

Patienter med psykosjukdom och deras uppfattningar om omhändertagandet vid tvångsvård: underlag för en handlingsplan

E. ANDREASSON¹ MSc, RNT, I. SKÄRSÄTER² Associate Professor, PhD, RNT

Advanced nurse in psychiatric and mental health care, The Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg, Faculty of Health and Caring Sciences, Institute of Nursing, Sahlgrenska University Hospital, Psychiatry Sahlgrenska and ² Associate Professor, University Lecturer, The Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg, Faculty of Health and Caring Sciences, Institute of Nursing; Sahlgrenska University Hospital, Psychiatry East; The Vårdal Institute, The Swedish Institute for Health Sciences at University of Gothenburg and Lund University, Sweden.

Keywords: Cohesion; Experiences; Care; Mental health; Nursing; Phenomenography

Correspondence:

*E. Andreasson
Specialistsjuksköterska i
psykiatri
The Sahlgrenska Academy at
University of Gothenburg,
Faculty of Health and Caring
Sciences, Institute of Nursing
Nå Ut teamet, Psykiatri
Sahlgrenska, Sahlgrenska
Universitetssjukhus
SE-411 13 Göteborg
Sweden
Telephone: +46 31 743 37 50
E-mail:
eva.andreasson@vgregion.se*

- Patienter i akut psykiatrisk vård får ett gott omhändertagande om de får god omsorg, om de får det skydd de behöver och om de får hjälp att förstå vad som händer.
- De känner sig respekterade om de får behålla sin självständighet och om inbjuds till att vara delaktiga trots att de vårdas med tvång
- För att förhindra att patienter traumatiseras under tvångsvård är det viktigt att ta tillvara patienternas egna resurser
- Upprättande av individuella handlingsplaner vid eventuell framtida tvångsvård kan göra patienterna mer delaktiga under tvångsvård och förbättra omhändertagandet för dem.

Abstract

Studien syfte var att beskriva patienters uppfattningar och erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård under ett psykoskov. I Sverige insjuknar 1500-2000 personer årligen i någon form av psykos. Vid akuta sjukdomsskov kan patienterna bli vårdade under tvångslag. Vid tvångsvård fråntas patienten sin autonomi, vilket kan medföra en kränkning av patientens integritet. En fenomenografisk analysmetod användes. 12 patienter med erfarenhet av tvångsvård intervjuades under 2008-2009. I resultatet framkom två beskrivningskategorier, att få det stöd man behöver och att bli vårdad med respekt. Patienterna uppfattade att de fick ett gott omhändertagande om de fick god omsorg, om de fick det skydd de behövde, om de fick hjälp att förstå och om miljön var läkande. Patienterna kände sig respekterade om de bemöttes som medmänniskor, om de fick behålla så mycket av sin självständighet som möjligt och om inbjöds till att vara delaktiga trots att de vårdades med tvång. Resultatet visar att det är viktigt att förhindra att patienter traumatiseras under tvångsvård och att det är viktigt att ta tillvara patienternas inre resurser. Patienters erfarenheter av tvångsvård kan ligga till grund för upprättande av handlingsplaner vid eventuell framtida tvångsvård. Med individuella handlingsplaner skulle patienter göras mer delaktiga under tvångsvård och omhändertagandet kunna förbättras för dem.

Introduktion

Enligt svensk hälso- och sjukvårdslag [HSL] ska vård och behandling bygga på respekt för patientens autonomi och integritet och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten. Trots det är nästan hälften av antalet disponibla psykiatriska vårdplatser i Sverige upptagna av tvångsvårdade patienter, de flesta av dem (70 %) har en psykossjukdom (SOS, 2008). Den allvarligaste formen av psykos, schizofreni, drabbar cirka 0,7 % av världens befolkning och insjuknandet sker ofta i åldern 15 till 35 år. Många får kvarstående funktionshinder som kräver omfattande stödinsatser och leder till oförmåga att arbeta eller studera (WHO 2010). Brister i följsamheten i medicineringen är vanlig och medför hög risk för återinsjuknande och därmed för risk att skada sig själv och andra (Jarett *et al.* 2008). Vid ett psykotiskt förstagångsinsjuknande kan det subjektiva lidandet för den drabbade personen vara stort och resultera i förlust av social funktion, hopp och ambitioner och leda till stigmatisering, trauma och en förhöjd suicidrisk (Tarrier *et al.* 2007). Patientens självbestämmande är i teorin en självklarhet, men kan vara svår att realisera när patienten har psykotiska symtom. När patienten tvångsvårdas måste man som vårdpersonal "vikariera" för självbestämmandet (WMA 2009).

Denna studie handlar om patienters erfarenhet av tvångsvård. Att bli intagen för tvångsvård upplevs av många patienter skrämmande (Olofsson & Jacobsson 2001, Lilja & Hellzén 2008). Vid tvångsvård riskerar patienten att fräntas sin autonomi, vilket innebär ett hot mot självvakningen och kan medföra en kränkning av personens integritet. I många fall leder det till att personen blir traumatiserad (Tarrier *et al.* 2007, Mueser *et al.* 2010). Tvångsvård innebär ett etiskt dilemma där två principer står mot varandra; dels att göra gott genom att behandla, dels att respektera den enskilda patientens självbestämmande (WMA 2009).

Tvångsintagning på sjukhus kan innebära känslan av att få skydd, en fristad (Johansson & Lundman 2002, Jones & Mason 2002, Kuosmanen *et al.* 2007, Lilja & Hellzén 2008) Men det kan också innebära att tvingas vistas i en miljö som både är främmande och skrämmande. Det finns ingen möjlighet att kunna dra sig undan för sig själv och att behandlingen består främst av mediciner i stället för mänsklig kontakt. Upplevelsen om en kulturell distans mellan personalen och patienterna finns, med oskrivna regler och gränser som patienter upplever meningslösa, men måste rätta sig efter (Lilja & Hellzén 2008). Tvångsvård innebär även att patienten riskerar att isoleras från samhället, från andra människor och lämnas ensamma i en händelsefattig miljö (Lilja & Hellzén 2007, 2008).

Forskning visar att många patienter inte förstår varför de tvångsvårdas, och att de känner sig kränkta av att andra bestämmer över dem (Olofsson & Jacobsson 2001, Olofsson & Norberg 2001, Kjellin *et al.* 2004, Kuosmanen *et al.* 2007). Tvångsvård kan också kränka integriteten och få patienterna att känna sig maktlösa, mindre värda och inte känna sig respekterade eller sedda som människor (Kjellin *et al.* 2004, Kuosmanen *et al.* 2007, Svindseth *et al.* 2007, Lilja & Hellzén 2008). De upplever inte alltid att de bemöts som vuxna individer (Olofsson & Norberg 2001, Lilja & Hellzén 2007, 2008).

