpersonalen att sätta gränser och demonstrera sin makt, medan andra upplevde att tvångsåtgärderna var helt nödvändiga i situationen.

Vidare skriver Wynn (2004) att patienterna vittnar om att de i samband tvångsåtgärderna känt sig ångestfyllda, arga, utelämnade och hjälplösa. Några av dem berättar däremot att de sedan känt sig lugnare, att tvångsåtgärden efter ett tag hjälpt dem att lugna ner sig. Detta tycks dock skilja sig åt, då någon annan vittnar om att tvångsåtgärden fått patienten att känna sig rädd och aggressiv. Sammanfattningsvis visar Wynns (2004) forskning att tvångsåtgärder påverkar människor på olika sätt, men gemensamt för dem alla är att det väcker starka känslor.

2.3 Självd destruktiva beteenden

Det finns flertalet olika självd destruktiva beteenden och för att få en ökad förståelse för berättelserna som ingår i studien tas några av dem upp här. I en del texter skiljer man på ätstörningar och övriga självd destruktiva beteenden, men i detta arbete kommer det fortsättningsvis att skrivas samman under beteckningen ”självd destruktiva beteenden”, dit även ätstörningar klassas.

Självs skadebeteende är ett vanligt självd destruktivt beteende som innebär att på olika sätt tillfoga sig själv smärta eller skador. Detta sker vanligen inte i suicidsyfte, utan med en önskan om att lindra psykisk smärta.

Självs skadebeteendet kan ta sig olika former, men vanliga sätt är exempelvis att skära, bränna eller rispa sig själv. Självs skadebeteende skiljer sig från självd destruktiva beteenden, som även inkluderar exempelvis svält och riskfylld sexuell exploatering. Ett självs skadebeteende visar sig ofta genom upprepade, impulsiva självs kadande handlingar (Lindgren, 2019).



Ätstörning kan klassas som ett självdestruktivt beteende såtillvida att det är den enskilda individen som åsamkar sig skada. Det finns ett flertal olika typer av ätstörningar, men de vanligaste är anorexia nervosa och bulimia nervosa. Det dessa två ätstörningar generellt har gemensamt är en önskan om viktnedgång. Vid sjukdomen anorexia nervosa karaktäriseras detta genom att individen anstränger sig för att minska kaloriintaget men också ofta genom att öka mängden fysisk aktivitet. Vid bulimi är strävan densamma, men den störs här genom hetsätning vilken följs av kompensatoriskt beteende såsom kräkningar, överdriven motion eller intag av laxermedel. Patienter med ätstörningar är ofta svårbehandlade och motsätter sig många gånger vård (Allgulander, 2019).

Suicid ses ofta som den slutgiltiga självdestruktiva handlingen, men begreppet suicidalitet är ett brett begrepp som betecknar allt från suicidalt beteende, såsom suicidtankar och suicidal kommunikation, till suicidförsök och slutligen det fullbordade suicidet. Att ha suicidtankar är mycket vanligt och en stor del av befolkningen har någon gång under sitt liv haft suicidtankar. Suicidtankar uppkommer oftast som en reaktion som individen har svårt att hantera. För de flesta går dessa suicidtankar sedan tillbaka och stannar vid enbart tankar, men för en del individer går de inte över och de dras ner i ångest och depressioner, vilket ytterligare utvecklar suicidtankarna. 90% av de som genomför ett fullbordat suicid anses lida av depression eller annan psykisk ohälsa och de övriga 10% anses begå suicid på grund av existentiella svårigheter eller levnadsproblem. Suicidal beteende ses som en mycket vanlig, om än allvarlig komplikation hos personer med psykisk ohälsa (Sjöström, 2019).

2.4 Kvinnor och självdestruktivitet

I detta arbete har författaren valt att fokusera på de kvinnliga upplevelserna av att vårdas inom rättspsykiatri för självdestruktiva beteenden. Detta baseras på att det är en problematik som till stor del domineras av kvinnor, även om det naturligtvis förekommer hos båda könen. I en rapport från MSB (2014) uppskattar författarna till 7200 kvinnor och 4000 män som varje år



söker vård för självtillfogade skador, vilket är en betydande övervikt på kvinnor. Absolut vanligast var kvinnor i åldersgruppen 20–24 år. I rapporten inkluderades alla former av självtillfogade skador, såväl skärskador men också förgiftningar, och självorsakade traumatiska tillbud.

Ohlis et al. (2022) har studerat hos vilka grupper det är vanligast att få en ätstörningsdiagnos och de skriver att det endast är en tiondel så många män som kvinnor som får en ätstörningsdiagnos. Vanligast förekommande tycks det vara hos gruppen kvinnor mellan 18-24 år, därefter 11-17 år.

2.5 Behandling av självdestruktiva beteenden

2.5.1 Behandlingsmetoder vid självdestruktiva beteenden

Det finns flera olika metoder för behandling av självdestruktiva beteende, beroende på vilken problematik och vad problematiken grundar sig i. En behandling som visat sig vara till hjälp för att minska självskadebeteende och suicidalt beteende är metoden DBT, dialektisk beteendeterapi. Vid studier har DBT visat sig vara mer effektiv än konventionell vård för att minska dessa två former av självdestruktivt beteende (Mehlum et al. (2016). Även andra terapiformer som ERGT (Emotion Regulation Group Therapy) har visat sig vara framgångsrikt vid självskadebeteende (Gratz et al., 2014).

För självdestruktivt beteende i form av ätstörningar finns istället en rad andra metoder utprovade. En metod som beskrivits som mycket framgångsrik är KBT, kognitiv beteendeterapi. Studier visar att KBT som givits i öppenvård har visat mycket lovande resultat, där 40% av vuxna och 60% av tonåringar som mottagit behandling har nått och klarat av att behålla en normal vikt efter behandling (Grave et al. 2016).

2.5.2 Haldygnsvård vid självdestruktiva beteenden

Bjärehed och Åkesson (2015) beskriver att heldygnsvård ibland kan vara problematisk vid självskadebeteende, eftersom patienternas tillstånd ibland kan försämrans av händelser under vårdtiden, exempelvis konflikter eller att



patienter tar intryck av andra patienter. De skriver att både patienter och vårdpersonal berättat om hur problemen ibland snabbt och dramatiskt försvårats vid inläggning i heldygnsvård. Därför är det mycket viktigt hur heldygnsvården utformas.

Colton och Pistrang (2004) beskriver att patienter med anorexia ofta blir friskare kroppsligt och ökar i vikt av heldygnsvård, men att de ibland försämras psykosocialt då de tas ur sin vardag och sitt sammanhang. Vidare skriver de att många patienter är ambivalenta till vård då sjukdomen blivit deras identitet och de själva inte vet huruvida de önskar bli friska eller inte. Detta gör dem till en svårbehandlad patientgrupp.

