

En Individuell Samarbetsplan

- för bättre omhändertagande vid tvångsvård

Rapport från Kompetenscentrum för Schizofreni, Psykiatri Psykos
Nr 2/13

Eva Andreasson



Rapport från Kompetenscentrum för Schizofreni
Nr 2/2013 En Individuell Samarbetsplan
- för bättre omhändertagande vid tvångsvård

Författare: Eva Andreasson, fil.mag, specialistsjuksköterska i psykiatri
Handledare: Ingela Skärsäter, professor, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet

Sammanfattning

I Sverige tvångsvårdas varje dag 3000 patienter. Återfall i psykos är vanligt med risk för kvarstående funktionshinder. Under psykosen går sjukdomsinsikten förlorad, vilket ofta kan leda till att tvångsvård blir oundviklig. Att insjukna i psykos och bli vårdad med tvång upplevs av många patienter som skrämmande. Risken för traumatisering och stigmatisering är stor, vilket utgör hinder för återhämtning. För att förhindra framtida tvångsvård kan patienter behöva bearbeta sina tidigare upplevelser av tvångsvård. Deras kunskaper och erfarenheter är ofta en outnyttjad resurs inom psykiatriskt förbättringsarbete. En Individuell samarbetsplan har utvecklats och validerats i ett pilotprojekt. Syftet med den Individuella samarbetsplanen är att ge patienterna en möjlighet att bearbeta sina upplevelser av tvångsvård och dela med sig av sina synpunkter på omhändertagandet till dem som vårdat dem. Syftet är dessutom att ge patienten ett bättre individuellt omhändertagande vid ett eventuellt återfall i sjukdomen om sjukdomsinsikten brister samt att minska behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder genom att bidra till att ge vårdpersonalen kunskap om vilket stöd patienten behöver. En Individuell samarbetsplan kan användas av patienter som tvångsvårdats, återhämtat sig och fått insikt om att de varit sjuka. De 14 patienter som i pilotprojektet använt den Individuella samarbetsplanen har varit positiva till den. I den Individuella samarbetsplanens Utvärderingsdel skattar de flesta patienter att de är nöjda med det omhändertagandet de fått, men 21–29 procent är missnöjda eller mycket missnöjda inom något område. Tvångsvård och tvångsåtgärder hade kunnat undvikas enligt 40 % av patienterna. Under tvångsvårdstiden önskat 58 % skydd med hjälp av restriktioner. Det finns en samstämmighet hos patienterna i hur de vill ha omhändertagandet, men det förekommer även skillnader dem emellan. Det kan vara smärtsamt att återknyta tankarna till en tidigare psykosepisod. Några patienter tackade av den anledningen nej till att använda den Individuella samarbetsplanen. Inom ramen för pilotprojektet har endast en patient som utformat en Individuell samarbetsplan återinsjuknat, vilket innebär att det ännu inte gått att dra några slutsatser om en Individuell samarbetsplan bidrar till en bättre vård med mindre tvång. Hypotesen är emellertid att en Individuell samarbetsplan kan minska behovet av tvångsvård och att upplevelserna av tvångsvård – om sådan blir aktuell – kan förbättras. Genom en Individuell samarbetsplan får patienten en personcentrerad vård, ett förbättrat bemötande, ökad delaktighet och medinflytande.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning.....	5
Metod	6
Den Individuella Samarbetsplanen (IS-planen)	6
Utvärderingsdelen.....	6
IS-planen.....	6
Valideringsprocessen.....	7
Urval.....	7
Resultat	9
För att få en omsorg som ger trygghet behöver patienten mycket stöd	9
Att få det skydd man behöver för att känna sig trygg	10
Att slippa vara rädd	10
Skyddas från att förstöra för sig själv eller för andra	10
Att slippa utsättas för tvångsvård och tvångsåtgärder	10
Att få hjälp att förstå för att dämpa oro och kunna fatta egna beslut	11
Information behöver vara anpassad.....	11
Att vårdas i en god och läkande vårdmiljö.....	12
Att bli respekterad, känna sig sedd och värderad som en vuxen jämbördig person	13
Att få vara delaktig i sin vård trots tvångsvård	13
Att få vara så självständig som möjligt trots att man vårdas med tvång	14
Närståendes delaktighet.....	14
Utvärdering av användandet av IS-planen	15
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats.....	20
Fortsatt utvecklande av IS-planen - efter rapportens slutförande	21
1. Utvärdering av tvångsvård	21
2. IS-krisplan	21
3. IS-plan om tvångsvård blir nödvändigt.....	21
Referenser.....	22

Inledning

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. Samtidigt vårdas i Sverige 3000 patienter varje dag med stöd av tvångsvårdslag. De flesta av dem har en psykosjukdom (Socialstyrelsen 2013).

Under en psykos kan sjukdomsinsikten gå förlorad, vilket kan leda till att tvångsvård blir oundviklig. Återfall i psykos är vanligt (Jarett et al. 2008) med risk för kvarstående funktionshinder (WHO 2013). Vid ett psykotiskt förstagångsinsjuknande kan det subjektiva lidandet för den drabbade personen vara stort och resultera i förlust av social funktion, hopp och ambitioner samt leda till stigmatisering, trauma och en förhöjd suicidrisk (Tarrier et al. 2007). Patientens självbestämmande är i teorin en självklarhet, men kan vara svårt att realisera när patienten har psykotiska symtom. När patienten tvångsvårdas måste man som vårdpersonal ta självbestämmandet ifrån patienten (WMA 2000). Att insjukna i psykos och bli intagen för tvångsvård upplevs av många patienter som skrämmande och kan leda till att patienten blir traumatiserad (Tarrier et al. 2007, Mueser et al 2010).

En studie genomfördes (Andreasson & Skärsäter 2012) inom den psykiatriska verksamheten i Göteborg som syftade till att beskriva patienters uppfattningar om hur omhändertagandet vid tvångsvård kan förbättras. Tolv patienter intervjuades och resultatet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar att patienter känner trygghet när de får en god omsorg. De uppfattar att tvångsvård ibland är ett nödvändigt skydd, men att tvångsvård och tvångsåtgärder i vissa fall skulle kunna undvikas. De behöver få och kunna ta till sig information för att dämpa oro och för att kunna fatta egna beslut. De behöver få möjlighet att berätta om vad de upplevt för att få hjälp att förstå när de utsatts för tvång. Vårdmiljön är av betydelse för upplevelsen av trygghet. De behöver känna att de har närhet till personalen, men också att deras behov av enskildhet tillgodoses. Patienter vill känna sig respekterade och bemötta som jämbördiga personer trots att de är sjuka. De vill få behålla så mycket som möjligt av sin självständighet och vara delaktiga i sin vård, trots att de vårdas under tvångslag. När patienterna mår bra igen ville de ha möjlighet att reflektera över tvångsvårdstiden och varför de blev intagna, för att kunna resonera om hur framtida tvångsvård kan förhindras (Andreasson & Skärsäter 2012).

