

Veikko Peltto-Piri, Ulrika Hylén & Lars Kjellin

Informellt tvång mot patienter

– reflektioner över former och användning. En intervjustudie med psykiatripersonal

Informal coercion against patients – reflections on the forms and the use An interview study with psychiatric staff

There has been considerable international research on formal coercion in psychiatry in recent decades but less on informal coercion, especially from a staff perspective. This study was based on previous research which identified five forms of coercion in psychiatry: persuasion, interpersonal leverage, inducement, threats and formal coercion. The purpose was to describe the staff's reflections on the forms and the use of informal coercion against patients. We conducted four focus group interviews with psychiatric social workers, psychologists and physicians at four different clinics. The purpose was to create a reflective conversation about informal coercion. The interviews were analysed with qualitative content analysis. In addition to the five previously identified forms of coercion we found three other forms in our material: cheating the patient, an upbringing attitude, and using rules and procedures. Participants also described coercion from other stakeholders such as relatives and other authorities. Other reflections were interpreted as professionalism and coercion, where the participants stressed the importance of staff members' approach to patients, having clear communication with patients, individualized care, and good cooperation with each other and with other stakeholders. According to the participants, informal coercion was often used, but at the same time they were hesitant about using it. The participants had very different views of how patients perceived informal coercion and how interpersonal leverage should be used. They also reported difficulties in dealing with the informal coercion that relatives and other authorities use, as it may threaten the patient's ability to recover. Informal coercion should not only be seen as a legal or clinical issue. The fact that there are important ethical aspects in matters of informal coercion should also be acknowledged.

Veikko Peltto-Piri är med. dr. vid Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet.

Ulrika Hylén är doktorand vid Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet.

Lars Kjellin är docent vid Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet

Kontakt: veikko.pelto-piri@regionorebrolan.se

Inledning

Psykiatrin har beskrivits som en unik moralisk praktik, inte minst därför att en del av patienterna vårdas mot sin vilja och kan utsättas för tvångsmedicinering och andra tvångsåtgärder (Hem et al. 2018). Tvånget kan vara formellt, det vill säga lagligt reglerat, formellt beslutat och dokumenterat, eller informellt, vilket inkluderar alla andra former av påtryckningar eller manipulationer. Tvång ingår i den psykiatriska praktiken där personalen ofta ställs inför "vardagsetiska" problem som kan leda till moralisk stress hos personalen, exempelvis när man anser sig tvingad av yttre faktorer att agera i strid med sina egna personliga värderingar (Kjellin et al. 2013).

Begreppet informellt tvång används alltså för att beskriva olika former av påtryckningar som personalen använder för att få patienten att bli följsam gentemot behandlingen, men också gentemot de regler som finns i slutenvården, till exempel att gå upp en viss tid på morgonen (Hem, Molewijk & Pedersen 2014). Szmukler och Appelbaum (2008) har beskrivit en hierarki av påtryckningar, från mildare till allt starkare former, som kan användas av personalen i klinisk praktik. Den lägsta nivån är övertalning, varefter följer utnyttjande av den personliga relationen, belöning, hot och i slutänden formellt tvång, inklusive fysiskt sådant.

I litteraturen förekommer även begreppet upplevt tvång, vilket utgår från patientens perspektiv och överlappar det formella och informella tvånget. Även frivilligt vårdade patienter uppfattar ganska ofta tvång i psykiatrin (Valenti et al. 2013; Wallsten & Kjellin 2004; Kjellin et al. 2004). Skillnaden mellan frivillig vård och tvångsvård kan ur patientens perspektiv ofta uppfattas vara otydlig och känslan av tvång i vården är inte alltid relaterad till huruvida patienten i juridisk mening är tvångsvårdad eller inte (Wallsten, Kjellin & Lindström 2006; Katsakou et al. 2011; Katsakou & Priebe 2007). Som orsak till upplevelsen av tvång har patienter uppgett att de inte ansåg behandlingen som relevant, inte hade fått medverka i tillräcklig omfattning i vården och inte kände sig respekterade (Kjellin et al. 2004; Katsakou et al. 2011; Katsakou & Priebe 2007; Valenti et al. 2013). I en studie (O'Donoghue et al. 2014) rapporterade 22 procent av patienterna i frivillig vård lika höga nivåer av upplevt tvång som tvångsvårdade patienter. Frivilligt vårdade patienter som upplevt mycket tvång bedömde ofta att om de inte hade anpassat sig till behandlingen så hade de troligen blivit utsatta för tvångsåtgärder.

Personalens juridiska möjlighet att använda tvång mot patienter kan alltså färga av sig till den frivilliga vården, vilket har beskrivits som att miljön i psykiatrin kan uppfattas som en tvångskontext (Sjöström 2006). Szmukler (2015) talar om psykiatrins "tvångsskugga" (*coercion shadow*), det vill säga en rädsla många patienter har för att bli utsatt för tvång om man inte accepterar föreslagna åtgärder.

Det har bedrivits en omfattande forskning om formellt och upplevt tvång under de senaste decennierna men hittills har det genomförts relativt få empiriska stu-

dier kring informellt tvång, speciellt utifrån ett personalperspektiv (Hotzy & Jaeger 2016).

Bakgrund

Inom modern hälso- och sjukvård är respekt för patientens självbestämmande en grundläggande princip (Beauchamp & Childress 2013). Denna princip fastställdes i efterdyningarna av andra världskriget i International code of medical ethics (WMA 1949), där det framhålls att läkaren ska respektera den kompetenta patientens rätt att acceptera eller vägra en medicinsk behandling. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 2017:30) uttrycks detta genom att vården ska ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” (5 kap. 3 §). Psykiatrin är en av de få verksamheter inom hälso- och sjukvården där tvång mot patienter kan användas, vilket kan ske enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SFS 1991:1128) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) (SFS 1991:1129). Enligt LPT får tvångsvård endast ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och har ett oundgängligt behov av psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller behöver ha särskilda villkor för att ges nödvändig vård (öppen psykiatrisk tvångsvård). Vid sluten psykiatrisk tvångsvård ger LPT möjlighet att använda tvångsåtgärder, som tvångsmedicinering i behandlingssyfte eller en begränsning rent fysiskt för att inte skada sig själv eller andra. Eftersom tvångsvård innebär en kraftig begränsning av patientens autonomi betonar lagstiftningen vikten av att patienten ska få möjlighet att vara så delaktig som möjligt i sin egen vård.