2.5.3 Sjuksköterskans roll i vården av självdestruktiva patienter

Sjuksköterskan har en mycket viktig roll i vården av självdestruktiva patienter. Lindgren et al. (2021) skriver att sjuksköterskans bemötande påverkade patienterna mycket, alltifrån att det upplevde att de inte fick någon hjälp alls och skulle fortsätta med sitt skadebeteende, till att sjuksköterskan ingav hopp och hjälpte dem på vägen mot att bli frisk från det självdestruktiva beteendet. Vidare beskriver de att de i sin forskning kommit fram till att det var viktigt med hög tillgänglighet till sjuksköterskan och att exempelvis planerade samtal innan och efter självskadehandlingar upplevts hjälpsamt för patienterna. Det var också viktigt att se varje patients individuella behov och inte klumpa ihop dem under sin diagnos. De beskriver också vikten av att sjuksköterskan hjälper patienterna att få struktur och rutiner under sina dagar under tiden de är inlagda inom psykiatri. Detta styrks också av Fox och Diab (2013) som har forskat kring hur patienter inlagda för anorexia nervosa ser på och upplever personalen. De skriver att personalen hade en mycket viktig roll för patienterna i deras tillfrisknande och för effektiviteten av vården. Vidare skriver de att det framkom att personalen också var mycket viktig i patienternas vardag på avdelningen, till exempel genom samtalsstöd och stöd i att hantera känslor. Också motsatsen lyfts i studien, när personalen inte var kompetent nog och hur detta då fick en negativ inverkan på patienternas vårdupplevelse.



2.5.4 Att sända självdestruktiva kvinnor till rättspsykiatri

De kvinnor som sändes till rättspsykiatri för behandling, var framförallt kvinnliga patienter med självdestruktiva beteenden. Dessa remitterades från hela landet när resurserna i hemlandet ansågs uttömda. Alternativt i de fall då de på grund av sin egen säkerhet bedömdes behöva en annan säkerhetsnivå än vad en allmänpsykiatrisk avdelning kunde erbjuda. Här vårdades de ofta under lång tid och många blev regelbundet utsatta för tvångsåtgärder (Ericsson, 2009). Då det främst var kvinnor som sändes till rättspsykiatri på grund av självdestruktiva beteenden har författaren i detta arbete valt att fokusera på deras upplevelser.

År 2020 fattar Socialstyrelsen ett beslut om att vård vid svårbehandlade självskadebeteenden ska bedrivas vid nationella högspecialiserade enheter. Detta innebär att självdestruktiva patienter inte längre sänds till och vårdas vid rättspsykiatriska kliniker (Wigsell, 2020).

3 Teoretisk referensram

3.1 Delaktighet

Delaktighet är ett mycket viktigt begrepp inom vårdvetenskapen, där patientautonomi är en av de bärande etiska principerna. Teorin om delaktigheten bygger på ett tänk där det inte är vårdaren som ger, och patienten som tar emot, utan ett vårdande möte där de båda parterna möts. Därigenom tar vårdaren del av och hänsyn till patientens livsvärld och patienten får känna sig delaktig i sin egen vård. Detta leder till att patienten upplever att de känner sig mer förstådda och deras inflytande över sin egen situation ökar (Dahlberg & Segesten, 2010).

Dahlberg och Segesten (2010) beskriver också begreppet delaktighet vid de tillfällen där patienten inte har möjlighet att föra sin egen talan, till exempel på grund av sjukdom. I dessa situationer beskriver de att det är vårdgivaren som tar över ansvaret för att fatta beslut, men att dessa ska fattas med patientens intresse i åtanke. Här vidtalar Dahlberg och Segesten (2010)



problemet med att avgöra vem som är bäst lämpad att avgöra, vad som är patientens intresse. De skriver att man bör beakta närståendes uppfattning, men att det samtidigt kan vara svårt att avgöra om den närstående verkligen representerar patientens egen vilja. I detta arbete som behandlar tvångsvård, är de flesta vårdsituationer av denna art att vårdgivaren tagit beslutet då patienterna inte ansetts vara vid sina sinnes fulla bruk.

Vidare beskriver Dahlberg och Segesten (2010) att det finns flera olika typer av delaktighet, de väljer att dela in den i tre kategorier. Av dessa innebär den första kategorin mindre saker som att bli uppmärksammad, få ögonkontakt av vårdaren eller stöd med ett enskilt problem. Kategori två handlar om att bli mer delaktig i sin vård, såsom att få vårdarens uppmärksamhet. Kategori tre handlar om samspelet mellan patient och vårdare, att patienten får känna att även den har möjlighet att påverka sin vård.

I situationer där patienten inte själv samtyckt till vården blir det till en utmaning för alla involverade att bibehålla patientens delaktighet och den balans mellan vårdare och patient som Dahlberg och Segesten (2010) beskriver. Allgulander (2019) beskriver att patientdelaktighet inom tvångsvård är en utmaning, men att det med enkla medel går det att få patienten att känna sig mer delaktig, trots att denne inte är med och fattar beslut om vården i sig. Detta skulle kunna göra upplevelsen positivare och åtminstone till viss del kunna öka tryggheten samt minska rädslan.

Inom vården strävas det generellt efter en hög delaktighet, där patienterna får vara med och påverka sin vård. Valet av teoretisk referensram föll på detta begrepp, eftersom tvångsvård och tvångsåtgärder är en situation där patientens delaktighet och valfrihet inskränks kraftigt. Referensramen bidrar därmed till en djupare diskussion kring vilka möjligheter och utmaningar det finns kring patienters delaktighet vid tvångsåtgärder.



4 Problemformulering

För några år sedan sändes svårbehandlade och vårdkrävande självdestruktiva kvinnor till de rättspsykiatriska regionklinikerna för vård, då resurserna inom psykiatrin ansågs uttömda. På regionklinikerna vårdades de sedan tillsammans med dömda brottslingar, ofta under tvång. Detta trots att tidigare studier visade att heldygnsvård inte alltid var fördelaktigt för den här patientgruppen och att det var mycket noga hur vårdmiljön var eftersom dessa patienter lätt påverkas av medpatienter och händelser under vårdtiden. Vårdmiljön på en rättspsykiatrisk klinik där det vårdas patienter dömda för brott skiljer sig från den vårdmiljön på en allmänpsykiatrisk vårdavdelning, vilket gör det intressant och viktigt att undersöka upplevelserna därifrån. Det framkommer också att patientens delaktighet i den egna vården är essentiell för en god vårdupplevelse och upplevelse av tillfrisknande. När patienter vårdas under tvång, har de inte själva samtyckt till vården och det är därför viktigt att ta reda på mer om hur de upplevt sin vård och deras upplevda delaktighet i vården. Genom att ta del av dessa upplevelser kan det bidra till att utveckla sjuksköterskors kunskap, bemötande och förståelse för dessa patientgrupper. Detta är mycket viktigt eftersom tidigare studier visar att sjuksköterskan spelar en stor roll för patienternas upplevelse av vården och deras tillfrisknande.

LPT-vården på de rättspsykiatriska klinikerna upphörde för några år sedan och man började då sända denna patientgrupp till högspecialiserade enheter för vård i stället. Men de patienter som vårdats inom rättspsykiatrin finns kvar och deras minnen och upplevelser likaså.