Det är en omskakande händelse att insjukna i en psykosjukdom. Risker för traumatisering och stigmatisering är stor och kan innebära ett hinder för återhämtning (Schröder et al. 2006). Det kan vara svårt för patienten att acceptera sin diagnos och att det finns en risk för ett återinsjuknande. Forskning visar att det kan vara traumatiskt att återknyta till en tidigare psykotisk episod (Scott et al. 2004). Patienter behöver möjlighet att bearbeta sina upplevelser av tvångsvård. Trots detta har få enheter skriftliga rutiner för att utvärdera tvångsvård (Kuosmanen et al. 2007). Syftet med den Individuella samarbetsplan (IS-plan) som utformats enligt denna rapport är att ge patienter den möjligheten och att ge dem möjlighet att dela med sig av sina synpunkter på omhändertagandet. Avsikten är också att ge dem ett bättre individuellt omhändertagande om de återinsjuknar och behöver framtas sitt självbestämmande för att få nödvändig vård. Genom IS-planen får vårdpersonalen kunskap om vilket stöd patienten behöver vilket också kan bidra till att behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder minskar.

Metod

Den Individuella Samarbetsplanen (IS-planen)

IS-planen är ett verktyg som är till för patienter som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Den utformar patienten med stöd av sin case manager när han eller hon har återhämtat sig från psykosskovet, inser att han eller hon varit sjuk och är redo att diskutera ett eventuellt återinsjuknande. IS-planen består av två delar; en utvärderingsdel och en del där patienten ges möjlighet att utforma en IS-plan. IS-planen revideras vid behov om den använts. Vid ett sjukdomsåterfall, och om patienten tvångsvårdats, görs en ny utvärdering. Skattningspoängen mellan de olika tvångsvårdstillfällena kan då jämföras och då framkommer om patienten fått ett bättre omhändertagande.

Utvärderingsdelen

Utvärderingsdelen är utformad som en semistrukturerad intervju. Patienten ges möjlighet att lämna synpunkter till personalen på avdelningen där de tvångsvårdats, både vad de värdesatte i omhändertagandet och vad de önskat varit annorlunda eller saknat. Utvärderingen består av åtta kategorier som var och en följs av en femgradig skala (Figur 1.) där patienten skattar sin tillfredsställelse med omhändertagandet.

Figur 1

- 1 = Mycket missnöjd
- 2 = Missnöjd
- 3 = Varken missnöjd eller nöjd
- 4 = Nöjd
- 5 = Mycket nöjd

Utvärderingen inleds med en öppen introduktionsfråga; *Hur var det för dig att vårdas med tvång?* Patienten får då berätta fritt om sin upplevelse. Därefter intervjuas patienten utifrån åtta kategorier; *Att få den omsorg jag behöver; Att få den trygghet jag behöver; Att få hjälp att förstå; Att få en god vårdmiljö; Att bli respekterad; Att få vara delaktig; Att få vara självständig och Närståendes delaktighet.* Dessa kategorier visar sig vara viktiga indikatorer för trygg och säker vård (Andreasson & Skärsäter, 2012). Under kategorin *Att få den trygghet jag behöver* får patienten svara på om de tyckte att tvångsvård och tvångsåtgärder hade kunnat förhindras och i så fall hur. De tillfrågas också om de tyckte de behövde skydd med hjälp av restriktioner och i så fall vilka. När utvärderingen är klar kopieras den och skickas till den vårdavdelning som vårdat patienten med tvång. Patienten får vara anonym. När personalen i heldygnsvården har tagit del av patientens synpunkter signeras den av vårdenhetschefen med en eventuell kommentar till patienten. Kopian återsänds till patientens case manager i öppenvården som ser till att patienten får feedback på lämnade synpunkter. Patientens case manager ansvarar för att patientens synpunkter även kommer öppenvården till del.

IS-planen

IS-planen utformar patienten med stöd av sin case manager om och när han eller hon känner sig redo att diskutera ett eventuellt sjukdomsåterfall. Patienten får hjälp att konkretisera vilket omhändertagande och stöd han eller hon behöver om vård bli nödvändig och sjukdomsinsikten brister. I IS-planen formulerar patienten hur han eller hon vill att personalen ska agera för att eventuellt förhindra tvångsvård, hur tvångsåtgärder ska kunna undvikas och vilket omhändertagande som behövs för ett gott och tryggt omhändertagande. Till stöd används synpunkterna från utvärderingsdelen. Lämpliga åtgärder formuleras och skrivs in under

varje kategori, liksom skattningspoängen från Utvärderingsdelen. När IS-planen är utformad godkänner patienten och case managern den genom att båda skriver under den. Patienten erhåller sedan en kopia av planen. Eventuellt kan även närstående till patienten få en kopia av planen, för att den ska kunna komma patienten till del även om han eller hon insjuknar på annan ort. IS-planen dokumenteras i patientens vårdplan eller skannas in i journalen.

Valideringsprocessen

Utifrån patienters uppfattningar och erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård (Andreasson & Skärsäter, 2012) har under 2011-2013 en IS-plan utformats, med stöd av en arbetsgrupp bestående av nio personer från Psykiatri Psykos, Sahlgrenska universitetssjukhus. I gruppen har en representant från sektionsledning och åtta representanter från öppenvården och från heldygnsvården deltagit. IS-planen har utvecklats under handledning av professor Ingela Skärsäter, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet samt Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

Gruppen träffades första gången i juni år 2011 och har därefter träffats vid sex tillfällen. Inledningsvis prövades planen på sex patienter, varav två inte klarade av att intervjuas om sina erfarenheter på grund av kvarstående symtom i form av vanföreställningar. Vid gruppens fjärde arbetsmöte bjöds en brukarrepresentant in, för att bidra med sin syn på utförandet. Under processen har de case managers som varit med och prövat IS-planen med sina patienter kommit med värdefulla synpunkter på utformandet. IS-planen har reviderats i flera omgångar under processens gång för att förbättra användarvänligheten och för att patienternas synpunkter tydligt skulle komma fram, både när det gäller vad de uppskattade och vad de ville förbättra i omhändertagandet.