Det är en omskakande händelse att insjukna i en psykossjukdom. Det kan vara svårt för patienten att acceptera sin diagnos och att det finns en risk för ett återinsjuknande. Risken för stigmatisering är stor och kan innebära ett hinder för återhämtning (Schröder *et al.* 2006). Många patienter kan beskriva sina tidiga varningstecken (TVT) på psykos retrospektivt, men graden av sjukdomsinsikt och möjligheten att upptäcka dem kan minska under utvecklingen mot ett psykosåterfall. En del patienter finner det för traumatiskt att återknyta till tidigare psykotisk episod (Scott *et al.* 2004). Få enheter har idag någon skriftlig rutin för att utvärdera tvångsvården, men utvecklande av möjlighet för bearbetning av upplevelsen av tvångsvård behövs (Kuosmanen *et al.* 2007). Kunskap om patienters upplevelse av tvångsvård är god,

men kunskap som belyser deras uppfattningar om hur omhändertagandet vid tvångsvård är saknas. Syftet med denna studie var att beskriva patienters uppfattningar och erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård under ett psykoskov.

Metod

En kvalitativ design med fenomenografisk analysmetod valdes, då fokus för studien var att beskriva variationsbredden av hur människor uppfattar, förstår och begriper av olika fenomen i vår omvärld (Marton 1981, Sjöström & Dahlgren 2002).

Enligt fenomenografi kan kunskap ses ur två perspektiv, vad något är och hur något uppfattas vara. Alla människor är bärare av skilda sätt att uppfatta ett fenomen. Sätten är relaterat till personens förförståelse. *Vad* som erfars och *Hur* fenomenet erfars, står i centrum för den fenomenografiska forskningen och lär forskaren hur andra människors uppfattar världen. Enligt första ordningens perspektiv söks kunskap om hur något "verkligen är". Enligt andra ordningens perspektiv, vilket är unikt för fenomenografien, riktas intresset till hur fenomen uppfattas (Marton 1981, Krokmark 1987) Den empiriska grunden för att granska uppfattningarna är intervjuer. En mängd olika uppfattningar framträder där med utgångspunkt från varje informants uttalande om fenomenet. Uppfattningarna tolkas och grupperas sedan i olika kategorier. Målet är att finna den strukturella stommen i vilka varierade kategorier av tolkning förekommer (Sjöström & Dahlgren 2002).

Informanterna

Datansamlingen gjordes vid två psykosmottagningar vid en psykiatrisk klinik i södra Sverige, För att få en informationsrik data med stor variationsbredd gjordes ett strategiskt urval (Wenestam 2000). Inklusionskriterier var att patienterna skulle ha erfarenhet av att ha vårdats under tvång, ha en diagnostiserad psykosjukdom enligt DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) och kunna tala och förstå svenska språket. Urvalen gjordes utifrån informanternas kvarstående symtom och deras kognitiva förmåga bedömdes av patientansvarig case manager. Exklusionskriterier var patienter med störd verklighetsuppfattning samt kommunikationssvårigheter.

I studien tillfrågades patienterna av sin case manager om intresse för att delta i studien. Förste författaren kontaktade de informanter som var intresserade och bokade in dem för intervju. Informanterna fick muntlig och skriftlig information och gavs möjlighet att ställa frågor. Intervjuerna utfördes sedan mellan april 2008-augusti 2009.

Urval

Fyra patienter avböjde att delta, varav tre på grund av att det skulle innebära ett för stort känslomässigt obehag att tänka tillbaka på tiden för tvångsvård. Tolv informanter samtyckte till deltagande, sju män och fem kvinnor, varav nio svenskfödda och tre utlandsfödda. Fem patienter hade schizofrenidiagnos (F20), tre patienter hade vanföreställningssyndrom (F22), en patient hade schizoaffektiva syndrom och tre patienter ospecificerad icke organisk psykos (F29) (Fig. 1). Fem av patienterna hade erfarenhet av tvångsvård från olika psykiatriska sjukhus. Elva av informanterna levde ensam och en informant tillsammans med barn. Två av informanterna har återgått till betalt lönearbete, övriga 10 befinner sig i långsiktig rehabilitering, eller habilitering.

Fig. 1 Sociodemografiska uppgifter om informanter (n=12) med erfarenheter av tvångsvård

Bakgrunds variabler	<i>n</i>
Ålder	
18-35år	3
36-46år	5
47-65 år	4
Kön	
Man	7
Kvinna	5
Civil status	
Sammanboende/gift	0
Ensamstående	12
Utbildningsnivå	
Ej avslutad grundskola	2
Grundskola	1
Gymnasie	4
Universitetsstudier minst 2 år	5
Antal tvångsvårdstillfällen	
1 gång	4
2-4 gånger	6
>5 gånger	2

Data insamling

Intervjuerna gjordes av förste författaren efter att en intervjuguide konstruerades med frågor relevanta utifrån syftet. De prövades i en pilotstudie för att pröva tillämpligheten med följd att en av frågorna delades upp i två delar. Informanterna intervjuades på en plats som de själv valde, utifrån fem öppna frågor; Vad innebär det för dig att bli vårdad under tvång? Hur kan personalen ge dig trygghet när du vårdas med tvång? Hur skulle du vilja att personalen lät dig vara med och bestämma när du vårdas med tvång? Hur kan personalen undvika att kränka din värdighet? Vad kan få dig att känna dig respekterad när du vårdas med tvång? Därefter gavs följdfrågor av mer konkret karaktär för att utveckla, klargöra och fördjupa svaren och på så sätt få en sådan innehållsrik beskrivning och utforska så många olika aspekter av hur fenomenet erfors som möjligt (Marton & Booth 2000). Den totala intervjutiden var mellan 29 till 78 minuter (medel 54 minuter). De spelades in på band och transkriberades ordagrant.

Analys

Den fenomenografiska analysen bestod av fyra steg. 1) Genomläsning av hela materialet, 2) En sammanställning av utsagor som svarar mot syftet, 3) Kondensering av de individuella utsagorna och bildande av subkategorier, 4) Beskrivningskategorier skapas.

Analysen av de 12 intervjuerna startade genom att båda författarna läste igenom hela texten med så öppna sinnen som möjligt, i ett försök att ta ett steg tillbaka från sin erfarenhet av fenomenet. Syftet var att belysa informanternas sätt att erfara och förstå fenomenet (Marton & Booth 2000). Förste författaren läste igenom texten flera gånger tills det blev tydligt och det gick att identifiera varje informants uppfattning av omhändertagande vid tvångsvård.

Andra fasen innebar ett mer systematiskt analyserande. De utsagor som inte berörde informanternas uppfattningar sorterades bort. På ett konkret sätt uppmärksammades därefter skillnader och likheter i utsagorna. En sammanställning gjordes av likheter och skillnader i sättet informanterna förstod eller tillskrev erfarenheterna mening, liksom hur de beskrev sin uppfattning av omvärlden. Syftet var att identifiera de mest signifikanta beståndsdelarna i svaren från varje informant.

I tredje fasen kondenserades utsagorna, för att finna de centrala delarna i längre svar eller dialoger och subkategorier bildades (Sjöström & Dahlgren 2002). Därefter sorterades materialet i ett mönster för att finna likheter och skillnader i uppfattningar av fenomenet på en kollektiv nivå. Uppfattningarna kategoriserades med hänsyn till skillnader i deras innebörd och hur de kom till uttryck (Marton & Booth 2000).