Det är därför av största vikt att tydligare beskriva deras upplevelser så att sjuksköterskor är medvetna om och har kunskap kring hur patienterna upplevt sin vårdtid på rättspsykiatrin. Detta för att kunna bemöta dem på bästa sätt i deras fortsatta vård.



5 Syfte

Syftet var är att beskriva kvinnors upplevelser av att vårdas med LPT inom rättspsykiatri för självdestruktiva beteenden.

6 Metod

Designen på arbetet är en kvalitativ studie som bygger på en analys av narrativer. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2017) finns det flera motiv för att analysera narrativer och två av dessa är att skapa kunskap om hur människor erfar lidande och vård, samt att visa på konsekvenser som människors upplevelse av vård leder till. Detta gör designen idealisk för arbetets syfte.

6.1 Datainsamling och urval

För att hitta relevant litteratur för arbetet så gjordes en sökning i databasen Libris. Libris är en gemensam katalog och söktjänst för alla bibliotek där all litteratur på svenska bibliotek kan hittas (Libris, 2023). Sökorden ”tvångsvård” och rättspsykiatri” användes tillsammans i fritext, vilket gav 3 träffar med samma resultat, boken ”Slutstation Rättspsykiatri: Om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott” (Åkerman, 2014) i olika medieformer. Boken innehåller flertalet fritt berättade och återgivna berättelser av kvinnliga patienter, samt fakta och inslag från nyheter, rapporter och samtal med anhöriga och personal (Åkerman, 2014). Även en sökning med fritextorden ”rättspsykiatri” och ”självskadebeteende” tillsammans genomfördes med liknande resultat, två träffar på ovannämnd bok, samt ytterligare två träffar där den ena var en fackbok utan personliga berättelser, och den andra rörde självskadebeteende hos personer dömda till



rättspsykiatrisk vård, det vill säga utanför målgruppen för detta arbete. Ingen av den litteratur som hittades och ansågs relevant berörde män, därför ansågs det inte nödvändigt att göra ytterligare avgränsningar med sökordet kvinnor. Författaren bedömde att det funna underlaget skulle vara tillräckligt material för studien och därför gjordes inte ytterligare sökningar i andra källor eller med fler sökord.

Inför analysen har urval av berättelserna gjorts enligt inklusions- och exklusionskriterierna nedan. Detta för att få med de mest relevanta berättelserna. Som relevanta ansågs alla de berättelser som var berättade ur patientperspektiv och återgivna i sin helhet utan inblandning av annan information. Inklusionskriterierna var därför de berättelser som var i förstapersonsperspektiv (patientperspektiv) samt återgivna i sin helhet. Exklusionskriterier var berättelser berättade i andra eller tredjehandsperspektiv, berättelser som var bitvis uppblandade med annan information eller information som inte alls var berättad ur patientperspektiv, såsom reportage med chefer eller fackkunniga. Boken innehåller 28 kapitel, varav 8 är patientberättelser. Övriga kapitel är fakta, intervjuer med andra personer eller annan research som författarna till boken gjort. Inklusions- och exklusionskriterierna ledde till att två av de åtta berättelserna i boken uteslöts, då de var helt eller delvis berättade av en sekundärkälla. Övriga sex berättelser ansågs användbara och användes till arbetet.

6.2 Analys

Analysen utfördes enligt den arbetsgång för kvalitativ manifest innehållsanalys som Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver. Den manifesta innehållsanalysen kännetecknas av att den är textnära och innehåller en lägre grad av abstraktion jämfört med den latent. Den latent innebär istället en högre grad av abstraktion och tolkning och är mindre textnära. De centrala innehållsbegreppen för kvalitativ innehållsanalys är meningsenheter, kondensering, kod, underkategori och slutligen kategorier.



Meningsenheterna är meningsbärande delar av texten, som motsvarar arbetets syfte. Dessa avskiljes och kondenseras sedan till kortare meningar, för att göra textmassan mer lätthanterlig men trots detta behålla det centrala i varje enskild meningsenhet. Efter att meningsenheterna kondenserats tilldelas varje enhet en kod som belyser det centrala i just den enheten. Därefter grupperas koderna i underkategorier, och underkategorierna grupperas sedan slutligen i kategorier. Utifrån dessa kategorier kan slutsatser sedan dras, för att skapa ett nytt resultat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Under förarbetet inför analysen då berättelserna lästes upptäcktes att olika aspekter av vistelsen inom rättspsykiatrin skilde sig åt mycket vad gäller olika upplevelser. Exempelvis så skilde sig upplevelsorna av den generella vårdtiden markant från upplevelsorna då kvinnorna utsattes för tvångsåtgärder, vilket ju i sig var en del av vårdtiden. Hur kvinnorna såg på vården under tiden de vårdades skilde sig också från hur de såg på den när de tänkte tillbaka och reflekterade över vårdtiden i efterhand. Därför togs beslutet att dela upp och genomföra analysen i tre olika faser. Första fasen är ”Vårdtid”, som betecknar den allmänna vårdtiden under den tid då kvinnorna inte utsattes för tvångsåtgärder utan när de beskriver sin vardag på avdelningen. Därefter följer fasen ”Tvångsåtgärder” betecknar den tid då kvinnorna var utsatta för tvångsåtgärder och beskrivningarna av detta. Tredje fasen ”I efterhand” skapades, då varje berättelse avslutas med att kvinnorna reflekterar över sin tid inom den rättspsykiatriska vården och hur den påverkat dem. Fasen ”I efterhand” syftar till att fånga och analysera dessa reflektioner.

Beslutet att dela upp resultatet i tre faser togs då upplevelsorna skiljer sig så pass mycket att författaren ansåg att resultatet skulle bli missvisande om de lades ihop. Då meningsbärande delar sedan avskildes grupperades dessa efter vilken av ovanstående händelser de ansågs beskriva. De meningsenheter som ansågs tillhöra samma grupp analyserades separat. Analysen skedde enligt



arbetsgången beskriven ovan, de avskilda meningsenheterna kondenserades och kodades, för att därefter sammanfogas till underkategorier och kategorier på det sätt som Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver. På detta sätt analyserades en fas i taget och för fasen "Vårdtid" ledde det fram till nio olika underkategorier, som sedan sammanfattades till tre övergripande kategorier. Därefter följde analys av fasen "Tvångsåtgärder", som analyserades på samma sätt som tidigare kategori. Analysen ledde fram till sju underkategorier, som sammanfattades till två övergripande kategorier. Slutligen analyserade fasen "I efterhand", där sex underkategorier kunde identifieras och av dessa togs sedan två huvudkategorier fram. Exempel på arbetsgång redovisas i bilaga 1.

7 Forskningsetiska aspekter

Forskningsetiska aspekter är de etiska övervägande som behöver göras inför, och inom all forskning. Det handlar om att ta hänsyn till människors hälsa, integritet, självbestämmande och lika värde och se till att ingen skadas eller tar några negativa konsekvenser av utförd forskning. Det finns flertalet nationella och internationella regler gällande forskningsetik och en av de mest kända är "Helsingforsdeklarationen". Den är utarbetad av World Medical Association och inriktar sig på medicinsk klinisk forskning. I Helsingforsdeklarationen lyfts vikten av att väga behovet av ny kunskap mot deltagarnas hälsa och intresse. Vidare så behandlar den definitioner av klinisk forskning samt hur medicinsk forskning kan kombineras med vård (Kjellström, 2017).