Traditionellt har psykiatrisk vård bedrivits på mentalsjukhus med tvång. Frivillig psykiatrisk vård etablerades långsamt. År 1929 infördes möjligheten att själv ansöka om intagning på sinnessjukhus, men patienten gavs ändå inte rätt att bestämma om när hen skulle lämna sjukhuset. Denna så kallade kvarhållningsrätt avskaffades först 1959. Parallellt byggdes dock från 1940-talet och framåt upp psykiatriska lasarettkliniker med frivillig vård (Grönwall & Holgersson 2018). De tidiga mentalsjukhusen kan karakteriseras som personalcentrerade institutioner där vårdpersonalen hade en oklar roll i behandlingen (Norvoll 2007). Patienterna sågs ofta som obotliga och personalens roll var att upprätthålla de dagliga rutinerna samt se till att patienterna var lugna och anpassade till institutionens regler. Den här dubbla rollen för psykiatrin, att ge behandling och samtidigt utöva social kontroll av patienterna, har intresserat forskare inom de socialvetenskapliga vetenskaperna (Foucault 2010; Norvoll 2007). Många var kritiska till de traditionella mentalsjukhusen och på 1960- och 1970-talen tog avinstitutionaliseringen fart och den öppna psykiatriska vården utvecklades (Norvoll 2007). I Sverige påbörjades denna utveckling först på slutet av 1970-talet då det fanns över 30 000 vårdplatser i psykiatrin. De hade minskat till cirka 5 000

runt år 2000 (Lindqvist, Meeuwisse & Sunesson 2010) och var omkring 3 000 i en mätning från 2017 (Uppdrag psykisk hälsa 2018a, 2018b). Personer med varaktiga psykiska funktionshinder har i stället getts möjligheten att få kommunalt boende eller boendestöd. Avinstitutionaliseringen av psykiatri har medfört att antalet vårdplatser i slutenvården är få i förhållande till antalet patienter (Lindqvist et al. 2010; Chow & Priebe 2013).

Den här utvecklingen har skapat nya problem för den psykiatriska vården där patienter inte alltid har fått den behandling de behövt (Peele & Chodoff 2009; Sisti, Segal & Emanuel 2015). Ett av sätten att möta problemet har i många länder varit att förändra lagstiftningen så att den möjliggör tvång i den psykiatriska öppenvården. I Sverige kom denna lagändring år 2008 och motiverades då av ett behov att ge en bättre och individuellt anpassad vård och behandling (Socialdepartementet 2007). Förändringen innebär flera problematiska aspekter, bland annat att fler patienter riskerar att utsättas för tvång under längre tid (Zetterberg 2018; Kjellin & Pelto-Piri 2014), vilket är allvarligt med tanke på att det inte finns några studier som indikerar att vårdformen är effektiv (Rugkåsa 2016). Det minskade antalet psykiatriska vårdplatser har emellertid också inneburit att den psykiatriska slutenvården till ökande grad präglas av tvångsvård (psykiatrins tvångskontext, se ovan), eftersom kvarvarande vårdplatser till större del än tidigare upptas av tvångsvårdade patienter. Vid endagsinventeringar som Socialstyrelsen genomfört ökade andelen vårdade enligt LPT och LRV av samtliga inneliggande patienter från 24 procent 1991 till 44 procent 2008 (Socialstyrelsen 2009).

Studiens utgångspunkter

Den här studien utgår från Szmukler och Appelbaums (2008) ovan nämnda tankar om att det finns en hierarki av fem former av tvång, från mildare till starkare former, som en behandlare kan använda för att få en patient att bli följsam gentemot behandlingen. Den mildaste formen är *övertalning*, då en diskussion förs med patienten om behandlingens olika för- och nackdelar. Även om behandlaren argumenterar för en viss behandling, lyssnar denne på och respekterar patientens argument. Den andra formen är *utnyttjande av den personliga relationen* som finns mellan behandlaren och patienten. Den bygger på att patienten har ett känslomässigt beroende till den aktuella behandlaren och därmed kan vara villig att uppfylla dennes önskemål. Den tredje formen är *belöning*. Behandlaren kan antyda att patienten kommer att få extra stöd eller tjänster om denne samtycker till att delta i den föreslagna behandlingen. Den fjärde formen är *hot*, där behandlaren kan antyda att tjänster och stöd kan komma att dras in eller att användningen av tvångsvård ska övervägas om patienten inte följer behandlingen. Den femte formen är *formellt tvång* som i Sverige beslutas om med stöd av LPT eller LRV.

Tidigare studier har identifierat stora skillnader mellan länder i Europa när det gäller den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen samt en stor variation i tillämpningen och omfattningen av formell tvångsvård (Salize & Dressing 2004; Kallert et al. 2005; Kallert & Torres-González 2006; Sheridan Rains et al. 2019), men det finns endast en större internationell jämförande studie av informellt tvång (Valenti et al. 2015). Studien genomfördes i tio länder, däribland Sverige, och visade att personalen ansåg att det var effektivt att använda sig av informellt tvång men att de samtidigt beskrev att användningen var problematisk (Valenti et al. 2015). Den här artikeln bygger på det svenska empiriska materialet från ovanstående studie.

Syftet med studien var att beskriva hur psykiatrisk personal i Sverige reflekterar över formerna för, och användningen av, informellt tvång i psykiatri. Mer specifika frågeställningar var om personalen kunde bekräfta de av Szmukler och Appelbaum identifierade formerna av tvång, om de därutöver kände till användning av andra former av informellt tvång samt hur de resonerade kring användningen av samtliga tvångsformer.

Metod

Design och forskningsetik

Vi använde fokusgruppsintervjuer som metod eftersom syftet var att skapa ett reflekterande samtal bland behandlare om informellt tvång mot patienter i psykiatri. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Den här studien är en separat analys av det svenska materialet från en internationell studie som genomfördes i tio länder (Valenti et al. 2015). Studien hade ett studieprotokoll med instruktioner för till exempel urval av kliniker och deltagare samt intervjuguide och instruktioner för hur fokusgrupper skulle genomföras.