Urval

IS-planen har använts av 17 patienter, varav tre har exkluderats. Endast patienter som vårdats med LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) har inkluderats. En patient hade vårdats med LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård), vilket gjorde att denne exkluderades liksom två av patienterna som var för sjuka för att klara av att intervjuas. I pilotstudien ingår sammanlagt 14 patienter som använt IS-planen tillsammans med sina case managers, fyra patienter med schizofrenidiagnos (F20), två patienter med diagnos vanföreställningssyndrom (F22), tre patienter med diagnos kortvarig psykos (F23), tre patienter med diagnos schizoaffectiv sjukdom (F25) och en patient med diagnos ospecificerad icke organisk psykos (F29). Tolv av dessa patienter har utformat en IS-plan. Två patienter har endast gjort Utvärderingsdelen varav en av sin case manager bedömts inte redo. Tolv patienter behandlas på Nå Ut - teamet och två patienter på Psykosvård Hisingen (se även tabell).

Tabell. 1 Sociodemografiska uppgifter om informanter (n=14) som har använt IS-planen

Bakgrundsvariabler	<i>n</i>
Ålder	
18–30 år	2
31–50 år	8
>50 år	4
Kön	
Man	8
Kvinna	6
Civil status	4
Sammanboende/gift	
Ensamstående	10
Utbildningsnivå	
Grundskola	1
Gymnasieutbildning	4
Universitetsstudier minst 2 år	9
Antal tvångsvårdstillfällen	
1 gång	4
2–4 gånger	5
>5 gånger	5

Resultat

Nedan presenteras resultatet av pilotstudien utifrån de åtta kategorier som utgör stommen i IS-planen. I första stycket under varje kategori presenteras patienternas synpunkter på omhändertagandet. Därefter presenteras patienternas skattning av omhändertagandet i stapeldiagram (Figur 1.) tillsammans med citat från utvärderingarna. I andra stycket under varje kategori presenteras vad patienterna formulerat i sina IS-planer.

För att få en omsorg som ger trygghet behöver patienten mycket stöd

I utvärderingarna framkommer att kontaktpersonerna är viktiga. Patienterna uppskattar och känner trygghet när de har en tydlig kontaktperson som lyssnar, tar sig tid och ser till deras behov. Patienterna önskar få regelbundna samtal med sina kontaktpersoner och med läkaren. Vid ankomst till sjukhuset glömmar personalen ibland bort att patienter kan behöva hjälp med att kontakta sina närstående. De önskar att kontaktpersonerna vore mer aktiva, engagerade och uppmuntrande. Personalen uppmärksammar inte alltid om patienterna är rädda eller när de behöver hjälp med att avleda psykotiska symtom. De värdesätter att få praktisk hjälp och stöd, t ex med ekonomin och sin bostad. De uppskattar när personalen är omtänksam, t ex genom att man väntar med utskrivning tills de känner sig redo och att de får en somatisk utredning. Flera patienter uttrycker att de upplever det hoppfullt att få besök av sin öppenvård. Patienterna skattade i genomsnitt 3,0 när de bedömde hur nöjda de var med den omsorg de fått, men 29 % av dem var missnöjda eller mycket missnöjda med den omsorg de fått.

Exempel på synpunkter för en god omsorg:

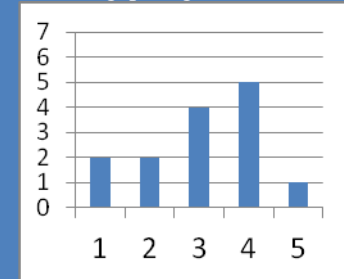
”Att personalen engagerar sig i mig och samtalar med mig regelbundet”

”Det var bra att få åka hem och vattna blommorna och betala räkninga”

”Jag önskar att de skulle ha sagt till mig att jag inte skulle bry mig om rösterna. Även om det inte hjälpt dem att försvinna”

”Att personalen tog reda på att jag var rädd för den nya situationen ”

Skattningspoäng 1-5



n=14

Patienterna har i sina IS-planer utformat vilken omsorg de behöver när de vårdas med tvång. De önskar till exempel en tydlig, personlig och aktiv kontaktperson, att personalen tar initiativ till att prata och lyssna på dem, samt att de får möjlighet att prata om situationen och om sjukdomen. Andra önskemål som uttryckts är t ex konkreta råd för att lugna och avleda röster och önskemål om att ha med en sjuksköterska vid läkarsamtalen. Patienterna har formulerat önskemål om praktiskt stöd av olika slag och flera av dem har uttryckt önskemål om kontakt med sin case manager under tvångsvårdsvistelsen.

Att få det skydd man behöver för att känna sig trygg

Att slippa vara rädd

I utvärderingen har framkommit att många patienter behöver kunna dra sig undan i början av vårdtiden, men för en del patienter är det i stället personalens stöd och närhet som ger trygghet. Patienter är ibland rädda för sina medpatienter och behöver känna att personalen finns där för att skydda dem. Patienterna skattade i genomsnitt 3,4 när de bedömde hur nöjda de var med den trygghet de fått, men 21 % av patienterna var missnöjda eller mycket missnöjda med den trygghet de erhållit.

Exempel på synpunkter för att skapa trygghet:

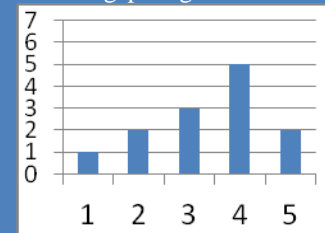
"Kunna dra mig undan och lämnas i fred så mycket som möjligt i början"

"Att de flyttade på en annan patient"

"Att någon satt med mig när jag t ex skulle sova"

"Att personalen finns till hands när jag behöver dem"

Skattningspoäng 1-5



n=14

Skyddas från att förstöra för sig själv eller för andra

I utvärderingarna framkom att 58 % av patienterna (n = 12) ansåg att de behövt skydd med hjälp av restriktioner. De behövde skyddas från t ex impulsköp, begränsas i rörelsefriheten och begränsas i sin kommunikation med andra än med sina närstående.

Exempel på vilka restriktioner patienter nämner

"Behöver få gå in på mitt rum om jag varvar upp"

"Är missnöjd med att de släppte ut mig för tidigt på permission. Jag gjorde bort mig, drack alkohol"

Behövde du restriktioner ?