I den fjärde fasen var målet att finna den strukturella stommen i vilka varierade kategorier av tolkning förekom. För att stärka trovärdigheten i analysen gjorde båda författarna detta tillsammans. Informanternas uppfattningar kategoriserades i två beskrivningskategorier som framträdde i interaktion mellan helhet och delarna (Sjöström & Dahlgren 2002). Mättnad i informanternas uppfattningar av fenomenet bedömdes uppnått efter 9-10 intervjuer, vilket bekräftades i de efterföljande intervjuerna. Beskrivningskategorierna visade på ett tydligt sätt något om fenomenet och de skilde sig också på ett klart sätt från varandra (Sjöström & Dahlgren 2002).

Etiska ställningstaganden

Studien har utförts utifrån Helsingforsdeklarationen [WMA] (2008) riktlinjer för god etisk standard i forskning som omfattar människor. Patienterna gavs både muntlig och skriftlig information om studien. De informerades om att medverkan var frivillig och att de när som helst kunde välja att avstå eller avbryta intervjun, utan att ange skäl till det och utan att det skulle påverka det framtida omhändertagande på kliniken. Alla informanter gav sitt skriftliga godkännande att delta i studien. De upplystes om att all data i studien behandlas konfidentiellt enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998: 204) och att deras identiteter inte skulle röjas vid redovisning av forskningsresultatet. Studien är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

Resultat

I resultatet framkom två beskrivningskategorier för att beskriva patienters uppfattningar och erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård under ett psykosinsjuknande: Att få det stöd man behöver och Att vårdas med respekt. Beskrivningskategorierna understöds av subkategorier och för att tydliggöra finns även citat. Beskrivningskategorier och subkategorier presenteras i Fig. 2.

Fig. 2. Kategorisering av informanternas uppfattningar i Beskrivningskategorier och i Subkategorier

Beskrivningskategorier	Subkategorier
Att få det stöd man behöver	<i>Att få god omsorg</i> <i>Att få det skydd man behöver</i> <i>Att få hjälp att förstå</i> <i>Att vårdas i en läkande miljö</i>
Att vårdas med respekt	<i>Att bli sedd som medmänniska</i> <i>Att vara självständig</i> <i>Att vara delaktig</i>

Att få det stöd man behöver

Denna beskrivningskategori innehåller subkategorier som att få god omsorg, att få det skydd man behöver att få hjälp att förstå och att vårdas i en läkande miljö. Att erhålla det stöd man behöver innebar inte bara att få praktiskt stöd, utan även att få extra omtanke, rimliga krav och att få skydd. Att kunna ta till sig information var nödvändig för att kunna förstå, dämpa oro och fatta beslut. I kategorin ingick även att miljön behöver vara trygg och trivsamt och att patienter behöver stöd att återgå till ett socialt liv.

Att få god omsorg

Denna subkategori beskriver den omsorg och stöd de behöver för att känna sig trygga. Patienterna fick ett bra omhändertagande om personalen var tillförlitliga, uppmärksamma, engagerade och visade omtanke.

Jag vet inte om personalen lever kvar i det här, jag vet förr var det bara läkaren som fick prata med patienten...har jag hört. Det verkar som en del lever kvar i det. Att dom tilltalade en oftare. Det är inte farligt att prata med mig (intervju 12).

Det innebar en trygghet att möta personal som var erfaren, kompetent, bemötte dem med fasthet och stabilitet men som också satte gränser och ställde krav som kändes rimliga för dem. Då uppfattade de att personalen verkligen ville att det ska gå bra för dem.

Som det där åt upp dina mediciner om du ska härifrån. Det var rätt så smart. (skratt)....Då fick dom en öppning där liksom....och min mat skulle jag äta upp också....Å bara förstå att det kanske...kunna komma härifrån på nåt sätt (skratt) (Intervju 2).

Patienter kände sig stärkta av personal som var uppmuntrande och kunde förmedla hopp.

...Men hur vet man om någon är bra...men.. man känner ju det...ett skickligt bemötande, att de kan reda upp, även om man är jättedålig, att de är engagerade, å duktiga på det dom gör, att de vill att man ska bli bra då va...(intervju 1).

De ville få stöd av personal som förde deras talan, bevakade deras intressen och såg till att de fick vad de behövde.

Och någon som då kunde säga att ”Jag ska ta reda på hur läkaren tänker eftersom hon inte har berättat det för dig, och så ska vi ta reda på vilka mer juridiska rättigheter du har”....till och med vara med under de här läkarsamtalen och representera mig eftersom jag var väldigt svag då, jag hade blivit enormt försvagad i mig själv (Intervju 10).

Patienterna uppskattade vardagliga samtal och att få praktiskt stöd. De behövde hjälp med att slappna av och avleda tankar. De mådde bra av att personalen umgicks med dem för att avleda uppmärksamheten på besvärande psykosymtom som de behövde hjälp att bryta.

Jag tycker som sagt att dom kunde tilltala mig oftare. Jag tror det är bra om man är inne i sina egna psykotiska tankar, då är det bra att bli lite distraherad...få lite annat att tänka på....Det behöver inte va om sjukdom. Det kan va om vädret, eller sport eller vad som helst. Det tycker jag dom kunde göra mer. Prata med patienterna (Intervju 12).

Information som speglade verkligheten lugnade och gjorde patienterna trygga, en man beskriver det så här:

Ja, jag var ute med en, på ledsagarpromenad med en skötare. Så hade jag fått för mig att det fanns gaskammare i källaren på psyket, att dom gasade patienterna där. Jag läste att dom gjorde

så i Tyskland på början av 40-talet. Men då berättade han att han hade duschat där. Jag duschade där i morse sa han. Det är personalduschar. Jag tyckte att det var bra att han sa det. För en del i sjukvården vill inte prata om vanföreställningarna, dom sopar undan det liksom (Intervju 12).

För att kunna ta till sig informationen vad det viktigt att känna tillit till personalen. Patienterna kände personalens omtanke när de fick praktiskt stöd. Extra förtroende kände patienterna för personal som gav dem mer stöd än vad de förväntade sig att få, en man beskriver det så här:

..jag frågade hur jag skulle gå tillväga för jag ville ju träna där... han sa, han kunde visa... ja men jag tar dig till vårt styrketräningsrum... visst det gör jag det är inga problem, jag ska hjälpa dig dit och sådär. Då ville han liksom hjälpa mig med det även om det även kanske var hyfsat oväsentligt, eller inte oväsentligt, men eh, men en sån grej i alla fall som inte ens hade med vården att göra. Det var helt fantastiskt....Det var, och då kände jag direkt kontakt (Intervju 10).

Att få det skydd man behöver

Denna subkategori visar patienters behov av att få skydd för att känna sig trygga. De kände sig tryggare om personal som de hade förtroende för var med dem, exempelvis till sjukhuset när de togs in med polis. Deras uppfattning var att tvångsvård kunde vara nödvändig och kunde också uppfattas som ett skydd. Det var därför viktigt att inte avvisas när man söker hjälp i tid.

För då 2003 kände jag på mig ungefär en vecka innan att jag höll på att bli sjuk. Då gick jag själv till psykakuten. Så krävde jag att få bli inlagd, men då sa dom att dom inte hade några platser. Så jag hade först sjukdomsinsikt och ville ha vård, så nekades jag det. Sen blev jag så sjuk att jag hotade mina anhöriga med kniv. Å fick hämtas med polis i stället. Så jag är väldigt missnöjd med det (Intervju 12).