Urval

Ett riktat urval användes med avseende på medverkande institutioner och deltagarnas yrken, vilka enligt det internationella studieprotokollet skulle vara psykiatriska kuratorer, sjuksköterskor och läkare. Tre fokusgrupper från allmänpsykiatriska kliniker och en fjärde från en rättspsykiatrisk klinik, belägna på tre olika orter i två län, inkluderades. Deltagare rekryterades både från öppen- och slutenvården. I varje fokusgrupp deltog 5 personer. Sammanlagt ingick 20 personer i studien, 13 kvinnor och 7 män, och av dem var 9 kuratorer, 7 sjuksköterskor och 4 läkare. 4 personer hade 1–5 års erfarenhet av psykiatri, medan resterande 16 personer hade mer än sex års erfarenhet, varav 5 hade över 30 år.

Fokusgruppsintervjuer

Fokusgruppen hade en handledare och en observatör. Deltagarna fick inledningsvis information om studiens upplägg. De fick veta att det var frivilligt att delta och att de när som helst hade rätt att avsluta sin medverkan. Vi följde en intervjuguide och inledde med att presentera de fem formerna av tvång enligt Szmukler och Appelbaum (2008). En diskussion om dessa och andra sätt att utöva påtryckningar på patienter efterfrågades. Efter diskussionen presenterades två vinjetter som vardera innehöll en kort berättelse om en patient med svår psykisk sjukdom. Den första patienten var en 30-årig kvinna med bipolär sjukdom som hade haft ett antal inläggningar på sjukhus under de senaste åren. Mellan slutenvårdsepisoderna hade hon mått bra så länge hon accepterat medicinering och stöd från personal. Den andra patienten var en 40-årig man med kronisk schizofreni som bodde i en egen lägenhet, var socialt isolerad och hade en tendens till att försumma sig själv. Han hörde röster och trodde att grannar spionerade på honom. Efter att patientens problematik beskrivits, beskrevs hur respektive patient stegvis blev sämre i sitt psykiska mående eftersom hen vägrade ta sin medicin. Den behandlande personalen i vinjetten använde sig först av övertalning, och därefter utnyttjade de den personliga relationen, belöning, hot och till sist formellt tvång. Syftet var att få till ett reflekterande samtal för att identifiera vilka former av tvång som deltagarna kunde anse som acceptabla samt hur de i så fall var lämpliga att använda. Samtliga fokusgrupper spelades in som ljudfil och transkriberades av observatören.

Analys

Kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004) användes för att söka efter intervjutext som på något sätt beskrev händelser med, eller reflektioner kring, tvång mot patienter. Meningsenheterna plockades ut från intervjutexterna och kodades i NVivo. Först sökte vi efter de fem former av tvång som Szmukler och Appelbaum (2008) identifierat vid psykiatrisk behandling, vilket gjordes med en deduktiv ansats (Hsieh & Shannon 2005). Eftersom det finns forskning som tyder på att psykiatrin generellt kan ses som en tvångskontext, ville vi därutöver också identifiera eventuella andra former av tvång som personal uppfattade att psykiatris patienter utsattes för. De nya formerna av tvång och de reflektioner som inte kunde identifieras som att de tillhörde en specifik form av tvång analyserades med induktiv ansats (Hsieh & Shannon 2005). Även i det här fallet kodades materialet för att därefter skapa kategorier vars antal minimerades efter hand. När den slutliga tolkningen gjordes, valdes kategorier och subkategorier som i det närmaste kunde beskriva materialet i sin helhet. Den ursprungliga texten var tillgänglig under hela analysen för att vi skulle kunna pendla mellan helheten och delarna i texten.

Resultat

I materialet finns reflektioner om olika former av tvång och mer generella reflektioner om användningen av tvång, eftersom vi efterlyste ett samtal om det. I intervjuguiden fanns inga uttalade frågor om tvång från andra intressenter, men tankar om det kom upp i samtalen. De generella reflektionerna i fokusgrupperna handlade i huvudsak om att ha en professionell attityd till att hantera och förebygga tvång. Utifrån detta har vi valt att presentera deltagarnas berättelser och reflektioner under tre kategorier: 1) former av tvång i psykiatri, 2) tvång från andra intressenter samt 3) professionalitet och tvång (tabell 1).

Tabell 1. Kategorier och subkategorier som konstruerades i analysen.

Kategori	Subkategorier	
	Deduktiv analys utifrån Szmukler och Appelbaum	Induktiv analys
Former av tvång i psykiatri	Övertalning Utnyttjande av den personliga relationen Belöning Hot Formellt tvång	Att lura patienten Uppfostrande attityd Användning av regler och rutiner
Tvång från andra intressenter		Anhöriga Andra myndigheter
Professionalitet och tvång		Betydelsen av personalens förhållningssätt Tydlig kommunikation Individanpassad vård Samarbete och samverkan

Former av tvång i psykiatri

Nedan presenteras deltagarnas resonemang kring de fem former av tvång som Szmukler och Appelbaum (2008) identifierat.

Övertalning

Några av deltagarna hade svårt att acceptera att övertalning skulle kunna ses som informellt tvång. Olika former av övertalning beskrevs som vanligt förekommande och användes enligt vissa deltagare i nästan varje patientsamtal.

Jag tänker om en patient som är på HSL vill ut, som inte får komma ut. Är det inte där man börjar, att man försöker liksom förklara och övertala att det är bäst att ...

Deltagarna beskrev övertalning som ett tillfälle när de gav patienten information om vilka alternativ som fanns och när de försökte motivera till behandling, ibland med tekniken motiverande samtal. De gav också information om vilka konsekvenser som kunde uppstå om patienten inte accepterade behandlingen. Vissa deltagare påpekade vikten av att förklara tydligt på en nivå som patienten förstår och att vara övertygande.

Övertalning beskrevs även som att det kan vara ett erbjudande som ges till patienten eller en förhandling, men att det också kan riskera att bli en påtryckning mot patienten. När det gäller ambivalenta patienter kunde personalen lirka med dem för att få dem följsamma. Patienten kan vid övertalning få ett val, till exempel vid medicindelning om hen vill ha en tablett eller en spruta, för att hen ska få känna sig delaktig. Alternativet att inte ta medicinen presenteras då inte. Patienter som hade varit länge i psykiatri kunde redan i övertalningssituationen förstå att de inte hade något reellt val.

Jag har varit med om patienter som lägger upp skinkan och säger: "Jag vet vart ni vill komma. Jag vill inte ha sprutan, men kör då så slipper vi den här kvarten, tjugo minuterna." De vet ändå att det är där vi kommer att hamna och det är nästan ännu mer tragiskt för då har de blivit kvästa av vården gång på gång. De har resignerat lite grann.