Att slippa utsättas för tvångsvård och tvångsåtgärder

I utvärderingarna framkommer att 40 % av patienterna (n=10) anser att tvångsvård och tvångsåtgärder hade kunnat förhindras om de fått information som de förstått och om de fått tid att förstå situationen. Vidare anser de att de hade behövt förstå konsekvenserna av att inte ta emot vård, de hade behövt ställas inför ett ultimatum. Det framkom också att en öppen-vårdskontakt, med utbildning om psykosjukdom och uppföljning av medicinbiverkningar är ett bra sätt att förhindra att patienter slutar ta mediciner, återfaller i psykos och blir intagna med tvångsvård.

Exempel på synpunkter för att förhindra tvångsvård

”Att öppenvården ställer ultimatum till mig innan jag blir så sjuk att det blir aktuellt med tvångsvård och att de ställer ultimatum till mig på sjukhuset när jag kommer in”

Kunde tvångsvård/
tvångsåtgärder
förhindrats?



Patienterna har i sina IS-planer utformat vilket stöd de behöver i form av skydd. Några patienter har på ett mycket konkret sätt formulerat vad och hur de vill att personalen ska agera eller vad de ska säga för att minska deras rädsla och för att de ska acceptera att ta emot vård. Sex av patienterna ger förslag på hur tvångsvård eller tvångsåtgärder skulle kunna förhindras. De vill t ex erbjudas alternativa lösningar på ett tydligt sätt bli informerade om att konsekvensen att neka att ta emot vård är inläggning på sjukhuset med tvångsvård. Tre patienter har skrivit ned vilka restriktioner de behöver medan en patient tvärtom har formulerat att hon inte vill bli fråntagen sin telefon under tvångsvårdstiden.

Att få hjälp att förstå för att dämpa oro och kunna fatta egna beslut

För att känna trygghet behöver patienterna bli så insatta som möjligt i sin behandling och vad som planeras för dem. I utvärderingarna framkommer att många patienter tycker de fått bristfälligt information. De behöver ges möjlighet att få prata om vad som hänt i samband med inläggning på sjukhuset, på vilka grunder beslutet om tvångsvård togs och vad det innebär juridiskt för dem samt vilka ramar och restriktioner som gäller och varför. Patienter behöver mer information om sjukdomen för att förstå sina symtom, medicineringen, förväntade biverkningar och prognos. Särskilt viktigt är det för patienter som vårdas första gången. Patienter värdesätter att bli introducerade för öppenvården och att få information om fortsatt stöd.

Information behöver vara anpassad

Det kan vara svårt att ta till sig information när man har psykotiska symtom. Informationen behöver vara tydlig, konkret, kort och ges på ett lättförståeligt språk. Patienterna behöver även få informationen i god tid så att de hinner förbereda sig inför beslut de vill kunna fatta. Information kan behöva ges både skriftligen och muntligen samt upprepas när patienten mår bättre. En patient uttryckte att han initialt inte klarar mer än begränsad information.

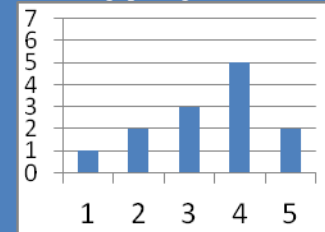
Patienterna skattade i genomsnitt 2,8 när de bedömde hur nöjda de varit med den information de fått, men 29 % av dem var missnöjda eller mycket missnöjda med den information de erhölet.

Exempel på synpunkter på information:

"Bli informerad om vårdförloppet och vad som ska ske – blev bara förd till avdelningen och inlåst. Det var skrämmande att inte få veta vad som skulle hända".

"Att de skulle passa på att informera mig i ett lugnt ögonblick, efter maten till exempel".

Skattningspoäng 1-5



n=14

Patienterna har i sina IS-planer formulerat vilken information som är viktig för dem att få för att slippa oro och för att kunna vara så delaktiga i sin vård som möjligt. Några vill ha information så tidigt som möjligt, andra vill vänta med att få information. De ger i planerna förslag på hur information kan behöva anpassas för att de ska förstå och klara av att ta emot den.

Att vårdas i en god och läkande vårdmiljö

Vid inläggning på sjukhus uttrycker patienterna att det innebär en stor trygghet att möta personal som de redan känner. Smidiga intagningsrutiner och avdelningsrutiner värdesätts samt att känna närhet till personalen. Många patienter uttrycker i sina utvärderingar att de initialt är tacksamma för att få eget rum, medan det i ett senare skede kan vara positivt att få dela rum. Patienterna upplever att det finns för lite att sysselsätta sig med, men de värdesätter att de finns tillgång till tränings-, avslappningsrum samt rökrum. Patienter känner otrygghet när rutiner brister som vid t ex överrapportering och ordinationer och det upplevs påfrestande att gå och vänta på att få samtal. De eftersöker därför möjlighet att boka tid för samtal med läkaren och med sin kontaktperson. En del rutiner upplevs som onödiga, obegripliga och kränkande för patienterna och det finns en uppfattning om att det serveras för mycket mat. Patienterna skattade i genomsnitt 3,3 när de bedömde hur nöjda de varit med vårdmiljön, men 25 % av dem var missnöjda eller mycket missnöjda med hur vårdmiljön var beskaffad.

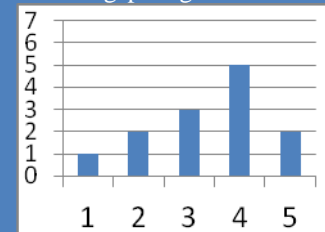
Exempel på synpunkter på vårdmiljön:

"Att jag inte fick gå upp och röka på natten. Det är något jag alltid har gjort hemma och det vill jag även göra på avdelningen".

"En bättre överrapportering från slutenvården till öppenvården"

"Det var långtråkigt. Det hade varit positivt med tillgång till dator"

Skattningspoäng 1-5



n=12

Patienterna har i sina IS-planer formulerat hur de vill att vårdmiljön ska vara för att den ska kännas trygg, läkande och trivsam. Flertalet vill ha ett eget rum. Patienter uttrycker att de vill att personalen är mer tillgänglig och de vill ha större möjlighet att sysselsätta sig. Det framkommer även önskemål om hur de t ex vill att maten ska serveras och om möjlighet att larma och låsa in tillhörigheter. Patienter uttrycker även önskemål angående avdelningsrutiner. De vill till t ex kunna boka samtal, få vänta med blodprovstagning och röka nattetid.

Att bli respekterad, känna sig sedd och värderad som en vuxen jämbördig person

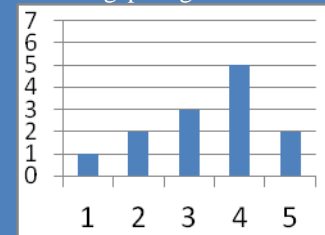
I utvärderingarna uttrycker patienterna att de vill bli bemötta med sympati och respekt. De vill ha personal som lyssnar och ger dem tid, men som också klarar av att sätta gränser om det behövs. De vill bli bemötta i dialog även om innehållet i dialogen är psykotiskt. Det framkommer att de flesta patienter känt sig respekterade, men också att personal ibland oavsiktligt har kränkt dem. När patienterna bedömde hur respekterade de känt sig, skattade de i genomsnitt 3,6, men 21 % av patienterna var missnöjda eller mycket missnöjda med hur de hade upplevt respekt.

Exempel på synpunkter på bemötandet:

"En sjuksköterskestudent sa: 'snart är jag klar då får jag mer makt'. När hon använde ordet makt kände jag inte sympati för henne"

"Att inte bli skojad med"

Skattningspoäng 1-5



n=14

Patienterna har i sina IS-planer formulerat hur de vill bli bemötta av personal för att känna sig respekterade. Många uttrycker att de vill att personalen lyssnar mer på dem och tar vara på deras åsikter. Patienterna vill bli tagna på allvar, vill bli sedda och tilltalade som om de vore friska även när de är psykotiska. I IS-planerna har några patienter formulerat att de inte vill att personalen är ironiska mot dem och att de inte skämtar med dem om sådant som är av allvarligt karaktär.

Att få vara delaktig i sin vård trots tvångsvård

Många av patienterna är enligt utvärderingarna nöjda med hur de fått vara delaktiga i sin vård. De allra flesta patienterna uttryckte att de önskar vara så delaktiga som möjligt, särskilt rörande medicineringen, men det finns undantag. En patient uttryckte att det var tryggare om personalen bestämde. I tvångssituationer tycker patienterna att det är positivt att få välja mellan olika alternativ, även om förslagen upplevs som negativa. Det framkommer också att patienter efter vårdtidens slut vill ha möjlighet att reflektera över tvångsvårdstiden och kunna bidra med synpunkter på omhändertagandet. Patienterna skattade i genomsnitt 3,0 när de bedömde hur nöjda de varit med hur de fått vara delaktiga i sin vård, men 29 % av patienterna var missnöjda eller mycket missnöjda med hur de upplevde delaktighet.

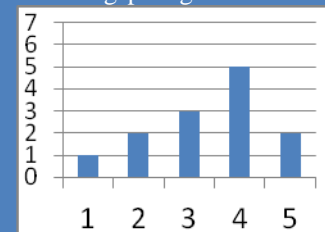
Exempel på synpunkter på hur delaktighet kan stödjas:

"De lyssnade på mig och tog sig tid att höra min åsikt"

"Jag hade velat veta vad de sa om mig på rondan"

"Att få tala om det som hade hänt under vårdtiden, efteråt – vad som varit bra och vad som kan bli bättre". "

Skattningspoäng 1-5



n=14

Patienterna har i sina IS-planer med stor samstämmighet formulerat att de vill vara så delaktiga som möjligt i insättande av medicinering och i sin behandling. Några av dem nämner att de vill få möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ, t ex vård på sjukhus eller höjd medicinering.

Att få vara så självständig som möjligt trots att man vårdas med tvång

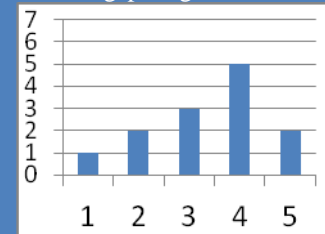
I utvärderingarna framkommer att flertalet av patienterna tyckte att de fått mycket frihet inom ramen för tvångsvården. De tyckte inte att personalen bestämt mer än nödvändigt över dem. Patienterna värdesatte att lämna avdelningen för promenader och att få möjlighet att gå hem på permissioner. Några tyckte att deras vårdtid hade varit onödigt lång och några patienter var mycket missnöjda med t ex regler som hade inkräktat på deras självbestämmande, såsom rökrestriktioner. I bedömningen hur nöjda de varit med hur deras självständighet värnats skattade patienterna i genomsnitt 3,0, men 21 % av patienterna var missnöjda eller mycket missnöjda med hur deras självständighet hade värnats.

Exempel på synpunkter på hur självständigheten kan värnas:

"Hade kunnat skrivas ut tidigare i och med att jag hade fått depotinjektion"

"Att jag får behålla mina rökvanor, jag är ju vuxen"

Skattningspoäng 1-5



n=14

Patienterna har i sina IS-planer formulerat vad som är viktigt för dem för att behålla så mycket självständighet som möjligt vid tvångsvård. Patienterna uttryckte att de vill att personalen involverar dem mer i vården, tar vara på deras åsikter. De vill inte ha mer hjälp än nödvändigt och ha möjlighet att gå ut, att lämna avdelningen, även om det sker i sällskap med personal. Patienterna ger i sina planer förslag på hur vårdtiden kan förkortas. Några patienter uttrycker att de vill behålla sina rökvanor.

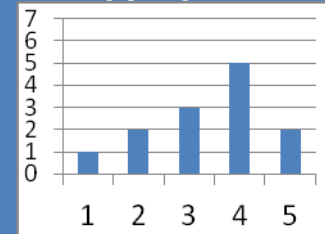
Närståendes delaktighet

Många patienter uppskattar närståendes stöd i samband med inläggning på sjukhuset och deras delaktighet i vården bl. a genom att hålla i information. Några patienter uttryckte emellertid att de initialt önskar hålla sina närstående på avstånd, men att de är positiva till att de informeras om deras hälsotillstånd. Flera patienter uttrycker att det är viktigt för dem att personalen ger deras närstående information om sjukdomen och behandlingen för att de ska få en bättre förståelse för dem och för att minska deras oro. Patienterna skattade i genomsnitt 3,0 när de bedömde hur nöjda de var med hur deras närstående hade varit delaktiga i deras behandling, men 23 % av patienterna var missnöjda eller mycket missnöjda med deras närståendes delaktighet i behandlingen.

Exempel på synpunkter på närståendes delaktighet:

"Att kontaktpersonen informerar anhöriga om vårdplanen, mediciner och planering. Det är jobbigt att berätta allt själv".
"Jag hade behövt mer förståelse från dem. Jag känner skuld när jag söker psykiatrin och blir inlagd".
"Mamma var väldigt orolig. Hon hade behövt mer information".

Skattningspoäng 1-5



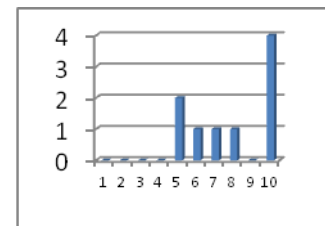
n=13

Patienterna har i sina IS-planer formulerat hur de vill att deras närstående ska hanteras och vilket stöd de önskar få från dem. Många av dem uttrycker att de vill att personal informerar och bjuder in deras närstående till att vara delaktiga i vården och behandlingen. En patient föreslår i sin plan att hennes make kan ta över ansvaret för att hon tar medicin, så att hon kan skrivas ut tidigare från sjukhuset.

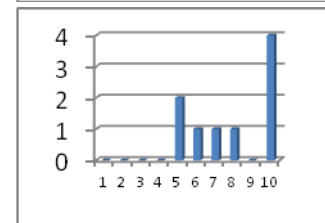
Utvärdering av användandet av IS-planen

Patienter har, utifrån en 10 gradig skala (0 = helt meningslöst, 10 = mycket meningsfullt) skattat hur meningsfullt de har tyckt det har varit att använda IS-planen. De har dels fått skatta hur meningsfullt det varit för dem att utvärdera tvångsvårdstiden och dels hur meningsfullt det varit för dem att utforma en IS-plan.

Patienterna (n=9) tyckte att det var värdefullt att få utvärdera och betygsätta sin tvångsvård (genomsnittliga skattningspoäng 7,9). En patient kommenterade att det var särskilt positivt på grund av att han fick återkoppling från den slutenvårdsavdelning som han vårdats på.



Patienterna (n=8) tyckte det var mycket meningsfullt att utforma en IS-plan (genomsnittliga skattningspoäng 8,0). En patient uttryckte tveksamhet till nyttan med IS-planen eftersom hon inte trodde att hennes plan skulle följas av personalen om hon återinsjuknar



Endast en av patienterna som utformat en IS-plan har återinsjuknat. Med hjälp av åtgärderna patienten formulerat i sin IS-plan kunde tvångsvård undvikas, vilket var första gången för den patienten som tidigare tvångsvårdats vid sex tillfällen.

Metoddiskussion

IS-planen har behövt revideras vid flera tillfällen under valideringsperioden för att göra den tydligare och mer användarvänlig och för att den ska kunna uppnå sitt syfte. Utvärderingen och IS-planen är uppdelad i åtta kategorier. Dessa kategorier kompletteras med en förklaring i punktform för att hjälpa patienterna att få fram sina synpunkter på bästa sätt och klargöra vad som ingår under respektive kategori. Skattningen av omhändertagandet gör patienten i anslutning till förklaringen av varje kategori. Därefter följer ett antal intervjufrågor. Kategorin *Att få det skydd jag behöver* har ändrats till *Att få den trygghet jag behöver*, efter synpunkter från en brukare. För att tydligt få fram patienternas synpunkter rörande tvångsvård och tvångsåtgärder tillkom ganska tidigt i valideringsprocessen ett antal följdfrågor under den kategorin; *Hade tvångsvård och tvångsåtgärder kunnat undvikas?* med följdfrågan *Hur?* Senare delades den frågan upp i två delar. Detta gjordes inför de två sistnämnda utvärderingarna. Svaren från dessa presenteras inte i denna rapport.

Patienternas positiva synpunkter på omhändertagandet kom inte alltid fram i intervjuerna. I mitten av valideringsperioden omformulerades därför frågorna för att ge patienterna möjlighet att både svara på vad de värdesatt i bemötandet och vad de saknat under respektive kategori. Det framkom ett behov hos patienten att initialt få berätta fritt om sina erfarenheter innan de varit redo att svara på de strukturerade frågorna. För att göra det möjligt, och för att hjälpa case managern att komma igång med intervjun, kompletterades intervjudelen med en introducerande fråga; *Hur var det för dig att vårdas med tvång?*

De synpunkter som kom fram i utvärderingarna och de åtgärder som patienterna formulerade i sina IS-planer var ibland inte tillräckligt utförliga och konkreta, möjligtvis beroende på att det för patienten var självklart vad som åsyftades. Problemet uppmärksammades också i några av IS-planerna, där patienten, och inte case managern, fyllt i synpunkterna och åtgärderna i IS-planen. Manualen ändrades därför för att avhjälpa problemet. Case managern fyller i IS-planen och hjälper vid behov patienten att formulera sig på ett konkret och tydligt sätt, så att synpunkter och förslag på åtgärder blir tydliga för personal att förstå och använda sig av. IS-planen är indelad i samma åtta kategorier som utvärderingsdelen. Initialt var delarna bara nämnda som siffror, men namngavs sedan för att göra det lättare att formulera åtgärderna med stöd av synpunkterna som framkommit under kategorierna i Utvärderingsdelen.

Efter att fyra patienter provat att använda IS-planen och den första justeringen gjorts, kompletterades IS-planen med en skattning av hur meningsfullt patienten tyckt det varit att utvärdera tvångsvårdstiden, respektive utforma sin IS-plan. Personalen fick också skatta meningsfullheten i att hjälpa patienten med detta, men den skattningen har vi valt att inte ta med i resultatet. Utvärderingsdelen kompletterades med instruktion till case managern att kopiera patientens utvärdering och skicka den till patientens slutenvårdsenhet.

I samband med användandet av IS-planen framkom att många patienter känner misstro mot psykiatrin. De tror inte att de kan vara med och påverka sin vård eller att personalen kommer lyssna på deras synpunkter. För att motverka det tillkom att utvärderingen ska signeras när

slutenvårdspersonalen tagit del av synpunkterna och skickas åter till case managern med eventuella kommentarer till patienten. Efter förslag från en brukare fick patienterna möjlighet att antingen lämna utvärderingen anonymt eller personligen vid ett besök på avdelningen. Många av patienterna valde att vara anonyma. Ingen valde personligt besök. Detta bidrog till att punkten rörande personligt besök togs bort, men behöver inte utesluter att den möjligheten finns om patienten önskar det.

Efter varje tvångsvårdstillfälle revideras IS-planen och en ny bedömning av omhändertagandet görs. I samband med detta jämförs även skattningspoängen med tidigare skattningar. Initialt hade IS-planen en tredjedel för det syftet, men den delen bedömdes senare onödigt och togs bort. IS-planen dokumenteras för närvarande i patientens vårdplan och/eller skannas in i e-arkivet. Den IS-plan som patienten och case managern signerat förvaras för närvarande i pappersform hos case managern och som kopia hos patienten och dennes närstående.

För att kunna använda IS-planen och för att patienternas synpunkter inte ska avfärdas behöver patienterna ha återhämtat sig efter psykosskovet, förstå att de varit sjuka och att de har behövt vård. Syftet med detta är att det som framkommer inte ska färgas av eventuella vanföreställningar. IS-planen prövades på två patienter som var för sjuka, vilket medförde att intervjuerna fick avbrytas. För många patienter är det känslomässigt svårt att tänka tillbaka på tiden då man var psykotisk och tvångsvårdades (Scott et al. 2004), vilket har varit tydligt under valideringsfasen. Två patienter som tillfrågades om att använda IS-planen tackade nej av den anledningen. Flera av patienterna som använt IS-planen har initialt varit tveksamma att använda den, men blivit positiva och visat på ett uppdämt behov när de började berätta om sina erfarenheter. En patient har bara gjort Utvärderingsdelen eftersom hon ännu inte är redo att diskutera att det finns risk för återfall.

Resultatdiskussion

Det är en omskakande händelse att insjukna i en psykosjukdom. Risken för traumatisering och stigmatisering är stor, vilket kan innebära ett hinder för återhämtning (Schröder et al. 2006). För att förhindra framtida tvångsvård behöver patienter ges möjlighet att bearbeta upplevelsen av tvångsvård (Kuosmanen et al. 2007), vilket är avsikten med IS-planen. I detta pilotprojekt har 14 patienter med hjälp av IS-planen utvärderat och bedömt det omhändertagande de fått när de tvångsvårdats. Patienterna har i genomsnitt skattat omhändertagandet inom de åtta kategorierna mellan 2,8 - 3,6 (v g se Figur 1.) vilket innebär att många patienter är nöjda eller mycket nöjda med det omhändertagande de fått. Inom respektive kategori finns det emellertid patienter (21-29 %) som är missnöjda eller mycket missnöjda med omhändertagandet, vilket kan ses som ett misslyckande från vårdens sida. Det finns en risk att dessa patienter efter vårdtidens slut bär med sig en känsla av att blivit kränkta eller en känsla av misstro mot den psykiatriska verksamheten som har vårdat dem.

För patienter handlar god omsorg till stor del om att få omtanke och att få praktiskt och emotionellt stöd för att känna trygghet. Det finns en önskan hos patienter att personalen som vårdar dem är mer aktiva, uppmärksamma och lyhörda i sitt omhändertagande. Patienterna nämner också att det är viktigt att ha öppenvårdskontakt under sjukhusvistelsen. I IS-planerna formulerar patienterna dessa behov och önskemål på mer eller mindre konkreta sätt.

För att finna trygghet behöver många patienter som är psykotiska kunna dra sig undan, medan det för en del patienter är precis tvärt om. De behöver personalens närhet för att känna att de finns där för att skydda dem. Under psykosen anser 58 % av patienterna att de kan behöva skydd i form av restriktioner. De har formulerat önskemål om sådana restriktioner i sina IS-planer. Tvångsvård eller tvångsåtgärder hade kunnat undvikas anser 40 % av patienterna. De hade behövt förstå allvaret i situationen, konsekvensen av att neka till att ta emot vård och fått förhandla om alternativ till tvång, även om det inneburit att välja mellan två negativa alternativ. Det framkommer att öppenvården har en viktig preventiv roll i att förhindra återfall och intagning på tvångsvård genom att ge patienterna kunskap om sin sjukdom, följa upp medicinering och eventuella biverkningar. I IS-planerna har patienterna formulerat åtgärder för att förhindra framtida tvångsvård och tvångsåtgärder.

För att dämpa oro och för att kunna vara med och fatta egna beslut behöver patienterna bli så insatta som möjligt i sin vård och behandling. I utvärderingarna framgår att många patienter inte tycker de fått tillräcklig information och att den information som ges behöver vara individanpassad. I IS-planerna har de uttryckt vilken information som är viktig att få. De har fått hjälp att formulera hur informationen behöver vara utformad och ges för att de ska klara av att ta emot den trots att de är påverkade av psykotiska symtom.

Patienter upplever att vårdmiljön är god om den ger dem trygghet, gemenskap och möjlighet att fördriva tiden. Bristande rutiner eller rutiner som upplevs som obegripliga kan emellertid innebära ett lidande och en kränkning för patienten. Patienterna har i sina IS-planer gett olika förslag på åtgärder för att skapa en läkande vårdmiljö.

De flesta patienter som tvångsvårdas upplever sig, enligt detta pilotprojekt, respekterade av personalen, men patienter som tvångsvårdas är samtidigt sårbara, utsatta och maktlösa på grund av sin situation. Det är svårt att föra sin talan när man är psykotisk och tvångsvårdad. Med hjälp av en IS-plan ges patienten möjlighet att uttrycka vilken hjälp och vilket stöd han eller hon behöver vid ett eventuellt återfall. Speciellt sårbara är patienter som tvångsvårdas för första gången. Integriteten kränks och man känner sig inte sedd och värderad som en jämlik medmänniska (Kjellin et al. 2004, Kuosmanen et al. 2007, Svindseth et al. 2007, Lilja & Hellzén 2008). I den situationen kan några vänligt menade men obetänksamma ord uppfattas mycket sårande och kränkande för patienten vilket också framkommit när patienter gjort utvärderingar enligt IS-planen. Detta kan bero på att personalen omedvetet tappar respekten för vilket oerhört ingrepp det är i en människas liv att tvångsvårdas och fråntas makten över sitt självbestämmande. Rutiner och regler kan behöva förklaras eller ses över då de kan upplevas onödiga, obegripliga och kränkande för patienterna. I IS-planerna formulerar flera av patienterna vad de behöver för att känna sig respekterade av personalen.

De flesta patienterna tycker det är viktigt att få vara så delaktiga som möjligt i sin vård och behandling. Att vid t ex en tvånginjektion få välja vem som ska ge sprutan eller på vilken sida den ska ges kan innebära en stor skillnad. En patient vill i sin IS-plan få möjlighet att välja mellan höjd medicinering eller vård på sjukhus, vilket skulle kunna innebära att tvångsvård kan förhindras.

Patienterna tyckte att det var viktigt att inte begränsas mer än nödvändigt, att få behålla så mycket som möjligt av sin rörelsefrihet, sina vanor och rutiner. De vill att deras resurser bättre tas till vara, så att t ex vårdtiden kan förkortas, vilket några patienter ger förslag på i IS-planerna genom att till exempel deras närstående involveras mer.

