



GÖTEBORGS UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Tvingad till vård för anorexia nervosa

En kvalitativ studie om kvinnors upplevelser av sluten psykiatrisk tvångsvård för
anorexia nervosa

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits

Kandidatuppsats

Vt 2019

Författare: Ida Westin

Handledare: Manuela Sjöström

Abstract

Titel: Tvingad till vård för anorexia nervosa

En kvalitativ studie om kvinnors upplevelser av sluten psykiatrisk tvångsvård för anorexia nervosa.

Författare: Ida Westin

Nyckelord: Anorexia nervosa, ätstörning, slutenvård, psykiatrisk tvångsvård, upplevelser, bemötande, erfarenheter, patientperspektiv, lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Syftet med denna uppsats var att få förståelse för före detta patienters upplevelser av att vårdas mot sin vilja på allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa. Syftet har brutits ned i två frågeställningar som handlar om hur personerna beskriver sin upplevelse av sluten psykiatrisk tvångsvård på allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa samt vad de anser vara viktigt i vården av anorektiker som vårdas mot sin vilja. Studien utgår från en kvalitativ undersökningsmetod, där sju kvinnor runt om i Sverige intervjuades. Samtliga av kvinnorna har erfarenhet av att ha vårdats mot sin vilja på sluten allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa. Det empiriska materialet bearbetades, och kopplades till begreppen bemötande, ambivalens och vårdlidande. Resultatet av studien presenterades i sex olika teman; *”Vikten av stöd för och efter måltiden”*, *”Vikten av den goda relationen”*, *”Vikten av att bli bemött med förståelse”*, *”Vikten av en individanpassad vård”*, *”Vikten av att tas ifrån ansvaret”* samt *”Vikten av ett konsekvent tillämpande av tvångsåtgärder”*. Det var just dessa generella teman som framkom i resultatet av frågeställningarna, där intervjupersonerna agerade inom temats omfattning, men på olika sätt. Sammanfattningsvis visar dock studiens resultat att centralt för intervjupersonernas upplevelse av tvångsvård för anorexia nervosa var att deras önskemål om vård ofta skilde sig vida från den vård de erhölet.

Innehållsförteckning

Abstract	i
Innehållsförteckning	ii
Förord	iv
1. INTRODUKTION	1
1.1 INLEDNING	1
1.2 PROBLEMFORMULERING	1
1.3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	2
1.4 AVGRÄNSNINGAR	2
1.5 RELEVANS FÖR SOCIALT ARBETE	3
1.6 DISPOSITION	3
2. BAKGRUND	4
2.1 ANOREXIA NERVOSA.....	4
2.2 TVÅNGSVÅRD AV PERSONER MED ANOREXIA NERVOSA.....	5
2.3 TVÅNGSVÅRDENS INNEHÅLL OCH UTFORMNING	6
2.4 FRAMGÅNGSFAKTORER I BEHANDLING AV PERSONER MED ANOREXIA NERVOSA.....	8
3. TIDIGARE FORSKNING	9
3.1 LITTERATURSÖKNING	9
3.2 PERSONER MED ANOREXIA NERVOSAS SYN PÅ TVÅNGSVÅRD.....	10
3.3 PATIENTERS UPPLEVELSER AV SLUTENVÅRD	11
4. TEORETISKA BEGREPP	14
4.1 AMBIVALENS	14
4.2 BEMÖTANDE	15
4.3 VÅRDLIDANDE	16
5. ARBETSSÄTT OCH METOD	17
5.1 VARFÖR INDIVIDUELLA INTERVJUER?.....	17
5.2 INFORMANTERNA	19
5.3 KONTAKTVÄGAR	21
5.4 INTERVJUERNA.....	23
5.5 TOLKNINGSARBETET.....	25
5.6 ANALYS OCH BEARBETNING AV DATA	26
5.7 STUDIENS TILLFÖRLITLIGHET.....	26
5.8 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	29
6. RESULTAT OCH ANALYS	31

6.1 VIKTEN AV STÖD VID MÅLTIDEN OCH EFTER	31
6.2 VIKTEN AV DEN GODA RELATIONEN	34
6.3 VIKTEN AV ATT BLI BEMÖTT MED FÖRSTÅELSE	36
6.4 VIKTEN AV EN INDIVIDANPASSAD VÅRD	40
6.5 VIKTEN AV ATT TAS IFRÅN ANSVARET	42
6.6 VIKTEN AV ETT KONSEKVENT TILLÄMPANDE AV TVÅNGSÅTGÄRDER	45
7. SLUTSATS	46
8. AVSLUTANDE DISKUSSION	47
REFERENSER	50
BILAGA 1	57

Förord

Jag skulle först och främst vilja tacka de personer som varit med och deltagit i studien. Jag är oerhört glad och tacksam för er medverkan, utan er skulle denna studie inte funnits!

Dessutom skulle jag vilja tacka min handledare Manuela Sjöström som hjälpt mig med stöttning och feedback under processens gång!

Jag vill även tacka min mamma och min svärmor för all hjälp med min lilla flicka under tiden som jag var föräldraledig. Utan er skulle denna studie aldrig kunna färdigställas!

Till sist skulle jag vilja tacka min sambo för all uppmuntran och stöd jag har fått på vägen. Tack!

1. Introduktion

1.1 Inledning

När jag gick i gymnasiet hade jag en vän som drabbades av sjukdomen anorexia nervosa. Jag såg hur hennes matportioner blev allt mindre och hur hon snabbt blev magrare. När det nästan inte var någonting kvar av min vän blev hon inlagd för sluten heldygnsvård på en allmänpsykiatrisk sjukhusavdelning, trots våldsamt motstånd från hennes sida. Vid ett flertal tillfällen besökte jag min vän på sjukhuset. Vid dessa besök berättade hon om sin vårdupplevelse. Hon beskrev personalens bemötande som bristfälligt och att de flesta av de som arbetade på avdelningen tycktes sakna kunskap om anorexia nervosa. Vidare berättade hon att hon blev fastspänd med bälte och itvingad näring i flytande form ifall hon inte klarade av att äta. Min väns skildringar av den slutna psykiatriska tvångsvården av personer med anorexia nervosa gjorde mig nyfiken på om hennes upplevelse är unik i sitt slag. För att öka mina kunskaper på ämnesområdet har jag i detta arbete därför valt att intervjua sju kvinnor med erfarenheter av sluten psykiatrisk tvångsvård för anorexia nervosa.

1.2 Problemformulering

Anorexia nervosa är den sjukdom med högst dödlighet av alla psykiatriska sjukdomar, med en dödsfrekvens 10 % eller mer (Matusek & O'Dougherty Wright, 2010; Reid, Williams & Burr, 2010). Ett av de primära symptomen vid anorexia nervosa är en intensiv rädsla för att öka i vikt. Detta leder till att många patienter vägrar eller motsätter sig behandling eftersom det involverar en återgång till en normal viktnivå (Glant, 2011). I de fall där självsvälten gått mycket långt är det således inte ovanligt att personer med anorexia nervosa tvingas till vård mot sin vilja med främsta syfte att stabilisera vikten till en mindre livshotande nivå (Wallin, 2015). Att tvinga någon till vård innebär att personen fräntas sin autonomi och är ett stort ingrepp i personens integritet. Tvångsvård av personer med anorexia nervosa skiljer sig från sluten psykiatrisk tvångsvård av personer med andra psykiatriska störningar då fokus ligger på viktuppgång och ett ökat matintag. Kunskap om patientens upplevelse av tvångsvård gör det möjligt att

utforma vården efter patientens behov, vilket kan öka behandlingens genomslagskraft. För att personer som tvångsvårdas för anorexia nervosa ska få en vård av hög kvalitet anser jag det därför angeläget att undersöka anorektikers upplevelse av sluten psykiatrisk tvångsvård. Det är min förhoppning att resultatet av min uppsats kan ligga till grund för en ökat framgångsrik vård av personer som tvångsvårdas för anorexia nervosa.

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med min C-uppsats är att få förståelse för före detta patienters upplevelser av att vårdas mot sin vilja på allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa.

- Vilka individuella upplevelser har personer haft av tvångsvården som de fått på en allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa?
- Vad anser personer med erfarenhet av tvångsvård för anorexia nervosa på allmänpsykiatrisk avdelning är viktigt i tvångsvården av denna patientgrupp?

1.4 Avgränsningar

Denna studie kommer att lägga sitt fokus på några få kvinnors erfarenheter av att vårdas mot sin vilja på allmänpsykiatrisk avdelning. Syftet med att intervjua några få intervjupersoner är att försöka få en djupare förståelse för deras vårdupplevelse samt deras personliga uppfattning kring vad som är viktigt i tvångsvården av personer med anorexia nervosa. På grund av svårigheter att finna intervjupersoner har jag valt att avgränsa mig till att enbart intervjua kvinnor, trots att anorexia nervosa är en sjukdom som även förekommer hos män (Glant, 2011). Då 9 av 10 som drabbas är kvinnor (Glant, 2011), samt att endast ett fåtal av de som drabbas blir så sjuka att tvångsvård är aktuellt, finner jag mitt val att enbart intervjua kvinnor rimligt. Detta även om perspektiv från män hade varit intressant. Likaså hade perspektiv från vårdpersonal som arbetar med denna patientgrupp

under tvång varit behjälpligt. Med hänsyn till uppsatsens utrymme har jag dock inte inhämtat fler perspektiv.

1.5 Relevans för socialt arbete

Denna studie är relevant utifrån ett samhällsperspektiv eftersom jag undersöker patienters upplevelse av tvångsvård för anorexia nervosa.

Anorexia nervosa är ett stort problem i dagens samhälle. I alla områden inom socialt arbete är det angeläget att ha en förståelse för de man jobbar med och viss kunskap om den problematik man kan ställas inför. Trots en del forskning på ämnesområdet saknas forskning som belyser tvångsvården av anorektiker på allmänpsykiatrisk avdelning. Kunskaper om tvångsvården av denna patientgrupp är därför begränsad. Flera kvalitativa studier, av framförallt patienters upplevelser av tvångsvård för anorexia nervosa, skulle ge ett viktigt komplement till de kunskaper som finns. Genom studier som den här kan man få en ökad förståelse för hur de drabbade själva känner sig och upplever att de vill bli bemötta när de vårdas mot sin vilja. Kunskap om patientens erfarenheter av tvångsvård för anorexia nervosa kan även vara behjälpligt i det fortsatta arbetet med denna patientgrupp, mot ett friskt liv. Av dessa anledningar har studien relevans för det sociala arbetet.

1.6 Disposition

Kapitel 2: I kapitel två görs en omfattande bakgrundsbeskrivning, där jag först beskriver sjukdomen anorexia nervosa, vilket samtliga av mina intervjupersoner har erfarenheter av. Därefter följer information om tvångsvård av personer med anorexia nervosa, följt av fakta om tvångsvårdens innehåll och utformning. I det sista avsnittet i kapitel två presenteras framgångsfaktorer i behandlingen av personer med anorexia nervosa.

Kapitel 3: I det tredje kapitlet ges, med hjälp av tidigare forskning, en översikt av det rådande kunskapsläget inom ramen för denna uppsats.

Kapitel 4: I det fjärde kapitlet redogörs mina teoretiska begrepp "ambivalens", "bemötande" och "vårdlidande", vilka alla utgör grunden för min analys.

Kapitel 5: I detta kapitel presenteras mina metodval samt metodologiska överväganden.

Kapitel 6: Kapitel sex utgörs av mitt resultat och tillhörande analys.

Kapitel 7: Det sjunde och sista kapitlet innehåller en avslutande diskussion.

2. Bakgrund

2.1 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa är en allvarlig psykisk sjukdom som ofta leder till både fysiskt och psykiskt lidande genom tvångsmässigt tränande och ätande för att gå ner i vikt (Harris & Barraclough, 1997, Harris & Barraclough, 1998). I Sverige beräknas ungefär 100 000 av befolkningen lida av någon form av ätstörning, av vilka 90% är kvinnor (Clinton, 2012). Den högsta incidensen finns i åldrarna 15-19 år (Wallin, 2015). För att diagnostiseras med sjukdomen anorexia nervosa används tre kriterier. Att kroppsvikten ligger på minst 15 % under den förväntade vikten i förhållande till längd och ålder, vilket motsvarar ett BMI (Body Mass Index) på 17, 5 eller lägre. Att personen är rädd för att gå upp i vikt, samt tre på varandra följande uteblivna menstruationer (Hällström et al, 2009). Själva ordet ”*anorexia nervosa*” kommer ursprungligen från det grekiska begreppet *anorexis* vilket betyder ungefär ”nervös aptitlöshet”. Benämningen bygger på en missuppfattning av sjukdomen då en person som drabbats av anorexia nervosa inte saknar aptit. Däremot är hen livrädd för att äta av olika anledningar (Glant, 2011).

anorexia nervosa börjar oftast med en önskan om att gå ner i vikt genom en viljestyrd bantning (Glant, 2011). Minskade matportionerna och en reduktion av fett och/eller kolhydrater i kosten, ofta i kombination med tvångsmässigt motionerande, leder till att personen tappar i vikt. Efter hand bantningen fortlöper upptas allt mer tid och energi av tankar på mat, vikt och träning. I takt med den sjunkande vikten intensifieras vikt- och matfixeringen allt mer och varje måltid förknippas nu med en stark känsla av ångest och skräck. Självkänslan blir direkt

kopplad till huruvida man kan kontrollera sitt ätande och sin vikt. Att avstå från mat, trots en betydande hunger, gör att den drabbade känner sig duktig och självkänslan ökar. Har hen och andra sidan ökat i vikt, om än så marginellt, så ökar känslan av olust och vanmakt (Wallin, 2015). Det som skiljer anorexia nervosa från vanlig bantning är den ständiga känslan av att vara kraftig, trots att personen i själva verket är underviktig. Den som drabbas kan således aldrig gå ner tillräckligt, varför hen inte avslutar bantningen (Glant, 2011). En person med anorexia nervosa är ofta mycket ambivalent till att bli frisk. Personen vill ha en förändring, samtidigt som det finns en rädsla för att släppa sjukdomen helt. Detta kan för omgivningen upplevas mycket påfrestande, och kräver ofta ett stort tålamod hos vårdpersonal och behandlare (Wallin, 2015).

Även om långt ifrån alla fall av anorexia nervosa leder till döden, är anorexia nervosa ett utdraget tillstånd, där symptomen varierar över tid. Återfall är vanligt, liksom övergångar till differentierade ätstörningsdiagnoser (Kaczynski et al. 2000). Hjärtstillestånd och elektrolytobalans (när det blir ett stort förhållande i kroppen mellan mängden vatten och elektrolyter) är de vanligaste dödsorsakerna, vilket båda kan betraktas som medicinska komplikationer av sjukdomen. Själv mord är en annan vanlig orsak till att personer med anorexia nervosa dör i förtid (Wallin, 2015).

2.2 Tvångsvård av personer med anorexia nervosa

Trots att anorexia nervosa är en mycket allvarlig psykisk sjukdom råder det blandande uppfattningar om huruvida det är rätt att använda sig av tvångsvård av personer med anorexi (Giordano, 2003; Tiller et al., 1993). Attityderna kring ofrivillig sjukhusinläggning pendlar mellan att känna igen nödvändigheten i livshotande situationer, till att försvara patientens rätt till självbestämmande över sin egen kropp och rätten att vägra behandling (Kaczynski et al. 2000).