Utnyttjande av den personliga relationen

Många av deltagarna beskrev att en personal som kände en patient väl och hade en god relation lättare kunde utöva påverkan. Vissa kunde använda sin relation till patienten genom att säga "jag blir orolig för dig". De kunde påpeka för patienten att eftersom de känt varandra lång tid så kände de som personal igen patientens symtom och kunde förutsäga en negativ utveckling om patienten inte tog sin medicin. De kunde även ta upp att de hade kännedom om patientens familj eller närstående och att beslut som patienten tar om sin behandling kommer att påverka även dessa relationer.

Inställningen till om den personliga relationen skulle användas i en övertalningsprocess skilde sig mellan de olika deltagarna. Vissa menade att det är fel att använda sig av den personliga relationen medan andra menade att de nästan alltid använde sig av den, eftersom de hade fått ett förtroende från patienten och att de hade en allians.

Alltså informellt tvång ligger väl lite i just det här du säger när man anspelar på någon slags vårdande relation. Det ligger ju i ett motiveringsarbete att göra sådär. Det är ju någonting som i grunden är ganska bra, tänker jag. Att man försöker motivera till vad man nu vill göra.

Att olika behandlare hade olika nära relation med olika patienter kunde vara användbart även i det praktiska arbetet med en patient. Deltagarna beskrev att det ibland kunde vara lättare för en personal som kände till patienten att få hen att ta emot sin medicin. Vissa patienter kunde vara misstänksamma mot någon i personalgruppen och då kunde det gå lättare om en annan personal tog hand om patienten.

Belöning

Deltagare menade att personalen kunde erbjuda patienten någon slags belöning om denne gick med på det föreslagna erbjudandet, som oftast handlade om mediciner. Belöningen kunde röra sig om att få en extra cigarett, kaffe eller en promenad. Deltagarna kunde inte se några större problem med sådana mer symboliska belöningar som inte påverkar stödet eller behandlingen som patienten har rätt till. Att använda stöd eller behandling som en belöning sågs däremot som väldigt problematiskt.

Det var viktigt för personalen att informellt tvång, främst avseende belöning och utnyttjande av den personliga relationen, inte uppfattades som utpressning. Nedan finns ett citat ur en diskussion om huruvida man ska hjälpa patienten att få stöd från socialtjänsten att köpa en tv som en belöning för följsamhet.

Personal 1: Det är liksom hans rättighet på något sätt att ha en tv. Nej, det vet inte jag. På det sättet skulle inte jag ha använt det.

Personal 2: Ja, alltså det känns mer som utpressning, ren faktisk utpressning.

Hot

Om patienten inte efter övertalning gick med på ett förslag från personalen kunde det vara så att personalen övergick till att hota patienten. Hoten kunde handla om att ringa efter läkaren, att få en injektion med tvång eller att bli tvångsinlagd.

Tar du inte medicinen måste jag ringa till doktorn, och imorgon så har du permission och då vet vi inte vad som händer med den.

Deltagarna diskuterade gränsen mellan att ge information och att hota. De var medvetna om att det förekom dolda hot i patientarbetet, men det framkom olika syn på hur det påverkar patienterna. Flera deltagare beskrev att användandet av hot resul-

terade i att patienter blev besvikna, och att hot kunde upplevas som skrämmande och negativt. En deltagare däremot beskrev att patienten sällan uppfattar det informella tvånget som ett tvång, utan mer som att man får olika förslag.

Öppen tvångsvård ansågs problematiskt av vissa deltagare. Om patienten inte var följsam till behandlingen fanns inga andra alternativ än att hota med en tvångsinläggning.

Formellt tvång

Deltagarna diskuterade gränsen mellan informellt och formellt tvång. Uppfattningarna om när informellt tvång var berättigat att använda innan formellt tvång tillgreps skilde sig åt mellan deltagarna. Några hävdade att personalen in i det sista ska försöka att övertyga patienten att själv gå med på de föreslagna åtgärderna, eftersom det var skonsammare, gav patienten ett val och någon sorts delaktighet.

Att ge patienten ett val fast det egentligen inte är ett val. Det handlar om att tillsynas ge patienten ett redskap så att säga, en påverkansmöjlighet. "Vill du ha sprutan i höger eller vänster skinka." Det är helt irrelevant egentligen vilken skinka sprutan sitter i, men jag inbillar mig ibland i alla fall att det kan få den som blir utsatt för tvång att få någon form av delaktighet i det hela.

Andra hade motsatt uppfattning, det vill säga att det i vissa fall var bättre att genomföra en tvångsåtgärd relativt tidigt i processen. Om man använder informellt tvång kan det bli långdraget och patienten kan bli mer upprörd och kränkt än nödvändigt. De menade att det var tydligare och ärligare gentemot patienten att använda formellt tvång. Några deltagare menade att det ibland kan vara så att patienten ges ett val som är ett icke-val för att behandlaren ska känna sig lite bättre själv. Vissa resonerade att patienter kunde känna sig besvikna och manipulerade genom att de hade gått med på en behandling som de egentligen inte ville ta emot. Andra menade att informellt tvång ibland kunde förvärra situationen genom att stressa upp patienten.

I den induktiva analysen framkom tre ytterligare former av informellt tvång som personalen rapporterade om: 1) att lura patienten, 2) att ha en uppfostrande attityd samt 3) att använda regler och rutiner.

Att lura patienten

Frågan om att lura i patienter medicin som de inte ville ha diskuterades. Deltagarna menade att det var fel att ge patienten medicin utan att denne var medveten om det, men trots det så hade en personal gjort det. På frågan om det var acceptabelt att lura patienter var svaret:

Jag vill säga nej, men likt förbannat så la jag ju den där jävla tabletten på mackan, så nej ah. Då är det väl okej då?

Deltagarna menade att personal i de här fallen hellre borde använda en formell tvångsåtgärd eftersom det finns att tillgå, vilket inte är möjligt inom de flesta andra sektorer av vården.

Uppfostrande attityd

Deltagarna beskrev situationer då de tenderade att ha en uppfostrande attityd gentemot patienterna. Exempel på uppfostrande åtgärder var till exempel att inte spara någon mat till patienten om hen kom för sent till middagen eller att de inte fick äta i matsalen om de luktade illa.