För många patienter är stödet från närstående viktigt, men några patienter vill initialt ha dem på distans. Patienter uttrycker att det innebär ett stöd för dem att personalen ger deras närstående information om deras behandling och sjukdom och de vill att personalen bjuder in dem till att vara delaktiga. En patient föreslår i sin plan att hon, för att kunna skrivas ut tidigare från sjukhuset, vill att maken tar ansvar för att hon tar sin medicin. Vid ett eventuellt återinsjuknande i psykos skulle i hennes fall tvångsvård kunna undvikas helt eftersom hon föreslår att maken tar över ansvar för att hon tar medicin.

Att tvingas sätta gränser och utföra tvångshandlingar mot en annan människa är något av det svåraste personal inom psykiatrisk verksamhet kan göra och innefattar ett etiskt dilemma. En IS-plan kan underlätta för vårdpersonal att ge en god och säker vård och samtidigt värna så mycket som möjligt om patientens självbestämmande och integritet. Den gör patienten till samarbetspartner; med målet att förhindra kränkning. Patienten vill inte bli kränkt och personalen vill inte kränka. De flesta patienterna i pilotprojektet har varit mycket positiva till att använda IS-planen. Att få feedback på synpunkter de lämnat i utvärderingarna har uppskattats. Det har gett patienterna kvitto på att de är med och påverkar omhändertagandet, inte bara för egen del, utan också för medpatienterna.

Patienter behöver uppmuntras att reflektera över tvångsvårdstiden och att lämna synpunkter på den vård de fått. Alla patienter som tvångsvårdats, återhämtat sig och insett att de behövt vård bör tillfrågas om de vill använda IS-planen. Stor respekt bör dock visas för de patienter som inte är redo eller tycker det är för känslomässigt svårt att berätta om sina erfarenheter. De patienter som vill använda IS-planen behöver motiveras att uttrycka hur de vill att personalen ska bemöta dem och ge dem stöd när de är psykotiska. Det kan minska behovet av framtida tvångsvård, bidra till att tvångsåtgärder kan undvikas och ge dem en bättre vård. De har svaret på hur vi på bästa sätt kan bemöta dem under psykosen för att minska deras lidande och göra dem trygga.

Slutsats

Det behövs ett bättre samarbete med våra patienter, och att deras kunskaper och erfarenheter tas tillvara. IS-planen ger patienter möjlighet att på ett strukturerat sätt bearbeta sin tvångsvårdstid och dela med sig av sina erfarenheter och sin kunskap om hur de vill bli bemötta. Patienterna är expert på sin egen hälsa, en resurs som inte tillräckligt utnyttjas inom hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete. Genom att IS-planen ger vårdpersonalen regelbunden feedback på vården ökar deras kunskap. Omhändertagandet förbättras då även för de patienter som av något skäl inte kan eller vill använda en IS-plan. IS-planen bidrar till att hålla etiska diskussioner levande i personalgruppen och kan fungera som en etisk kvalitetssäkring av omhändertagandet. Genom att utvärdera patienternas uppfattningar av tvångsvårdstiden tydliggörs vad som fungerat bra och vad som behöver förbättras i vårdprocessen. IS-planen gör patienten delaktig trots tvångsvård och kan bli ett värdefullt redskap för att förhindra kränkning och ge patienterna en bättre vård samt minska behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder. Pilotprojektet har varit ett första steg i att utforma och validera IS-planen. Den behöver prövas och utvärderas i större skala för att för att få sitt slutligt utformande och för att säkra slutsatser ska kunna dras

Fortsatt utvecklande av IS-planen - efter rapportens slutförande

Utvecklandet av IS-planen har varit en dynamisk process. Efter analys av pilotprojektets resultat framkom att IS-planen behövde justeras.

Den delades in i 3 delar;

1. Utvärdering av tvångsvård

Patientens synpunkter på omhändertagandet och skattningspoängen sammanfattas efter intervjun på ett blad för att göra dem lättöverskådliga för personal att ta del av.

2. IS-krisplan

Många patienter ger i sina utvärderingar förslag på hur tvångsvård hade kunnat förhindras. För att bättre kunna ta vara på deras förslag har IS-planen delats upp i en IS-krisplan och en IS-plan om tvångsvård blir nödvändigt. Krisplanens fokus är att förhindra tvångsvård.

I Krisplanen noteras;

- Patientens tidiga tecken på psykos - vad han eller hon själv observerar och vad omgivningen märker.
- Vad patienten själv ska göra vid tidiga tecken på psykos.
- Hur patienten vill att närstående ska agera vid tidiga tecken på psykos.
- Vilka åtgärder och bemötande patienten anser sig behöva för att förhindra att symtomen får en allvarligare karaktär, t ex i form av medicinjustering, ökad vårdkontakt, eller sjukhusvård.
- Hur patienten vill bli informerad för att acceptera att ta emot vård.
- Hur patienten vill att närstående involveras i situationen

Krisplanen signeras av patienten, hans eller hennes case manager och av eventuella närstående, som med fördel är med och utformar krisplanen

3. IS-plan om tvångsvård blir nödvändigt

I IS-planen formulerar patienten;

- Vilket praktiskt och emotionellt stöd han eller hon behöver i samband med intagning till sjukhus och hur en eventuell transport ska ske.
- Vilket stöd och omsorg patienten anser sig behöva under tvångsvårdstiden för att uppleva att vården är god och trygg samt för att slippa utsättas för tvångsåtgärder. Varje delområde kompletteras med stödfrågor för att underlätta utformandet.
- IS-planen hanteras och signeras som tidigare av patienten och case manager

Referenser

Andreasson E. & Skärsäter I. (2012) Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: Basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 15–22.

Jarrett M., Bower L. & Simpson A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 64, 538–548.

Lilja L. & Hellzén O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *Journal of Mental Health Nursing* 17, 279–286.

Mueser K.T., Lu W. & Rosenberg et al. (2010). 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.

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.

Schröder A., Ahlström G. & Larsson Wilde B. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing* 15, 93–102.

Socialstyrelsen 2013 Tvångsvård. <http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/tvangsvard> (accessed 30 april 2013).

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.

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.

The World Health Organisation (2013) Schizophrenia What is schizophrenia? http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/. (accessed 30 april 2013).

WMA (2000). World Medical Association. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. (Right to Health) <http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/10health/index.html> (accessed 30 april 2013).

Individuell samarbetsplan



Utvärdering av tvångsvård

och

utformande av en Individuell samarbetsplan

- för att minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra omhändertagandet vid ett eventuellt återinsjuknande i psykos



Sahlgrenska akademien
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för



1

Kompetenscentrum för Schizofreni
Psykiatri Psykos
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Webbplats: www.sahlgrenska.se/su/kcs