De eftersökte möjligheten att utforma en skriftlig plan för patienter som riskerar att bli farliga för sig själv och andra, där det står hur patienten vill att sjukdomen ska hanteras i form av intagning på sjukhus eller andra aktiviteter som skulle kunna göras för att förhindra tvångsvård.

Kanske om man hade något skriftligt avtal med psykakuten, att om jag kommer och vill ha vård så ska jag få det, jag kan ju bli farlig annars för andra, för mig själv också (Intervju 12).

Tvångsvård och tvångsåtgärder skulle i vissa fall kunna undvikas om patienterna möttes av tålmodig personal som tog sig tid inför tvångsåtgärder, exempelvis vid tvångsmedicinering. För att förstå och acceptera att ta emot vård och behandling behövde patienter i det akuta skedet när de är förvirrade och psykotiska, få konkret information, om konsekvenser om de nekade eller erbjudas alternativa lösningar till att hantera sin situation, en kvinna beskriver det så här.

...det var alltså fruktansvärt för jag menar jag bor ju 50 meter ifrån kliniken....telefonen var på, mobilen var på och inte ett ord sades på mötet liksom... att så här ser vi på det, du behöver läggas in eller det här kan vara aktuellt om du inte lyssnar på det här om du inte tar din medicin då kommer vi lägga in dig. Inget sånt sas överhuvudtaget på mötet (Intervju 4).

Att känna tillit till personalen kunde lugna ner hotfulla situationer. Patienter behövde trygghet och närhet till personalen när de utsattes för tvång i form av isolering och mekaniskt tvång.

Att få hjälp att förstå

Denna subkategori beskriver att patienten behövde få både muntlig och skriftlig information för att förstå, dämpa oro och kunna fatta beslut. Patienter behövde få förståelse för varför de tvångsvårdades och vad det exempelvis innebar utifrån ett juridiskt perspektiv. De behövde också i ett tidigt skede förstå och begripa vad som ska hända. Patienter behövde få

information om sin sjukdom och vilken behandling som fanns tillgänglig för dem, samt information om förväntade biverkningar för att själva bidra till att minimera dem, en man beskriver det så här:

Om man först vägrar så ska man diskutera situationen å tala om att det finns lagar åå... att du ska må bättre... att du ska ta dom här medicinerna...men en del klarar inte av att diskutera detta på ett... ett naturligt sätt och så.... Det är ju väldigt viktigt att man får bakgrund till varför man ska göra det hela annars såå så slår man ju bakut. Ja, man vill ju veta så mycket som möjligt från början (Intervju 9).

Informationen måste dock anpassas därför att den kunde också orsaka oro genom att för mycket och för tidig information, exempelvis fokus på biverkningar kunde skapa motvilja mot att ta läkemedlen. Patienter behövde ges tid och möjlighet att regelbundet prata med någon om sina funderingar och ges svar på sina frågor.

Men så är det så de säger...nu ska du ta din medicin så kommer du bli mindre fertil och så kommer du också få hål i tänderna å så vidare...där vill ju inte jag ha nånting att göra då.... Då stöter man ju bara bort det, när man läser på om de här tablettorna, då vad som kan hända för biverkningar å så där då va...(Intervju 1).

Även om tvångsvården och tvångsåtgärder uppfattades motiverade, var det viktigt att i efterhand, när situationen lugnat ner sig få prata om vad man upplevt, för att få hjälp att förstå nödvändigheten med tvång.

Jag hade velat prata om det efteråt såklart, men de är ju, det är ju så intensivt allting Varför dom gjorde så, om det var av rädsla att jag skulle börja bli... som att jag skulle slå runt omkring mig eller...(Intervju 6).

Information i tid gjorde att patienterna hann förbereda sig. Rutiner och regler kan tyckas obegripliga att förstå och kan behöva förklaras.

Att vårdas i en läkande miljö

Denna subkategori beskriver vårdmiljöns betydelse för patienter som tvångsvårdas. Patienterna kände trygghet när de hade närhet till personalen men också då deras behov av enskildhet tillgodosågs.

Trygghet, jag vet inte.....nä det är väl just att de finns till hands å att dom syns om nån skulle få nåt anfall (Intervju 2).

Det var också meningsfullt för dem att ha något att göra, för slippa tvingas till sysslolöshet. Uppfattningen var att det var läkande att få hjälp med att komma in i vardagsrutiner i en miljö som är trivsamt och hygieniskt och att etablera kontakt med andra människor.

...och här blev det att man etablerade kontakt med människor runt omkring, man fick se andra människor man fick ...ja...man blir ju en del utav nånting. Man får in en rutin på att äta dom här olika måltiderna, jag fick in en rutin på att börja motionera, vilket var jätteviktigt.(Intervju 4).

Det fanns också erfarenheter av att vårdmiljön inte alltid var läkande. Exempelvis kunde brister i kontinuiteten uppstå när de tvingades byta avdelning under vårdtiden eller när de vårdades tillsammans andra patientgrupper, vilket upplevdes negativt. Brister i personalens rutiner och kommunikation satte patienter i kläm. Långa väntetider på akuten i samband med tvångsintagningen upplevdes även som extra belastande.

Att vårdas med respekt

Beskrivningskategorin innehåller subkategorierna att känna sig sedd som medmänniska, att vara självständig och att få vara delaktig. Att vårdas med respekt innebar för patienterna att personalen i första hand såg och värderade dem som människor med integritet som behöver värnas och att de blev tagna på allvar. Behov av självständighet framkom tydligt och att få vara delaktig i sin vård trots att de vårdades under tvång. I kategorin ingick även uppfattningen att patienter hade en ”frisk kärna” som inte alltid tillräckligt uppmärksammades av personalen.

Att bli sedd som medmänniska

Denna subkategori beskriver patienternas behov av att bli sedda och värderade som medmänniskor. De ville slippa känna sig osynliga, inför personalen. De bli tagna på allvar men också **att bli bemötta med empati och respekt**, en kvinna och en man beskriver så här:

P5: Ja på Sahlgrenska...att ”jag har legat vaken tre nätter kan du ringa till jourhavande läkare?” Har du legat vaken tre nätter så kan du ligga fyra också ,sa han...(Informant 5).

Nä, men det var en av personalen. Nu minns jag inte vad han hette, men jag tyckte inte att han var så trevlig. För jag ville helst äta på mitt eget ruminte bland dom andra patienterna i början då. Så sa han då. Jasså, sällskapet passar inte, sa han. Det tyckte jag var lite onödigt. Det var ju inte så att jag såg ner på dom andra patienterna. Det var att jag inte mätte så bra. Därför ville jag äta för mig själv (Intervju 12).

Patienterna ville inte att det skulle pratas över huvudet på dem utan att de blev mötta som vuxna människor och att man i mötet ser människan bakom symtomen. De ville bli bemötta som vanliga personer fast de var sjuka.

Att man talar...även om man inte är riktigt frisk, vill man bli tilltalad som en frisk person, tycker jag....man vill bli tagen på allvar (Intervju 12).