Vi ramlar lätt in i att vara uppfostrande och tror att det är barn vi arbetar med. Vi lägger våra värderingar på hur livet ska se ut.

Personalen beskrev att de ibland får förklara för patienter att de måste leva upp till vissa normer och regler i samhället. Två av kraven som nämndes var att man måste betala sin hyra och kunna bete sig korrekt mot sin arbetsgivare.

Patienten var så väldigt arg på sin arbetsgivare och sa att vid det här mötet så skulle den minsann läxa upp sin chef. Då fick jag ju säga till den här patienten: "Nej, du kan inte bete dig så här på det här mötet, för att då kanske du förlorar ditt jobb. Förlorar du ditt jobb så blir det ännu svårare för dig att hitta ett annat jobb." Där fick jag verkligen gå in så att den personen skärpte till sig på det här mötet.

Personal fortsätter att stödja patienter även när de inte sköter sig i samhället men kan informera dem om att de kanske inte alltid kommer att lyckas med att "rädda patienten".

Användning av regler och rutiner

Personal beskrev hur formella och informella regler på avdelningen skapade tvång för patienter. Något som deltagarna ofta återkom till i samtalen var det system med vårdgrader som fanns för patienter som var inlagda inom slutenvården. Det kunde innebära att patienten inte fick lämna avdelningen utan godkännande av läkaren, även om patienten var inlagd frivilligt enligt HSL. Att miljön på avdelningen var densamma oavsett om patienterna var inskrivna frivilligt eller under tvångsvård belystes också av deltagarna. En del patienter måste leva med låsta dörrar och kontroll trots att de egentligen är vårdade frivilligt.

Det är ganska mycket vi säger åt dem. Du får inte dricka kaffe när du vill, du får inte röka när du vill, du får inte ha på dig de kläder som du vill. Hos oss gäller det både HSL- och LPT-patienter. Det om någonting är väl informellt tvång, att de som inte ens ska möta tvång gör det i alla fall i stor utsträckning.

Personal beskrev också att de kunde kräva att patienten lämnar urin- eller blodprov för att bli erbjudna kontakt på mottagningen eller medicinering.

Tvång från andra intressenter

Anhöriga

En del patienter hade enligt deltagarna inte anhöriga som kunde stödja dem. När det finns aktiva anhöriga kan de påverka processen genom att läkare och andra tar hänsyn till deras oro. Anhöriga kunde också hota patienten med att inte vilja ha med dem att göra om de inte tog emot den erbjudna behandlingen.

Hotet det är ju inte bara hot från oss, våra åtgärder, utan många gånger är det hot från anhöriga. "Lägger inte du in dig, tar du inte emot medicinen nu då tar vi vår hand ifrån dig." De är bland de hårdaste hoten som egentligen finns, att de bli... De är redan ensamma och ska de då förlora den som betyder mest för dem.

Deltagare kunde också använda sig av det faktum att patienten har anhöriga, till exempel vid suicidrisk, men de ville göra det på ett sätt som inte la skuld på patienten.

Andra myndigheter

Ibland rapporterades andra myndigheter utöva tvång mot psykiatrins patienter. Socialtjänsten eller en annan myndighet kan kräva att patienten genomgår en viss behandling i rehabiliteringssyfte för att få bidrag. Det uttrycktes vara svårt för personalen att behandla patienter under dessa omständigheter eftersom det riskerar att minska patientens motivation. Patienten kan då utebli från möten eller inte vara följsam mot medicineringen, men komma tillräckligt ofta till behandlingsmöten för att få fortsatt bidrag. Risken att bli av med sin sjukersättning kan också förhindra patienten i sin återhämtning.

Jag har hanterat den ibland genom att säga: "Jag kommer inte att skvallra om du mår bättre. Det vill säga att jag kommer inte att tala om för doktorn, utanför det här rummet, om du mår bättre. Utan det får du göra själv. Det får du hantera som du vill. Vill du gå till doktorn och lura den att fortsätta att sjukskriva dig, så är det din sak." Det där är ett dilemma som man har som terapeut.

Det fanns dock fall där deltagare menade att de måste kommunicera med andra myndigheter. Det kunde även vara så att de informerade patienten om att de ska anmäla till socialtjänsten att patienten inte vill genomgå sin behandling, att de ska söka förvaltare åt patienten eller göra en orosanmälan eftersom patienten som vårdnadshavare var alltför sjuk för att ta hand om sina barn. Dessa slags kontakter kan av patienten uppfattas som ett hot om kommande tvång och inte som ett stöd. Det fanns också tillfällen då deltagare uppfattade det som att andra myndigheters personal hotade med psykiatri.

Professionalitet och tvång

Betydelsen av personalens förhållningssätt

Betydelsen av personalens förhållningssätt till patienter diskuterades av deltagarna i fokusgrupperna. Det har betydelse hur personalen betar sig eftersom patienterna ofta läser av personalen. Deltagare menade att förhållningssättet man har gentemot patienten är viktigt i vardagliga möten. Man bör kunna sitta bredvid, prata med och försöka närma sig patienten. Speciellt avgörande ansågs förhållningssättet vara vid informellt eller formellt tvång. Deltagarna menade att övertalning, belöning eller hot, när det gjordes på rätt sätt, kan vara olika sätt att underlätta för och motivera patienten. Patienter kan då förstå varför vissa åtgärder behövs eller få hjälp att göra val utifrån de realistiska alternativ som finns. Däremot ansågs att det gäller att vara försiktig när man använder informellt tvång. Personal ska undvika att bete sig på ett sätt så att patienten känner sig utpressad i vårdsituationen. Det uppgavs dock finnas situationer där personal inte var lika försiktig med informellt tvång. De kunde i vissa situationer välja att vara många personal för att få en patient att anpassa sig till personalens vilja, vilket oftast fungerade, men en deltagare beskrev ett fall där patienten blev livrädd och därför väldigt våldsam.

Flera deltagare efterlyste bättre utbildad personal, vilket också skulle kunna höja kvaliteten i vården och i hanteringen av tvångsåtgärder. Även starka känslomässiga reaktioner från personalen diskuterades i en fokusgrupp, där deltagarna ansåg att det måste få vara tillåtet för personal att bli arg ibland och att det kunde vara bra gentemot vissa patienter. Samtidigt undrade de om det var professionellt att göra så.