Utöver Helsingforsdeklarationen finns också ett antal etiska principer att ta hänsyn till. I Belmontrapporten, som är en vidareutveckling av Helsingforsdeklarationen beskrivs tre grundläggande etiska principer; respekt för personer, göra-gott-principen och rättvisepincipen. Principen respekt för personer, innebär dels att deltagare ska ha rätt till informerat samtycke, dels respekt för privatlivet. Göra-gott-principen innebär att risker ska vägas mot nytta och om möjligt minimeras, samt att skydda deltagarnas konfidentialitet.



Rättvis principen innebär att alla ska få likvärdig behandling och att sårbara grupper ska skyddas (Kjellström, 2017).

Inför varje forskningsarbete bör en etisk riskanalys göras. Enligt Kjellström (2017) så är en av de inledande frågorna en forskare bör ställa sig om det är etiskt motiverat att genomföra studien och om den tillför någon ny kunskap. I analysen bör också ingå om den efterfrågade kunskapen kan erhållas på något annat sätt, som är mindre invasivt eller kräver färre personers medverkan.

Inför genomförandet av arbetet har författaren tagit ställning till dessa frågor och kommit fram till att arbetet är etiskt motiverat att genomföra, eftersom kunskapen som framkommer kommer att ge sjuksköterskor en bredare inblick i de upplevelser som patientgruppen i fråga bär med sig. Detta kommer kunna innebära en ökad förståelse för patientgruppen och deras problematik, vilket på sikt kan leda till en bättre vård. Detta är fördelaktigt både för individen i form av ett minskat lidande, men också ur ett samhällsekonomiskt perspektiv där bättre vård och mindre lidande leder till minskad vårdkonsumtion bland dessa individer. Wynn (2004) har också visat att det med hjälp av förståelse och bemötande går att förebygga tvångsåtgärder. Gustafsson och Salzmänn-Erikson (2016) skriver att sjuksköterskor upplever det traumatiserande att utföra tvångsåtgärder och att det upplever stor emotionell stress vid utförandet av denna arbetsuppgift. Författaren menar därför att den utökade kunskap och förståelse inom ämnet som arbetet bidrar till i förlängningen också kan bidra till att förbättra sjuksköterskors psykosociala arbetsmiljö. Detta om den ökade förståelsen kan bidra till ett bemötande som minskar mängden tvångsåtgärder. Det är alltså av stor vikt att öka kunskapen bland sjuksköterskor och studiens syfte kan på vis anses etiskt motiverad.

Vidare så baseras detta arbete på redan befintligt, publicerat material i en bok. Detta innebär att inga fler personer intervjuas och inga nya interventioner kommer att genomföras. Arbetet kan därför anses genomföras på det mest skonsamma sätt och med minimala risker. Endast den



information som kvinnorna redan delat i den utgivna materialet kommer att användas och författaren har inte på något tillgång till kvinnornas kontaktinformation eller övriga uppgifter om deras privatliv, då de även i det utgivna materialet har fingerade namn. Den risk som identifierats är det eventuella obehag kvinnorna skulle kunna uppleva av att materialet i den utgivna boken använts på ett sätt som de inte tänkt sig, då de berättat om sina upplevelser för en bok och inte som underlag för en studie. Den samhällliga nyttan av arbetet anses dock överstiga denna risk. Enligt Etikprövningslagen (SFS, 2003) så kräver studien inte någon etikprövning, då studier som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå inte omfattas av kravet på etikprövning.

8 Resultat

Under analysprocessen har materialet delats upp i de tre faserna ”Vårdtid”, ”Tvångsåtgärder” och ”I efterhand”. Resultatet redovisas således i tre olika faser. Samtliga resultat härstammar från analysen gjord av berättelserna i boken ”Slutstation rättspsykiatri: Om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott (Åkerman, 2014).

8.1 Vårdtiden

Tabell 1. Vårdtiden

Kategorier	Subkategorier
Upplevelser av personalen	Bra och hoppningivande personal
	Frånvarande personal som inte lyssnade
Negativa aspekter av vårdmiljön	Sexuella ofredanden av medpatienter



	Sociala negativa aspekter
	Främmande, obehagliga lukter
Negativa känslor	Rädsla
	Hopplöshet
	Känsla av att det inte var som förväntat
	Gråt

8.1.1 Upplevelser av personalen

När det gäller personalens skilde sig upplevelserna åt mellan kvinnorna. Dels upplevde kvinnorna personalen som bra och hoppingsivande, exempelvis att de peppade och sporrade. Det fanns också några andra personalkategorier som kvinnorna tyckte var givande, exempelvis beskriver någon att det fanns en massör med egna självskadeärr som ingav dem hopp om att ta sig ur det självdestruktiva beteendet och någon annan berättar att det fanns en bra musiklärare där som de uppskattade (Åkerman, 2014)

De beskriver också personalens nackdelar, att de var frånvarande och inte lyssnade till patienterna. Detta beskriver kvinnorna genom besvikelse att personalen inte ingrep i situationer där de borde ha gjort det, samt att patienterna inte hade så mycket kontakt med personalen. Det beskrivs också att personalen inte lyssnade till patienternas önskan (Åkerman, 2014).

8.1.2 Negativa aspekter av vårdmiljön

I sina beskrivningar av vårdmiljön, både den fysiska och sociala, nämner kvinnorna återkommande flera negativa aspekter. En av dessa är att de upprepade gånger blir utsatta för sexuella trakasserier av medpatienter, dels i form av sexuella anspelningar, dels i mer fysiska trakasserier såsom sexuellt ofredande. De beskriver också sociala negativa aspekter, såsom att de inte kunde ha något socialt utbyte av de andra patienterna och att de upplevde



rättspsykiatrin som ett fängelse, socialt sett. Ytterligare en aspekt som nämns, är den rent fysiska aspekten av att de upplever att det luktar obehagligt och främmande i lokalerna (Åkerman, 2014).

8.1.3 Negativa känslor

Kvinnorna beskriver genomgående negativa känslor under vistelsen inom rättspsykiatrin. Rädsla är en återkommande känsla, de beskriver att de känner rädsla bara genom att vara där, men det finns också beskrivningar om rädsla för att vara besvärlig, eller rädsla för eventuella konsekvenser av handlingar. De vittnar också om en känsla av ovisslighet och otrygghet och rädslan beskrivs som "en klump i magen" (Åkerman, 2014).

Utöver rädslan, så beskrivs känslor som hopplöshet, att hoppet gång på gång slås i bitar och berättarna upplever att de inte orkar mer. De beskriver också känslor av att det inte blev som de hade förväntat sig, att det upplevde sig lurade, eller att det "var som en käftsmäll" att komma till rättspsykiatrin. Gråten beskrivs som ständigt närvarande och det berättas om olika situationer där de gråter under vårdtiden (Åkerman, 2014).

8.2 Tvångsåtgärder

Tabell 2. Tvångsåtgärder

Kategorier	Subkategorier
Känslomässiga upplevelser	Blandade känslor
	Varierande grad av panik
	Upplevelse av kränkning
	Misstro och maktlöshet



Fysiska upplevelser	Obehag av tvångsredskap
	Stank av tvångsredskap
	Upplevelse av fysiska övergrepp

8.2.1 Känsломässiga upplevelser

Kvinnorna beskriver tvångsåtgärderna på olika sätt men gemensamt för dem är att de berör kraftigt på ett emotionellt plan. De beskriver blandade känslor, såsom upprördhet, ilska och sorg över åtgärderna de utsätts för.

Genomgående för upplevelsen av tvångsåtgärder är en varierande grad av panik. Kvinnorna beskriver hur paniken påverkar dem på olika sätt, dels att paniken kommer av att vara fastlåst och att den stegrande paniken innebar att hon "låg på golvet och skakade". Gemensamt är att det är intensiv panik och berättarna beskriver att tvångsåtgärderna får dem att känna sig trängda och kvävda. Utöver de starka känslorna av panik yttrar sig också andra känslor i samband med tvångsåtgärderna. Här dominerar upplevelsen av att bli utsatt för en kränkning genom fysiska åtgärden som tvångsåtgärden är. Misstro och maktlöshet beskrevs också, de kände att de inte skulle bli trodda om de berättade för någon vad de blev utsatta för (Åkerman, 2014).

8.2.2 Fysiska upplevelser

Utöver de känsломässiga upplevelserna beskriver kvinnorna också sina fysiska upplevelser av tvångsåtgärderna. Dessa var fysiska obehag av tvångsredskapen, exempelvis beskriver flera att de upplevde obehag av den hjälm de tvingades bära, då den var obekvämlig och svår att andas i. De beskriver också att tvångsredskapen luktade mycket illa, framför allt de kvinnor som tvingats bära tvångshandskar vittnar om detta. De beskriver att tvångsåtgärderna upplevts som övergrepp eller tortyr. Exempelvis så har upplevelsen av tvångsåtgärden visitation utan kläder beskrivits som ett övergrepp, men också bältning och sondmatning har likställts med ett övergrepp i berättelserna (Åkerman, 2014).



8.3 I efterhand

Tabell 3. I efterhand

Kategorier	Subkategorier
Negativa upplevelser	Utebliven förbättring
	Personliga negativa konsekvenser av vårdtiden
	Rädsla för vården
Positiva upplevelser	Gott om tid
	Tacksamhet
	Förbättring

8.3.1 Negativa upplevelser

Vid en tillbakablick på vårdtiden inom rättspsykiatrien så vittnas det om kraftigt negativa upplevelser, såsom utebliven förbättring. Kvinnorna beskriver att de inte blivit bättre och uppger hopplöshet över den uteblivna förbättringen. De beskriver också bestående personliga negativa konsekvenser av vårdtiden inom rättspsykiatrien, exempelvis att de endast lärt sig hålla ihop, dölja och utföra sina självdestruktiva beteenden i hemlighet istället. De beskriver att de slutat gråta, visa sitt mående och blivit hårdare som personer efter tiden inom rättspsykiatrien. Det förekommer också beskrivningar av att de anser att rättspsykiatrien ”förstört dem”.

Utöver de personliga negativa konsekvenserna beskriver kvinnorna att de utvecklat en rädsla för vården, som innebär att de inte längre känner någon tillit och inte längre vågar berätta för vården hur de mår. Detta av oro för en ny tvångsvård eller för att skickas tillbaka. De berättar att de aldrig mer vill åka tillbaka till rättspsykiatrien.



8.3.2 Positiva upplevelser

Det vittnas också om positiva upplevelser från vårdtiden på rättspsykiatri. Framför allt berättas det om upplevelsen att det var en trygghet att det fanns gott om tid för dem där och att det inte var någon brådska med utskrivning. Kvinnorna beskriver att det tog lång tid för dem att acceptera att de var där, men genomgående är de tacksamma för att det fick ta den tiden det tog. Kvinnorna berättar att de upplevde förbättring av vårdtiden inom rättspsykiatri och upplevde att de fick hjälp och att personalen försökte hjälpa dem. De uttrycker tacksamhet för tiden inom rättspsykiatri och någon beskriver det som att ”rättspsykiatri räddade mitt liv”.

9 Diskussion

9.1 Metoddiskussion

9.1.1 Design och metod

Designen som valdes till arbetet är en kvalitativ design som bygger på en analys av narrativer. Enligt Henricson och Billhult (2017) så används kvalitativ design framför allt för att studera personers levda erfarenheter, samt att det inte finns någon absolut sanning utan varje persons erfarenheter är dennes sanning. Således passar designen mycket bra till detta arbete som ju syftar till att beskriva kvinnors upplevelser av att vårdas inom rättspsykiatri med stöd av LPT för självdestruktivt beteende. Kvantitativ studiedesign är mest användbar i syften där en önskan finns att kvantifiera resultatet, exempelvis genom numeriska jämförelser av olika fenomen, samt vid större mängder numeriska data (Billhult, 2017). Metoden ansågs inte tillämpligt i denna studie, då det är en mindre grupp som undersöks och upplevelserna som beskrivs inte är möjliga att kvantifiera.

Beslutet att genomföra en analys av narrativer grundade sig på flera orsaker. Dels att det fanns mycket få artiklar om ämnet, en sökning i databasen CINAHL med sökorden ”forensic psychiatry” och ”self harm” gav inga träffar. Detta skulle göra det mycket svårt att utföra en litteraturstudie med



godtagbar giltighet. Beslut att inte göra vidare sökningar med andra sökord eller i andra databaser togs, eftersom författaren ansåg att en analys av narrativer bättre skulle kunna fylla syftet på grund av att det vid en analys av narrativer är enklare att komma närmre upplevelserna. Detta då de inte redan är analyserade en gång, så som vid en litteraturstudie, utan arbetet sker direkt med kvinnornas egna berättelser. Dessa två orsaker tillsammans ledde fram till beslutet att utforma studie som en analys av narrativer istället för en litteraturstudie. Då berättelserna enbart handlar om kvinnornas upplevelse av tiden på rättspsykiatri kan kravet på giltighet anses uppfyllt.

9.1.2 Datainsamling och urval

Studiens stora svaghet är att den grundar sig på enbart sex berättelser ur samma bok, vilket i ett större sammanhang kan göra att dess överförbarhet minskar. Detta eftersom ett smalare urval gör att det blir svårt att täcka in alla de individuella variationer i upplevelser hos patientgruppen. Anledningen till det smala urvalet och att studien kommit att grunda sig på enbart en bok där sex berättelser valts, var att det varit mycket svårt att hitta skriven litteratur på ämnet, där ämnet behandlas i förstapersonsperspektiv. I enlighet med informationen under 6.1 så gjordes sökningar i databasen LIBRIS där det inte fanns mer relevant litteratur på ämnet att hitta. Fördelen med att alla berättelser kommer ur samma bok, är att det går att anta att intervjuerna med kvinnorna varit upplagda på ungefär samma sätt. Samtidigt kan detta också vara en nackdel, då det inte framgår om intervjuerna varit vinklade på något särskilt sätt. Detta skulle, om så är fallet, kunna påverka arbetets trovärdighet. Ett sätt att bredda urvalet och stärka resultatets överförbarhet hade varit att använda sig av litteratur på fler språk och inte enbart inrikta sig på upplevelser inom svensk sjukvård. Detta för att på så sätt kunna få med fler upplevelser. Dessvärre hade detta gjort arbetet mindre specifikt, då sjukvårdssystemet och hanteringen av patientgruppen är olika för olika länder. Därmed kan man också anta att patienternas upplevelser skiljer sig åt. Detta hade gett ett bredare resultat med större överförbarhet, men det hade samtidigt gjort resultatet mindre specifikt.



Målet med urvalet var att få med så många olika berättelser som möjligt, men samtidigt enbart få med kvinnornas egna berättelser. Flera av berättelserna var uppblandade med fakta eller författarnas åsikter och tankar och dessa sällades bort. Det gav ett lite smalare urval, men i gengäld minimerades risken att få med andra resultat än just kvinnornas upplevelser, vilket i sin tur ökar studiens giltighet ytterligare. Studiens styrka kan därför anses vara att den har hög giltighet, då materialet som analyserats är återberättat direkt från dem som varit med om upplevelserna.

9.1.3 Analys

Som analysmetod användes Lundman och Hällgren Graneheim (2017) kvalitativ manifest innehållsanalys. Under analysarbetet har författarens förförståelse satts åt sidan, för att kunna genomföra analysen utan att påverkas av denna. Detta för att minska författarens påverkan på analysen och resultatet och få ett så giltigt resultat som möjligt, som inte färgats av författaren. För att ytterligare öka studiens kvalitet och styrka tillförlitlighet så har delar av analysprocessen redovisats i bilaga 1. Dessutom har författaren under arbetets gång haft stöd av handledare samt handledningsgrupp som regelbundet läst och granskat arbetet för ökad tillförlitlighet.

9.1.4 Forskningsetiska aspekter

I avsnitt 7. Forskningsetiska aspekter beskrivs genomgående forskningsetiska aspekter samt de ramar som satts upp för detta projekt. Under arbetets gång har de etiska ramarna som då sattes väl efterföljts. Något som varit viktigt gällande det etiska förhållningssättet relaterat till studien är har varit att behandla kvinnornas berättelser objektivt och inte förvränga eller medvetet vinkla eller ändra informationen. Detta är av särskilt stor vikt då kvinnorna inte varit medvetna om att deras berättelser används till denna studie och det inte heller varit möjligt att informera eller få ett informerat samtycke. Detta är studiens etiska svaghet, men som tidigare nämnt bedömer författaren att samhällsnyttan med studien är större än risken som kvinnorna utsätts för.



9.2 Resultatdiskussion

Syftet med arbetet är att utforska kvinnors upplevelser av att vårdas inom rättspsykiatrin med stöd av LPT för självdestruktiva beteenden.

Sammanfattningsvis så framkommer att kvinnorna under många delar av vårdtiden upplever många olika negativa känslor, såsom rädsla och hopplöshet, samt att det var varierande upplevelser av personalen. I samband med tvångsåtgärder upplevdes panik likväl som fysiska obehag av tvångsredskapen. I efterhand går upplevelserna isär och det beskrivs upplevelser av att ha blivit hjälpt, likväl som upplevelser av att inte ha blivit hjälpt och istället utvecklat en rädsla för vården.

9.2.1 Upplevelser under vårdtiden

Resultatet av denna studie visar att kvinnorna har många negativa upplevelser, allt från att det är obehaglig fysisk miljö med konstiga lukter, till starka negativa känslor under vårdtiden. Kvinnorna upplevde genomgående vistelsen på rättspsykiatrin som obehaglig. Flertalet berättare lyfter den negativa vårdmiljön, dels att personalen var för frånvarande, dels att vårdas med patienter som utsatte dem för sexuella trakasserier eller att de upplevde att de inte hade något socialt utbyte av de andra patienterna. I rapporten ”Självskadande patienter vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall” (Ericson, 2009) framkommer en liknande bild där patienterna upplever att det är för lite samtal, frånvaro av personal på avdelningen och att miljön upplevdes som skrämmande. Gällande upplevelsen av att personalen var frånvarande eller mindre bra, så är det en mycket viktig aspekt för tillfrisknandet. Westling et al (2016) skriver att bemötandet är avgörande för utfallet av behandlingsinsatsen när det gäller självskadepatienter. Detta gör bemötandet till en mycket central del av omvårdnaden och det kan absolut ses som allvarligt att patienterna upplever brister här. Vidare så är hög personaltäthet och uppmärksamhet från personalen en viktig faktor i att förebygga och förhindra suicid (Bowers et al, 2011). Att personalen är en viktig faktor i att förhindra suicid är ytterligare en aspekt som gör det allvarligt att personalen upplevts som frånvarande i vården, eftersom det



potentiellt skulle kunna öka risken att missa eventuellt suicidnära patienter. Att personalen upplevts frånvarande påverkar också vårdkvaliteten i form av patienternas upplevda delaktighet. Dahlberg och Segesten (2010) skriver att delaktighet enbart kan uppnås när information möter patienternas livsvärld, och när den ges på ett sätt som patienten kan förstå och ta till sig. Om patienterna upplever sig svikna, avfärdade eller övergivna uppstår därför ingen delaktighet, oavsett hur mycket information de överöses med. Detta innebär att patienternas upplevelse av personalen är viktig ur många olika synvinklar, eftersom en större delaktighet i vården också leder till en bättre vårdupplevelse.

9.2.2 Tvångsåtgärder – att hjälpa eller stjälpas?

Resultatet visade att kvinnornas upplevelser av tvångsåtgärderna de utsattes för, går lite isär. De beskriver starkt negativa upplevelser, både fysiskt och känslomässigt. Även här beskriver Ericsson (2009) liknande resultat, där patienterna beskriver tvångsåtgärderna som skrämmande, att det ”skrämts” från det självdestruktiva beteendet. Det beskrivs som ”förkastligt, omänskligt och förnedrande”. Inga av de patienter som utsatts för tvångsåtgärder har sett det som hjälpande, eller att det bidragit till att de mått bättre. I en systematisk litteraturgenomgång som omfattar 89 publicerade studier kommer James et al (2012) fram till samma slutsats. De skriver att triggern till självskadebeteendet ibland tycktes vara kopplat till omvårdnadsåtgärder som begränsade individens frihet och att även patienterna rapporterade att olika frihetsberövande åtgärder kunde vara anledningen till att de självskadade. Här belyses därmed det direkt kontraproduktiva i att använda frihetsbegränsande åtgärder så som avskiljning och bältning.