Patienter uppskattade personal som var personliga och kunde använda humor. De ville möta ärlighet och äkta omtanke, känna sig omtyckta och inte känna sig avvisade om man mötte dem i något annat sammanhang, en man beskrev det så här:

Ja de är...de är ju deras jobb att vara snälla...för jag har ju.. När jag var där på sjukhuset så lär man känna personalen...men så när jag, när jag kom ut och mötte de på stan så heja de inte tillbaka. Men jag förstod ju dom med att de inte ville blanda ihop privat liv och jobb. Så jag förstod att de ville hålla distans med. Men först blev man ju lite ledsen... man upplevde ju...man var ju i sånt underläge, och då när man mötte kärlek så upplevde man att man fått en vän men de va såklart...man förstod att de va deras jobb (Intervju 3).

Patienter erfor att deras integritet kunde hotas om de behövde gå ut i sällskap av personal eller att hämtas i sitt hem av polis.

Jag var ju väldigt sur på den där sjuksköterskan, stackars sjuksköterskan som skulle följa med mig då liksom va..... Jag trodde det skulle synas att på mig att jag var en sån där tvångsvårdad individ då...jag blev så lättad när hon tog vanliga civila kläder på sig då (Intervju 2).

Patienter erfor ibland att personalen inte stod på deras sida, att viss personal uppfattades som elaka och bemötte dem respektlöst. De upplevde att personalen ibland tog sig fördelar och ibland utnyttjade sin makt för att kränka dem. Patienterna vill känna sig rättvist behandlade och att inte personalen utnyttjat deras underläge.

Eh, jo. Eh.....Vad var det, på Sahlgrenska, då eh, typ min kontaktperson som hette Bengt, eh..., han retade mig för att jag hade blivit våldtagen....: Okej, jag är en väldigt, jag är en ganska ärlig tjej å jag måste då erkänna att.... Att det kanske var jag som provocerade honom jättejättemycket, så med det där med våldtäkten, för jag sa nåt väldigt, väldigt minst lika opassande till honom. Men han borde ändå inte ha sagt det, eftersom jag inte har läst i några papper, förstår du?(Intervju 8).

Att vara självständig

Denna subkategori beskriver att det är viktigt för patienterna att känna att de till viss del kan behålla sin självständighet även när de vårdas med tvång. De behöver känna att de har kvar initiativet och att inte personalen bestämmer med än nödvändigt, utan fokuserar på det som är viktigt för hälsan och tillfrisknandet, en kvinna uttryckte det så här:

..... Jag fick ju eget rum till att börja med då ,dom lät väl bli sånt som de inte hade med att göra på nåt sätt. De ägna sig åt att försöka få mig att äta tabletter i stort sätt. Det var bara det liksom. Lät bli (Intervju 2).

Patienterna vill inte ha mer hjälp än man behövde och man ville kunna välja när man skulle gå ut och slippa tjat om småsaker, som till exempel klädseln, en kvinna uttryckte det som att:

”Åh kom nu så ska vi städa” i mitt rum sa hon så. Då tyckte ja, sa ja till henne ”A men du, gör nånting annat så städa ja. Så får du komma efteråt när de är klart.” för typ dom ska hjälpa en att bädda sängen o sånt ah, men ja klarar ju av de själv (Intervju 8).

För att återfå känslan av självständighet och känna att de återfår sin frihet, är det viktigt för patienterna att få komma ut och lämna avdelningen, även om det sker stegvis.

Patienterna vill inte ha mer hjälp än man behövde och slippa tjat om småsaker, som till exempel klädseln. För att återfå känslan av självständighet och känna att de återfår sin frihet, är det viktigt för patienterna att få komma ut och lämna avdelningen, även om det sker stegvis, men man vill då kunna välja när man ska gå ut, en kvinna uttryckte det så här:

....men från och med den tiden så skulle jag få gå ut. Så jag fick alltså sitta och vänta på att gå ut och promenera för att dom skulle sitta i det här mötetoch jag har alltid fått gå ut innan ...nä jag har alltid fått ta mina promenader innan (Intervju 4).

Att vara delaktig

Denna subkategori beskriver att det var viktigt för patienterna att de var delaktiga i sin vård trots att de vårdades under tvångslag. Det var betydelsefullt att de fick möjlighet att diskutera och föra en öppen dialog, exempelvis om medicinering, en man beskrev det så här:

Nää det är diskussion fram och tillbaka,, då får man fatta ett beslut som man...som båda är överens om kan man säga åå..å (Intervju 9).

Patienters uppfattning är att de behöver motiveras till att bli delaktiga men också känna sig inbjudna till att samverka. Patienterna behövde få kommunicera för att uppnå ökad förståelse. Ett exempel kunde vara vid patientens vårdplanering, där det ibland var svårt att förstå innebörden i vad som hände och därmed också fatta avgörande beslut under tvångsvårdstiden. Patientens relation och samspel med sina närstående var också avgörande för hur väl rehabiliteringen kunde planeras och genomföras.

Å om personen har haft tvångsvård innan, vart psykiskt sjuk så kanske man kan bli hemskickad även om man inte är helt återställd om man har en familj och så... som kan se efter dig lite i början (Intervju 1).

Patienter tyckte kontakten med kontaktpersoner var viktig. De uppskattade och tyckte det var viktigt att de har någon att samtala och resonera med. När de mådde bra igen ville de ha möjlighet, att på ett reflektera över tvångsvårdstiden och varför blev intagna för att kunna resonera om hur framtida tvångsvård kan förhindras, en kvinna uttryckte det så här:

Nu kan jag välja, nu kan jag säga att om jag blir sjuk igen så... fast det är inte riktigt klart en, egentligen ändå, jag borde egentligen ta den här diskussionen med Karin, när jag träffar henne. Att om när jag blir sjuk så vill jag att ni gör si och så (Intervju 6).

Diskussion

Denna studie visar att patienterna upplevde att de fick *god omsorg* om de fick det stöd de behövde för att känna sig trygga (Johansson & Lundman 2002). Patienterna uppfattade omhändertagande som gott om personalen framstod som tillförlitliga, uppmärksamma, engagerade och visade omtanke. Patienterna kände sig stärkta av personal som var positiva och kunde förmedla hopp. Att känna hopp är för patienten själva motorn på vägen till återhämtning. Det är en omskakande händelse att insjukna i en psykosjukdom och det kan vara svårt för patienten att acceptera sin diagnos och att det finns en risk för ett återinsjuknande (Schröder *et al.* 2006). Ett psykosinsjuknande kan leda till stigmatisering och trauma och förhöjs suicidrisk (Tarrier *et al.* 2007). Stigmatisering kan innebära ett hinder för återhämtning, (Schröder *et al.* 2006), vilket är viktigt för sjuksköterskan att försöka motverka. Patienten behöver stöd och hjälp att hantera och acceptera sin situation. Processen för sörjande måste ges tid (Scott *et al.* 2004). Sjuksköterskan förmedlar hopp genom att visa tilltro till patienternas egen förmåga. Genom att erbjuda positiva erfarenheter kan vårdaren bidra till en gynnsam hälsoprocess (Lindström 1994). I studien framkom behovet av att få känna tillit till personalen. De ville ha mänsklig kontakt, inte bara mediciner. För att patienter ska känna förtroende och vilja ta emot stöd är relationens betydelse central (Schröder *et al.* (2006). Bekräftelse är en viktig vårdhandling inom den psykiatriska vården och utgör en bro till mänsklig. För patienter som saknar tillit är det väsentligt att kontinuerligt bekräftas som självständiga personer (Lindström 1994). Tillit ger trygghet och minskar känslan av att bli kränkt i tvångssituationer (Olofsson & Norberg 2001, Lilja & Hellzén 2008). Personalen måste anpassa sig i mötet med patienten. Om patienten inte är kapabel att föra ett vanligt samtal måste andra vägar sökas för att nå en god relation. Förståelse för patienternas rädsla för kontakt måste finnas och att inte nedslås av ett avvisande. Lämpliga sätt som framkom i denna studie kan vara att ta med patienten på promenad, spela spel eller att hjälpa patienten med något praktiskt. Då visar personalen på ett konkret sätt att hon/han vill hjälpa, vilket kan vara ett bra redskap för att utveckla en tillitsfull relation.

Denna studie visar också att tvångsvård kunde innebära en känsla av *att få skydd* och en fristad vilket också har framkommit i andra studier (Olofsson & Jacobsson 2001, Schröder *et al.* 2006, Kuosmanen *et al.* 2007, Lilja, & Hellzén 2008). Patienterna ville möta personal som var erfaren, kompetent, bemötte dem med fasthet och stabilitet men som också ställde krav som kändes rimliga för dem. Då uppfattade de att personalen verkligen ville att det ska gå bra för dem. Att sätta gränser och ställa krav är svårt och kan innebära ett etiskt dilemma, men det är ofta nödvändigt vid psykiatrisk tvångsvård. Utvecklandet av alternativ och mindre begränsande metoder behövs (Kuosmanen *et al.* 2007). Det var betydelsefullt för patienterna att de inte kände sig avvisade om de söker hjälp i tidigt skede. Patienter som har erfarenhet av

att bli farliga för sig själv och andra när de blir psykotiska, önskar ha möjlighet att utforma en skriftlig plan. Där ska det stå hur de vill att sjukdomen ska hanteras i form av intagning på sjukhus eller i form av andra aktiviteter, som skulle kunna förhindra tvångsvård. Sjuksköterskans måste ansvara för att patienter har en plan för TVT, som är tillgänglig för hela vårdkedjan som patienten kan möta vid ett akut återinsjuknande. Där ska tydligt stå hur patienten, de närstående och sjukvården ska agera vid tidiga tecken på psykos (van Meijel *et al.* 2002b, Sutton 2004). Patienters uppfattning i denna studie är att en del tvångsåtgärder kan förhindras om de möts av personal som tar sig tid och verkligen bryr sig om dem, vilket också styrks i tidigare forskning (Olofsson & Norberg 2001, Haglund *et al.* 2003, Kuosmanen *et al.* 2007). I studien framkom att patienterna behövde få konkret information om de konsekvenser som kunde uppstå om de nekade acceptera att ta emot den vård som de behövde för att återfå hälsan. Om patienterna får information om vilka ramar som gäller för dem och varför, och därefter ges alternativa lösningar och tid till att hantera sin situation, så kan det förhindra tvång eller minska upplevelsen av kränkning. Genom att inbjudas till dialog gynnas patienternas självständighet så långt som möjligt (Olofsson & Jacobsson 2001, Haglund *et al.* 2003, Kuosmanen *et al.* (2007). Resultatet visar att personalen behöver vara lyhörda för, och uppmärksamma på patienternas behov, då de i sitt psykotiska tillstånd inte alltid kan förmedla vad de behöver, eller dra slutsatser utifrån sitt agerande. Patienterna behövde få hjälp med att slappna av och avleda tankar för att undanröja besvärande psykosymtom. Att vara intagen för vård ger patienter en möjlighet att vila hjärnan visar Lilja & Hellzén (2008) studie. Denna studie visade att information som speglade verkligheten lugnade och gjorde patienterna trygga. Detta kan vara en viktig uppgift för hälso- och sjukvårdspersonal inom psykiatrisk vård att känna till för att kunna stödja patienterna i det akuta skedet när de är uppslukade av psykotiska symtom. Genom att till exempel småprat, erbjuda dem sysselsättning, avkopplande musik, eller kanske en promenad, kan de få hjälpa dem vila från sina symtom och besvär.

Många patienter har svårt att förstå varför de måste få vård mot sin vilja och de känner sig kränkta av att andra bestämmer över dem (Olofsson & Norberg 2001). Att inte förstå personalens agerande leder till otrygghet och vårdlidande (Dahlberg *et al.* 2003). Patienterna gav uttryck för att de genom kommunikation och information kunde *få hjälp att förstå* och därmed dämpa oro. Det underlättade också för dem att fatta beslut. Resultatet visade att även om tvångsvården och tvångsåtgärder retrospektivt uppfattades motiverade, var det viktigt för patienterna att, när situationen lugnat ner sig, få prata om de tvångsåtgärder de utsatts för, vad de upplevt och vad som hänt, vilket styrks av Kuosmanen *et al.* (2007) studie. I studien framkommer att patienten behöver stöd under och efter tvångssituationen. Sjuksköterskan behöver inte bara vara fysiskt närvarande utan också våga prata med patienten, före, under och efter tvångsåtgärder. För att minska risken för traumatisering behöver patienten ges möjlighet att gå igenom vad de varit med om för att förstå situationen och varför tvångsåtgärden bedömdes nödvändig. I resultatet framkom att patienter i ett tidigt skede önskar förstå behandlingsupplägget, vilka konkreta behandlingsmöjligheter som är tillgängliga för dem och vilka konsekvenser det kan medföra för dem, även juridiska aspekter. Men liksom det framgår i tidigare forskning (Olofsson & Jacobsson 2001, Johansson & Lundman 2002), är så inte alltid fallet. Om patienter får mer kunskap om sin sjukdom och konsekvenserna av detta kan det påverka deras insikt, menar Sutton (2004). Sjuksköterskan bör därför föra regelbundna pedagogiska samtal med patienten under hela vårdtiden, där patienten ges tid att prata om sina funderingar.

Om patienten ska bära med sig erfarenheter av att vårdtiden inte varit negativ krävs att personalen förmår erbjuda en miljö där positiva upplevelser dominerar. I resultatet framkom att patienterna hade behov av *en läkande vårdmiljö* vilket innebar att deras behov av enskildhet tillgodosågs, men att de också hade närhet till personalen, som kunde förmedla trygghet (Schröder *et al.* 2006). De vill vårdas på små enheter där vårdmiljön är lugn trivsamt

och där de slipper vårdas tillsammans med våldsamma, hotfulla medpatienter. I Lilja & Hellzén (2008) studie framkom att patienter som tvångsvårdas isoleras från samhället och andra människor. I resultatet framkom att de saknade intimitet och upplever miljön händelsefattig och fylld av tristess och önskar få hjälp med att få struktur på dagarna, vilket stöds av Schröder *et al.* (2006) studie. Det innebar ett lidande för patienterna att tvingas till sysslolöshet. De saknade och behövde något att göra under vårdtiden. De mådde bra av att personalen umgicks med dem. En viktig uppgift för sjuksköterskan inom psykiatrisk vård är därför att underlätta för patienterna i det akuta skedet, att ha en meningsfull daglig sysselsättning, även då patienten vårdas under tvångsvård. Resultatet visade att det var läkande för patienterna att få hjälp med att komma in i vardagsrutiner i en miljö som är trivsamt och att etablera kontakt med andra människor. Patienter vill ha stöd i att komma ut och möta livet igen (Lilja & Hellzén 2007). Det är därför angeläget att satsa på trivseln i vårdmiljön, att få fungerande vardagsrutiner och skapa tillfällen för patienterna att umgås med varandra, även utanför miljöer där rökning är tillåtet.