Det är klart att man måste få bli förbannad ibland. Jag kan känna ibland och ge uttryck för en ilska. När man har jobbat med en patient under lång tid och så sitter han och suicidhotar. Vad fan, jag menar: "Här lägger jag och vården ner massa tid på dig och så sitter du här och säger att du ska gå hem och ta livet av dig, vad fan är det för någonting?" Sådana tuffa situationer kan det bli. Många av våra patienter behöver de hårda interventionerna för att de är så empatistörda en del av dem.

Tydlig kommunikation

Att ge tydlig information var en annan faktor som återkom i deltagarnas diskussioner. Deltagare diskuterade om var skiljelinjen går mellan hot och information.

Visst är det ett hot, men det är också en tydlighet från vårdens sida. Vi tror inte att det här kommer att fungera. Vi kan se det som har varit, att det har inte fungerat. Så vi kan inte längre på allvar tro att det här kommer att fungera nästa gång heller. Vi är inte villiga att ge dig en chans till att få säga nej.

De ansåg att hur man lyckas förklara konsekvenser av de val som patienten hade att välja mellan kunde uppfattas som hot om personalen inte kommunicerade konsekvenserna på ett bra sätt. Tydlig i kommunikationen kunde också handla om att i god tid förvarna patienten om behovet att ta kontakt med socialtjänst eller andra myndigheter, göra en vårdplan för patienten eller att skriva kontrakt med patienten om hur behandlingen ska se ut när denne insjuknar igen.

Deltagarna menade att brist på information och delaktighet kan göra att patienten upplever mer tvång än vad som är nödvändigt. På en enhet hade man erfarenheten att om patienten var väl informerad om regelverket så resulterade det i att informellt tvång användes mer sällan.

Individanpassad vård

Det fanns deltagare som menade att om vården blev mer individanpassad skulle behovet av tvång minska och det informella tvånget mot patienten skulle då användas på ett bättre sätt. För att förebygga informellt tvång behöver personalen ha en förmåga att se tidiga tecken på insjuknande och möta upp patienten på rätt nivå. Det uppgavs redan finnas en individanpassning i mötet med patienter, där till exempel hur patienten betett sig tidigare kan påverka vilket slags tvång som används. Avdelningsrutiner gör däremot att vården blir mindre individanpassad.

PIVA¹-vården är anpassad efter de 20 procent som mår allra sämst. De resterande 80 procent får dras med i det där. Man skjuter med hagelbössan lite grann, man träffar stort. Det där kan jag tycka att vi skulle behöva jobba med, att individanpassa vården. Att veta var vi har våra patienter sett till risk för hot och våld, risk för suicid. För att individanpassa bättre. Skulle vi göra det så tror jag att mycket av det tvång som spiller över på HSL-patienterna skulle minska.

1 Psykiatrisk intensivvårdsavdelning.

Det framkom även en vilja att förstå patienternas tankar om varför de inte vill ta sina mediciner, för att därigenom få veta om eventuella biverkningar. Flera deltagare poängterade hur viktigt det är att prata med patienten efter konfliktfyllda möten för att ta reda på hur patienten hade upplevt situationen, eftersom det är väldigt individuellt hur en patient upplever formellt och informellt tvång. Deltagarna menade att de borde bli bättre på denna uppföljning.

Samarbete och samverkan

Att samverka i personalgruppen och över organisationsgränser nämndes som en faktor för att förebygga tvång. Att arbeta tillsammans med och stödja personal på kommunala boenden skulle kunna motverka inläggningar i slutenvård. Sedan behöver patienter också förstå vilka krav andra myndigheter ställer.

Det kanske är bättre om man tar det här samtalet långt innan. Att man förklarar att om det skulle vara så att vi får en oro för barnen, då har vi anmälningsskyldighet. Att man tar det innan det har gått så långt. Så att hon också är införstådd med det, tänker jag. Så att det inte framställs som ett hot, utan i stället mer som en hjälp man kan få via socialtjänsten.

Att personalen i psykiatrin sinsemellan var överens togs också upp av deltagarna som viktigt. Flera deltagare efterlyste diskussioner om hur man använder informellt tvång eftersom det är vanligt förekommande i psykiatrin, och för att personalgruppen bör hantera informellt tvång på ett likartat sätt.

Diskussion

Deltagarna i fokusgrupperna beskrev användandet av informellt tvång som vanligt förekommande, enligt vissa i princip under samtliga patientmöten. Samtidigt fanns det en tveksamhet till att använda sig av informellt tvång. Det rättfärdigades ofta, liksom i en norsk studie (Wynn 2003), genom argumentet "för patientens bästa" och kunde användas när en formell tvångsåtgärd ansågs vara orimlig, olämplig eller riskerade skada patienten mer än informellt tvång.

Resultaten från den deduktiva analysen bekräftar Szmukler och Appelbaums (2008) hierarkiska kategorisering av tvång. Deltagarna uttryckte att informellt tvång kunde ses som en steg med olika former och grader av tvång, och ibland kunde flera olika former användas i samma patientmöte. Det började oftast med övertalning, där personalen inledningsvis förklarade och gav information om vilka alternativ som fanns för patienten, vilket sedan ofta övergick i övertalning eller i att använda den personliga relationen. I akuta situationer kunde det inträffa att personalen inte

använde en stegvis metod utan gick direkt till att informera om att en viss åtgärd måste vidtas och därefter verkställde en tvångsåtgärd om inte patienten accepterade behandlingen.

Szcmukler och Appelbaums (2008) former av tvång är fokuserade på patientens följsamhet till behandlingen. Vi fann i den induktiva analysen därutöver även tre andra former av tvång: 1) att lura patienten, 2) att använda regler och rutiner samt 3) att ha en uppfostrande attityd. Vår tolkning är att de här formerna inte täcks in av Szcmukler och Appelbaums hierarki. Att lura patienten eller ha en uppfostrande attityd, att behandla patienterna som barn, kan ses som en informell tvångsåtgärd, då förfarandet avser att få patienten att göra något som hen inte önskar. När det gäller att använda regler och rutiner reflekterade flera, trots att vi inte hade direkta frågor om organisationen, över hur det finns ett strukturellt tvång mot patienter i psykiatrin. Dessa tre former som vi fann var inte enbart vara relaterade till patientens följsamhet till behandling utan handlade ofta lika mycket om en allmän disciplinering till institutionsmiljön. Det gör att personalen i sina berättelser fokuserade mer på det organisatoriska tvånget än vad Szcmukler och Appelbaum gör i sina fem kategorier av informellt tvång.