Möjligheten att vårda en person som är allvarligt sjuk i anorexia nervosa, eller annan psykiatrisk störning, mot patientens vilja regleras i Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (1991:1128) (LPT). För att lagen ska tillämpas måste patienten lida

av en allvarlig psykiatrisk störning och motsätta sig vård. Patienten måste också vara i ett *oundgängligt behov av psykiatrisk vård* som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning för slutenvård på en sjukvårdsinrättning (Grönwall & Holgersson, 2008). Ansvarig cheföverläkare ansvarar för bedömning av huruvida kriterierna för tvångsvård med stöd av LPT är uppfyllda (Grönwall & Holgersson, 2008). Vad gällande patienter med anorexia nervosa görs bedömningen utifrån en sammanvägning av patientens kroppsvikt, puls, blodtryck och kroppstemperatur (Sandberg & Bengtsson, 2014). Jag har inte funnit några nationella riktlinjer som närmare specificerar innebörden i dessa kriterier, men ett flertal landsting bland annat Stockholm och landstinget Västernorrland med flera ser kriterierna uppfyllda ifall patienten har ett BMI på 14 eller lägre, en puls på under 40- 45 slag/min och en kroppstemperatur under 35,5 grader (Vuxenpsykiatri Sollefteå sjukhus, 2009). Tvångsvård får endast bedrivas på en psykiatrisk sjukvårdsinrättning som drivs av landsting och det är också på sådan inrättning som frågan om intagning ska prövas (Grönwall & Holgersson, 2008).

Tvångsvård av anorektiker, och personer med andra psykiska sjukdomar, kommer inte enbart till stånd med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård. Vissa läkare använder även hot om tvångsvård i formell mening, dvs. med stöd av lagen, i syfte att få patienterna att "frivilligt" gå med på att ta emot vård (Appelbaum & Redlich, 2006; Carney et al, 2008). I de fall där patienterna är underåriga är det också vanligt att använda sig av andra typer av tvång, till exempel genom att föräldrarna ger sitt samtycke (Ayton, Keen & Lask, 2009). Tidigare forskning visar att patienter inom psykiatriens uppfattning om tvång är komplext och hänger inte helt ihop med användningen av formell tvångsvård med stöd av lagen (Bindman et al., 2005; Rajkumar et al., 2006; Salize & Dressing, 2005; Watson et al., 2000). Exempelvis fann jag en studie att patienter med anorexia nervosa i hög grad hade uppfattat att vården varit påtvingad, alltså att de hade blivit tvingade till vård, oberoende av om det varit tvångsvård i formell mening med stöd av lagen (Guarda et al., 2007).

2.3 Tvångsvårdens innehåll och utformning

Vid all form av sluten psykiatrisk tvångsvård är det av vikt att en vårdplan så snabbt som möjligt utformas tillsammans med patienten (SOSFS 2008:18). Vid slutenvårdsbehandling av patienter med anorexia nervosa bör vårdplanen innehålla ramar för patientens fysiska aktivitet, vägning, vila, permissioner, deltagande i terapeutiska aktiviteter samt social träning utanför sjukhusmiljön (Sandeberg & Bengtsson 2014). Den drabbade behöver ofta konkret hjälp med att börja äta och redskap för att hantera den ångest som uppstår i och med en måltidssituation (Sandeberg & Bengtsson 2014). Måltidsträning, där vårdpersonalen äter tillsammans med patienten, är en vanlig behandlingsmetod bland landets specialiserade ätstörningskliniker (Wallin, 2015). Även matdagböcker kan utgöra ett stöd och följandet av ett fast matschema (Glant, 2015). Om patienten har svårt att få i sig den mat som serveras kan måltiderna ersättas eller kompletteras med näringsdryck (en typ av måltidskomplement med högt energiinnehåll). Det kan även bli nödvändigt med sondnäring under en kortare tid, ifall patienten totalt matvägrar. Målsättningen ska dock vara en återgång mot normalstora portioner och ett normaliserat ätande varav ett långsiktigt utbyte mot näringsdryck och sond inte är önskvärt (Sandeberg & Bengtsson 2014).

De som vårdas med tvång inom den slutna psykiatriska vården får inte röra sig fritt utan begränsningar på sjukhuset. Det kan även bli nödvändigt att ta till tvångsåtgärder ifall patienten inte följer den vårdplan som har gjorts upp (Grönwall & Holgersson, 2008). När det kommer till patienter med anorexia nervosa handlar det oftast om att patienten matvägrar. Patienten kan då komma att spännas fast med bälte och tvingas därefter inta näring i flytande form genom en sond som förs in i näsan (Wallin, 2015).

Ett kvalitativt omhändertagande av patienter som slutenvårdas för anorexia nervosa innebär i praktiken ofta stora praktiska svårigheter då den drabbade kan vara både manipulerande och utåtagerande. Det är inte ovanligt att patienter med anorexia nervosa smygtränar på rummet, kräker och / eller dricker stora mängder vatten före vägning. Allt för att dämpa den starka ångest som ett ökat matintag oundvikligen genererar. På en allmän medicinavdelning, där överbeläggning är

mer än regel än ett undantag, leder vård av en enstaka anorexiapatient, således ofta till att situationen kan bli rent kaotisk (Kaczynski et al., 2000).

Tvångsvård av personer med anorexia nervosa syftar i första hand stoppa den livshotande viktnedgången och stabilisera den drabbades vikt till en mindre livshotande nivå. Patienten förväntas således inte bli frisk under perioden i slutenvård och det är först när den akuta svältsituationen är under kontroll som psykoterapeutisk behandling kan påbörjas (Wallin, 2015).

2.4 Framgångsfaktorer i behandling av personer med anorexia nervosa

Tidigare forskning har identifierat ett antal teman i samband med ett tillfrisknande från anorexia nervosa, så som; en familj, stödjande relationer, självkänsla, självkänedom, beslutsamhet, själv-acceptans, motivation att förändras och upplevelsen av att bli förstådd (Lamoureux & Bottorff, 2004; Nilsson & Hagglof, 2006; Federici & Kaplan, 2008; Tozzi, et al 2002). Just att patienten är motiverad har visat sig vara betydande för en framgångsrik behandling (Wade et al., 2009; Zugai et al., 2013). Att bygga en förtroendefull relation till patienten är därför grundläggande för ett fortsatt förändringsarbete (Sandeberg & Bengtsson, 2014). Det är av vikt att patienten möts med respekt och förståelse samt får vara delaktig i behandlingen genom att sätta upp mål och delmål tillsammans (Wallin, 2015). Det är vidare angeläget att vårdpersonalen kan förmedla hopp, men också att hen kan sätta ner foten när utvecklingen går åt fel håll (Wallin, 2015). Glant (2013) understryker betydelsen av att man som behandlare och vårdpersonal inser att sjukdomen inte är något som den drabbade själv har valt, utan drabbats av. Det är viktigt att komma ihåg att ätstörningssymtomen ofta har blivit en livsstil och nu fungerar som ett kontrollsystem och upprätthålla balans i självbilden. För att känna sig trygg kämpar den drabbade för att hålla fast vid sitt sjukliga beteende (Glant, 2011). För att kunna ge rätt information till patienten och vara gränssättande när det behövs är det av vikt att vårdpersonalen har kunskap och erfarenhet av sjukdomen (Wallin, 2015). Även om symtomen hos de som drabbas av anorexia nervosa ofta har många likheter, tex kontroll över vikt och matintag, kroppsmisnöje mm, kan personerna vara mycket olika varandra i andra

avseenden. Omfattning och svårighetsgraden av särskilda kompensationsbeteende som hetsätning eller kräkning kan variera, samt förekomst och grad av psykisk problematik såsom depression och ångest. Denna olikhet föranleder att patienterna har olika omvårdnadsbehov, varav behandlingsarbetet alltid bör utgå från den enskilda individen (Hällström et al., 2009).

Enligt Reid et al. (2010) bör en essentiell del i behandlingen av anorexia nervosa vara att inte försöka ta ifrån patienterna all kontroll, utan att hjälpa dem att använda den annorlunda. Att försöka få dem att ändra sitt sätt att tänka och upptäcka att inget farligt händer om de har mod att släppa på kontrollen. Snarare bör vårdpersonal anta en rådgivande roll istället för en dominant och kontrollerande roll i syfte att stärka patienters känsla av bevarad kontroll och självständighet. Detta innebär dock inte att vårdpersonal ska överlämna all kontroll till patienterna. Det kan rent av kännas befriande för patienter med anorexia nervosa när personalen "tar bort" en del av bördan som kontrollerandet innebär. En balans mellan direktiv från personalen och egen kontroll, med ett eget ansvar, är eftersträvansvärt. Det är av vikt att patienterna känner att de kan påverka sin vård, samtidigt som de blir förda i rätt kurs för att kunna tillfriskna (Reid et al., 2010).

3. Tidigare forskning

3.1 Litteratursökning

Inledningsvis har jag sökt efter anorektikers erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård. Sökning har genomförts i databaserna Swepub, Libris, Sociologi Collection, Google Scholar och PubMed. Sökorden som har använts är: Psykiatrisk tvångsvård, LPT, tvång, anorexia nervosa, anorexiapatienter, erfarenheter, upplevelser och brukarperspektiv när det gäller svenska databaser samt compulsory, compulsory treatment, involuntary, coercion, patients, anorexia nervosa, eating disorder, experiences när det gäller de internationella. Sökorden har kombinerats på diverse olika sätt med termerna AND och OR för att lyfta fram studier som var relevanta till syftet.

Resultatet av genomförda sökningar är relativt begränsat. Tan et al. (2003; 2010) har lagt fram två engelska studier med fokus på patienter och föräldrars attityd till tvångsvård för anorexia nervosa. Guarda et al. (2007) har även gjort en amerikansk studie som behandlar anorektikers erfarenheter av informellt tvång. Ingen av dessa studier belyser dock patienternas vårdupplevelse av perioden i sluten psykiatrisk tvångsvård för anorexia nervosa. Det tycks finnas få studier på detta område. Vidare har jag funnit en del forskning som belyser slutenvården ur ett patientperspektiv även om de intervjuade i dessa studier tvångsvårdas för olika psykiatriska sjukdomar och inte enbart anorexia nervosa. Av dessa studier är fem svenska (Jacobsson & Olofsson, 2001; Svensson, 1995; Engström, 2006; Johansson & Lundman 2002; Ejneborn Looi, 2015) och en engelsk (Colton & Pistrands, 2004). Nedan följer en kort redovisning av den forskning jag har funnit på området, kategoriserat i rubriker.

3.2 Personer med anorexia nervosas syn på tvångsvård

Patienter med anorexia nervosas uppfattning om tvång verkar inte nödvändigtvis vara relaterad till om de vårdas med tvång i formell mening (med stöd av lagen), utan har mer att göra med relationen de hade haft till sjukvårdspersonalen (Tan et al, 2003; Guarda et al., 2007). Tan et al. (2003; 2010) har undersökt patienter och föräldrars attityd till tvångsvård för anorexia nervosa . Resultaten visat att de flesta av de intervjuade patienterna ansåg att tvångsvård självklart var den mest rätta saken att göra utifrån att ingen person ska behöva dö till följd av anorexia nervosa. Många av patienterna som själv hade upplevelser av tvångsvård var även tacksamma för vården i efterhand, vilket överensstämmer med en studie av Guarda et al (2007). I Tan et al´s forskning framkom även att många av deltagarna ansåg att de vid en så extrem låg vikt inte hade varit kapabla att fatta sina egna beslut (Tan et al., 2003). Trots att inga specifika frågor hade ställts om kontroll i intervjuerna framträdde kontroll som ett centralt tema (Tan et al., 2003). Kontroll förekom vidare i olika betydelser. Dels beskrev intervjupersonerna kontroll som en central del i sjukdomen samt att de kände sig kontrollerade av anorexin. Patienterna beskrev även en kamp mellan att bibehålla kontrollen över sin situation eller att lämna över kontrollen till personalen som en del i behandlingen. Många patienter betonade även betydelsen av att utrymme för kontroll och

valmöjligheter – inte minst för att själva välja att kämpa mot sjukdomen istället för mot familj och vårdpersonal. För flera av intervjupersonerna hade just möjligheten att vara delaktighet i behandlingens innehåll avgörande betydelse för möjligheten att acceptera föreslagna behandlingsåtgärder. Men, likväl som vikten av valfrihet autonomi uttrycktes, så framhölls även behovet av hjälp och stöd. Vissa av patienterna hade också önskemål om vägledning och ett kontrolltagande utifrån (Tan et al., 2003).

I studien av Guarda et al. (2007) beskrivs att nästan hälften av anorektikerna som sa nej till att läggas in på sjukhus övergick till att känna igen behovet av vårdinläggning inom två veckor på sjukhus. Att gå från att motsätta sig vård till att känna igen behovet av vård är generellt vanligt förekommande inom slutenvården på allmänpsykiatrisk avdelning (Gardner et al 1999; Engström, 2006). Vidare verkar inställningen till vård inte försämrats av användandet av tvång i psykiatri generellt (Bindman et al., 2005; Rain SD et al, 2003), vilket även beskrivs av ätstörningskliniker (Watson, Bowers & Andersen 2000; Tiller, Schmidt & Treasure, 1993).

3.3 Patienters upplevelser av slutenvård

I en studie av Lars Jacobsson och Britta Olofsson (2001) intervjuades arton personer om sina upplevelser av tvång vid vård inom vuxenpsykiatri och deras tankar om hur tvånget kan förhindras. Intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys, vilket resulterade i två huvudteman som beskrev informanternas berättelser. Det första temat, som återfanns i flertalet berättelser, benämndes ”att inte bli respekterad som människa” (Olofsson & Jakobsson, 2001 s. 366). Under detta tema fanns berättelser som handlade om att inte få vara delaktig i sin egen vård, vilket kunde komma till uttryck i att intervjupersonen inte känt sig lyssnad på, inte fått gensvar för egna initiativ, inte fått information eller inte förstått behandlingens innehåll och syfte. Andra skildringar under detta tema handlade om att vården hade upplevts innehållslös eller obetydlig. En tredje grupp av berättelser handlade om att inte känna sig behandlad som en fullgod person. Det andra huvudtemat utgjordes av ett litet antal berättelser som talade om att ha fått

vara delaktig i tvångsvårdens utformning, att bli respekterad som människa, att ha fått god vård och känslan av att bli behandlad som andra människor. Liknande resultat återfinns även i Johansson och Lundman (2002) studie där patienter beskrev erfarenheter av att inte bli lyssnad på, förlorad frihet och kränkning av integriteten samt erfarenheter av respekt, omtanke och möjlighet att själv ta ansvar.

Även i en studie av Colton & Pistrang (2004), där nitton kvinnor intervjuades avseende deras upplevelser av slutenvård för anorexia nervosa, var det många av patienterna som upplevde slutenvården som innehållslös och att målet med tvångsvården endast var att ”göra dem tjocka” för att sedan skriva ut dem. Deltagarna i denna studie önskade att vårdpersonalen hade lagt mer fokus på hur de egentligen mådde och av vilken anledning de hade börjat svälta sig, istället för att enbart fokusera på viktuppgång. Som en av kvinnorna uttryckte det:

”I just wish they would have helped me with the fact that I needed help with calming myself down, rather than just increasing my diet which made me panic.” (s. 312)

Vidare var det även många som ansåg att det var skönt att komma till en plats med tydlig struktur och rutiner, särskilt kring mat, så att de själva inte behövde tänka på detta. De visste till exempel att lunchen serverades klockan 12 och den vetskapen upplevdes lugnade (Colton & Pistrang, 2004).

I studien av Colton och Pistrangs studie från 2004 beskrev patienterna även känslan av att inte bli behandlad som en unik person utan som en anorektiker. Patienterna uttryckte även att det fanns ”bra” och ”dålig” vårdpersonal. De i personalen de inte tyckte om var de som behandlade dem som bara ”ytterligare en anorektiker”. En av kvinnorna uttryckte det så här:

”It’s just like everything is anorexic and everything you do is anorexic . . . everyone always says you can’t trust an anorexic.” (s. 312)

Likväl var den personal som upplevts som ”bra” personer som kunde se personen bakom sjukdomen och att alla var unika individer. När patienterna var

tillsammans med sådan personal kände de sig lyssnade på och att de fick vara med och påverka sin vård (Colton & Pistrang, 2004).

I en studie av Git-Marie Ejneborn Looi (2015) intervjuades 19 personer angående deras erfarenheter av att ha vårdats på en psykiatrisk enhet för självska debeteende. Överlag fanns det en stor skillnad mellan deltagarnas reella erfarenheter och deras önskemål om hur vården borde vara. Deltagarna beskrev en önskan om att bli sedda och lyssnade till att vårdpersonalen skulle se och förstå deras behov. Deras erfarenheter var vidare att de ofta kände sig förbisedda vilket resulterade i en känsla av maktlöshet. När de kände sig bortglömda av vårdpersonalen sökte de egna copingstrategier för att hantera sina känslor, vilket ofta resulterade i tvångsåtgärder. I de fall som vårdpersonalen kunde tolka deltagarnas signaler och sätta sig in i deras perspektiv så gick det att hitta individuella lösningar för att tillgodose deras behov, och tvångsåtgärder blev då inte nödvändiga. Deltagarna hade även önskemål om en personlig relation till vårdpersonalen, men upplevde att de ofta möttes med misstro.

Deltagarna beskrev vårdpersonalen som avståndstagande och ifrågasättande som hotade med tvångsåtgärder, vilket resulterade i att de ofta upplevdes som fienden. Att bygga en tillitsfull relation beskrevs av deltagarna i studien som den viktigaste faktorn för att öka välbefinnandet och minska risken för självskada, vilket även överensstämmer med resultatet i en studie av Johan Svensson (1995). I den studien beskrevs ett gott bemötande som att personalen lyssnade, att de var intresserade samt att de gav patienten tid. Informanterna i studien beskrev ofta även hur någon person i personalgruppen som man fått speciellt förtroende för och som varit särskilt betydelsefull. Dessa personer karaktäriserades av att de hade bjudit på sig själva samt gått utanför sin personalroll och intagit en mer mellanmänsklig roll (Svensson, 1995). I studien av Colton och Pistrangs studie från 2004 beskrev patienterna även känslan av att inte bli behandlad som en unik person utan som en anorektiker.

4. Teoretiska begrepp

I denna del kommer jag att beskriva vilka teoretiska utgångspunkter jag valt att använda mig av när jag analyserat mitt insamlade underlag. Utifrån mitt material har jag haft svårt att använda mig av en enda teori, då detta är ett komplext område. Då olika perspektiv fungerar olika bra på olika delar av min empiri har jag istället valt att använda mig av tre olika begrepp att utgå ifrån; *Ambivalens*, *bemötande* och *vårdlidande*. Mitt val av teoretiska begrepp baserar jag på vad som framkommit i min insamlade empiri. Hur intervjupersonerna upplevt vårdpersonalernas bemötande framkom hade haft en central roll för deras vårdupplevelse. Vidare blev den ambivalens som personer med anorexia nervosa känner inför att bli friska påtaglig i samtliga möten med mina intervjupersoner. Omsider framkom även att intervjupersonernas önskemål om vård inte alltid hörsammades vilket väckte känslor som jag såg kunde förklaras av begreppet vårdlidande. Nedan följer en beskrivning av respektive begrepp.

4.1 Ambivalens

Ordet ambivalens kan definieras som kluvenhet, vacklan (mellan intressen) och konflikt mellan motstridiga impulser, känslor eller föreställningar (Nationalencyklopedin, 2000). Ambivalenta attityder är vidare när en person som är ambivalent samtidigt känner både positiva och negativa åsikter och känslor om ett föremål, beteende, händelse eller person (Jonas et al., 2000). Personer med anorexia nervosa känner till exempel starka motstridiga känslor inför att överge ätstörningen och påbörja arbetet mot ett friskt liv (Wallin, 2015). Personer med anorexia nervosa känner sig vidare ofta ambivalenta till om deras anorexia nervosa ger dem kontroll eller kontrollerar dem, om sjukdomen spelar en positiv eller negativ roll och huruvida de önskar fortsätta vara sjuka eller tillfriskna (William & Reid, 2010; Tan et al., 2011)

När en person uppmärksammar sina ambivalenta attityder – t. ex. när en person som är sjuk i anorexia nervosa står inför ett val att påbörja behandling – uppkommer ofta en oangenäm känsla i syfte att motivera personen att hitta olika tillvägagångssätt för att minska sin inre motsägelse (Nordgren, Harreveld, & van

der Pligt, 2006). Att motivera en person med anorexia nervosa i rätt riktning bör därför kunna ha en avgörande roll för att få denna att fatta ett beslut i syfte att få bort känslan av obehag. Att anorexiapatienter är motiverade har vidare visat vara en avgörande faktor för en framgångsrik behandling (Glant, 2015).

Tvångsvård innebär att ta ifrån en person rätten att frivilligt välja att ta emot vård (Grönwall & Holgersson, 2008). För anorexiapatienter, med en ambivalent attityd till att bli frisk, kan vidare denna begränsade valmöjlighet upplevas som en stor lättnad då vården sker under mycket gränssättande former (Wallin, 2015).

4.2 Bemötande

Nationalencyklopedins begreppsförklaring av bemötande lyder;

”Med bemötande avses det sociala växelspel som sker mellan personer i mötet, det vill säga uppträdandet i den interaktion som förekommer. Bemötande innebär också medvetenhet om och förmåga till inlevelse i andra personers behov och reaktioner samt visad respekt för motparten.”(Nationalencyklopedin, 2000)

Vad som är ett gott bemötande inom vården och hur det uppnås är inte lätt att definiera, utan är till stor del individuellt förankrat (Croona, 2005). Språkbruk, tonfall och kroppsspråk har stor betydelse för ett gott bemötande inom vården. Även *respekt* och *vänlighet* är att betrakta som ledord i bemötandet. Ordet *respekt* hör ihop med hänsyn och värdighet. *Vänlighet* däremot står för givmildhet och engagemang. Motsatsen till misstänksamhet, alltså tillit, är också en förutsättning för ett gott bemötande (Blennberger, 2013).

Det är ofrånkomligt att det råder en viss maktbalans i mötet mellan vårdpersonal och vårdtagare, speciellt i mötet med de patienter som vårdas mot sin vilja. För ett gott bemötande är det därför av vikt att vårdpersonalen behandlar vårdtagaren som en likvärdig person. Ett ledord i ett gott bemötande är *empati*, vilket inrymmer begrepp som mental närvaro, lyhördhet, uppmärksamhet och medkänsla. Även att visa intresse för vårdtagarens livsvärld och svårigheter, är att ha empati. Enligt Blennberger (2013) handlar ett gott bemötande även om att visa bekräftelse. Att inte bli bekräftad innebär ett lidande och kan leda till en känsla av hopplöshet, att inte vara viktig för någon eller betyda något samt till känsla av

undergivenhet och tomhet. Inom den psykiatriska vården är bekräftelse därför en viktig vårdhandling, då den har styrka att beröra och hela. Lindström (1994) menar att bekräftelse utgör en bro till mänsklig gemenskap och att vårdarens första uppgift därför bör vara att bekräfta patientens lidande. För patienter som saknar förtroende är det vidare angeläget med ett kontinuerligt bekräftande av patientens identitet som en självständig person (Lindström 1994).

Ett gott bemötande, kantas av uppmuntran och stöd. Det kan ibland även vara nödvändigt att kunna sätta gränser, konfrontera eller kritisera, men detta ska då ske med respekt för vårdtagaren. Tvångsvård som utövas på ett medvetet och övervägt sätt kan enligt Lindström (1994) bidra till att patienten känner trygghet, omsorg och tillfredsställelse. Vårdarens närvaro och tillgänglighet är vidare mycket viktig för tryggheten och upplevelsen av ett gott bemötande, menar Lindström (1994). Att vårdpersonalen tar det lugnt, ger patienten tid och lyssnar är andra faktorer som verkar trygghetsskapande för patienten (Lindström, 1994).

Sammanfattningsvis kan ett gott bemötande avgöra hela mötets utgång och är grunden i en stödjande relation. Det kan vidare vara så att hur gott bemötande vårdpersonalen än ger, så blir mötet ändå inte som hen vill eller hade tänkt sig. Detta då det givet finns fler faktorer som spelar in än enbart bemötandet. Ett exempel är om vårdtagaren frivilligt har sökt vård eller om hen är tvingad till vård mot sin vilja (Blennberger, 2013).

4.3 Vårdlidande

När människor blir placerade inom vården tas de ofta ifrån sina möjligheter att forma sitt liv (Lindström, 1997). Lindström (1994) menar att ett spänningstillstånd mellan det önskvärda och det reella skapar lidande. Ett vårdlidande uppkommer precis som en känsla av maktlöshet, när värdigheten tas ifrån den berörda personen (Lindström, 1997). Att inte bli tagen på allvar eller att fråntas rätten att vara delaktig i sin vård innebär ett vårdlidande. Att inte förstå medför en utsatthet som sårar självkänslan. Svårighet att förstå personalens agerande, bristande information och upplevelsen av att man inte kan få den hjälp man behöver, leder till otrygghet och vårdlidande för patienten. Genom ett etiskt

patientperspektiv som utgångspunkt kan patientens integritet och värdighet värnas, menar Dahlberg et al (2003). Patienten betraktas då som den främsta experten på sig själv, sin livssituation samt på sitt lidande och välbefinnande (Dahlberg et al, 2003).

5. Arbetssätt och metod

I detta kapitel kommer olika metodval diskuteras. Olika överväganden diskuteras under respektive rubrik. Kapitlet avslutas med en reflektion kring studiens etiska prövningar.

5.1 Varför individuella intervjuer?

Jag ville i denna studie undersöka före detta patienters upplevelser av sluten tvångsvård på allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa. Jag bedömde att individuella kvalitativa intervjuer var det bästa sättet att få del av personernas erfarenheter av den fråga jag ämnade undersöka.

Jag vill först motivera mitt val att använda mig av intervjuer som metod. Kvalitativa intervjuer, anses vara en särskilt lämpad metod då forskaren vill få en inblick och förståelse för individens upplevelsevärld (Bryman, 2011). För att generera täta beskrivningar av det undersökta fenomenet ansåg jag det viktigt att intervjupersonerna hade gott om utrymme att uttrycka sig. I intervjuens form fanns möjlighet att, på ett öppet och inte på förhand bestämt sätt, samtala om personernas erfarenhet av tvångsvård. Det fanns även möjlighet att ställa kompletterade följdfrågor, vilket jag såg fördelaktigt då mina kunskaper om ämnesområdet var begränsade.

Alternativa metoder, som en anonym enkätundersökning med ett begränsat svarsutrymme, skulle generera korta och koncisa svar, vilket jag inte bedömde kunna fånga komplexiteten av det jag vill undersöka. En enkätundersökning hade dock varit fördelaktigt i den bemärkelse att deltagarna skulle haft möjlighet att

vara anonym även för mig som forskare. Som nu var fanns en risk att intervjupersonen censurerade sin berättelse ifall hon, i vårt möte, inte kände sig trygg med mig som intervjuare. Detta har jag försökt undvika genom att låta mina intervjuer vara av en öppen ostrukturerad karaktär, vilket ger intervjupersonerna frihet att välja när/om känsliga inslag ska beröras (Kvale & Brinkmann, 2009). I mitt missivbrev informerades även om möjligheten att genomföra intervjun via telefon, vilket var tänkt som ett alternativ för potentiella deltagare som av olika anledningar inte ville träffas personligen.

Genom valt tillvägagångssätt, att genomföra intervjuer med patientsidan, finns en risk att negativa upplevelser under tvångsvårdsperioden illustreras värre än vad de egentligen var. Det mycket allvarliga sjukdomstillstånd anorektikern befann sig i då tvångsvården genomfördes, är ytterligare faktor som kan tänkas påverka validiteten i intervjupersonernas svar. Ett alternativt tillvägagångssätt hade varit att skifta urval och istället genomföra intervjuer med den professionella sidan. Vårdare och behandlares resonemang kring tvångsvård av anorektiker under slutenvård hade ökat möjligheten till förståelse för det faktiska vårdutförandet, vilken begränsas vid intervjuer med patientsidan. Vidare vore det förkastligt att anta att vårdgivarens intention med vårdutförandet automatiskt är överensstämmande med vårdmottagarens upplevelse av vårdgivandet. Det vill säga att det faktum att en behandlare anser sig tillfredsställa patienternas vårdbehov, inte per automatik innebär att patienterna upplever sitt vårdbehov tillfredsställt.

Intervjuer med representanter från bägge sidor, dvs. mottagarsidan samt vårdgivarna, ser jag vara den metod som på bästa sätt kunnat beskriva komplexiteten i vården som sker under tvång. En jämförelse mellan de båda sidornas syn på olika inslag i tvångsvården (exempelvis synen på bältesläggning), hade onekligen varit intressant, även om det finns en risk att vårdgivarna hade gett en förskönad bild av tvångsvårdens utformning. Tidsbrist gjorde dock detta tillvägagångssätt omöjligt genomförbart.

Efter att ha vägt för- och nackdelar med respektive urval har jag beslutat att intervjuer med patientsidan är den metod som tycks bäst lämpad att ge svar på mina frågeställningar. Oavsett huruvida vårdgivarsidan kan relatera till deltagarnas beskrivningar eller inte, kan ingen ta ifrån individen dess upplevelse. Med detta sagt avsäger jag mig ansvar från att hävda att det som sägs är sant eller falsk. Materialet representerar kvinnornas subjektiva perspektiv och upplevelser av tvångsvård på allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa.

5.2 Informanterna

Intervjuer har genomförts både med personer som vårdats för anorexia nervosa med stöd av Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) samt med personer som vårdats för sjukdomen mot sin vilja, fast på frivillig grund (enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL). Min tanke var att få ta del av vad personer som vårdats för anorexia nervosa mot sin vilja erfarenheter av tiden i slutenvård. Totalt har jag intervjuat 7 personer, varav samtliga är kvinnor. Kvinnorna är mellan 21 och 33 år och kommer från olika delar av Sverige. Alla har erfarenhet av att ha tvångsvårdats för anorexia nervosa på allmänpsykiatrisk avdelning, antingen Barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning eller Vuxenpsykiatrisk avdelning. Två av informanterna har även vårdats på ätstörningsenhet som specialiserar sig på ätstörningar. Fem av intervjupersonerna har vårdats med stöd av LPT, och resterande två har vårdats enligt HSL. Av de fem som vårdats med stöd av LPT har även samtliga erfarenheter av slutenvård för anorexia nervosa enligt HSL. Vid tidpunkten för intervjun beskriver samtliga av studiens deltagare sig som friska från sin ätstörning, även om ett par uttrycker att vissa ätstörda tankemönster fortfarande finns kvar.

Nedan följer en kort presentation av varje intervjuperson. För att skydda personernas identitet är samtliga namn fingerade.

Anna: 21 år. Bosatt i södra Sverige. Insjuknade i anorexia nervosa som 13-åring och vårdades på slutna barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning som 14-åring.

Uppger att vården skedde mot hennes vilja, men utan formellt lagstöd.
Friskförklarad sedan fyra år.

Petra: 23 år. Bosatt i norra Sverige. Insjuknade i anorexia nervosa som 17-åring och vårdades på slutan allmänpsykiatrisk avdelning vid två tillfällen under samma år, först enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) därefter med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Uppger att hon vid det första tillfället gick med på vården frivilligt, under förutsättning att hon fick åka hem när hon ville. När hon sedan ville bli utskriven förklarade läkaren att det enbart var hennes mamma som kunde skriva ut henne eftersom hon var under 18 år. Friskförklarad sedan ett år.

Moa: 33 år. Bosatt i mellersta delen av Sverige. Insjuknade i anorexia nervosa som 12-åring. Har vårdats på slutan barn- och ungdomspsykiatrisk för anorexia nervosa i kombination med annat självskadebeteende. Uppger att hon inte kan komma ihåg hur många gånger hon har vårdats på slutan allmänpsykiatrisk avdelning, men uppger att det rör sig om ett tiotal gånger, varav senast för ca ett halvår sedan. Har vårdats med stöd av LPT ett flertal gånger, men även mot sin vilja utan formellt lagstöd. Vården ska då ha kommit till stånd genom att läkaren har hotat om tvångsvård med stöd av LPT varpå hon frivilligt har gått med på att läggas in. Driver idag en blogg där hon berättar om sin tid med anorexia nervosa. Uttrycker att hon idag ser sig själv som ”så frisk jag kan bli” från sin ätstörning.

Linn: 23 år. Bosatt i östra delen av Sverige. Insjuknade i anorexia nervosa som 13-åring och har tvångsvårdats flertal gånger på slutan allmänpsykiatrisk avdelning både med stöd av LPT och HSL. Har även vårdats på ätstörningsenhet och uppger att det var det som hjälpte henne bli frisk. Friskförklarad sedan ca tre år.

Sofia: 31 år. Bosatt på västkusten. Insjuknade i anorexia nervosa som 15-åring och vårdades på slutan allmänpsykiatrisk avdelning som 18-åring. Uppger att

vården först skedde med stöd av HSL, men att överläkaren sedan fattade beslut om LPT. Friskförklarad sedan ca tio år.

Monica: 32 år. Bosatt i södra Sverige. Insjuknade i anorexia nervosa som tonåring. Har erfarenhet av tvångsvård både med stöd av LPT och med stöd av HSL. Frisk sedan ca fem år tillbaka.

Emelie: 25 år. Bosatt i mellersta Sverige. Insjuknade i anorexia nervosa som 12-åring och vårdades på sluten barn- och ungdomspsykiatrisk för anorexia nervosa som 14-åring. Uppger att hon mådde bättre en period, men sedan insjuknade på nytt i övre tonåren. Vårdades då på sluten allmänpsykiatrisk avdelning under ca 4 månader. Vården ska först ha skett med stöd av HSL efter hot om tvångsvård med stöd av LPT. Vården övergick senare till LPT när hon vägrade äta. Har även vårdats på ätstörningsenhet och är idag friskförklarad.

5.3 Kontaktvägar

På grund av ämnesområdets känslighet såg jag inledningsvis vissa svårigheter i hur jag rent praktiskt skulle gå tillväga för att finna tillräckligt många studiedeltagare. Hur hittar jag personer som har tvångsvårdats på sluten allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa? Den stränga sekretess som råder inom psykiatrin utgjorde ett uppenbart hinder. En förfrågan till sjukvården om namn på personer som uppfyllde kriterierna för studiedeltagande var exempelvis inte en alternativ framkomlig väg. För att finna studiedeltagare kom jag istället att kontakta Frisk&Fri, en rikstäckande förening mot ätstörningar. I ett mail med bifogat missivbrev (se bilaga 1) berättade jag om mitt arbete och min vilja att komma i kontakt med personer som hade erfarenhet av att ha tvångsvårdats för anorexia nervosa. I samarbete med dem fick jag sedan information om studien publicerat på deras hemsida (Frisk&Fri, 2013), tillsammans med en efterlysning av intervjupersoner (abkontakt, 2013). För att detta skulle komma till stånd ville Frisk&Fri även lägga till ett kriterium om att deltagarna skulle ha varit frisk från sin ätstörning i två år, vilket jag fann rimligt.

Mitt beslut att inte själv ha en gräns på två år som friskförklarad, grundas i att jag redan såg vissa svårigheter i att finna lämpliga intervjupersoner. Jag beslöt därför att kravet för att delta i studien skulle vara att intervjupersonen idag själv definierade sig som frisk.

Ytterligare förening som jag kontaktade var SHEDO (Self Harm and Eating Disorder Organisation), som riktar sig till personer med ätstörningar och/eller (annat) självskaðebeteende. Dessa publicerade information om studien i ett inlägg på sin facebook-sida, samt en efterlysning på intervjupersoner. Kort därefter kontaktades jag via mail av en beteendevetare som, visserligen inte själv uppfyllde deltagandekriterierna, men fann ämnet högst angeläget, varav hon vill sprida information om studien via sitt konto på Twitter som vid den aktuella tidpunkten hade 1641 följare (Twitter är en gratis blogg-liknande tjänst där man skriver korta meddelanden och delar med sig av dem till andra som anmält intresse för detta). Då Twitter är en kanal vars inlägg begränsas till max tjugo tecken/ publicering, bad hon mig starta en hemsida som hon kunde länka till. Med förhoppning om att nå ut till fler potentiella studiedeltagare skapade jag av det skälet en blogg innehållandes all väsentlig information om mig och syftet med min studie (Westin, 2013) Sålunda kunde både hon och fler personer därefter sprida information om studien vidare genom s.k. tweets och retweets (tweet är ett twittermeddelande, dvs. allt som du postar på Twitter och retweet är när man sprider någon annans tweet vidare till sina följare).

En av studiedeltagarna kom även att medverka i studien efter att jag tagit kontakt med henne via internet. Kvinnan hittade jag utifrån att hon driver en blogg där hon öppenjärtigt berättat om sina erfarenheter av tvångsvård för anorexia nervosa. Mitt val att ta direktkontakt med en person som jag trodde skulle kunna uppfylla studiens kriterier kan tyckas kontroversiellt, och föranledde vissa etiska betänkligheter vilket beskrivs närmare i avsnitt 5.8 "Etiska överväganden". Till kvinnan som jag kom i kontakt med på detta tillvägagångssätt skickade jag ett missivbrev, innehållandes information om studien (se bilaga 1), samt en förfrågan om hon skulle kunna tänka sig att bli intervjuad. Det var därefter upp till kvinnan själv att tacka ja, vilket hon också gjorde.

5.4 Intervjuerna

Då valet av tid och plats för en intervju kan ha stor betydelse för utfallet av intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009) överlät jag bestämmande av detta till varje intervjuperson. Min tanke var att intervjupersonen skulle känna sig mer avslappnad att berätta om sina erfarenheter av tvångsvård i en miljö som denne själv valt, vilket skulle underlätta utifrån ämnesområdets känslighet. Alla intervjuer skedde enskilt ”över en kaffe”, i en offentlig miljö på olika café. Om möjligt satt vi vid ett bord i enskildhet, men fick ibland avbryta oss då personer gick förbi inom höravstånd. Utifrån att samtliga deltagare hade eller hade haft anorexi, där stor fokus kretsar kring mat och ätande, hade jag i förväg bestämt mig för att beställa samma sak som den jag skulle samtala med. Detta för att undvika eventuella jämförelser mellan våra olika livsmedel.

Intervjupersonerna hade informerats om att intervjun beräknades ta mellan en till en och en halv timme, en tidsram jag hoppades tillräckligt vid för att undvika att intervjupersonen skulle känna sig stressad, vilket skulle kunna påverka intervjupersonens svar (Kvale & Brinkmann, 2009). För att kunna koncentrera mig på samtalet och slippa föra anteckningar kom samtliga intervjuer att spelas in, efter godkännande av respektive intervjuperson. Detta underlättade även att så korrekt som möjligt återge vad intervjupersonen sagt i arbetet med analysen. May (2001) tar upp vissa nackdelar med att spela in intervjuer. Dels att intervjupersonerna kan bli nervösa och mindre talföra, dels att det efterkommande transkriberingsarbetet är mycket tidskrävande (May, 2001). Jag ansåg dock fördelarna övervägde nackdelarna varför jag valde att spela in. Min upplevelse är att samtliga intervjupersoner hade lätt att uttrycka sig och att bandspelaren efter en stund glömdes bort.

Intervjuerna varade mellan 57-78 min. Den första delen av samtalet spelades inte in, utan var mer tänkt att skapa en god kontakt och få intervjupersonerna att känna sig avslappnade. Inledningsvis frågade jag de vardagliga frågorna om var personen kom ifrån och hur gammal personen var. Vidare berättade jag kort om mig själv och syftet med studien. Jag tydliggjorde att de när som helst kunde dra sig ur studien och att inspelningen och eventuella anteckningar skulle komma att förstöras efter studiens färdigställande. Därefter påbörjades inspelningen och

samtalet kom att kretsa kring personernas upplevelse av att tvångsvårdas för anorexia nervosa under slutenvård.

Intervjuerna var av en öppen, ostrukturerad karaktär, vilket innebär att intervjupersonen hade stor frihet att berätta om sin upplevelse utifrån syftet med studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Genom att låta intervjupersonerna styra samtalets innehåll och tempo, hoppades jag synliggöra vad patienten upplevt som mest betydande i tvångsvårdens utformning och innehåll. I samtalen var det min ambition att visa nyfikenhet och intresse för personen jag intervjuade, utan att ifrågasätta och värdera det som sades. Samtliga intervjuer inleddes med att jag bad intervjupersonen att berätta om sina upplevelser av tvångsvård för anorexia nervosa. Under mina intervjuer använde jag mig sedan av öppna frågor, vilket innebär frågor som inte innehåller en förväntan om ett visst svar (Kvale & Brinkmann, 2009). Min avsikt var att det skulle ge intervjupersonerna utrymme att svara vad som föll dem in. Vida var jag mån om att följa upp med frågor om just det som personen framför mig berättat, utan att peka på oegentligheter eller inkonsekventa resonemang. Min förförståelse för ämnesområdet påverkade dock oundvikligen riktningen i mitt frågande.

Då en ostrukturerad intervju kan generera ett mycket omfattande material utan att ge svar på aktuella frågeställningar (Bryman, 2011) var jag som intervjuare uppmärksam på innehållets gränser. Samtliga skildringar kom att ta sig uttryck som en kronologiska berättelse, med utgångspunkt i när personen insjuknade, beslutet om slutenvård, perioden i tvångsvård, tiden efter och hur de ser på sin upplevelse idag. En kronologisk ordningen var inte mitt beslut, utan föll sig vara det mest naturliga sätt för intervjupersonen att göra sin berättelse begriplig. Vidare kunde denne ibland gå tillbaka till något tidigare stadium, för att tydliggöra något, eller understryka något som var av särskild betydelse. Jag ställde inte frågor om bakgrunden till att intervjupersonen blivit sjuk eller hur det hade varit att leva med sjukdomen *utanför* slutenvården. Om intervjupersonerna tog upp detta på eget initiativ, lyssnade jag på vad de hade att säga, men styrde sedan tillbaka samtalet till upplevelsen av tvångsvård på allmänpsykiatrisk avdelning. Intervjuerna avrundades då jag kände att jag uppnått mättnad i mitt material, det vill säga när intervjupersonerna började upprepa vad som redan tidigare sagts.

Jag avslutade med att fråga den jag samtalade med hur hon upplevt vårt samtal, och ifall det var något mer de ville tillägga innan vi avslutade. Efter det stängdes bandspelaren av och oftast fortsatte samtalen sedan ytterligare en stund. Mitt studieresultat är vidare baserat på det material som spelades in.

5.5 Tolkningsarbetet

I detta avsnitt kommer jag att redogöra för hur jag har gått tillväga i arbetet med att tolka mina intervjuer. Alla intervjuerna har spelats in med en bandspelare och därefter transkriberats till text, då det underlättar en mer noggrann analys av det intervjupersonen sagt (Kvale & Brinkmann, 2009). Genom att samtalen transkriberas till text skapas ett avstånd till den ursprungliga samtalsituationen varav den kommer att uppfattas olika beroende på vem som läser den (Thomassen, 2007). Resultatet av min studie kan därav endast komma att utgöra en tolkning av verkligheten – Min. Den kvalitativa intervjuens bristande objektivitet har lett till att vissa forskare inte anser den kvalitativa intervjun vara en vetenskaplig metod (Kvale & Brinkmann, 2009). Objektivitetskravet innebär att forskaren så långt som möjligt ska skilja mellan fakta och värderingar i framställningen av vetenskaplig kunskap (Thomassen, 2007). I en kvalitativ intervju är det forskaren som är det viktigaste redskapet vid analysen av datainsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2009). Att jag har personer på nära håll som varit drabbade av anorexia nervosa kommer oundvikligen påverka studiens resultat då det gör mig känslomässigt engagerad. I samtalen med informanterna var jag vidare mån om att försöka hålla mig så objektiv som möjligt genom att använda mig av öppna frågor och inte låta min förförståelse få allt för stort utrymme. Det kunde till exempel yttra sig genom att jag bad informanterna förklara begrepp som jag egentligen redan ansåg mig ha en uppfattning om. Detta för att försäkra mig om att jag förstod vad intervjupersonen menade när hon exempelvis talade om tvång och tvångsåtgärder.

5.6 Analys och bearbetning av data

Syftet med dataanalys är att ge struktur och organisera forskningsdata för att ta fram betydelsen (Polit & Beck, 2008). Danielsson (2012) anser att kvalitativ innehållsanalys är lämplig för en mindre datamängd så som ett fåtal intervjuer. För att analysera de transkriberade intervjuerna användes därför kvalitativ innehållsanalys, som innebär att materialet gicks igenom och meningar drogs ihop till meningsbärande enheter genom att titta på vad huvudbudskapet i meningen var (Danielsson, 2012). Uttalanden som ”Det känns som att de inte vet något om anorexia” sorterades till exempel in under rubriken ”okunskap hos personalen”. Efter ett tag framkom flera igenkommande teman. Kvale & Brinkmann (2009) påtalar vikten av att sortera då kvalitativa intervjuer som forskningsmetod tenderar att generera ett mycket omfattande material. Sålunda utgick jag från studiens syfte och sorterade bort den empiri som inte handlade om själva tiden i slutenvård, utan om tiden i eftervård eller om vägen in i sjukdomen. När min data analyserats och kategoriserats framkom sex olika teman varav samtliga teman framkom i samtliga intervjuer. Med utgångspunkt i studiens frågeställningar kom sedan rubrik för respektive tema att utformas utifrån intervjupersonernas uppfattning avseende vad som är viktigt i tvångsvården av personer med anorexia nervosa. Temat ”okunskap hos personalen” fick då exempelvis rubriken ”vikten av att bli bemött med förståelse”. Till sist gjordes även en tolkning utifrån mina teoretiska begrepp.

I arbetet med min studie har jag valt att analysera materialet på ett induktivt vis. Den induktiva analysen kännetecknas av en öppenhet vid tolkningen av data, vilket också är den som styr kodningen (Danielsson, 2012). Detta innebar vidare att mitt val av teoretiska begrepp fastställdes först efter insamlandet av min empiri.

5.7 Studiens tillförlitlighet

Enligt Kvale och Brinkman (2009) kan reliabilitet ses som en studies trovärdighet och tillförlitlighet. Reliabilitet handlar om huruvida två olika forskare skulle uppnå lika resultat vid utförandet av samma studie, utifrån samma insamlade

empiri. Begreppet kommer ursprungligen från den kvantitativa forskningen, och har i mångt och mycket ifrågasatts inom den kvalitativa forskningen (Kvale & Brinkman, 2009). Kvale och Brinkmann (2009) menar dock att begreppet inte bör avvisas, utan snarare omformuleras. Jag har därför valt att i detta avsnitt istället diskutera studiens tillförlitlighet istället för reliabilitet.

Jacobsen (2012) anför att en studies tillförlitlighet ökar ifall författarna spelar in sina intervjuer, eftersom inget av vikt riskerar att missas när författarna sedan transkriberar sitt insamlade material. Att jag spelade in samtliga intervjuer som genomfördes bör vidare ha ökat min studies tillförlitlighet. Dessutom skedde intervjuerna i en, för intervjupersonerna, avslappnad kontext, något som Jacobsen (2012) menar skapar är trygghet och leder till mer uppriktiga svar. Detta bör även ge en ökad tillförlitlighet till min studie. Det är dock viktigt att komma ihåg att intervjupersonerna skildrar en tid då de var gravt sjuka i anorexia nervosa, vilket skulle kunna tänkas påverka deras minnesbild av tiden i sluten psykiatrisk tvångsvård.

Samtliga av mina intervjuer varade omkring en timme eller mer, vilket Jacobsen (2012) menar är tillräckligt lång tid för att ett djupare samtal ska kunna uppnås. Intervjuerna var av öppen karaktär vilket kan tänkas stärka studiens tillförlitlighet då intervjupersonerna hade ökat utrymme att prata fritt. Något som däremot kan tänkas minska studiens tillförlitlighet är det faktum att jag inte använde mig av en intervjuguide vid genomförandet av intervjuerna. Ett sådant tillvägagångssätt hade bidragit till transparens samt underlättat en återupprepning av samma studie. Följandet av en intervjuguide är vidare ingen garanti för att jag eller någon annan skulle få samma svar ifall intervjuerna skulle genomföras igen. Det faktum att intervjupersonerna förändras gör att om jag eller någon annan skulle intervjua dem igen senare när de samlat på sig nya erfarenheter, så skulle vi ändå kanske inte få samma svar som vid det första intervjutillfället.

Reliabilitet berör också det faktum att intervjupersonernas svar påverkas av den som intervjuar (Kvale & Brinkman, 2009). Därav är det av vikt att jag reflekterar över min egen roll i intervjuerna med studiens deltagare. Det faktum att jag har en nära vän som har tvångsvårdats för anorexia nervosa gör att jag har viss

förförståelse för ämnesområdet vilket också ofrånkomligt har påverkat inriktningen i mitt frågande. Utifrån mitt val att låta intervjupersonerna styra intervjun mycket för att jag skulle kunna se vad dessa tyckte var viktigast, hoppas jag vidare att min förförståelse snarare bidrog till att vi snabbare kunde gå in ”på djupet” under intervjuerna. Då jag i likhet med intervjupersonerna är en vit kvinna i ungefär samma ålder upplever jag vidare inte att jag intog en överordnad maktställning gentemot dessa. Utifrån att samtliga intervjupersoner även beskrev sig som friska vid tidpunkten för intervjun, bör de heller inte av den anledningen känt sig underlägsna mig som intervjuare. Dessa nämnda resonemang anser jag bör öka reliabilitet (tillförlitligheten) i min studie.

Validitet är också ett centralt begrepp när det talas om forskning. Validitet kan sägas handla om riktigheten i en studie, det vill säga att det som tänkts mätas faktiskt mäts. Sammanfattningsvis innebär detta att den metod som författaren valt att använda undersöker det som undersökningen syftade ta reda på (Kvale & Brinkmann, 2009).

Vid intervjuerna var jag mån om att intervjupersonerna höll sig inom ämnesområdet, vilket antas matcha väl med undersökningens syfte. Vid transkribering av intervjuerna valde jag vidare att ordagrant citera intervjupersonerna, utan någon manipulation. Dessutom har mina teoretiska begrepp valts utifrån det insamlade empiriska material, vilket bör leda till väl valda teoretiska tolkningar. Kvale & Brinkmann (2009) menar att val av teoretiskt ramverk är en del i valideringsprocessen. De stadier som jag presenterat ovan menar jag kan antas öka validiteten i min studie. Kvale och Brinkmann (2009) hävdar även att validiteten av en studie ökar om resultatet som framkommer är till nytta och inte får skadliga konsekvenser. Jag är av uppfattningen att den kunskap som producerats i min studie är relevant. Detta utifrån att det finns få studier på ämnesområdet samt att den kunskap som framkommit kan användas till utformningen av en god vård av patienter som tvångsvårdas på allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa. Kunskapen menar jag inte heller är till skada för någon, varken för de som deltagit i studien eller för någon annan. Utifrån dessa resonemang, ökar också validiteten för min studie.

Validitet innebär sammanfattningsvis att forskaren hela tiden ifrågasätter sin studie, för att kunna gå i god för att det som forskaren avser att utforska faktiskt utforskas (Kvale & Brinkmann, 2009). Under mitt arbete med min studie har jag därför hela tiden ställt resultatet mot mitt utformade syfte, för att på så sätt kunna slå fast om det jag ämnat att undersöka undersöks.

Generaliserbarhet handlar om att studien ska kunna överföras till en större population (Brymna, 2011). Då jag enbart har intervjuat sju kvinnor i Sverige uppnår studien inte generaliserbarhet. Vidare var generaliserbarhet inget som jag eftersträvade i arbetet med denna studie och därför anser jag det inte heller vara ett problem.

5.8 Etiska överväganden

I detta avsnitt kommer jag att diskutera de forskningsetiska överväganden jag stött på i arbetet med min intervjustudie. Det faktum att de personer jag kom att intervjua, hade varit mycket allvarligt sjuka i anorexia nervosa, medförde vissa etiska svårigheter. Jag visste inte vilka känslor eller tankar som intervjun skulle väcka. Att det dessutom rörde sig om upplevelsen av vård under tvång, gjorde inte saken lättare. Som intervjuare tar jag därför på mig ett betydande ansvar både över hur resultaten tolkas och hur de presenteras.

Individskyddskravet, benämns vara den självklara utgångspunkten för forskningsetiska överväganden. Kravet innebär att forskningen inte får utsätta individer för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning och kan konkretiseras i fyra viktiga huvudområden (Vetenskapsrådet, 2003). När det gäller det formella forskningsetiska regelverket är det är dessa fyra kriterier jag utgått ifrån i arbetet med min uppsats.

Informationskravet uttrycker att deltagarna i ett forskningsprojekt har rätt till information om vad deltagandet innebär, studiens syfte, att deras medverkan är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande (Vetenskapsrådet, 2003). Studiens deltagare fick information om detta i ett inledande skede, genom mitt missivbrev. För att säkerställa att intervjupersonerna förstod innebörden i sitt deltagande gick vi även igenom detta vid det aktuella intervjutillfället.

Samtyckeskravet innebär att deltagarna har rätt att själva bestämma över sin medverkan utan påtryckning från annat håll (Vetenskapsrådet 2003). Då min studie handlar om sluten tvångsvård har detta krav känts särskilt angeläget. Jag har vidare så långt som möjligt försökt att försäkra mig om att deltagarna själva råder över sin medverkan. I mitt missivbrev påtalas att deltagandet är frivilligt. Ytterligare informerades intervjupersonerna om att de när som helst kan dra sig ur studien vid varje enskilt intervjutillfälle. Samtliga kvinnor har varit över 15 år, varav de själva bestämmer över sitt deltagande. Vidare ser jag intervjupersonernas frivilliga *vilja att berätta* som en förutsättning för att kunna genomföra studien. Genom att låta intervjupersonerna uppsöka mig för att delta, istället för tvärtom, hoppades jag komma i kontakt med de som verkligen hade en vilja att berätta. Undantaget är den kvinna som jag tog kontakt med via mail, efter att ha läst hennes blogg. Jag hade vissa etiska betänkligheter kring detta tillvägagångssätt eftersom jag var rädd att mitt kontakttagande kunde upplevas kränkande. Mot bakgrund av att kvinnan berättat om sin sjukdom offentligt på Internet, samt att kvinnans kontaktuppgifter var utskrivna, bestämde jag mig dock för att göra ett försök. Jag var dock mån om att formulera mitt mail på sådant sätt att kvinnan inte skulle känna sig mer utpekad än nödvändigt.

Konfidentialitetskravet innebär att skydda deltagarnas identitet på ett sådant sätt att deras personuppgifter inte blir tillgängliga för andra (Vetenskapsrådet 2003). För att följa konfidentialitetskravet har samtliga intervjupersoner anonymiserats i arbetet med studien. För att säkra att materialet inte blev tillgänglig för någon annan skedde transkriberingen på min personliga dator, vilken är lösenordsskyddad. Det är på denna min studie har tagit form, varav det ofärdiga arbetet inte varit tillgängligt för någon annan än mig.

Samtliga intervjuinspelningar och transkriberingar har makulerats vid studiens färdigställande. Den mailkorrespondens jag haft med studiens deltagare, rörande plats och tid för intervjun, har raderats efter att jag läst och svarat. Samtliga mailutskick var även aidentifierade för att skydda deltagarnas identitet i fall mina mail skulle hamna fel eller liknande. Med dessa åtaganden anser jag mig gjort mitt bästa för att skydda mina intervjupersoners identiteter.

Nyttjandekravet uttrycker att uppgifter som samlats in om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål. Således får sådana personuppgifter inte användas för beslut eller åtgärder som direkt påverkar den enskilde (vård, tvångsintagning, etc.), utan särskilt medgivande av den det berör (Vetenskapsrådet 2003).

Då jag velat beskriva den slutna tvångsvården för anorexia nervosa ur ett patientperspektiv fann jag det av betydande vikt att min insamlade empiri enbart kom att användas till vad det var avsett för, det vill säga till framställande av min studie. Då jag var mån om att intervjupersonernas deltagande inte skulle slå tillbaka på dem satte jag upp ett krav för deltagande som handlade om att personen inte fick vårdas under tvång vid den aktuella tidpunkten för intervjun. Detta för att förhindra att mina studiedeltagare, efter det att studien färdigställts, blev "straffade" av vårdpersonalen för eventuella uttalanden.

6. RESULTAT OCH ANALYS

I analys av mina intervjuer framkom sex teman, varav samtliga teman förekom i samtliga intervjuer. Dessa sex teman är; *"Vikten av stöd vid måltiden och efter"*, *"Vikten av den goda relationen"*, *"Vikten av att bli bemött med förståelse"*, *"Vikten av en individanpassad vård"*, *"Vikten att tas ifrån ansvaret"* samt *"Vikten av ett konsekvent tillämpande av tvångsåtgärder"*. Dessa teman beskriver före detta patienters upplevelser av att tvångsvård på allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa samt vad de anser vara viktigt i tvångsvården av anorektiker. Samtliga teman förekom i samtliga intervjuer.

6.1 Vikten av stöd vid måltiden och efter

Samtliga intervjupersoner med erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård för anorexia nervosa, beskriver vikten av stöd från vårdpersonalen både i form av praktiskt stöd vid måltiderna samt i form av samtalsstöd. Likaså ansåg alla av de jag intervjuade att måltider bör intas tillsammans med någon i vårdpersonalen under

den tid man är intagen på slutna psykiatrisk tvångsvård. Vidare framkom att rätten till matstöd varierade väldigt mellan respektive vårdinrättning. Av de intervjupersoner med erfarenhet av tvångsvård inom barn och ungdomspsykiatri, uppger samtliga, att intag av måltider tillsammans med vårdpersonalen, var ett obligatoriskt inslag i behandlingen.

Alla måltiderna åt jag ju tillsammans med en i personalen. Det var bra, för... det var mindre jobbigt om någon annan skulle äta samma sak. Det hjälpte ju att ha någon att prata med, och man såg att det var en normal portion. Jag vet inte om jag hade klarat att sitta där helt själv och äta...
(Linn)

Av intervjupersonens citat förstår jag det som att måltiden normaliserades då någon skulle äta samma sak samt att personalens stöd vid måltiden gjorde det lättare för henne att äta. Då personer med anorexia nervosa upplever stor ambivalens över att äta vilket skapar ångest (Wallin, 2015) kan kvinnans citat tolkas som att positivt stöd av vårdpersonalen vid måltiden normaliserade maten och minskade hennes ambivalens. Detta i sin tur medförde att det var lättare för henne att äta. Sandeberg & Bengtsson (2014) tar upp just patientens behov av konkret hjälp med att börja äta och redskap för att hantera den ångest som uppstår i och med en måltidssituation. Detta behov av måltidsstöd blev även tydligt i mina intervjuer.

Av mina intervjuer framkom vidare att möjligheten till matsstöd inom allmänpsykiatri varierade beroende på om det fanns tillräckligt med personal. Några av intervjupersonerna berättar hur brist på stöd ibland medförde att de utsattes för mer tvingande åtgärder. En av de intervjuade berättar till exempel om hur hon blev lagd i bälte då hon inte klarade av att äta utan stöd från personalen. Kvinnan menar vidare att sådana kränkande åtgärder hade kunnat undvikas i fall hon fått det stöd som hon utkrävt från början.

Det kan ju bli väldigt kränkande.. För om dom tex inte har tid att ge mig

matstöd, utan bestämmer att jag ska klara det själv, och så går det inte. Istället då så blir det ju mkt mer kränkande behandlingar. Jag har ju fått ligga i bälte och bli sondad under tiden. Bältesläggning. (paus) Och det kanske man hade sluppit om de hade lyssnat på en från början, och suttit matstöd. (Monica)

Citatet kan tolkas som att intervjupersonen inte kände sig lyssnad på när hon uttryckte sitt behov av måltidsstöd och att detta i sin tur skapade lidande. Wallin (2015) menar att patienten har möjlighet att påverka tvångsvårdens innehåll ökar förutsättningarna för en framgångsrik behandling av personer med anorexia nervosa. Monica beskriver upplevelsen av att inte känna sig hörd vid önskemål om tvångsvårdens utformning, vilket även beskrivs i flera studier på ämnesområdet (Olofsson & Jakobsson, 2001; Johansson och Lundman, 2002; Git-Marie Ejneborn Looi, 2015). Paralleller kan även dras till Lindsström (1994) som menar att vårdlidande uppstår när det finns ett spänningstillstånd mellan det önskvärda och det reella.

Om stöd under måltiden framkommer viktigt, framkommer det av intervjuerna var lika angeläget att intervjupersonerna hade tillgång till vårdpersonal *efter* måltiden. Många av informanterna beskriver till och med stöd efter måltiden som en grundläggande förutsättning för att de alls skulle kunna äta och hur avsaknaden av samtalsstöd lett till att de avhållit sig från att äta på grund av vetskapen om att man skulle vara ensam efteråt.

Alltså om jag ska äta så måste jag veta att ngn kommer finnas kvar med mig efteråt när det blir jobbigt /.../ Jag åt ju nästan ingenting när jag satt med dem för jag visste ju att de inte skulle stanna kvar.. när det plockades undan så försvann de... och så var man för sig själv/.../ jag visste ju de att de inte skulle vara kvar när jag sedan satt där och fick ångest och mådde dåligt... (Anna)

Jag förstår det intervjupersonen säger som att hon hade stort behov av trygghet efter måltiden, men att hon inte kände tillit till att personalen skulle stanna kvar.

Tillit utgör grunden för upplevelsen av ett gott bemötande enligt Blennberger (2015) och är en förutsättning för att ett förtroende ska kunna skapas. Att bygga en förtroendefull relation till patienten är vidare grundläggande för ett fortsatt förändringsarbete då stödjande relationer har visat sig vara betydande för en framgångsrik behandling (Wade, Frayne, Edwards, Robertson och Gilchrist, 2009; Zugai et al., 2013).

Sammanfattningsvis verkar intervjupersonerna ha haft stort behov av stöd, särskilt i måltidssituation, samt efter måltiden. Vidare framkom att en del av intervjupersonerna hade utsatts för tvångsåtgärder då de inte fick de stöd de uttryckt att de behövde. Att stödet ökade i samband med måltiden tolkar jag vara direkt kopplat till den ambivales kvinnor med anorexia nervosa känner inför mat då självsvälten har blivit en del av självbilden (Wallin 2015). Vidare har jag inte funnit någon tidigare forskning där behovet av stöd under måltiden framträder så betydelsefullt för patienten som i samtalen med mina intervjupersoner. Dock baseras de flesta tidigare studier jag funnit på ämnesområdet på patienter med differentierad psykisk problematik och inte enbart på patienter med anorexia nervosa.

6.2 Vikten av den goda relationen

Relationen till vårdpersonalens, framkommer av intervjuerna, hade stor betydelse för deras upplevelse av tvångsvård. Samtliga av mina intervjupersoner ger uttryck för att ha känt av personalens inställning till vården och patienterna. Personal som visade engagemang beskrivs bidrog till en positiv vårdupplevelse då det sågs som ett uttryck på att någon brydde sig. Dessa beskrivs som personer som tog sig tid och som hade uppmuntrat informanten att kämpa när det varit som jobbigast. Samtalen med dessa personer hade heller inte enbart sin fokus på det sjuka, utan hade även berört mer neutrala ämnen om vardagslivet och planer för framtiden.

Det var en personal som var bra... som brydde sig. Vi åt alltid själva och hon försökte prata såhär om... Vardagliga saker ... som vad jag ville göra sen och så... och så var hon verkligen såhär "men ja, det går bra det

här...”. Ja, hon var verkligen så snäll... peppande. Så då gick det faktiskt att äta. (Moa)

Det går att tolka det Moa säger som att hon upplevde att måltiden avdramatiserades då vårdpersonalen inte enbart fokuserade på maten och hennes sjukdom, utan pratade om vardagliga saker och hennes framtid. Att visa intresse för vårdtagarens livsvärld och svårigheter är förutsättningar för ett gott bemötande, enligt Blennberger (2015). Ett bra bemötande kantas även av uppmuntran och stöd, ibland också tröst (Blennberger 2015), vilket jag tolkar intervjupersonens uttalande som att hon upplevt i mötet som beskrivs ovan. Av kvinnans uttalande tolkar jag det även som att det blev lättare för henne att äta när hon blev bekräftad av vårdpersonalen. Paralleller går att dra till Lindström (1994) som menar att just bekräftelse utgör en bro till mänsklig gemenskap och att det är en viktig vårdhandling inom den psykiatriska vården med styrka att vidröra och hela.

Om vårdpersonal med engagemang beskrivs som något positivt av intervjupersonerna, beskrivs vidare brist på intresse och att mötas av uppgivenhet ha bidragit till att informanterna kände sig oönskade. Samtliga informanterna beskriver erfarenheter av att känna sig till besvär under tiden i slutenvård. En informant beskriver en typisk måltidssituation och hur hon upplever att personalens inställning kommit att påverka dess vårdutförande.

Deras uppgift var ju inte att äta utan att sitta och titta på mig.... när jag inte åt (paus) och de hatade ju sin uppgift. Det kände jag. De satt liksom bara och tittade, tysta... och de pratade inte om något annat utan de bara; nehe så gick det inte idag heller... Det gjorde ju inte det hela bättre direkt. (Linn)

Jag tolkar intervjupersonens uttalande som att hon kände stor hopplöshet och hur situationen blev än svårare när vårdpersonalen la fokus på det som inte funkade, istället för att bekräfta henne och fokusera på det hon gjorde bra. Wallin (2015)

tar upp betydelsen av att vårdpersonalen kan förmedla hopp för en framgångsrik behandling. Att inte bli bekräftad innebär vidare ett lidande och kan leda till en upplevelse av förtvivlan och tomhet (Lindström, 1994), vilket jag tolkar kvinnans citat kan exemplifiera.

Sammanfattningsvis beskrev mina intervjupersoner både bra och dåliga erfarenheter av bemötande från vårdpersonal. Personal som visade engagemang bidrog till en positiv vårdupplevelse medan personal som inte visade intresse bidrog till en negativ vårdupplevelse. Att relationen till vårdpersonalens hade stor betydelse för deras upplevelse av tvångsvård överensstämmer med resultaten av flera tidigare studier av patienters upplevelse i den psykiatriska slutenvården (Colton & Pistrang 2004; Ejneborn Looi, 2015; Svensson, 1995 at al.). Och precis som i min studie, beskrev även flera intervjupersoner i studien av Johan Svensson (1995) hur en enskild person i vårdpersonalen hade fått särskilt stor betydelse. I mina intervjuer karaktäriserades dessa ”speciella” personer av att de hade gått utanför sin yrkesroll och pratat om mer vardagliga saker., vilket även överensstämmer med resultatet i Svenssons studie (1995).

6.3 Vikten av att bli bemött med förståelse

Att möta förståelse och bli bekräftad för sin upplevelse framkommer av intervjuerna varit mycket viktigt för att intervjupersonerna skulle känna förtroende för vårdpersonalen. Samtliga informanter beskriver upplevelsen av att känna sig missförstådd under perioden i slutenvård, och att detta lett till att man i vissa stunder känt sig mycket ensam.

Asså det var ju så sjukt jobbigt ibland för... ingen fattar ju hur det känns, asså hur knäpp man är. Jag kunde känna mig så jä*la ensam då. (Petra)

Av citatet tolkar jag det som att Petras känsla av att inte bli förstådd förstärkte hennes känsla av att avvika från normen. Den ambivalens som personer med anorexia nervosa känner för mat är en del av sjukdomen och ett avvikande beteende jämfört med en frisk person (Wallin, 2015). Petra uttrycker att ingen

förstod hur det kändes och hur knäpp hon var, vilket går att tolka som att hon upplevde att ingen förstod den ambivalens hon kände inför maten och den ångest det skapade. Detta förstår jag vidare i sin tur kan ha påverkat hennes självkänsla, då självbilden för en anorektiker är starkt kopplad till självsvälten (Wallin, 2015).

Att känna sig förstådd framkommer av intervjuerna även skapade möjligheter att anförtro sig, vilket var karakteriserande för mötet med de i vårdpersonalen som informanterna kommit att få en särskild anknytning till.

Hon i personalen som jag fick kontakt med... Hon sa det att hon själv hade varit sjuk för något år sen och att hon visste hur det var. Jag kunde förklara lite då... Hon fattade och jag visste att även om det var mycket att göra så lovade hon att stanna kvar. (Moa)

Det kan förstås som att intervjupersonen upplevde hur en i vårdpersonalen gjorde sig lika med henne och satte henne i samma nivå som sig själv. Blennberger, (2015) påtalar just vikten av att vårdpersonalen behandlar vårdtagaren som en likvärdig person för att upplevelsen av ett bra bemötande ska infinna sig. Av citatet tolkar jag även som att vårdpersonalen visade empati vilket gjorde att intervjupersonen kände trygghet och tillit. Enligt Blennberger (2015) innefattar ordet empati begrepp som att vara närvarande, lyhörd, uppmärksam och att visa medkänsla, vilka jag menar ovan citat exemplifierar.

Av intervjuerna framkommer att kunskap om ätstörningar hos personalen var avgörande för informanternas upplevelse av att möta förståelse. Samtliga av mina intervjupersoner beskriver att vårdpersonalen i allmänpsykiatri saknade kunskap på området och att detta lett till att de blivit felaktigt bemötta. Det var framförallt i måltidssituationen som kunskapsbristen hos personalen blev som mest påtaglig. Dels beskrivs hur vårdpersonalen i vissa fall agerade med irritation och anklagelse när intervjupersonerna inte ville äta, vilket ökat informantens känslor av skuld och ångest.

De hade ju ingen kunskap utan det var ju mkt såhär.... jag blev väldigt skuldbelagd vid matbordet när jag inte åt, det var så här (röstimitation av vårdpersonal) ”ja här jobbar jag för att göra mitt bästa och då tycker jag du kan äta... för nu är jag faktiskt här för din skull...” och så fick jag massa ångest för det... (Emelie)

En av informanterna beskriver en måltid tillsammans med sin mamma, där hon upplever personalens okunskap om sjukdomen gav upphov till att hon blev felaktigt bemött.

Det var äldre damer som satt och fnissade när mamma försökte få mig och äta och jag; “men mamma sluta tjata på mig jag tänker inte äta”. De saknade kunskap.... för så fick man ju känslan av i alla fall. (paus) Både jag och mamma blev sjukt störda över det... (Anna)

Av ovan två citat tolkar jag det som att intervjupersonerna inte kände sig respekterade när personalen bemötte dem med skuld eller skrattade åt deras svårigheter att äta. Kopplingar kan göras till Blennberger (2005) som menar att språkbruk, tonfall och kroppsspråk har stor betydelse för upplevelsen av ett gott bemötande. Även respekt och vänlighet att betrakta som ledord i bemötandet (Blennberger, 2015), vilket till viss del skulle kunna förklara intervjupersonernas upplevelse av, vad jag tolkar det som, ett mindre bra bemötande. Emelies beskrivning av hur personalen försökte göra henne skuldmedveten när att hon inte klarade av att äta tolkar jag vidare ger uttryck för okunskap då Glant (2013) understryker just betydelsen av att man som behandlare och vårdpersonal inser att sjukdomen inte är något som den drabbade själv har valt, utan har drabbats av.

De av mina informanter som även hade erfarenhet av att ha vårdats på en enhet specificerad på behandling för personer med ätstörningar beskriver samtliga att

det var en lättnad att personalen visste vad de gjorde. Vidare innebar kunnig personal, minskade möjligheter att kringgå reglerna, vilket informanterna beskriver kunde upplevas mycket ångestfyllt.

Jag kände på en gång att -JA! De här vet vad de gör till skillnad från min tidigare erfarenhet! Ja det blev verkligen så här trygghet, stabilitet. Samtidigt blev jag livrädd för de vet ju hur man gör när man manipulerar... shit man kommer inte undan här! Jag kommer få jätte mkt ångest... men... det var ändå övervägande fördelar med att känna att de vet var de gör. (Linn)

Jag förstår det Linn säger som att hon kände lättnad när hon kände vårdpersonalen hade kunskap om sjukdomen. Att hon samtidigt uttrycker att hon blev livrädd, kan förstås genom att dra paralleller till den ambivalens som Wallin (2015) menar är vanligt förekommande bland anorektiker som står inför valet att påbörja en behandling. Vidare tolkar jag kvinnans uttalande om att det kändes jobbigt men ändå övervägande positivt att vara på ett ställe där personalen visste vad de gjorde, som att personalens kunskaper om sjukdomen medförde att hennes ambivalens minskade eftersom hon då inte längre lika lätt kunde undkomma maten.

Sammanfattningsvis har det av mina intervjuer framkommit att upplevelsen av att bli förstådd är en avgörande faktor för patientens vårdupplevelse och tillfrisknande, vilket även överensstämmer med den tidigare forskning jag funnit på området (Lamoureux & Bottorff, 2004; Nilsson & Hagglof, 2006; Federici & Kaplan, 2008; Tozzi, et al 2002). Wallin (2015) påtalar vikten av att vårdpersonalen har kunskap och erfarenhet av sjukdomen för att de ska kunna ge rätt information till patienten och vara gränssättande när det behövs. Av mina intervjuer framkom att vårdpersonalens kunskaper om anorexia nervosa hade stor betydelse för intervjupersonernas upplevelse av att känna sig förstådd, men även för deras upplevelse av ett gott bemötande. I tidigare forskning (Git Marie Blom, 2015) beskrivs visserligen vikten av att bli bemött med förståelse, men just vikten av kunskap om en specifik psykiatrisk sjukdom hos vårdpersonalen benämns inte

i tidigare studier. Detta skiljer sig från resultatet av min studie där kunskap om sjukdomen hos vårdpersonalen snarare beskrivs vara en förutsättning för upplevelsen av att blir förstådd.

6.4 Vikten av en individanpassad vård

Av intervjuerna framkommer att vården av de intervjuade i slutenvård, i regel skett utifrån en standardiserad mall för den typen av problematik. Samtliga av de intervjuade beskriver upplevelsen av att inte ha blivit sedd för sin person, utan som en anorektiker och att de därmed också förväntades bete sig på ett visst sätt.

På BUP hade dom ramar för psykiska svårigheter, och då var det bara det man såg. Var det en ätstörning så hade man ”dom” grejerna... hur jag i den här ätstörningen mådde spelade ingen roll... Så dom kunde inte utforma något specificerat för bara mig utan då var jag bara en anorektiker istället för mig “Moa”. (Moa)

Av citatet går det att utläsa hur intervjupersonen upplevde att hon inte blev sedd och bekräftad som en unik person utan som en diagnos. Liknande resultat återfinns i studien av Colton och Pistrang (2004) där patienterna beskrev känslan av att inte bli behandlad som en enskild individ utan som en anorektiker. Hällström et al (2009) påtalar just vikten av att behandla varje anorexiapatient som en enskild individ med sitt respektive omvårdnadsbehov då de personer som drabbas av anorexia nervosa kan vara mycket olika varandra även om symptomen ofta har många likheter. Av Moas citat går även att utläsa hur känslan av att inte bli bemött som en unik person också medförde en upplevelse av att vårdpersonalen inte brydde sig om henne. Kopplingar kan göras till Lindström (1994) som tar upp vikten av att vårdaren bekräftar patientens lidande. Utifrån Lindströms resonemang går det att förstå Moas känsla av att personalen inte brydde sig om henne då de varken bekräftade henne som individ eller hennes mående.

Många av mina intervjupersoner beskriver även att de försökte få igenom en mer individualiserad vård, men att det upplevdes mycket svårt att göra avsteg från den generella vårdmallen. Samtliga uttrycker upplevelsen av att inte ha blivit hörd, eller att det som säs avfärdats som ett uttryck för sjukdomen. Som Emelie uttrycker det:

Dom säger att dom lyssnar på vad man vill (gällande vårdens utformning), men jag tycker inte dom gör det. /.../ Oftast är det ju i dom situationerna när man är tvångsvårdad så då bortser ju alla från det jag säger. För då är jag ju så sjuk så mig kan man inte lyssna på.

Intervjupersonen beskriver upplevelsen av att inte bli hörsammad av vårdpersonalen och uttrycker att de inte tog hänsyn till hennes önskemål gällande vårdens utformning eftersom de såg det hon sa som ett uttryck för ”det sjuka”. Jag tolkar Emelies citat som ett uttryck för en negativ vårdupplevelse. Paralleller kan vidare dras till Dahlberg et al (2003) som menar att det innebär ett vårdlidande att inte bli tagen på allvar eller att fråntas rätten att vara delaktig i sin vård.

Av de informanter som hade fått vara delaktiga i tvångsvårdens utformning uttrycker samtliga vidare att vården kändes mer meningsfull. En av informanterna med gedigen erfarenhet av att vårdas inom slutenvården, berättar om sina erfarenheter av att göras delaktig i tvångsvårdens utformning, och hur det påverkade själva vårdupplevelsen. Kvinnan uttrycker att hon mådde bättre eftersom hon i större utsträckning förstod personalens agerande. En individanpassad vård uppges även ha förkortat vårdperioden i slutenvård.

I somras var det ganska bra. /.../ Vi (informanten och informantens läkare i allmänpsykiatri) hade pratat om det innan när jag mådde ganska bra... hur jag trodde att jag ville kunna... bli behjälpt då ...om jag blev sämre igen. Och det använde hon för att göra upp en behandlingsplan till mig... som blev individuell för mig! Och det var väldigt bra! För jag behövde inte vara där lika länge... och jag mådde bättre för jag visste varför de

gjorde saker och ting, för att jag själv hade sagt det jag. (Monica)

Citatet kan tolkas som att intervjupersonen kände sig mer trygg då hon fick vara delaktig i tvångsvårdens utformning eftersom hon fick mer förståelse för den vård hon fick. Monicas positiva vårdupplevelse går att förstå genom att dra paralleller till Dahlberg et al (2003) som menar att motsatsen, det vill säga svårighet att förstå personalens agerande och att inte känna att man kan få den hjälp man behöver, leder till otrygghet och vårdlidande för patienten. Även Wallin (2015) beskriver just vikten av att patienten får vara delaktig i behandlingen genom att sätta upp mål och delmål tillsammans. Liknande beskrivningar av positivt vårdinflytande går vidare att finna i resultatet av Tan et al's studie (2003), där möjligheten att vara delaktighet i behandlingens innehåll hade en avgörande betydelse för intervjupersonernas möjligheter att acceptera föreslagna behandlingsåtgärder.

Sammanfattningsvis beskriver intervjupersonerna erfarenheter av att inte ha blivit lyssnade på samt att de inte fick möjlighet att vara delaktig i tvångsvårdens utformning. Flera av intervjupersonerna ger även uttryck för att deras diagnos var en central anledning till att personalen bortsåg från det de sa. I flera tidigare studier (Jacobsson & Olofsson, 2001; Johansson & Lundman, 2002) återfinns liknande patientberättelser om att inte bli hörsammad eller att få vara delaktig i slutenvårdens utformning. I dessa studier framträder dock inte patientens sjukdom som en förklaring till att patienten inte blivit lyssnad på, till skillnad från resultatet av min studie. Avslutningsvis beskrev även ett par intervjupersoner hur de fått vara delaktiga i tvångsvårdens utformning och att detta bidragit till en positiv vårdupplevelse

6.5 Vikten av att tas ifrån ansvaret

Att personalen ”tog kontroll” i ett skede då kvinnorna upplever att de inte kunde ta eget ansvar beskriver vidare samtliga av de intervjuade som nödvändigt. En informant uttrycker till och med att personalens kontrolltagande var av central

betydelse. Kvinnan beskriver hur upplevelsen av att ”inte ha en chans att kunna göra fel” fungerade som en motvikt till den kontroll som är sjukdomen i sig inbegriper.

Det handlar så mycket om kontroll hela sjukdomen, att de (vårdpersonalen) måste ta kontroll också fast åt andra hållet. Ja det blir någon sorts motvikt mot sjukdomen om de är så himla tydliga att jag inte får en chans... då kan de ju ta ifrån mig hela ansvaret... Då kan jag inte göra fel. (paus) Och när jag blir tvingad kan jag ju inte göra något åt det heller... när jag inte har något val. (Emelie)

Jag tolkar Emelies citat som att hon uttrycker ett behov av att vårdpersonalen tog kontroll över hennes liv i ett skede då hon själv inte var förmögen att ta ansvar för sig själv och sin hälsa. Kopplingar kan göras till Reid et al. (2010) som beskriver hur det kan kännas befriande för patienter med anorexia nervosa när personalen ”tar bort” en del av bördan som kontrollerandet innebär. Jag tolkar även Emelies citat som att hon upplevde en kamp mellan att bibehålla kontrollen över sin situation mot att lämna över kontrollen till vårdpersonalen som en del i behandlingen. Liknande resultat står att finna i studien av Tan et al (2007;2010). Likaså i studien av Colton & Pistrangs studie (2004) framkom patienternas behov av ett kontrolltagande utifrån i form av tydliga regler och strukturer.

Även om samtliga intervjupersoner beskrev tiden i slutenvård som tydligt reglerad fanns även erfarenheter av bristande kontroll från personalens sida. Flera av intervjupersonerna som vårdats på allmänpsykiatrisk avdelning beskriver erfarenheter av att tvingas ta orimligt stort ansvar under perioden i tvångsvård.

Ofta glömdes det bort att jag skulle ha mellanmål så då fick jag själv gå och säga till om jag ska ha mellanmål och då kan det ju va... ja, vi kommer... det är lite mycket just nu. Då känns det ju jättejobbigt att gå och säga till att man ska äta... och bara på tanken att säga... jag behöver mat är ju så främmande när man är inlagd på tvångsvård för anorexi...

(Sofia)

Jag förstår det intervjupersonen säger som att hon upplevde stor otrygghet i att själv tvingas ta ansvar för matintag vid en tidpunkt då hon var allvarligt sjuk i en sjukdom där mat betraktas som det yttersta hotet. Sofias vårdupplevelse går att förstå genom att dra kopplingar till Lindström (1994) som menar att vårdpersonalens tillgänglighet, närvaro samt att patienten ges tid är centralt för patientens känsla av trygghet. Att intervjupersonens kände det jobbigt att påtala att hon skulle äta, tolkar jag även som ett uttryck för den ambivalens inför mat som sjukdomen anorexia nervosa i sig inbegriper (Wallin 2015).

Att själv tvingas ta ansvar för vård man var i behov av, men inte ville ha, beskriver samtliga intervjupersoner väckte motstridiga känslor. Som Petra uttrycker det:

Jag förstår inte hur dom tänker... är inte det hela grejen med att va inlagd på tvångsvård... att dom tar ifrån en ansvaret?

Det går att tolka citatet som att intervjupersonen inte förstod vårdens upplägg och att detta i sin tur gjorde henne frustrerad och otrygg. Kopplingar kan göras till Lindström (1994) som menar att svårighet att förstå personalens agerande och att inte känna att man får den hjälp man behöver, leder till otrygghet och vårdlidande för patienten. Enligt Reid et al. (2010) bör en essentiell del i behandlingen av anorexia nervosa vidare vara att *inte* försöka ta ifrån patienterna all kontroll, utan att hjälpa dem använda den annorlunda. Detta innebär dock inte att vårdpersonal ska överlämna all kontroll till patienterna, så som i fallet med Sofia och Petra. Istället är en balans mellan direktiv från personalen och egen kontroll, med ett eget ansvar, eftersträvansvärt.

Sammanfattningsvis beskriver intervjupersonerna hur deras trygghet ökade när personalen tog kontroll över deras situation genom tydliga regler och riktlinjer för

tvångsvårdens utformning. En del av intervjupersonerna beskriver även erfarenheter av bristande kontroll och att själv tvingas ta ansvar över sin vård. Samtliga av dessa beskriver hur detta ökade deras oro och ångest.

6.6 Vikten av ett konsekvent tillämpande av tvångsåtgärder

Samtliga av de intervjuade beskriver erfarenheter av tvångsåtgärder, eller hot om tvångsåtgärder, ifall de inte åt upp den mat som serverades. Av intervjuerna framkommer att det var av vikt att tvångsåtgärderna tillämpades konsekvent. Hot om tvångsåtgärder, som inte införlivades då kvinnorna bröt mot reglerna, beskrivs inte i sig ha varit tillräckligt för att motivera kvinnorna till att äta. En informant beskriver det som att tvångsåtgärder behövdes just för att maten skulle framstå som det enda rimliga alternativet.

För att överhuvud taget kunna äta måste maten framstå som det bästa alternativet. Du har absolut inget val än att stoppa i dig maten eftersom alternativet om du INTE gör det är VÄRRE än att faktiskt göra det.
(Sofia)

En annan informant beskriver vidare hur bristen på konsekvens gjorde henne mer osäker.

Det var ju ingen konsekvens, utan det var mer ... förhandlingar. Och ena sidan försökte de "idag ska du äta någonting" men så slutade de ju alltid med: "Men du kan göra såhär, eller såhär"... Men då blev jag ju ännu mer osäker. (Anna)

Ovan två citat kan förstås som att tvångsåtgärder i vissa fall tycks ha fungerat motiverande för intervjupersonen att acceptera den behandling som erbjöds. Jag gör vidare tolkningen att ett inkonsekvent tillämpande av regler ökade

intervjupersonernas handlingsutrymme vilket skapade otrygghet. Annas uttalande går vidare att förstå genom att göra en koppling till Lindström (1994) som menar att tvång som utövas på ett medvetet och övervägt sätt kan medverka till att ge patienten trygghet och tillfredsställelse.

Sammanfattningsvis beskriver samtliga intervjupersoner hur ett konsekvent tillämpande av tvångsåtgärder gjorde dem mer trygga och motiverade dem att äta. Upplevelser av tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården är inget nytt och beskrivs i flertal tidigare studier på ämnesområdet (Johansson & Lundman, 2002; Git-Marie Ejneborn Looi, 2015; Olofsson & Jakobsson 2001). Till skillnad från resultatet i min studie synliggörs dock inte betydelsen av att tvångsåtgärderna tillämpades konsekvent. Inte heller har jag i tidigare studier funnit några skildringar av hur bristen på ett konsekvent tillämpande av tvångsåtgärder gjorde intervjupersonerna med osäkra. Detta skulle kunna bero på att övervägande av forskning på ämnesområdet behandlar patienter med differentierad problematik och inte enbart patienter med anorexia nervosa.

7. Slutsats

Sammantaget framkommer det att centralt för upplevelsen av tvångsvård för anorexia nervosa var att deltagarnas önskemål om vård ofta skilde sig vida från den vård de genomgått. Enhetligt för samtliga av de intervjuade var att det var i mötet med vårdpersonalen som detta märktes tydligast. Relationen med vårdpersonalen kom överlag att få stor betydelse för patienternas vårdupplevelse. Att bli sedd som en unik individ, bli lyssnad på, att personalen visade intresse samt hade kunskap om sjukdomen var alla faktorer som kännetecknade intervjupersonernas upplevelse av ett gott bemötande. En god vård definierades vidare av att vården var individanpassad, att intervjupersonen fick det stöd hon behövde, att hon blev bemött med förståelse, att hon blev fråntagen vårdansvaret samt ett konsekvent tillämpande av tvångsåtgärder ifall reglerna bröts.

8. Avslutande diskussion

Med utgångspunkt ur studiens syfte, vilket var att få förståelse för före detta patienters upplevelser av att vårdas mot sin vilja på allmänpsykiatrisk avdelning för anorexia nervosa, kommer studiens resultat i detta avsnitt att summeras i en avslutande diskussion.

I föregående kapitel analyserades det insamlade materialet utifrån begreppen *bemötande, ambivalens och vårdlidande*, men även utifrån tidigare forskning. Resultatet presenterades utifrån sex olika teman: *"Vikten av stöd vid måltiden och efter"*, *"Vikten av den goda relationen"*, *"Vikten av en individanpassad vård"*, *"Vikten av att bli bemött med förståelse"*, *"Vikten av att tas ifrån ansvaret"* samt *"Vikten av ett konsekvent tillämpande av tvångsåtgärder"*. Det var just dessa generella teman som framkom i resultatet av frågeställningarna, där intervjupersonerna agerade inom temats omfattning, men på olika sätt.

Av mina intervjuer framkom att intervjupersonerna hade stort behov av stöd både under och efter måltiden, vilket jag tolkar hänger ihop med den ambivalens patienter med anorexia nervosa upplever inför mat - valet att äta eller inte äta (Wallin, 2015). Det framkom även att tvångsåtgärder så som sondmatning under bältesläggning kom att tillämpas då intervjupersonen inte klarade av att äta på egen hand, utan stöd av personal. Intervjupersonerna uttrycker samtidigt att tvångsåtgärder i vissa fall hade kunnat undvikas i fall personalen hade hört av deras önskemål om stöd under måltiden. Sandeberg & Bengtsson (2014) menar att målsättningen vid behandling av anorexiapatienter i slutenvård bör vara att patienten ska återgå till ett normaliserat ätbeteende. Jag finner det därför mycket motsägelsefullt och olyckligt att inte vården på ett bättre sätt kunnat möta mina intervjupersoners behov av stöd.

Av mina intervjuer framkom även att det var av vikt att intervjupersonerna hade möjlighet att göra sin röst och hörd och påverka innehållet i tvångsvårdens utformning. Samtidigt uttryckte samtliga ett starkt behov av kontrolltagande utifrån. Jag reflekterar över att det finns uppenbara svårigheter med att låta

patienter som tvångsvårdas för anorexia nervosa vara delaktiga i tvångsvårdens utformning utan att riskera att sjukdomen får inflytande över deras olika önskemål. Särskilt i det stadie då personen är inlagd för tvångsvård eftersom sjukdomstillståndet då är mycket allvarligt. En av intervjupersonerna berättar ett positivt exempel på delaktighet, genom att hon fick vara med och påverka tvångsvårdens utformning under en period då hon mådde bättre och inte var inlagd. Detta tillvägagångssätt, att tala förebyggande om tvångsvård och dess eventuella utformning samt vad personen har för önskemål gällande detta, tror jag skulle vara ett användbart i vården av anorektiker. Många av mina intervjupersoner uttryckte upplevelser av att inte ha blivit lyssnad på när de ville vara med och påverka sin vård. Jag har förståelse för att känslan av att inte bli hörsammad fick intervjupersonerna att må dåligt och känna maktlöshet. Vidare har jag också förståelse för den komplexitet vårdpersonalen står inför vid tvångsvård av personer med anorexia nervosa- Svårigheten i att inte veta om det är sjukdomen som styr personens önskemål, eller ”det friska” i personen. Då sjukdomen är så pass allvarlig och personen vid tillfället för tvångsvård är så pass allvarligt sjuk tror jag vidare det är tryggast att personalen lutar sig mot tydligt utformade regler och riktlinjer avseende vården av dessa patienter. Samtliga intervjupersoner gav även uttryck för önskemål om ett kontrolltagande utifrån, troligtvis för att en kontrollerad miljö begränsade deras valmöjligheter och därmed även deras ambivalens. Att ha regler för ökad tydlighet tror jag vidare inte motsätter möjligheten att ge kvinnorna ett gott bemötande och en god vårdupplevelse. Många av kvinnorna berättade om enskilda personer som fått särskilt stor betydelse under tiden i tvångsvård. Dessa karaktäriserades av att de visat intresse för intervjupersonen och hade behandlat henne med respekt, att de normaliserat måltiden genom att prata om vardagliga saker samt att de varit tillgängliga när intervjupersonen varit i behov av stöd. Jag ser inte att rigida regler för vårdens utformning på något sätt hindrar vårdpersonalen att ta med sig dessa kunskaper i sitt arbete med anorexiapatienter.

Resultatet av min studie baseras på intervjuer med sju olika kvinnor som tvångsvårdats för anorexia nervosa på allmänpsykiatrisk avdelning. Min uppfattning är att intervjupersonerna har gett en tydlig bild av deras vårdupplevelse och att det fanns likheter i deras berättelser som talar för att detta

inte är ett isolerat fenomen. På grund av storleken på studien anser jag vidare inte att den kan sägas vara representativ för anorexiapatienters upplevelser av tvångsvård över lag. Även det faktum att intervjupersonerna återger minnen från en tid då det var allvarligt sjuka, anser jag minskar studiens tillförlitlighet. För att göra studien mer trovärdig, behövs ökad forskning på området och då särskilt kvalitativa studier med fokus på patientens upplevelse av vårdtiden under tvång. Detta då jag funnit att den forskning som gjorts på ämnesområdet tidigare övervägande har fokuserat på patienterna inställning till tvångsvård vid anorexia nervosa. Jag tycker även det hade varit intressant med en studie som belyser både patient och vårdpersonalens upplevelser av tvångsvården av personer med anorexia nervosa. Detta då jag, efter min insamlade empiri, konstaterar att en kvalitativ vård av denna patientgrupp inte tycks vara helt enkelt att uppnå.

Avslutningsvis vill jag påtala att anorexia nervosa är en fruktansvärd sjukdom som skördar många liv i onödan och att mer forskning behöver göras på ämnesområdet. Fram till dess hoppas jag att resultatet av min studie kan användas för inspiration och input i utformningen av tvångsvården för patienter med anorexia nervosa.

Referenser

Abkontakt. 2013. *Intervjupersoner sökes till en studie om upplevelser av tvångsvård*. <http://abkontakt.wordpress.com/2013/03/11/intervjupersoner-soks-till-en-studie-om-patienters-upplevelser-av-tvangsvard-vid-anorexi/> (Tillgänglig: 2013-03-11)

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2. utg. Stockholm: Natur och Kultur.

Appelbaum, P. & Redlich, A. (2006) Use of leverage over patients' money to promote adherence to psychiatric treatment. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 194 (4) s 294-302

Ayton, A., Keen, C & Lask B. (2009) Pros and cons of using the Mental Health Act for severe eating disorders in adolescents, *European Eating Disorders Review*, 17 (1), s 14-23

Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Graham T. & Leese, M (2005) Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up—a cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (2) s 160-166

Blennberger, E. 2013. *Bemötandets etik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bryman, A (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3:a uppl. Malmö:Liber

Carney, T., Tait, D., Richardson, A. & Touyz, S. (2008) Why (and when) clinicians compel treatment of anorexia nervosa patients. *European Eating Disorders Review*, 16 (3) s. 190-206

Colton, A. & Pistrang, N. (2004) Adolescents' Experiences of Inpatient Treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12 (5) s. 307-316.

- Croona, G. (2005) *Bemötandets etik och praktik – ur ett diskursteoretiskt perspektiv*. Doktorsavhandling, Växjö Universitet.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M (red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejneborn Looi, G-M., Engström, Å. & Sävenstedt, S. (2015) A self-destructive care: self- reports of people who experienced coercive measures and their suggestions for alternatives. *Issues in Mental Health Nursing*, 36 (2) s. 96-103.
- Engström, K (2006) Tvång, delaktighet och tillit. I Engström, I (red.), *Tvingad till hjälp: Om tvång, etik, tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur AB, s.73-99
- Eriksson, Therese. 2013. Tankestormar (Tillgänglig: 2013-03-12)
- Federici, A., Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, s. 1–10.
- Gardner W, Lidz CW, Hoge SK, Monahan J, Eisenberg MM, Bennett NS. (1999) Patients revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry*; 156 s. 1385–1391.
- Glant, H (2011) *Sluta svälta*. 2:a uppl. Stockholm: Natur och kultur.
- Giordano, S (2003) anorexia nervosa and refusal of naso-gastric treatment: A response to Heather Draper. *Bioethics*, 17 (3) s. 261-278

Guarda AS, Pinto AM, Coughlin JW, Hussain S, Haug NA, Heinberg LJ (2007) Perceived coercion and Change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry* 164, s. 108–114.

Grönwall, L & Holgersson, L. (2008) *Psykiatrin, tvånget och lagen: En lagkommentar i historisk belysning*

Harris, E. Clare & Barraclough , B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170 (1997), s 205-228

Harris, E Clare & Barraclough, B (1998) Excess mortality of mental disorder *British Journal of Psychiatry*, 173, s 11-53

Hällström, T. (2009). Ätstörningar. i J. Herlofson, L. Ekselius, (Red.), *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Jacobsen, Dag Ingvar (2012) *Förståelse, beskrivning och förklaring: Introduktion tillsamhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.

Jakobsson, U. (2008). KASAM-instrumentets utveckling och psychometriska egenskaper - en översikt. *Vård i Norden*, vol. 28, ss. 53-55.

Jenner, H. (2004). *Motivation och motivationsarbete: i skola och behandling*. Stockholm: Liber

Johansson M, I & Lundman, B (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, s. 639-647.

Jonas, K., Broemer, P., & Diehl, M. (2000). Attitudinal ambivalence. *European Review of social psychology*, 11, 35-74.

- Kaczynski, J., Denison, H., Wik- nertz, A., Ryno, L & Hjalmer, N. (2000).
Strukturerat vårdprogram gav gott resultat vid svår anorexia nervosa.
Läkemedelstidningen, 97 (22), s 2734-2737
- Kvale, S & Brinkmann, S (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl.
Lund: Studentlitteratur
- Lamoureux, M.M, & Botorff, J. L. (2005). “Becoming the real me”: Recovering
from anorexia nervosa. *Health Care for Women International*, 26, s. 170–188.
- Landstinget Västernorrland, *Vårdprogram för ätstörningar* [Elektronisk] hämtad
12 oktober 2018:
<https://nllplus.se/upload/IB/vp/stvp/Psykiatri%20Norr/Riktlinjer%20vid%20ätstörningar%20Sollefteå-Kramfors.pdf>
- Lindström, U.Å.(1994). *Psykiatrisk vårdlära*. (2 uppl.) Stockholm: Liber.
- Lindström, U. Å. (1997). Psykiatrisk vård ur ett vårdvetenskapligt perspektiv.
Ingår i Hummelvoll J.K. & Lindström, U.Å. (Red.). *Nordiskt perspektiv på
psykiatrisk omvårdnad*, (ss 58-69). Lund: Studentlitteratur.
- McEvoy L, & Duffy A. (2008) Holistic practice – A concept analysis. *Nurse
Education in Practice*. 8 (6), s. 412-419
- Matusek, J. M. & O’Dougherty Wright, M. (2010). Ethical Dilemmas in Treating
Clients with Eating Disorders: A Review and Application of an Integrative Ethical
Decision-making Model. *European eating disorders review*, 18 (6) , 434-452.
- May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin (2000) *Nationalencyklopedin*. Höganäs: Bra Böcker
- Nilsson, K. & Hagglof, B. (2006). Patient perspectives of recovery in adolescent
onset anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 14(4), s. 305–311.

- Nordgren, L.F., van Harreveld, F., van der Pligt, J. (2006). Ambivalence, discomfort, and motivated information processing. *Journal of Experimental Social Psychology Year*, 42, 252-258.
- Olive, P. (2003) The holistic nursing care of patients with minor injuries attending the A&E department. *Accident & Emergency Nursing*, 11(1), s. 27-32.
- Polit, D. & Beck C. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reid, M., Williams, S. & Burr, J. (2010). Perspectives on eating disorders and service provision: a qualitative study of health care professionals. *European eating disorders review*, 18(5), s. 390-398.
- Rain SD, Williams VF, Clark Robbins P, Monahan J, Steadman HJ, Vesselinov R. (2003) Perceived coercion at hospital admission and adherence to mental health treatment after discharge. *Psychiatric Services* 54 s. 103–105.
- Rajkumar, A.P., Saravanan, B. & Jacob, K.S (2006) Perspectives of patients and relatives about electroconvulsive therapy: A qualitative study from Vellore, India. *Journal of ECT*, 22 (4) s 253-258
- Salize, H.J. & Dressing, H. (2005) Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: Is there any link? *Current Opinion in Psychiatry*, 18 (5) s. 576-584
- Sandberg A-M., & Bengtsson, O. (2014). *Ätstörningar*. Läkemedelshandboken [Elektronisk] hämtad 12 oktober, 2018 från http://www.lakemedelsboken.se/s4_psy_atstorningar_2013fm10.html?search=ätstörningar&iso=false&imo=false&nplId=null&id=s4_2
- SOSFS 2008:18. *Socialstyrelsens handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* (Elektronisk)

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8336/2009-126-114_2009_126_114.pdf. Hämtad 15 oktober 2018.

Tan, J. O. A., Hope, T., Stewart, A. & Fitzpatrick R. (2003). Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, s. 627 – 645

Tan, J. O. A., Stewart, A., Fitzpatrick, R. & Hope T. (2010). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, s. 13 – 19.

Tiller, J., Schmidt, U. & Treasure, J (1993) Compulsory treatment for anorexia nervosa: Compassion or coercion? *British Journal of Psychiatry*, 162 s 679-680

Thomassen, M (2008). *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups.

Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J. & Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33, s. 143–154.

Vetenskapsrådet (2003) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (Elektronisk)

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (Hämtad 2018-10-11)

Wallin, U. (2015). *Ätstörningar – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. 2:a uppl. Litauen: Baltoprint.

Watson, T.L., W.A. Bowers, W.A. & Andersen, A.E. (2000) Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157 (11), s 1806-1810

Westin, Ida. 2013. Frisk från anorexia nervosa. [Blogg]. 11 mars.

[Http://anorexitvangsvard.blogspot.com](http://anorexitvangsvard.blogspot.com) (Tillgänglig: 2013-03-11 kl 12.27)

William, S & Reid, M(2010) Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective. *Psychol Health*, 25 (5) s.551-567

Bilaga 1

Intervjupersoner sökes till studie som syftar belysa patienters upplevelse av tvångsvård vid anorexia nervosa

Hej!

Jag är en tjej som heter Ida Westin och läser till Socionom vid Göteborgs universitet. Jag har nu kommit till det sista året på socionomprogrammet och ska därmed skriva ett examensarbete.

Med min C-uppsats vill jag beskriva anorektikers upplevelse av att vårdas under slutna psykiatrisk tvångsvård vid anorexia nervosa. Därav söker jag nu intervjupersoner som har varit inlagda på tvångsvård för anorexi nervosa.

Alla som deltar i studien kommer att vara anonyma. Som intervjuperson har du även rätt att när som helst dra sig ur studien. Du kommer även ha möjlighet att ta del av uppsatsen efter att den är färdigställd.

Varför är studiedeltagandet viktigt?

Att vårda någon under tvång kräver stort ansvar från sjukvården då personen fråntas sin autonomi (socialstyrelsen). Kunskap om patientens upplevelse av tvångsvård gör det möjligt att utforma vården efter patientens behov, vilket kan öka behandlingens genomslagskraft. För att personer som tvångsvårdas för Anorexi ska få en kvalitativ vård anser jag det därför angeläget att undersöka anorektikers upplevelse av tvångsvården.

Det är min förhoppning att resultat av min studie kan komma till användning i utformandet av riktlinjer för tvångsvård av personer med anorexia nervosa.

Studiens deltagandekriterier

För att delta i studien ska personen ha varit inlagd på slutenvård för anorexia nervosa med stöd av Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT). Vidare är jag även intresserad av att intervjua personer som varit inlagda på frivillig basis, men på

premissen att läkaren sätter ett LPT ifall de inte går med på att läggas in (personen har sålunda ingen möjlighet att vägra att behandlas under slutenvård).

Intervjuernas utformning

Varje intervju beräknas ta ungefär 1 - 1,5 timmar. Tanken är att jag och intervjupersonen träffas på en plats som intervjupersonen väljer. Det finns även möjlighet att genomföra intervjun via telefon eller Skype. Intervjuerna kommer att vara av öppen karaktär med fokus på intervjupersonens upplevelse av tvångsvården.

- *Hur upplevs sluten psykiatrisk tvångsvård vid anorexia nervosa?*
- *Har tvångsvården haft någon betydelse för personens tillfrisknande?*

Vid behov kan det även bli aktuellt att jag hör av mig ytterligare en gång för att komplettera något av intervjuens samtalsområden.

Svara mig så fort du kan om du är intresserad av att delta i studien.

Svar skickas via mail: [**ida.westin@hotmail.com**](mailto:ida.westin@hotmail.com)

Eller via sms/telefonkontakt: 0760 16 91 35

Ida Westin

Examensarbete, Socionomprogrammet

Tel. 035-33257, 0760 16 91 35

Epost: [**ida.westin@hotmail.com**](mailto:ida.westin@hotmail.com)

Handledare: Manuela Sjöström

Doktorand, Institutionen för socialt arbete

Göteborgs universitet, Box 720,

405 30 Göteborg

Tel. 031-786 4831

E-post: [**manuela.sjostrom@socwork.gu.se**](mailto:manuela.sjostrom@socwork.gu.se)