Resultatet visade att patienters ofta känner sig osynliga. De ville bli *sedda och värderade som medmänniskor*, bli tagna på allvar, med empati och respekt och att deras integritet värnas, vilket bekräftas av tidigare forskning (Olofsson & Jacobsson 2001, Carlsson 2003, Schröder *et al.* 2006, Svindseth *et al.* 2007, Lilja & Hellzén 2008). Särskilt viktigt är det att sjuksköterskor och övrig hälso- och sjukvårdspersonal visar för patienterna att de är sedda, genom att ge dem en blick, eller några ord i förbifarten, om det inte finns tid att sitta ner och prata. Personalen måste ha förståelse för patienternas sociala svårigheter och rädsla för kontakt och inte nedslås om inte patienten möter blicken och verkar avvisande eller drar sig undan. Patienter kände sin integritet hotad av att behöva gå ut med i sällskap av personal. Det bör all hälso- och sjukvårdspersonal ta hänsyn till genom att inte bära sjukhuskläder vid promenad med patienterna eller på andra sätt påvisa det som Lilja & Hellzén (2008) benämner som kulturell distans mellan personal och patient som kan framkomma hos tvångsvårdade patienter. Patienterna uppskattade att personalen var personlig och bemötte dem med humor. De ville bli behandlade som normala människor, att personalen både skojar och skrattar och pratar allvar med dem. De vill att personalen ger av sig själva (Lilja & Hellzén 2007, 2008). När sjuksköterskan går ur sin professionella roll och är personlig, möter hon patienten som en jämställd individ, som en medmänniska. Att vara personlig är inte det samma som att vara privat, utan är ett värdefullt redskap att använda inom den psykiatriska vården. Ett personligt bemötande kan bidra till att minska den stigmatisering som patienterna känner. Tvångsvårdade patienter upplever inte alltid att de bemöts som vuxna individer (Olofsson & Norberg, 2001, Lilja & Hellzén 2007, 2008). Personalens kunskap och attityder kan därför behöva förändras. Trots att patienter i sitt psykotiska tillstånd kan ha förlorat möjligheten handla och agera på ett rationellt och vuxet sätt, visar denna studie att det viktigt att sjuksköterskan och övrig hälso- och sjukvårdspersonal bemöter patienten som den vuxna individen som finns bakom symtomen.

Det var viktigt för patienterna att få behålla den självständighet som de klarade av. Det är vårdarens uppgift är att ge patienten kännedom om sina resurser, menar Lindström (1994). I resultatet framkom att patienter får behålla så mycket som möjligt av sin autonomi, om personalen inte ge dem mer hjälp än de behöver, inte fokusera på småsaker, utan bara på det som är viktigt för hälsan och tillfrisknandet. Sjuksköterskan bör stödja patientens självständighet så mycket som möjligt, även inom till synes små områden (Kuosmanen *et al.* 2007). Patientens behov av att lämna avdelningen behöver tillgodoses, då det i resultatet framkom att är viktigt för att de ska återfå känslan av självständighet, även om det sker stegvis. För att minska patienternas känsla av att vara instängda och öka känslan av självständighet bör när så är möjligt vårdheterna ha öppna dörrar, vilket även Kuosmanen *et al.* (2007) studie visar.

Det var viktigt för patienterna att de var delaktiga och de fick vara med och bestämma i sin vård trots att de inte vårdades frivillig, vilket stöds av Lindström, (1994) och tidigare forskning (Johansson & Lundman 2002, Lilja L. & Hellzén 2007, Kuosmanen *et al.* 2007, Sørgaard 2007). Att övertalas att ta emot vård associeras inte på samma sätt med kränkning (Svindseth *et al.* 2007). Resultatet visar att sjuksköterskan behöver göra patienten delaktig, för att patienten ska känna sig trygg och förstå syftet med vården och sina rättigheter och skyldigheter. Sjuksköterskan bör förklara sin roll för patienten och tydliggöra att hon/han har redskapen och den psykiatriska kompetensen, men att det är patienten som är expert på sig själv. Studien visar också att patienterna behövde motiveras och känns sig inbjudna till delaktighet och till att föra en öppen dialog. För att förhindra framtida tvångsvård har patienter behov av att bearbeta sina upplevelser (Kuosmanen *et al.* 2007). I resultatet framkom att patienter tycker det är viktigt att efter tvångsvårdstiden träffa någon regelbundet som de kan resonera med, någon som så småningom hjälper dem reflektera över psykosinsjuknandet och tvångsvårdstiden och hur en eventuell framtida tvångsvård kan förhindras.

Den fenomenografiska analysmetoden bedömdes relevant till studiens syfte, eftersom metoden ger en tillräckligt god beskrivning och variationsbredd av hur patienterna uppfattar och beskriver sina erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård. För att få en innehållsrik och fördjupad data i studien fick behovet av data styra, vilket är gängse i kvalitativa studier (Fridlund & Hildingh 2000). Antalet intervjuer gjordes därför tills mättnad i mängden data uppnåddes. Informanterna valdes utifrån kön, ålder samt erfarenhet av tvångsvård. De var diagnostiserade enligt DSM-IV (1994). Ingen av patienterna hade, enligt en klinisk bedömning gjord av deras case managers, störd verklighetsuppfattning eller kommunikationssvårigheter. De kunde därför dela med sig av sina erfarenheter och uppfattningar. En intervjuguide utformades med intervjufrågor relevanta utifrån syftet. Den justerades efter två pilotintervjuer. Trovärdigheten i datainsamlandet var tillfredställande. Informanterna valde själva var intervjuerna skulle hållas och intervjun bandades. Intervjuerna transkriberades ordagrant. Sju av intervjuerna transkriberades emellertid inte av huvudförfattaren själv. För att öka tillförlitligheten för dem lyssnade huvudförfattaren därför igenom de inspelade intervjuerna och transkriberade dem på samma sätt som de hon transkriberat själv. För att förhindra misstolkningar, lyssnades huvudförfattaren återigen igenom alla intervjuerna. För att göra tolkningen av resultatet tillförlitligt läste båda författarna igenom materialet oberoende av varandra, en systematisk positiv och reflekterande diskussion fördes mellan författarna under hela processen fram till att beskrivningskategorierna formulerades och den slutliga analysen gjordes.

Slutsats

Sammanfattningsvis visar denna studie på att omhändertagande vid tvångsvård kan uppfattas av patienterna som gott om de uppfattar att personalen vill dem väl, ser deras utsatthet, förmedlar hopp och visar extra omtanke. Omhändertagandet kunde också ge patienterna en känsla av skydd och vila från omvärlden. Information behöver vara anpassad både till form och till tidpunkt för att de ska kunna ta till sig och förstå den. Tvångsåtgärder skulle kunna förhindras, och kränkningen minska, om de får konkret information som visar på konsekvenser och välja mellan alternativa lösningar. Patienter vill slippa tvingas till sysslolöshet. De vill slippa känna sig som osynliga och att den kulturella distansen mellan patienter och personal minskas. Patienter vill behålla så mycket som möjligt av sin självständighet och de behöver utrymme, ges tid och att personalen inte mer än befogat inskränker på deras revir. Patienterna kan ta ansvar trots att de är tvångsvårdade men de vill bli motiverade och känna sig inbjudna och delaktiga i sin vård. För att förhindra framtida

tvångsvård har patienter behov av att bearbeta sina upplevelser, men de behöver tid för återhämtning innan de är redo att fatta beslut rörande framtiden. Sjuksköterskan behöver både tålamod och omtanke och följa patienten genom hela processen för att sedan finnas till hands när tiden är mogen och hjälpa patienten att skiva ner sina tidiga varningstecken på psykos och för att göra en krisplan

Implikation

Många patienter upplever sig traumatiserade efter att de behandlats för en psykos episod. Förebyggande interventioner behöver utvecklas för att förhindra PTSD syndrom och stigmatisering (Tarrrier *et al.* 2007, Mueser *et al.* 2010). Etiska diskussioner med fokus på patienternas välbefinnande bör systematiskt föras för att förhindra onödig kränkning av patienter som tvångsvårdas. Det skulle kunna underlätta för sjuksköterskor och övrig hälso- och sjukvårdspersonal, att fatta dessa svåra beslut. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmärksammar inte alltid det friska hos patienterna, deras inre resurser. Om patienten får möjlighet att diskutera detta vid utfärdandet av en individuell handlingsplan kan den styrkan kanaliseras under tvångsvården. Med stöd av denna studie kan ett kunskapsunderlag skapas som kan ligga till grund för utvecklandet av en individuell handlingsplan som patienten är med och utformar. Syftet är att få fram frågor (c:a 5-6 st) som kan användas. Patienten kan lämpligen göra handlingsplanen tillsammans med sin case manager i den psykiatriska öppenvården, när tvångsvården är avslutad och patienten återhämtat sig efter ett psykoskov. En individuell handlingsplan ökar patientens möjlighet till delaktighet under tvångsvård, trots att de är psykotiska och kanske saknar sjukdomsinsikt. Den kan även öka patientens känsla av autonomi och integritet. Det är traumatiskt för många patienter att återknyta till tidigare psykotisk episod och det kan vara svårt att acceptera att det finns en risk för ett återinsjuknande och kanske tvångsvård igen. Patienten kan behöva tid att acceptera och se nyttan av en sådan plan. Processen för sörjande och acceptans måste ges omtanke och tid. Förhoppningen är att användandet av individuella handlingsplaner vid tvångsvård inte bara ökar patienternas delaktighet, utan också ger dem möjlighet att bearbeta sina upplevelser efter avslutad tvångsvård. Kanske kan de också ge ringar på vattnet och i positiv riktning även påverka vården vid tvångsvård för de patienter som inte klarar av att upprätta en plan på grund av olika skäl.

Acknowledgments

We wish to thank the patients who participated in this study and the primary care units, and Nå Ut-teamet and PsykosVård i Väster. for allowing us to access to the study location. Thanks also to and the Health & Medical Care Committee of the Region Västra Götaland for financial support.

Referenser

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C: Author.
- Fridlund, B & Hildingh, C. (2000). *Health and qualitative analysis methods* in B. Fridlund & C. Hildingh (eds.), *Qualitative Research Methods in the Service of Health*. (ss.13-25). Studentlitteratur, Lund.
- Dahlberg, K., Segersten, K & Nyström, M. *et al.* (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Studentlitteratur, Lund.
- Haglund K., Von Knorring L. & Von Essen L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 65-72.
- Jarrett M., Bower L. & Simpson A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 64, 538-548.
- Jones S.L. & Mason T. (2002). Quality of treatment following police detention of mentally disordered offenders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 73-80.
- Johansson I. M. & Lundman B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 639-647.
- Kjellin L., Andersson A. & Bartholdsson *et al.* (2004). Coercion in psychiatric care – patients' and relatives experiences from four Swedish psychiatric services. *Nordic Journal of Psychiatry* 58, 153-159
- Krokmark, T. (1987). *Fenomenografisk didaktik*. [dissertation]. Göteborgs universitet, Göteborg.
- Kuosmanen L., Hätönen H. & Malkavaara *et al.* (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patients' perspective. *Nursing Ethics* 14, 597-607.
- Lilja L. & Hellzén O. (2007). Disconfirmed in one's otherness: A comparison between the nurse's view of the patient's past, present and future and patient's own view of the past, present and future. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2, 131-143.
- Lilja L. & Hellzén O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *Journal of Mental Health Nursing* 17, 279-286
- Lindström, U.Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. (2 uppl.) Liber, Stockholm.
- Marton F. (1981). Phenomenography: Describing conceptions of the words around us. *Instructional Science* 10, 177-200.
- Marton F. & Booth S. (2000). *Om lärande*. Studentlitteratur, Lund.
- Mueser K.T., Lu W. & Rosenberg *et al.* The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset. *Schizophrenia research* 116, 217-227
- Olofsson B. & Jacobsson L. (2001). A plea for respect: involuntary hospitalised psychiatric patients' narratives being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 357-366.
- Olofsson B. & Norberg A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing* 33, 89-97.
- Schöder A. Ahlström G. & Larsson Wilde B. (2006). *Journal of Clinical Nursing* 15, 93-102
- Scott S. R., Reid I. & Smith J. *et al.* (2004). A staff perspective of early warning signs intervention for individuals with psychosis: clinical and service implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 469-475.
- Sjöström B. & Dahlgren L.-O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Nursing theory and concept development or analysis* 40, 339-354.

Socialstyrelsen (SOSFS 2008:18) *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Svindseth M.F., Dahl A. & Hatling T. (2007). Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nordic Journal of Psychiatry* 61, 47-53.

Sutton D. L. (2004). Relapse signatures and insight: Implications for CPNs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 569-574.

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

Tarrier N., Khan S. & Cater J. *et al* (2007). The subjective consequences of suffering a first psychosis: trauma and suicide behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42, 29-35.

Wenestam C.-G. (2000). *The phenomenographic method in health research* i B. Fridlund & C. Hildingh (eds.). *Qualitative Research Methods in the Service of Health*.(p. 97-115). Studentlitteratur, Lund:.

WMA Declaration of Helsinki (2008) Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Available at:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (accessed 4 June 2010).

The World Health Organisation (2010) Schizophrenia What is schizophrenia?

http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/. (assessed 14 april 2010)

WMA Declaration of Helsinki (2008) *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Available at:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (accessed 4 June 2010).

WMA (2009). World Medical Association. Medical Ethics Manual

http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_en.pdf (accessed 15 October 2010).