Andra myndigheter, som vi inte heller frågade efter, rapporterades kunna koppla försörjningen till att delta i behandling, vilket flera deltagare menade var problematiskt. Det ansågs alltså inte enbart vara psykiatrin som står för det informella tvånget. Det är inte unikt för Sverige (Monahan 2011), men deltagarna i vår studie betonade att behandling eller stöd inte får användas som belöning. Däremot uppgavs tvång om provtagning förekomma för att få vård när det gäller till exempel missbruk, eftersom deltagarna såg det som en nödvändig del i vårdförloppet.

I den internationella studien (Valenti et al. 2015), där den här studien ingår, var resultatet att familjen i de latinska länderna var viktigare i vårdprocessen än i Nordeuropa och Nordamerika. Även i det svenska materialet kunde dock deltagarna i studien använda sig av det faktum att patienten hade familj och hänvisa till att goda behandlingsresultat gynnade patientens relation till familjen. Deltagarna var måna om att patienten skulle lyckas upprätthålla sina sociala kontakter och sitt arbete om de hade en anställning.

Synen på att använda tvång varierade stort mellan deltagarna i studien. Dels handlade det om hur känsliga deltagarna ansåg att patienterna var för informellt tvång. Några deltagare trodde att patienter uppfattade informellt tvång som förslag, medan andra trodde att informellt tvång gjorde patienter besvikna och kunde skada deras relation till patienten. Dels fanns det stora skillnader avseende hur olika personal uppfattade användningen av olika former av tvång. Variationsrikedomen var störst när det gällde när och i vilken omfattning personal borde använda sig av den personliga relationen och hur snabbt det var berättigat att använda formellt tvång. I det senare

fallet var konflikten mellan å ena sidan att det var ärligare att direkt säga att en åtgärd var nödvändig och använda formellt tvång om patienten vägrade, och å andra sidan att det var skonsammare för patienten om personalen använde informellt tvång. I en studie i Norge (Molewijk et al. 2017) fann man också stora skillnader mellan personalens syn på att använda formellt tvång. Ungefär hälften av personalen gjorde aldrig eller sällan moraliska reflektioner om att använda tvång, medan den andra halvan kunde göra sådana reflektioner ibland.

I en studie av Lütznén (1998) såg personalen inte några större problem med att använda informellt tvång. Våra resultat visar på en större samstämmighet om att vara försiktig med informellt tvång för att patienten inte ska uppfatta personalens beteende som utpressning. Därför ska till exempel en belöning vara symbolisk, i form av cigarett, kaffe eller promenad. Att använda behandling eller stöd som belöning, eller hota med att inte ge behandling eller stöd, sågs som utpressning och oetiskt. Att möta patienten på ett positivt sätt och informera patienten om varför personalen väljer att göra på ett visst sätt minskar känslan av tvång enligt deltagarna i vår studie. Det finns annan forskning som stödjer en sådan tankegång: att patienter kan uppfatta även formellt tvång som något gott om de är medvetna om att det görs för att skydda dem själva eller någon annan (Loren, Hem & Molewijk 2015).

Det finns några svagheter i den här studien. Två av dem uppkom eftersom vi följde det internationella protokollet för studien. Det första var att urvalet av personal utelöst skötare vilka spenderar mest tid med patienter. Det andra var att frågeformuläret var relativt styrande vilket man brukar undvika vid fokusgruppsintervjuer. Detta är en liten studie och därför behöver fler studier om informellt tvång, dess former och hur det uppfattas av olika intressenter göras för att förstå informellt tvång i den svenska kontexten. I fortsatta studier bör man inte enbart fokusera på följsamhet till behandling, som vi gjorde i den här studien, utan också fråga om informellt tvång som en åtgärd för att disciplinera patienten till avdelningens regler och om tvånget som utövas av andra intressenter.

Deltagarnas reflektioner handlade ofta om värderingar och "vad som är gott" för patienten på ett implicit sätt. I en tidigare studie framkom att personal i psykiatri inte förefaller vara vana att diskutera utifrån etiska aspekter utan utgår från kliniska och juridiska utgångspunkter när det gäller det svåra mötet med patienter (Peltö-Piri, Engström & Engström 2014). Det är inte konstigt eftersom även många som arbetar med etikfrågor inte alltid anser att dessa frågeställningar, som vi kan kalla för "vardagsetik", är verkliga etiska frågeställningar (Hem, Molewijk & Pedersen 2014). Att inte se användandet av informellt tvång ur ett etiskt perspektiv utan enbart från ett juridiskt kan leda till, som vissa deltagare argumenterade för, att man snabbare använder formellt tvång. Att lösa problem kring informellt tvång juridiskt, med formellt tvång, kan leda till en avhumaniserad psykiatri där kommunikation med patienten

bortprioriteras. Det behöver klargöras om olika handlingsförslag verkligen handlar om att möta patienters behov eller enbart att lösa ett problem som personalen behöver hantera (Ejneborn Looi et al. 2014). Att betrakta psykiatrin som en unik moralisk praktik (Hem et al. 2018) innebär att det är viktigt att i personalgrupper skapa utrymme för etiska samtal om svåra vardagssituationer i vården.

Övrig medverkan och finansiering

Tack till Emanuele Valenti, European University of Madrid, och Stefan Priebe, Queen Mary University of London, som designade den internationella studien, samt Anna Rosén, som var bisittare vid intervjuer och skrev ut dem. Studien finansierades av Region Örebro län.