Dahlberg och Segesten (2010) skriver att vårdandet bör utgå från en relation, där vårdaren och patienten möts, där båda är experter på sitt område och får föra sin talan, men att patientens autonomi bör respekteras. I situationer med tvångsåtgärder frångås detta och beslut tas över huvudet på patienten, det blir en ojämlikhet mellan de båda parterna där vårdaren tar det yttersta beslutet, att patientens ska utsättas för en tvångsåtgärd. Här ignoreras patientens egen



vilja, till förmån för det som vårdaren tänker är bäst för patienten. Dahlberg och Segesten (2010) skriver vidare att det finns situationer då patienten inte kan föra sin egen talan, på grund av sjukdomstillstånd. Vårdarna får då fatta beslut åt patienten. I dessa fall bör beslut fattas med patientens bästa i åtanke, alternativt att följa befintliga direktiv om sådana finns. Tvångsvård kan anses vara en gråzon i detta fall, patienten vårdas mot sin vilja och anses på så vis inte ha sjukdomsinsikt nog att själv kunna fatta ett grundat beslut om vård. Gällande tvångsåtgärder är det vårdarna som tagit besluten åt patienten, då patienten på grund av sin sjukdom ansetts oförmögen att fatta besluten, men eftersom patienten varit vid medvetande och vaken bör strävan vara att göra denne göras så delaktig i sin vård som tillfället tillåter. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att det finns flera olika uppfattningar av delaktighet, från mindre åtgärder så som närvaro och en ögonkontakt från personal, till att önska svar på frågor, till en mer konkret önskan om att få vara med och bestämma om sin vård. Vid tvångsvård och tvångsåtgärder är det läkaren som beslutar och ordinerar åtgärderna, det är således svårt att möta patienten i fråga om att bestämma om åtgärderna i sig. Däremot förefaller det möjligt att möta patienten och öka deras delaktighet i andra aspekter såsom närvaro, ögonkontakt och svar på frågor kring situationen. Det är därmed fullt möjligt att med små medel öka delaktigheten även i en tvångssituation. En ökad delaktighet skulle sannolikt kunna bidra till att minska de negativa och skrämmande upplevelser som arbetets resultat vittnar om.

9.2.3 I efterhand – vad tyckte patienterna?

Under resultat-fasen ”I efterhand” lyfts både positiva och negativa aspekter fram, den del då patienterna ser tillbaka på och utvärderar sin vistelse inom rättspsykiatrin. Även här kan likheter ses med Ericsons (2009) större studie där många var nöjda med vårdtiden, framför allt upplevelsen av att det inte stressades med utskrivning, något som framkom även i detta arbete.

Dahlberg och Segesten (2010) skriver att det är viktigt för patienterna att det får kännas att det är med och fattar beslut i sin egen vård, att det ökar känslan av delaktighet. Här berättar patienterna att en av de stora fördelarna var att



det inte stressades med utskrivning, utan de fick vara kvar så länge de behövde. Det tyder på att man lyssnat på patientens behov och inte försökt skriva ut patienten tidigare, när hon inte var redo än. Att detta sedan lyfts fram av patienterna själva som en av de starkast positiva sakerna, tyder på hur viktig patienternas delaktighet i sin egen vårdplanering är för helhetsupplevelsen.

En av de negativa konsekvenserna, förutom utebliven förbättring var rädsla för vården och för att i framtiden söka vård, något som märks både i detta arbete, men också i den studie som Ericson (2009) gör. Även om Ericsons (2009) studie är betydligt vidare och berör betydligt fler informanter så kan man i mångt och mycket se att studierna trots allt följer varandra och ger en klar och entydig bild av patienternas upplevelse av att vårdas inom rättspsykiatri för självdestruktiva beteenden. I en rapport skriver Åkerman et al (2010) att ingen av de patienter som författarna varit kontakt med varit okritiska till vård de erhållit inom rättspsykiatri, trots att det funnits vissa goda inslag i vården. I rapporten skriver det att det framkommit att vården vid flera tillfällen varit lagöverskridande, framför allt vid tillämpandet av tvångsåtgärder. Vidare hävdar de att de anser att LPT-vården vid rättspsykiatriska enheter är mot gällande lagar och konventioner om mänskliga rättigheter.

Holland et al (2020) har gjort en studie kring vad unga personer med självskadebeteende upplever hjälper dem bäst. De tre vanligaste var vänner, distraktionstekniker och djur. Därefter följer pojk/flickvänner och träning. Enligt SPRF, Svenska Rättspsykiatriska föreningen (2023) finns ca 20 rättspsykiatriska anstalter i Sverige, men det var bara ett fåtal som tog emot självskadepatienter. Det innebär att många av patienterna som skickades till rättspsykiatri skickades långt hemifrån, bort från både vänner, djur och partner. Många beskriver att de inte blev bättre under sin tid på rättspsykiatri (Ericson, 2009) och när man jämför resultatet av patienternas upplevelse, med Holland et al (2020)s sammanställning av vad patienter



faktiskt upplever är hjälpsamt, så är den uteblivna förbättringen knappast förvånande.

10 Slutsats och kliniska implikationer

Sammanfattningsvis så visar resultaten att de kvinnor som vårdades inom rättspsykiatri med stöd av LPT för självdestruktiva beteenden har med sig blandade känslor och upplevelser därifrån. I detta arbete belyses deras upplevelser och erfarenheter av att vårdas inom rättspsykiatri och det är av yttersta vikt att sjuksköterskor är medvetna om händelserna då patienterna som vårdats där och bär dessa minnen, kommer finnas kvar i många år framöver. Arbetet behandlar också kvinnornas upplevelser av tvångsåtgärder, vilket är en åtgärd som fortfarande utförs inom psykiatri. Kunskapen som beskrivs i detta arbete kan därför vara användbar även för sjuksköterskor som inte enbart träffar den specifika patientgruppen (kvinnor från rättspsykiatri), utan för alla som träffar patienter som någon gång tvångsvårdats eller utsatts för tvångsåtgärder. Sjuksköterskor kan dra nytta av kunskapen i detta arbete för att ytterligare öka sin förståelse och förbättra sitt bemötande av patienter som blivit utsatta för tvångsvård och/eller tvångsåtgärder. Arbetet kan också vara hjälpsamt för att öka kunskapen och reflektionen kring vikten av patienternas delaktighet även inom tvångsvård och hur denna kan förbättras i framtiden och ute på arbetsplatser. Det framkommer att kvinnorna upplever att de blivit rädda för vården och det är viktigt att sjuksköterskor har detta i baktanke när de möter dessa patienter. Detta för att om möjligt ta extra hänsyn och bemöta dem på den plats där de är, för att de i framtiden ska kunna få goda erfarenheter och återskapa det förlorade förtroendet för vården.

Inom området krävs ytterligare forskning, för att vidare utforska exempelvis om patientens aktuella sjukdomstillstånd påverkar hur de upplever tvångsåtgärder. Patienterna vittnar också om att de upplevt tvångsåtgärderna som övergrepp, här krävs också vidare forskning kring om det finns



möjligheter att anpassa omständigheterna kring åtgärden för att få patienten att känna mer delaktighet och undvika att åtgärden känns som ett övergrepp. Vidare är det också intressant att forska vidare på patienters upplevelse av övriga typer av övergrepp i vården och om dessa liknar de som patienter upplevt vid tvångsåtgärder, och hur de bör bemötas av vårdpersonal.



11 Referenser

Allgulander, C. (2019). *Klinisk psykiatri* (uppl. 4). Studentlitteratur.

Askola, R., Nikkonen, M., Paavilainen, E., Soininen, P., Putkonen, H., Louheranta, O. (2018). Forensic Psychiatric Patients' Perspectives on Their Care: A Narrative View. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54 (1), 64-73.

Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (uppl. 2:5). Studentlitteratur.

Bjärehed, J & Åkesson, A (2015). *Behandling av självskadande patienter i heldygnsvård: Fynd från forskningen*. Nationella självskadeprojektet.

<https://nationellasjlvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/08/supplementrapport-heldygnsvard-20150904.pdf>

Bowers, L., Dack, C., Gul, N., Thomas, B., & James, K. (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: an analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1459–1465.

Colton, A & Pistrang, N. (2004). Adolescents' Experiences of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307–316.

Dahlberg, K & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis* (uppl. 1). Natur & kultur.



Dahlborg-Lyckhage, E (2017). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (uppl. 3:5, s. 171-180). Studentlitteratur.

Ericson, I. (2009). *Självskadande patienter vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall. Långtidsuppföljning och utvärdering av vårdresultat*. Rättspsykiatriska Regionkliniken Sundsvall.
https://www.rpksundsvall.se/wp-content/uploads/2010/03/Rapport_sj%C3%A4lvskadande_patienter-2_.pdf

Fox, J & Diab P. (2013). An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology*, 20(1), 27-36. <https://doi.org.proxy.lnu.se/10.1177/1359105313497526>

Försäkringskassan. (2023). *Antal pågående sjukfall efter diagnos*. Försäkringskassan. <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sjp-pagaende-sjukfall-diagnos>

Gratz, K., Tull, M., Levy, R. (2014) Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month followup of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate selfharm among women with borderline personality. *Psychological Medicine*, vol 44, s.2099-2112. 10.1017/S0033291713002134

Grave, R., Ghoch, M., Sartirana, M., Calugi, S. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 2-2. [10.1007/s11920-015-0643-4](https://doi.org/10.1007/s11920-015-0643-4)

Gustafsson, N & Salzmänn-Erikson, M. (2016). Effect of Complex Working Conditions on Nurses Who Exert Coercive Measures in Forensic Psychiatric



Care. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 54(9), 37-42. [10.3928/02793695-20160817-06](https://doi.org/10.3928/02793695-20160817-06)

Henricson, M & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (uppl. 2:5). Studentlitteratur.

Holland, J., Sayal, K., Berry, A., Sawyer, C., Majumder, P., Vostanis, P., Armstrong, M., Harroe, C., Clarke D., Townsend, E. (2020). What do young people who self-harm find helpful? A comparative study of young people with and without experience of being looked after in care. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 157-164. [10.1002/erv.587](https://doi.org/10.1002/erv.587)

James, K., Stewart, D., Bowers, L. (2012). Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 301-309. [10.1111/j.1447-0349.2011.00794.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00794.x)

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (uppl. 2:5, s. 57-77). Studentlitteratur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

Lag om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128/



LIBRIS. (2023-11-19). *Om LIBRIS*. LIBRIS

https://libris.kb.se/help/about_libris_swe.jsp

Lindgren, B (2019). Självskadebeteende. I I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundnivå* (uppl 3:3).

Studentlitteratur.

Lindgren, B., Molin, J., Graneheim, U. (2021). Balancing between a Person-Centred and a Common Staff Approach: Nursing Staff's Experiences of Good Nursing Practice for Patients Who Self-Harm. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(6), 564-572. [10.1080/01612840.2020.1817206](https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1817206)

Lundman, B & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (uppl. 3, s 219-233). Studentlitteratur.

Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A., Haga, E., Diep, L., Stanley, B., Miller, A., Sund, A., Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4). <https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1016/j.brat.2018.02.006>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2014). *Självtillfogade skador*. (MSB742). <https://rib.msb.se/filer/pdf/27431.pdf>

Olofsson, B & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntary hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2001 (8), 357-366. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x>



Sjöström, N (2019). Suicid. I I. Skärsäter & L. Wiklund Gustin (Red.),
Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundnivå (uppl 3:3). Studentlitteratur.

Svenska Rättspsykiatriska föreningen. (2023-11-19). *Rättspsykiatrisk vård*.

Svenska rättspsykiatriska föreningen. <https://www.srpf.se/verksamheter/rpv/>

Wigsell, O. (2020-12-01) *Beslut om nationell högspecialiserad vård – viss vård vid svårbehandlat självskadeteende*. Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationell-hogspecialiserad-varld-sjalvskadeteende-beslut.pdf>

Westling, S., Liljedahl, S., Holmqvist Larsson, M., Parnén, H., Zetterqvist, M., Ershammar, D. (2016). *Rekommendationer för insatser vid självskadeteende – nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin* (uppl. 2).

Nationella självskadeprojektet. <https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2015/12/Rekommendationer-Sj%C3%A4lvskadeteende-rev-2016.pdf>

Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 124-144.

DOI:10.1080/14789940410001655187

Åkerman, S. (2014). *Slutstation rättspsyki: Om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott*. Natur & kultur.

Åkerman, S., Nilsson, T., Broström, L. (2010). *Självskadepatienter inom den rättspsykiatriska vården*. SHEDO. <https://www.shedo.se/wp-content/uploads/2012/09/Shedorevdok.pdf>



Bilaga 1: Exempel på arbetsgång vid analys

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Underkategori	Kategori
Jag hyperventilerade, för det var svårt att andas i hjälmen som hade visir och allting.	Hyperventilerade för det var svårt att andas i hjälmen	Svårt att andas i hjälmen	Obehag av tvångsredskap	Fysiskt
Jag kunde inte andas och hjälmen tryckte mot huvudet.	Kunde inte andas och hjälmen tryckte	Obehag av hjälmen		
Handskarna jag fick bära var från sjuttioalet enligt personalen, och jag tror ingen riktigt kan förstå hur mycket det stank	Handskarna från sjuttioalet stank	Handskarna stank	Stank av tvångsredskap	
Handskarna jag hade luktade gammal svett och ostbågar	Handskarna luktade gammal svett och ostbågar	Svettlukande handskar		
Det kändes som jag blev utsatt för tortyr	Kändes som jag blev utsatt för tortyr	Känsla av tortyr	Upplevelse av fysiska övergrepp	



Vid ett tillfälle lade de mig i bälte i sexton timmar och sondmatade mig. Jag skrek och grät, för det kändes som ett övergrepp	Bälte i sexton timmar och sondmatade mig, skrek och grät, det kändes som ett övergrepp.	Bälte och sondmatning kändes som övergrepp		
Alla kläder skulle av, behå och allt. Jag grät för det kändes som ett övergrepp	Alla kläder skulle av och det kändes som ett övergrepp	Avklädning som kändes som övergrepp		