Referenser

- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013) *The principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Chow, W. S. & Priebe, S. (2013) Understanding psychiatric institutionalization. A conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13: 169.
- Ejneborn Looi, G. M., Gabrielsson, S., Sävenstedt, S. & Zingmark, K. (2014) Solving the staff's problem or meeting the patients' need. Staff members' reasoning about choice of action in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(6): 470–479.
- Foucault, M. (2010) *Vansinnets historia under den klassiska epoken (Histoire de la folie à l'âge classique)*. Lund: Arkiv förlag/A-Z förlag.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research. Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2): 105–112.
- Grönwall, L. & Holgersson, L. (2018) *Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning*. 6 uppl. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. & Pedersen, R. (2018) Ethical challenges when using coercion in mental healthcare. A systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25(1): 92–110.
- Hem, M. H., Molewijk, B. & Pedersen, R. (2014) Ethical challenges in connection with the use of coercion. A focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15: 82.
- Hotzy, F. & Jaeger, M. (2016) Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment. A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 7: 197.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9): 1277–1288.
- Kallert, T. W., Glöckner, M., Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Solomon, Z., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Nawka, P., Torres-González, F., Priebe, S. & Kjellin, L. (2005) The EUNOMIA project on coercion in psychiatry. Study design and preliminary data. *World Psychiatry*, 4(3): 168–172.
- Kallert, T. W. & Torres-González, F. (red.) (2006) *Legislation on coercive mental health care in Europe*.

- Legal documents and comparative assessment of twelve European countries.* Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
- Katsakou, C., Marougka, S., Garabette, J., Rost, F., Yeeles K. & Priebe, S. (2011) Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry Research*, 187(1–2): 275–282.
- Katsakou, C. & Priebe, S. (2007) Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment. Review of qualitative studies. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 16(2): 172–178.
- Kjellin, L., Andersson, K., Bartholdson, E., Candefjord, I. L., Holmstrom, H., Jacobsson, L., Sandlund, M., Wallsten, T. & Östman, M. (2004) Coercion in psychiatric care. Patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services. *Nordic Journal of Psychiatry* 58(2): 153–159.
- Kjellin, L. & Peltö-Piri, V. (2014) Community treatment orders in a Swedish county – applied as intended? *BMC Research Notes*, 7: 879.
- Kjellin, L., Thorsen, H., Bäckström, J., Wadefjord, A. & Engström, I. (2013) Etik och moralisk stress diskuteras sällan inom psykiatrin. Olika syn på etiska problem bland verksamhetschefer och personal, visar enkät. *Läkartidningen* 110(4): 150–153.
- Lindqvist, R., Meeuwisse, A. & Sunesson, S. (2010) Psykiatrins förändrade former. I: T. Goldberg (red.) *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Loem, G. F., Hem, M. H. & Molewijk, B. (2015) Good coercion. Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 24(3): 231–240.
- Lützen, K. (1998) Subtle coercion in psychiatric practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(2): 101–107.
- Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. & Aasland, O. (2017) Staff's normative attitudes towards coercion. The role of moral doubt and professional context. A cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1): 37.
- Monahan, J. (2011) Mandated psychiatric treatment in the community. Forms, prevalence, outcomes and controversies. I: T. W. Kallert, J. E. Mezzich & J. Monahan (red) (2011) *Coercive treatment in psychiatry. Clinical, legal and ethical aspects*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Norvoll, R. (2007) *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Avhandling. Oslo: Universitetet Oslo.
- O'Donoghue, B., Roche, E., Shannon, S., Lyne, J., Madigan, K. & Feeney, L. (2014) Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Research* 215(1): 120–126.
- Peele, R. & Chodoff, P. (2009) Involuntary hospitalization and deinstitutionalization. I: T. Hope, J. McMillan & L. Van Der Scheer (red.) *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, 211–228.
- Peltö-Piri, V., Engström, K. & Engström, I. (2014) Staffs' perceptions of the ethical landscape in psychiatric inpatient care. A qualitative content analysis of ethical diaries. *Clinical Ethics*, 9(1): 45–52.
- Rugkåsa, J. (2016) Effectiveness of community treatment orders. The International evidence. Efficacité des ordonnances de traitement en milieu Communautaire. Les données probantes internationales. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1): 15–24.
- Salize, H. J. & Dressing, H. (2004) Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184: 163–168
- SFS 2017:30. *Hälsa- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Stockholm: Socialdepartementet.

- Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B. & Johnson, S. (2019) Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks. An international comparative study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(5): 403–417.
- Sisti, D. A., Segal, A. G. & Emanuel, E. J. (2015) Improving long-term psychiatric care. Bring back the asylum. *JAMA*, 313(3): 243–244.
- Sjöström, S. (2006) Invocation of coercion context in compliance communication. Power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1): 36–47.
- Socialdepartementet (2007) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*. (Regeringens proposition 2007/08:70). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (2009) *Innehållet i den psykiatriska tvångsvården*. [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81_200912681.pdf] Hämtat: 2018-04-05].
- Szmukler, G. (2015) Compulsion and "coercion" in mental health care. *World Psychiatry*, 14 (3): 259–261.
- Szmukler, G. & Appelbaum, P. (2008) Treatment pressures, leverage, coercion and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health* 17(3): 233–244.
- Uppdrag psykisk hälsa (2018a) *Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatrin – Kartläggning 2017*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. [<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2018/05/Psykiatrin-i-siffror-2017-BUP.pdf>] Hämtat: 2020-06-02].
- Uppdrag psykisk hälsa (2018b) *Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatrin – Kartläggning 2017*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. [<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2018/05/Psykiatrin-i-siffror-2017-Vuxenpsykiatri-1.pdf>] Hämtat: 2020-06-02].
- Valenti, E., Banks, C., Calcedo Barba, A., Bensimon, C., Fritsch, R., Hoffmann, K-A., Pelto-Piri, V., Jurin, T., Marquez Mendoza, O., Mundt, A. P., Rugkåsa, J., Tubini, J. & Priebe, S. (2015) Informal coercion in psychiatry. A focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8): 1297–1308.
- Valenti, E., Giacco, D., Katsakou, C. & Priebe, S. (2013) Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of Medical Ethics*, 40(12): 832–836.
- Wallsten, T. & Kjellin, L. (2004) Involuntarily and voluntarily admitted patients' experiences of psychiatric admission and treatment. A comparison before and after changed legislation in Sweden. *European Psychiatry*, 19(8): 464–468.
- Wallsten, T., Kjellin, L. & Lindström, L. (2006) Short-term outcome of inpatient psychiatric care. Impact of coercion and treatment characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(12): 975–980.
- WMA *International code of medical ethics* (1949, first adopted). [<https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>] Hämtat: 2018-01-17]
- Wynn, R. (2003) Staff's choice of formal and informal coercive interventions in psychiatric emergencies. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2(2): 157–164.
- Zetterberg, L. (2018) *Tvångsvård i frihet. Tillkomst, implementering och rättstillämpning av öppen psykiatrisk tvångsvård*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet.