



Sahlgrenska akademien
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Patienters erfarenhet av omhändertagande vid tvångsvård

FÖRFATTARE

Eva Andreasson
leg. sjuksköterska

FRISTÅENDE KURS

Omvårdnad – Självständigt arbete II

OM 1650

VT 2008

OMFATTNING

15 hp

HANDLEDARE

Ingela Skärsäter

EXAMINATOR

Barbro Robertsson

Titel (svensk):	Patienters erfarenhet av omhändertagande vid tvångsvård
Titel (engelsk):	Patients experiences of involuntary care
Arbetets art:	Självständigt arbete – fördjupningsnivå II
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete II OM1650
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Eva Andreasson leg. sjuksköterska vid Sahlgrenska sjukhuset, i Göteborg e-post: eva.andreasson@vgregion.se
Handledare:	Ingela Skärsäter, leg. sjuksköterska, docent i omvårdnad
Examinator:	Barbro Robertsson

SAMMANFATTNING

Schizofreni är en av våra allvarligaste sjukdomar och risken att återinsjukna är stor. Vid akuta sjukdomsskov kan patienterna bli vårdade under tvångslag. Vid tvångsvård kan patienten fråntas sin autonomi, vilket kan vara ett hot mot självaktningen och medföra en kränkning av integriteten. Få studier handlar om hur patienter uppfattar omhändertagandet vid tvångsvård. Syftet var att beskriva patienters uppfattningar och erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård. Studien var en pilotstudie med två informanter. En fenomenografisk analysmetod användes. I resultatet framkom två beskrivningskategorier, att erhålla socialt stöd och att bli vårdad med respekt. Patienterna uppfattade att de fick ett gott omhändertagande om personalen visade dem extra omtanke, bemötte dem med stabilitet och ställde rimliga krav. De behövde få information som var anpassad, till form och tidsmässigt, för att förstå. Patienterna behövde utrymme, ges tid och att personalen inte mer än befogat försökte påverka dem. Att bli sedd som en medmänniska uppfattades respektfullt. Vårdplaneringar med många personer involverade upplevdes negativt och patienterna behövde tid för återhämtning och nyorientering innan de kunde fatta beslut som rörde framtiden. Patienters erfarenheter av tvångsvård kan ligga till grund för upprättande handlingsplaner vid eventuell framtida tvångsvård. Med individuella handlingsplaner skulle patienter göras delaktiga under tvångsvård och omhändertagandet förbättras för dem.

Nyckelord: kvalitativ studie, omvårdnad, psykos, tvångsvård

TACK

Ett stort tack vill jag ge till de två patienter som deltog i studien och till min handledare Ingela Skärsäter för att hon gett mig stöd, uppmuntran och konstruktiv kritik under arbetets gång. Jag skulle också vilja tacka min familj, särskilt min man Rolf, som ställt upp med praktiskt stöd och stått ut med att jag varit uppslukad av arbete

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	5
BAKGRUND	5
VÅRDVETENSKAPENS SYN PÅ VÅRDANDET.....	5
VÅRDVETENSKAPENS SYN PÅ MÄNNISKA OCH KUNSKAP.....	6
CENTRALA OMVÅRDNADSBEGREPP	6
<i>Vårdlidande</i>	7
<i>Trygghet</i>	7
<i>Bekräftelse</i>	7
<i>Makt</i>	7
<i>Jagstöd</i>	7
LITTERATURSÖKNING	8
TIDIGARE FORSKNING	9
SYFTE.....	11
ETIK.....	11
METOD.....	12
DESIGN OCH METOD.....	12
INFORMANTERNA	13
INTERVJU OCH DATAINSAMLING.....	13
DATAANALYS.....	14
TIDSPLAN OCH BUDGET	14
RESULTAT	14
VAD DET INNEBÄR ATT TVÅNGSVÅRDAS	14
HUR OMHÄNDERTAGANDET UPPFATTAS OCH ERFARS VID TVÅNGSVÅRD..	15
Att erhålla socialt stöd.....	15
Att bli vårdad med respekt	17
DISKUSSION	18
METODDISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION.....	19
Att erhålla socialt stöd.....	19
Att bli vårdad med respekt	20
SLUTSATS	21
REFERENSER.....	23

INTRODUKTION

Vård och behandling ska bygga på respekt för patientens autonomi och integritet och så långt som möjligt ska den utformas och genomföras i samråd med patienten (HSL, 1982). Schizofreni är en av våra allvarligaste sjukdomar. Risken att återinsjukna i psykos är mycket stor (Socialstyrelsen (SOS), 2003). Denna studie handlar om patienters erfarenhet av tvångsvård. Vid tvångsvård riskerar patienten att fråntas sin autonomi. Det är ett hot mot självaktningen och kan medföra en kränkning av integriteten. 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 (Arlebrink, 1996). När patienten tvångsvårdas måste man som vårdpersonal "vikariera" för självbestämmandet. Det är en omskakande händelse att få diagnosen schizofreni. Patienten behöver därför stöd och hjälp med att hantera och acceptera den. Det är viktigt att patienten får ökad kunskap om sina tidiga varningstecken (TVT). Genom att använda TVT som intervention uppmärksammas tendenser till återfall och åtgärder kan vidtas för att förhindra ett återinsjuknande (SOS, 2003). Få studier handlar om hur patienter uppfattar omhändertagandet vid tvångsvård. Med stöd av studien kan frågor utformas som kan ligga till grund för utvecklandet av individuella handlingsplaner som patienten tillsammans med sin kontaktperson kan utforma när vården utvärderas efter tvångsvårdens slut. Genom att utvärdera tvångsvården tillsammans med sin kontaktperson får patienten hjälp med att bearbeta sina upplevelser och samtidigt möjlighet att delge sina erfarenheter. En handlingsplan vid tvångsvård som patienten har varit med och utforma, syftar till att öka patientens känsla av autonomi och integritet. Den ökar patientens delaktighet vid en eventuell framtida tvångsvård och förbättrar på så vis omhändertagandet för dem.

BAKGRUND

VÅRDVETENSKAPENS SYN PÅ VÅRDANDET

I det mellanmännsliga finns vårdandets grundmotiv, att lindra lidande (Eriksson, 1999). Att lindra patientens lidande är det som ytterst motiverar vårdandet, men det förutsätter att människor möts i en vårdgemenskap menar Eriksson, Nordman, Myllämäki, (1999) och Eriksson & Lindström (2000). Med ett etiskt patientperspektiv kan patienten känna förtroende för vården. Det kännetecknas av en hållning och en värdegrund som värnar om patientens integritet och värdighet (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003; Eriksson, Lindström, 2000). Patienten betraktas som den främsta experten på sig själv, sitt lidande, välbefinnande och på sin livssituation (Dahlberg m fl., 2003). Människan förändras ständigt i den miljö hon lever i och i samspel med andra och det måste finnas en öppenhet för patientens livsvärld. Med livsvärlden som etiskt patientperspektiv är fokus riktat mot hur patienten upplever sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande och sin värld (Dahlberg m fl., 2003; Svensk Sjuksköterske Förening (SSF), (2006). Målet med omvårdnad är att hjälpa patienten att själv kunna bemästra sin livssituation, att kunna återvinna kontrollen, att ha valmöjligheter och att ha autonomi (Watson, 1988). Genom att samarbeta med patienten kan vårdaren hjälpa patienten till ökad självrespekt och att känna förtroende för vården (Strand, 1996). Caritasmotivet utgör kärnan i vårdandet (Eriksson, 1999) Caritas är ett uttryck för omtanke och mellanmännslig kärlek där människans värdighet alltid bekräftas (Wiklund, 2003). Sjuksköterskas roll är att stödja patienten i situationer som han kan upplevas som stressfyllda och hotande. t ex situationer av förändring, i utvecklingskonflikter eller vid

förluster. Att använda patientens egna resurser för att främja positiva hälsoresultat är centralt i vårdandet menar Watson, (1988).

VÅRDVETENSKAPENS SYN PÅ MÄNNISKA OCH KUNSKAP

Synen på människan är avgörande för hur man förhåller sig till hälsa och ohälsa och hur evidensbegreppet utformas. (Patel & Davidsson, 2003; Strand, 1996). Psykiatrin arbetar efter en helhetssyn, där både upplevelsaspekter och biologiska aspekter i sjukdomsbilden beaktas (SOS 2005; Wiklund, 2003). Sjuksköterskor använder flera teoribildningar och perspektiv i sitt vårdande, men har ett vårdvetenskapligt paradig. Ur ett naturvetenskapligt perspektiv beskrivs psykisk ohälsa i termer kroppslig dysfunktion. Ärftlighet spelar stor roll. Det samhällsvetenskapliga perspektivet ger förklaringar på problem relaterat till familjen, arbetslivet, ekonomi och att fungera i ett socialt sammanhang (Wiklund, 2003). Vårdvetenskapen utgår från ett humanvetenskapligt perspektiv där patienten ses som unik och med värdighet och som en enhet bestående av kropp själ och ande (Eriksson 1987; Norberg, m.fl. 1992; Eriksson, Lindström, 2000). De ontologiska, frågorna träder i förgrunden vid kunskapssökandet och ger svar på hur vårdverkligheten är beskaffad (Eriksson m fl., 1999, Eriksson & Lindström, 2000). Ett vårdvetenskapligt perspektiv ger därför en förståelse för fenomenet, frågan och är området för uppsatsen.

Ett holistisk närmande är nödvändigt vid studier där människan är i fokus (Fridlund & Hildingh, 2000). Inom humanvetenskapen existerar ett flertal förhållningssätt parallellt. (Patel & Davidsson, 2003) och innebär konsekvenser i ontologiska och epistemologiska ställningstaganden, men även i metodologiska frågor (Wiklund, 2003). Styrkan i den vårdvetenskapliga disciplinen är förmågan att utveckla ny kunskap mot en allt djupare förståelse för vårdandet (Eriksson m fl., 1999). Enligt de epistemologiska utgångspunkterna måste människan studeras som subjekt och tolkas utifrån den värld hon lever i. Hon måste förstås utifrån sina upplevelser och motiv (Wiklund, 2003). Den vårdvetenskapliga kunskapens egenvärde, dess förmåga att framstå som sanningsenlig, nyskapande och trovärdig är bunden till hur vi förmår synliggöra och sprida kunskapen till den kliniska verkligheten (Eriksson & Lindström, 2000). Forskningen tillämpar såväl kvalitativa som kvantitativa metoder, men det meningsbärande perspektivet är alltid ett förståelseperspektiv (Eriksson m fl., 1999).

Vårdvetenskapen är både systematisk och klinisk. I den systematiska vårdvetenskapen är grundforskning central. Det ger svar på vad som är det vårdande. Relevanta begrepp utvecklas och ontologiska ställningstaganden om vårdverkligheten framställs, patientperspektivet har företräde. Begreppen hjälper vårdaren att tydligare se, tolka och handla i den kliniska vardagen. Den kliniska vårdvetenskapens grundfråga är hur vi kan förverkliga vårdandet i den kliniska vården i konkreta vårdsituationer, att öka förståelsen för vad vårdandet är, t ex vad som händer mellan vårdare och patient och hur patienten upplever lidande (Eriksson m fl., 1999).

CENTRALA OMVÅRDNADSBEGREPP

Det vårdvetenskapliga perspektivet och den vårdvetenskaplig förankring har gjorts utifrån Unni Lindström, Katie Eriksson och Karin Dahlberg omvårdnadsteorier. Deras omvårdnads begrepp: Vårdlidande, Trygghet, Bekräftelse, Makt och Jagstöd har studerats

Vårdlidande

När människor hamnar inom vården berövas de ofta sin möjlighet att forma sitt liv (Lindström, 1997). Ett spänningstillstånd mellan det önskvärda och det reella skapar lidande (Lindström, 1994). Ett vårdlidande uppstår liksom en känsla av maktlöshet, när värdigheten berövas (Lindström, 1997). Det innebär ett vårdlidande att inte bli tagen på allvar eller att fråntas rätten att vara delaktig i sin vård. Att inte förstå innebär en utsatthet som kränker självkänslan. Bristande information, svårighet att förstå personalens agerande och att inte känna att man kan få den hjälp man behöver, leder till otrygghet och vårdlidande för patienten. Med ett etiskt patientperspektiv som värdegrund, värnas patientens integritet och värdighet. Patienten betraktas som den främsta experten på sig själv, sitt lidande och välbefinnande och på sin livssituation, menar Dahlberg m fl. (2003).

Trygghet

Varje människa har ett revir som bör fredas. Att få det ofredat medför en känsla av otrygghet, anser Eriksson (1988). Men för att skapa trygghet kan patientens frihet ibland behöva begränsas. Tvång som utövas på ett medvetet och övervägt sätt kan enligt Lindström (1994) medverka till att ge patienten t ex trygghet, omsorg och tillfredsställelse. Vårdarens tillgänglighet och närvaro är mycket viktig för tryggheten, betonar Lindström (1994). Det är trygghetsskapande för patienten när vårdaren tar det lugnt, ger patienten tid och lyssnar. Centralt för patienter med oklara gränser mellan självet och yttervärlden är vårdhandlingar som erbjuder lust, belåtenhet och välbefinnande (Dahlberg m fl., 2003).

Bekräftelse

Att inte bli bekräftad innebär ett lidande och kan leda till en upplevelse av att inte betyda något, inte vara viktig för någon, till förtvivlan, resignation och tomhet. Bekräftelse är en viktig vårdhandling inom den psykiatriska vården. Den har styrka att vidröra och hela. Det är vårdarens första uppgift är därför att bekräfta patientens lidande. Bekräftelse utgör en bro till mänsklig gemenskap. För patienter som saknar tillit är det centralt med ett kontinuerligt bekräftande av patientens identitet som en självständig person, menar Lindström (1994).

Makt

Vanmakt och förtvivlan upplevs lätt när man är beroende av andra människors välvilja, menar Dahlberg m fl. (2003). Makt får man i relation till andra och den makt som man har över en annan person kan användas på olika sätt, både för att framkalla eller för att förhindra en förändring. Makt bör finna sitt utrymme även inom den professionella vården, men det är viktigt att förstå vilket hot om utarmning av identiteten man själv som vårdare kan utgöra för patienten. Vårdaren kan använda sin makt i syfte att stärka patientens makt. Delad makt kräver öppenhet och flexibilitet och kan leda till utveckling av en dialektisk process. Genom att erbjuda patienten nya positiva erfarenheter kan vårdaren bidra till en gynnsam hälsoprocess, menar Lindström (1994).

Jagstöd

Självvård är alltid relativ och villkorlig i den psykiatriska vården och innebär att patienten temporärt godkänner att dela ansvaret med en eller flera vårdare (Lindström, 1994). Det är vårdarens uppgift att ge patienten kännedom om sina resurser (Eriksson, 1988). Det är en krävande vårdkonst där den psykiatriska vården är behov av forskning och adekvat kunskap. Genom stöd i form av trygghet, befrämja patientens autonomi och stödja jagfunktioner kan vårdaren skapa förutsättningen för att patienten själv ska kunna arbeta med de faktorer som hindrar honom från att vara vid hälsa. *Jagstöd* kan ge patienten kraft. Genom att hitta den bästa möjliga kontinuitet mellan autonomi och beroendet av andra skapas möjligheten för patienten att växa och utnyttja sin styrka och sina resurser menar Lindström, (1994). Vårdarens uppgift är att

ge patienten kännedom om sina resurser och finna former för delaktighet. Vårdaren måste vara lyhörd, känna igen och bejaka patientens strävan efter att överskrida de gränser han tidigare levt inom (Lindström, 1994).

LITTERATURSÖKNING

En systematisk artikelsökning gjordes via sökmotorerna CINAHL, PsykINFO och PubMed under våren 2005 och hösten 2007. Resultat från sökningen kan ses i nedanstående tabell.

Tabell 1.

Sökväg	Sökord	Antal träffar	Författare
CINAHL	A: Nurse, Patient, Relations, Coercion.	A: 24	A: Olofsson & Norberg (2001)
	B: Psychiatric, Involuntary, Experience, Nursing	B: 28	B: Johansson & Lundman (2002) Haglund m fl. (2003)
	C: Psychiatric, Nursing, Seclusion, experience	C: 53	C: Meehan m fl. (2000) Bonner m fl. (2002).
	D: Psychiatric, Patients, Nursing, Self-determination	D: 4	D: Välimäki m fl. (1998)
	E: Psychiatric, Nursing, Powerlessness	E: 117	E: Johnson (1998)
	F: early warning signs and schizophrenia and nursing early warning signs and schizophrenia and nursing	F: 3	F: Scott m fl. (2004)
PsykINFO	Psychiatric, involuntary, Experience, Nursing	3.	Olofsson & Jacobsson (2001)
PubMed	A: Deprivation of liberty, patient	A: 16.	A: Kuosmanen (2007)
	B: early signs and schizofrenii OR psychosis and coercion	B: 42	B: Sutton (2004)
	C: early warning signs and schizophrenia	C: 26	C: Van Meijer m fl. (2004)
	D: early warning signs and schizophrenia and experiences	D: 1	D: Van Meijer m fl. (2003)
	E: early warning signs and schizophrenia or psychosis and coercion and nurse	E: 16	E: Van Meijer m fl. (2002a; 2002b)
Lånad från biomedicinska biblioteket			Carlsson (2003)

Det aktuella forskningsläget utgick från sammanlagt 14 artiklar och en avhandling, varav nio av artiklarna och avhandlingen beskriver upplevelsen av tvångsvård. Artiklar som inte hade ett patientperspektiv valdes bort. De artiklar som valdes är kvalitativa. Övriga fem artiklar beskriver användandet TVT som intervention. De valdes med tanke på att uppsatsen ska kunna ligga som grund för upprättande av individuella handlingsplaner för eventuellt framtida tvångsvård. Två av artiklarna är litteraturstudier, övriga 3 är kvalitativa studier som beskriver TVT ur både patient och vårdarperspektiv. Alla 14 artiklar samt avhandlingen valdes med utgångspunkt från att de är västerländska och beskriver studier gjorda på, eller om patienter som har diagnos schizofreni eller någon annan psykosdiagnos. Sökningen av artiklar omfattade en tidsram på 10 år, med start 1998.

TIDIGARE FORSKNING

En finsk och flera svenska studier (Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä, & Välimäki, 2007; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson, & Norberg, 2001; Johansson & Lundman, 2002) visar att patienter ibland retrospektivt kan förstå att tvångsvård varit nödvändigt för att skydda och hjälpa dem. Men många patienter förstår emellertid inte varför de tvångsvårdas, visar Kuosmanen m fl. (2007) och Olofsson & Norberg (2001) studier. Om patienten känner förtroende för personalen minskar rädslan för tvång, visar en amerikansk och en australiensisk studie (Johnson, 1998; Meehan, Vermeer & Winsor, 2000). Mänsklig kontakt, att ha personal som verkligen bryr sig, talar lugnande, lyssnar, lirkar och ger tid kan förhindra användandet av tvång, enligt flera svenska studier (Haglund, Von Knorring & Von Essen, 2003; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001).

Hur fokus för vårdandet ibland visar sig vara något annat än patienterna och deras välbefinnande, belyser i Carlsson (2003) i sin avhandling. I en brittisk och en svensk studier (Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman, 2002 & Johansson & Lundman, 2002) framkom, att det fanns en uppfattning att en del tillfälligt anställda vårdare bara är intresserade av pengarna, att de i stort sett ignorerade patienterna. Studier från västvärlden (Bonner m fl., 2002; Johansson & Lundman, 2002; Johnson, 1998; Meehan m fl., 2000; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001; Välimäki & Leino- Kilpi, 1998) visar samstämmigt att patienter utsattes för sanktioner eller hot om sanktioner från personalen, om de inte sköter sig på ett speciellt sätt på avdelningen. Flera studier (Bonner m fl., 2002; Johansson & Lundman, 2002; Johnson, 1998; Meehan m fl., 2000; Välimäki & Leino - Kilpi, 1998) visar att psykiatriska patienter känner sig underlägsna som personer, speciellt om de fått sjukhusvård. När de hamnar inom vården berövas de ofta möjligheten att forma sitt liv. Flera studier (Kuosmanen m fl., 2007; Olofsson & Norberg, 2001; Olofsson & Jacobsson, 2001; Johansson & Lundman, 2002; Carlsson, 2003) visar att tvångsvård kränker patienters integritet. Det får dem att känna sig maktlösa och att de inte respekteras som människor. Patienter känner sig kränkta av att inte få bli involverade i planeringen innan de tvingas in till sjukhus för tvångsvård och att andra bestämmer över dem. De uttrycker, enligt Kuosmanen m fl. (2007), Olofsson & Norberg, (2001), Olofsson & Jacobsson (2001), Johansson, & Lundman (2002) och Carlsson, (2003) studier, ta mer ansvar själva. Patienter önskar delta i beslut och ta ansvar för vissa delar av sin egen vård, trots tvångsvård, visar, Kuosmanen m fl. (2007) och Johansson & Lundman (2002) studier.

Patienter beskriver i flera studier (Johansson & Lundman, 2002; Meehan m fl., 2000; Olofsson & Norberg, 2001; Välimäki & Leino - Kilpi, 1998) att utebliven eller bristande information angående sin behandling och sina rättigheter orsakar rädsla. De förstår inte hur länge de ska vårdas och delar av vården är obegriplig. Patienter har behov av att förstå varför de tvångsvårdas och vilka regler som gäller, menar Bonner m fl. (2002); Olofsson & Jacobsson (2001); och Olofsson & Norberg (2001), men om de får bättre information före eller vid inläggningen skulle de i högre grad samtycka till vård. De önskar, enligt Olofsson & Norberg (2001) och Olofsson & Jacobsson (2001) få mer information och förklaringar rörande sitt hälsotillstånd och om sina mediciner. De vill ha fler alternativ innan tvångsåtgärder används. Carlsson (2003) beskriver att patienterna vill ha ett rättframt och oförställt möte där de upplever att personalen ger dem en oinskränkt aktning för dem som människor. Där personalen är närvarande och förmår att ge av sig själva i ett möte som erbjuder ärlighet. Det gör att patienten känner sig säker på att de verkligen vill väl. En etablerad relation med patienten är viktig, enligt Olofsson & Norberg (2001) och Olofsson & Jacobsson, (2001). Den förstörs inte vid behov av tvångsvård, utan kan istället bidra till att

den känns mindre kränkande för patienten. En god relation kan bidra till att patienten accepterar att ta emot vård (Johansson & Lundman, 2002).

Tillämpning av tidiga varningstecken (TVT) som intervention, för att förebygga psykosåterfall, beskrivs i två holländska och två brittiska studier (van Meijel, Graag, Kahn, & Grypdonck, 2002b, 2003; Scott m fl., 2004; Sutton, 2004). Den psykoedukativa komponenten i strategin påverkar patientens insikt och möjlighet att hantera sin sjukdom. Flera studier (van Meijel m fl., 2002a; Scott m fl., 2004 & Sutton, 2004) visar att användande av TVT som strategi inte bara ökar patientens förståelse för risken för återfall, den ökar också patienters känsla av autonomi. Patienternas självförtroende ökar, vilket leder till att de kan spela en mer aktiv roll i hanterandet av sina svårigheter. Den ökande känslan av att klara sig själv, ökar möjligheten att förstå orsaken och effekten av det egna beteende. En introduktion för patienten, och om lämpligt för det sociala nätverket, är viktig för samarbetet, innan en plan för TVT kan användas, menar Meijel m fl. (2003). Fynden indikerade att introduktionen av TVT skapar en kultur av partnerskap och samarbete mellan patienter och personal, baserat på förhandling, positivt stöd och förtroende. Tidig intervention fungerar bäst om professionella behandlare, patienterna och andra involverade personer med gemensam kraft diskuterar om hur en psykotisk episod ska förebyggas (van Meijel m fl., 2002b).

I van Meijel m fl. (2004) studie framkommer att patienter väl kan beskriva sina TVT retrospektivt, men graden av sjukdomsinsikt och möjligheten att upptäcka dem kan minska under utvecklingen mot ett psykosåterfall. Enligt van Meijel m fl. (2002a, 2004) är patienter skickliga på att identifiera prodromalsymtom, så som t ex ångest och sömnstörningar, vilka direkt refererar till specifika besvär, men de är mindre skickliga på att identifiera prepsykotiska symtom så som t ex misstänksamhet och vanföreställningar. Dessa symtom är de närliggande bättre rustade att se. Idiosynkratiska beteenden är viktiga för en tidig upptäckt. Det krävs enligt van Meijel m fl. (2002b) en öppen dialog för att patienten ska förmås att se nyttan av att känna igen sina personliga tecken. Det kan ta månader att slutföra en plan som patienten betraktar som möjlig att använda. Självvård är alltid relativ och villkorlig i den psykiatriska vården. Det innebär att patienten temporärt godkänner att dela ansvaret med en eller flera vårdare. Flera studier (van Meijel m fl., 2002b, 2003; Scott m fl., 2004) visar att avsaknad av sjukdomsinsikt innebär svårigheter att effektivt använda TVT som intervention för att förebygga psykosåterfall. En del patienter finner det för traumatiskt att återknyta till tidigare psykotisk episod. Bristande insikt kan därför kostsiktigt skydda patienter, eftersom det sänker stressnivån, visar Sutton (2004) i sin studie.

Patientutbildning kan, enligt flera studier (Meijer m fl., 2002b; Sutton, 2004) kännas påtvingad och orsaka spänning och motstånd om patienten inte är redo att ta emot information om en eventuell framtida psykosepisode. En snabbt ökad insikt leder i många fall till post psykotisk depression. Enligt van Meijel m fl. (2002b) motarbetar patienter ibland sin preventionsplan för att behålla självkänslan. Flera studier (van Meijel m fl., 2002b & Sutton, 2004) visar att det är känslomässigt svårt för många patienter att acceptera diagnosen schizofreni. För dem är det svårt att konfronteras med behovet av en plan för tidiga tecken. Van Meijel m fl. (2002b) studie visar att processen för sörjande och acceptans måste ges omtanke och tid, annars blir följden att de professionella behandlarna påbörjar en plan för tidiga tecken innan patienten är redo.

Många patienter förstår inte varför de tvångsvårdas, men de kan ibland retrospektivt förstå att tvångsvård varit nödvändigt. Mänsklig kontakt och att ha personal som verkligen bryr sig och ger tid kan förhindra användandet av tvång, men fokus för vårdandet visar sig inte alltid vara

patienterna och deras välbefinnande. Psykiatriska patienter känner sig underlägsna, att de inte respekteras som människor. Tvångsvård kränker deras integritet. Det får dem att känna sig maktlösa. De vill uppleva att personalen ärliga och ger dem en oinskränkt aktning för dem som människor, att de är närvarande och förmår att ge av sig själva. Patienter önskar vara mer delaktiga i sin egen vård, trots tvångsvård. De har också ett behov av att förstå varför de tvångsvårdas och vilka regler som gäller och önskar få mer information och förklaringar. Patientundervisning påverkar patientens insikt och möjlighet att hantera sin sjukdom. Deras självförtroende ökar, vilket leder till att de kan spela en mer aktiv roll i hanterandet av sina svårigheter. Det krävs en öppen dialog för att patienten ska se nyttan av att känna igen sina tidiga tecken på psykosåterfall. Många patienter kan beskriva sina TVT 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. Det är känslomässigt svårt för många patienter att acceptera diagnosen schizofreni. Processen för sörjande och acceptans måste ges omtanke och tid. Patientutbildning kan kännas påtvingad och orsaka spänning och motstånd om patienten inte är redo att ta emot information om en eventuell framtida psykosepisod. Det kan därför ta månader att slutföra en plan som patienten betraktar som möjlig att använda. Patienter motarbetar ibland sin preventionsplan för att behålla självkänslan.

Arbetet med att ta hand om synpunkter och klagomål från patienter i psykiatrisk tvångsvård behöver vidareutvecklas (SOS, 2001). Få enheter har idag någon skriftlig rutin för att utvärdera tvångsvården. Kunskap om patienters upplevelse av tvångsvård är god, men kunskap som belyser deras uppfattningar om hur omhändertagandet vid tvångsvård är saknas, vilket är syftet med denna studie.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva patienters uppfattningar och erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård.

ETIK

Studien har utförts utifrån Helsingforsdeklarationen, (WMA, 2000) riktlinjer för god etisk standard i forskning som omfattar människor. Omvårdnadsforskning vägleds av följande etiska principer. Principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada, principen om rättvisa. International Council of Nurses (ICN) (2002) riktlinjer har också tagits i beaktandet i studien. ICN:s riktlinjer är vägledande för att handla i överensstämmelse med sociala värderingar och behov och har sin grund i WMA (2000) riktlinjer. Enligt ICN (2002) riktlinjer är sjuksköterskan grundläggande ansvarsområden: främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa, att lindra lidande.

Autonomi förutsätter rätten till självbestämmande, att skydda och respektera deltagarens värdighet, integritet och sårbarhet. Patienterna tillfrågades om de ville delta i en intervju rörande sina erfarenheter av att tvångsvårdas. De fick både muntlig och skriftlig information. Patienterna 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 eller att det skulle påverka det framtida omhändertagande på kliniken. De upplystes om att all data i studien behandlas konfidentiellt enligt Personuppgiftslagen (SFS1998: 204), att den avidentifieras och förvaras i

arkiv. De fick även information om att deras identiteter inte kommer att röjas vid redovisning av forskningsresultatet.

Sjuksköterskor ska enligt ICN (2002) aktivt medverka till att utveckla och sprida evidensbaserad omvårdnads kunskap. Enligt WMH (2000) princip om att göra gott ska den forskning som söks gagna omvårdnaden för den grupp forskningen avser. Patienterna informerades om att syftet med studien var att lära mer om hur tvångsvård påverkar den som drabbas och därmed kunna utveckla omhändertagandet vid tvångsvård. De fick även information om att resultatet kommer att presenteras i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet samt utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift.

Patienterna upplystes om att de genom att delta i studien fick möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter av tvångsvård. En viktig forskningsetisk fråga var om intervjun kunde väcka svåra minnen och känslor till liv och på så vis skada patienterna. De informerades därför innan intervjun om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan och gavs efter intervjun möjlighet att reflektera över hur de upplevt den. Erfarenheten från båda intervjuerna visade emellertid att patienterna uppskattade att få dela med sig av sina erfarenheter. Om erfarenheterna hade varit negativa hade möjligheten funnits för dem att få stöd från sina Case manager på mottagningen. De fick information om att ingen ersättning utgick för deltagande i studien.

Enligt principen om rättvisa är det forskarens plikt att värna om och utveckla kunskap om hur t ex. svaga patientgruppers lidanden kan motverkas och lindras. Därför är det rent forskningsetiskt viktigt att öka och sprida kunskap om patienters erfarenheter av omhändertagande vid tvångsvård. Patienter som inkluderades i studien hade inte några kvarstående positiva symtom. Syftet till det var att de skulle kunna ta ett välgrundat ställningstagande till huruvida de ville delta i studien eller inte och för att de klarsynt, utan inverkan av vanföreställningar, skulle kunna reflektera över sina erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård.

Verksamhetschefen samt berörd vårdenhetsöverläkare gav sitt godkännande till studien och till att intervjuerna genomfördes. Båda patienterna behandlade på samma mottagning som förste författaren, denne hade träffat patienterna, men inte varit behandlingsansvarig. Förste författaren har inga ekonomiska eller yrkesmässiga kopplingar till någon extern verksamhet. Då studien var deskriptiv och patienterna gav skriftligt informerat samtycke till att medverka i studien behövde inte etisk ansökan via forskningsetiska kommittén göras.

METOD

DESIGN OCH METOD

Innehållsanalysen har liksom fenomenografi en kvalitativ deskriptiv design där fokus för analysen är vad som sägs (Olsson & Sörensen, 2001). I studien valdes den fenomenografiska metoden då fokus och intresset för människors uppfattningar om saker och ting i olika situationer är central (Krokmark, 1987). Fenomenografien delar även forskningsobjekt med fenomenologin, men syfte och analysen skiljer sig åt. Båda strävar att avslöja hur människor erfar fenomen. Fenomenologin stävar efter att belysa innebörden av fenomenet, centralt är att fånga den unika essensen (Marton; 1981; Marton & Booth, 2000; Sjöström & Dahlgren, 2002). Fenomenografien vill däremot fånga variationsbredden. Det mest väsentliga i

fenomenografin är att redogöra för de kvalitativt skilda sätt som fenomen i vår omvärld kan uppfattas, förstås och begripas (Marton, 1981; 1992; Sjöström & Dahlgren, 2002; Svensson & Starrin, 1997). Fenomenografiska studier grundar sig på empiri i form av semistrukturerade intervjuer. Forskaren och den intervjuade arbetar tillsammans för att få en sådan innehållsrik och tydlig beskrivning som möjligt (Marton, 1981; Marton & Booth, 2000; Sjöström & Dahlgren, 2002). Enligt fenomenografin 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 (Krokmark, 1987; Marton, 1981; Marton & Booth, 2000). Enligt första ordningens perspektiv söks kunskap om hur något "verkligen är". Enligt andra ordningens perspektiv, vilket är unikt för fenomenografin, riktas intresset till hur fenomen uppfattas (Krokmark, 1987; Marton, 1981; Marton & Booth, 2000). Målet är att finna den strukturella stommen i vilka varierade kategorier av tolkning förekommer (Sjöström & Dahlgren, 2002). Kategorierna är logiskt relaterade till varandra och tillsammans formas de till en helhet som inom fenomenografin kallas för utfallsrummet (Marton & Booth, 2000).

INFORMANTERNA

För att få en informationsrik data med stor variationsbredd gjordes ett strategiskt urval (Fridlund & Hildingh, 2000; Malterud, 1998; Starrin & Svensson, 1994). I fenomenografiska studier är alltid antal informanter begränsat (Marton & Booth, 2000). I pilotstudien tillfrågades tre patienter om deltagande i studien antingen av sina Case Manager eller av den första författaren. En patient avböjde då det skulle innebära ett för stort känslomässigt obehag att tänka tillbaka på tiden för tvångsvård. Två informanter samtyckte till att delta, en man och en kvinna, båda svenskfödda och från samma psykosmottagning. Enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) har de diagnosen schizofreni respektive vanföreställningssyndrom. Patienterna har varit sjuka i 6 respektive 15 år. Båda patienterna hade en plan för TVT. Patienterna var 36 respektive 47 år gamla och har tvångsvårdats 2 respektive 6 ggr. En av patienterna hade erfarenhet av tvångsvård från flera olika psykiatriska sjukhus. Senaste tvångsvårdstillfället var vid intervjutillfället för 1½ respektive 3 år sedan. De hade inga kvarstående positiva symtom, vilket innebar att deras verklighetsuppfattning inte var påverkad. Ingen av informanterna har återgått till betalt lönearbete, men befinner sig i långsiktig rehabilitering. I en fullskalig studie planeras 10-15 patienter att intervjuas.

INTERVJU OCH DATAINSAMLING

En intervjuguide konstruerades med frågor relevanta utifrån syftet. Informanterna intervjuades utifrån fyra 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 dig och få dig att känna att du blir 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). Intervjun pågick i 37 till 47 minuter. Enligt patienternas önskemål genomfördes intervjuerna på den öppenvårdsmottagning de tillhörde. Intervjuerna gjordes av förste författaren. De spelades in på band och transkriberades ordagrant.

DATAANALYS

Den fenomenografiska analysen består av fyra steg. 1) Genomläsning av hela materialet, 2) En sammanställning av utsagor som svarar mot syftet, 3) Kondensering av de individuella utsagorna och bildade av subkategorier, 4) Beskrivningskategorier skapas (Sjöström & Dahlgren, 2002). Analysen av de två intervjuerna startade genom att förste författaren tillsammans med handledaren 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 endast 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. På ett konkret sätt uppmärksammades 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 som givits av 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 huvudförfattaren och handledaren detta tillsammans. Först identifiera de enskilda delarna och därefter helheten. Syftet var att förstå delens relation till helheten. De utsagor som inte berörde informanternas uppfattningar sorteras bort. Exempel som pekade mot helhetens olika delar och hur dessa delar är relaterade till varandra valdes ut. Informanternas uppfattningar uttrycktes i abstrakt form och kategoriserades i två beskrivningskategorier som framträdde i interaktion mellan hel och delarna (Sjöström & Dahlgren, 2002). De omfattas av 70 uttalanden (tabell 1). Måttad i antalet uppfattningar uppnåddes aldrig då endast två intervjuer gjordes i pilotstudien, men viss samstämmighet i informanternas uppfattningar av fenomenet fanns. Beskrivningskategorierna sa på ett tydligt sätt något om fenomenet och de skilde sig också på ett klart sätt från varandra. De utgjorde deluppsättningar av det totala antalet kvalitativt skilda sätt som fenomenet kunde uppfattas, förstås och begripas (Sjöström & Dahlgren, 2002).

TIDSPLAN OCH BUDGET

Pilotstudien genomförs våren 2008. Under hösten 2008 kommer forskningsetiskt tillstånd sökas för påbörjande av intervjuer för ytterligare data. Under hösten 2009 kommer sammanställande av data, manusskrivande, samt spridning av forskningsresultaten påbörjas.

RESULTAT

VAD DET INNEBÄR ATT TVÅNGSVÅRDAS

Att vårdas på tvångsvård innebär en känsla av att vara instängd, att vilja komma ut och det finns en rädsla att aldrig bli utsläppt igen. Att tvångsvårdas innebär att ens självständighet inskränks, man får inte göra vad man vill, när man vill. Det är rörigt och kaotiskt att vårdas på tvång, det är svårt att förstå vad som händer och varför. Psykiatrin ses som en fiende där rädsla för både personal och medicin ingår.

HUR OMHÄNDERTAGANDET UPPFATTAS OCH ERFARS VID TVÅNGSVÅRD

Två beskrivningskategorier bildades utifrån patienters uppfattningar och erfarenheter om hur omhändertagande vid tvångsvård kan förbättras, nämligen att erhålla socialt stöd och att bli vårdad med respekt. De beskrivs i nedanstående tabell. Uppfattningarna illustrerades genom citat för att belysa relationen mellan beskrivningskategorierna och patienternas utsagor.

Tabell 2. Uppdelning av beskrivningskategorier, uppfattningar och utsagor av patienterna (N=2)

Beskrivningskategorier	subkategorier	uppfattningar	Informanter
Att erhålla socialt stöd	Att vårdas med omsorg	36	1-2
	Att få begriplig information	13	1-2
	Att få skydd	4	1-2
	Att få närstående stöd	1	1
Att bli vårdad med respekt	Att få vara ifred	5	2
	Att vara delaktig	3	1
	Att bli sedd som en medmänniska	4	2
	Att få använda sina resurser	4	1
	Att bli avvisad	1	2

Att erhålla socialt stöd

Denna beskrivningskategori innehåller subkategorier om att vårdas med omsorg, att få begriplig information, att få skydd och att få närståendes stöd. Att erhålla socialt stöd innebar inte bara att få grundläggande behov tillfredsställda, utan även att få extra omtanke, och rimliga krav. Att kunna ta till sig information var nödvändig för att kunna förstå, dämpa oro och fatta beslut. I kategorin ingick även att stöd från närstående kunde bidra till att sjukhusvistelsen kunde förkortas.

Att vårdas med omsorg

Denna subkategori beskriver att patienterna kände att de fick ett bra omhändertagande om personalen var engagerad och visade extra omtanke. Patienterna uppskattade också att personalen bemötte dem med fasthet och stabilitet och ställde krav som var rimliga för dem att förhålla sig till. Då förstod de att personalen verkligen ville att det skulle gå bra för dem. Oengagerad personal brast i omsorgen, patienterna erfor att de inte tog sig tid att lyssna och förstå när de bad om hjälp. Det uppfattade därför inte att de fick nödvändigt stöd

.....fick stumpor om det är kallt där på golvet. Det är såna där småsaker som jag kan tänka mig mjukar upp vem som helst.

Som det där ät 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).

Men... så när jag blev sjuk andra gången då så. Min läkare var väl nästan lite arg på mig då. Men varför tog du inte din medicin å så där då va. Då hajade jag till lite å tänkte så här att, han bryr sig verkligen om det här, hur det går för en.

... och att personalen där blir lite luttrade och så där... man ringer ibland vill dom inte bli störda och så där har jag upplevt....Jag ringde nån gång när jag var dålig...:....och en gång kom jag dit och blev hemskickad fast jag borde ha blivit inlagd då...:....och det gjorde att jag blev ändå sämre då...att det tog ändå längre tid...man vinner ju inget på det då...

Att få begriplig information

Denna subkategori beskriver att patienten behövde information för att förstå, lugnas och kunna fatta beslut. Konkret information som visade på konsekvenserna fick dem att förstå trots att de var förvirrade och psykotiska. Information som visade på verkligheten lugnade. Information kunde också orsaka oro om den inte var anpassad. För mycket information med fokus på biverkningar skapade motvilja mot att ta medicin.

Tryggheten ja... man förstår ju det just för tillfället då va. Det var så jag sa då nån gång för första gången jag var sjuk å så där. Jag sprang då till dörren och försökte komma hem. Då sa ju nån skötare så här att, jag kanske skulle kunna göra det, sa han då, öppna dörren och skicka hem dig å så där då, men då skulle jag bli av med jobbet sa han då å då kunde jag förstå det då va.

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 tableterna, då vad som kan hända för biverkningar å så där då va....

Att få skydd

Denna subkategori beskriver att tvångsvård kan uppfattas som ett skydd. Det fanns emellertid också erfarenhet av att tvångsvården inte alltid gav nödvändigt skydd under sjukhusvistelsen. Uppfattningen var att patienternas telefonerande kunde behöva begränsas eller kontrolleras.

.....annars vet jag inte vad de skulle kunna ta sig till om man är farlig. Då ju nånting hitta på. De kan ju inte låta folk springa omkring å vara farliga, utan de får ju göra nånting då.

Ja, för min del skulle det inte vart några telefonsamtal, när man då ...eller kontrollerat då, att dom ringer upp då... men inte att man ringer sin arbetsgivare å sånt där .

Att få närståendes stöd

Denna subkategori beskriver att patienter som återinsjuknar med närståendes stöd och i form av stöttning med medicinering kan skrivas ut från sjukhuset i ett tidigare skede av tillfrisknandet och på så sätt förkorta vårdtiden på sjukhus vid tvångsvård.

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.

Att bli vårdad med respekt

Beskrivningskategorin innehåller uppfattningar om att få vara ifred, att vara delaktig, att bli sedd som en medmänniska, att få använda sina resurser och att bli avvisad. Att vårdas med respekt innebar för patienterna att personalen i första hand såg dem som människor med integritet, och behov av självständighet och att få vara delaktiga i sin vård trots sjukdom. I kategorin ingick även uppfattningen om att patienter också hade en ”frisk kärna” som inte i tillräckligt uppmärksammades av personalen samt att personalen kunde avvisa dem

Att få vara i fred

Denna subkategori beskriver patienternas behov av att behålla så mycket av sitt självbestämmande och sin integritet som möjligt. De behöver utrymme, ges tid och att personalen inte mer än befogat försöker påverka dem i någon riktning.

... Jag slapp ju bära sjukhuskläder. Jag ville ju inte ha det i början. Jag ville ju trava runt i dom där kläderna jag hade på mig när jag kom in... det var ingen som tjatade om det. Det var ju såna där smågrejer.

Att vara delaktig

Denna subkategori beskriver att det är viktigt för patienterna att känna att de inte helt förlorar sin självständighet, att de kunde vara med och bestämma trots tvångsvård. Det kunde emellertid vara svårt för dem att ta avgörande beslut under tvångsvårdstiden. Uppfattningen fanns att det var negativt att många personer närvarar vid vårdplanering och det var svårt för patienterna att fatta beslut inför utskrivningen då de ännu inte fullt ut hunnit förstå sin situation då.

Det kan vara värdefullt liksom att få känna det att man bestämmer lite själv, att man inte är i psykiatrins garn, så här, nu ska vi ta allting, ... nähä, du får inte komma ut o så

... jag är lite fiende till det här med att man ska va så många personer vid en utskrivning då att... bland kan det räcka med att få väskan i handen å en klapp på axeln å så där då va Det känns för stort då va ...då har man inte riktigt förstått va man har vart med om, för då är det så pass tidigt i det skedet då

Att bli sedd som en medmänniskan

Denna uppfattning beskriver att personalens sätt att prata med och se patienten var viktigt för att de skulle känna sig respekterade. Patienterna kände sig respekterade om de i första hand blev sedda som människor, inte som patienter.

... Då var det en kille som väldigt lugnt titta på mig å sa, jag måste be dig gå ut här. Det är personalens rum... och han prata med mig som en sån där... riktig människa då. Det var precis det där lugna tonfallet då... .Det var helt enkelt.....Ja, det var respektfullt ja....

Att få använda sina resurser

Denna subkategori beskriver patienters erfarenhet av att personalen inte alltid uppmärksammar eller använder sig av den ”friska kärna”, den inre styrka som finns inom dem. Den resursen skulle bättre kunna gå att tas tillvara, även om patienten är psykotisk.

... Om man då märker att en patient har lite attityd å vill komma bort från avdelningen å inte tar sin medicin å så där utan, jag ska visa dom å så där, de är ju nånting som man kunde använda på nånting, kanalisera den energin för dådå kan man ju gå hur långt som helst då .

Att bli avvisad

Denna subkategori beskriver en erfarenhet av att patienter kunde bli avvisade av personalen, om de var besvärliga.

Det var ju en som skulle vara min kontaktperson. Hon tyckte jag var så skrikig och gapig så hon ville inte va det. Så jag fick en ny kontaktperson... Hon sa det till mig. Du är inte speciellt trevlig så jag tror jag byter ut dig, eller vi byter här

DISKUSSION

METODDISKUSSION

I kvalitativa studier finns inga etablerade kriterier för hur stort urvalets storlek ska vara. Det bestäms i stället på basis av behovet av data. I kvalitativa forskning behövs innehållsrik och fördjupad data och valet av urval görs därför utifrån det kriteriet (Fridlund & Hildingh, 2000). Den fenomenografiska analysmetoden är relevant till studiens syfte, eftersom metoden ger en bra beskrivning och variationsbredd av hur patienterna uppfattar och beskriver sina erfarenheter av omhändertagandet vid tvångsvård. Patienterna valdes utifrån kön, ålder samt erfarenhet av tvångsvård. De hade olika diagnoser. Båda informanterna var svenskfödda, men i en fullskalig studie vore det av värde att ha med informanter även från andra kulturer. Ingen av patienterna hade, enligt en klinisk bedömning gjord av patienternas Case Manager, pågående positiva psykossymtom, därför kunde de dela med sig av sina erfarenheter och uppfattningar utan att deras utsagor präglades av vanföreställningar eller andra psykotiska symtom. Patienterna som tillfrågades behandlades på samma psykosmottagning. En av informanterna har emellertid erfarenhet av tvångsvård på flera olika orter i Sverige. Intervjuguiden utformades tillsammans med handledaren för att försäkra att intervjufrågorna var rimliga utifrån syftet. En kvalitativ intervju utgörs av en interaktion mellan intervjupersonen och intervjuaren. Tillsammans skapar de resultatet. En av de viktigaste uppgifterna för förste författaren var därför att hjälpa den intervjuade att göra det som sades begripligt och förståeligt (Starrin & Svensson, 1996). Följdfrågor av mer konkret karaktär såsom "Kan du ge exempel " eller "På vilket sätt" behövde ställas för att utveckla, klargöra och fördjupa svaren.

En av frågorna i intervjuguiden var onödigt lång med påföljd att första delen av frågan fick ställas om. Den löd: Hur kan personalen undvika att kränka din värdighet och få dig att känna dig respekterad när du vårdas med tvång? Den behöver omformuleras innan en fullskalig studie görs. Trovärdigheten i datainsamlandet var tillfredställande. Informanterna valde själva var intervjuerna skulle hållas och intervjun bandades. Första författaren skrev själv ner dem ordagrant, för att förhindra misstolkningar. För att göra tolkningen av resultatet tillförlitligt läste båda författarna igenom materialet oberoende av varandra. En samvetsgrann bearbetning och analys av data kan anses vara gjord. Första författaren läste intervjuerna om och om igen, en rörelse fram och tillbaka mellan uppfattningarna och intervjun som helhet gjordes för att kunna analysera skilda subkategorier i respektive sammanhang. Reflektioner gjordes av utsagorna, varpå likheter och skillnader, uppfattningar och beskrivningskategorier

identifierades. På grund av begränsad data har endast två beskrivningskategorier bildats. Det har medfört att flera av subkategorierna sticker ut. I några av dem har det därför varit nödvändigt att komplettera resultatet med extra citat för att på ett tillfredsställande sätt belysa och beskriva variationsbredden i materialet. För att ytterligare tillförsäkra trovärdigheten fördes en systematisk positiv och reflekterande diskussion mellan första författaren och handledaren, under hela processen fram till att beskrivningskategorierna formulerades och den slutliga analysen gjordes. Trots det begränsade antalet informanter bidrog de uppfattningarna som kom fram i de två intervjuerna till en variation av data. Några definitiva slutsatser går inte att dra, men bedömningen är att pilotstudien, efter justering av en intervjufråga, ska kunna ligga till grund för en fullskalig studie.

RESULTATDISKUSSION

Att erhålla socialt stöd

Resultatet visade att patienterna tyckte de fick ett bra omhändertagande om de kände personalens välvilja. De upplevde att de fick ett gott omhändertagande om de fick vård och *omsorg* av engagerad personal som inte bara tillfredställde deras primära behov, utan också visade omsorg genom att ge extra omtanke. Patienterna uttryckte att de uppskattade att personalen bemötte dem med stabilitet och fasthet, att de ställde krav som var rimliga. Det fick dem att känna att personalen ville dem väl och verkligen ville att det skulle gå bra för dem. I resultatet framkom även att oengagerad personal brast i sin omsorg. De tog sig inte tid att lyssna och förstå. Vanmakt och förtvivlan upplevs lätt när man är beroende av andra människors välvilja (Dahlberg m fl., 2003), men genom att erbjuda patienten nya positiva erfarenheter kan vårdaren bidra till att en blir gynnsam hälsoprocess (Lindström, 1994). Vårdhandlingar som erbjuder lust, belåtenhet och välbehag är centralt för patienter med oklara gränser mellan självet och yttervärlden, (Dahlberg m fl., 2003). Vårdarens tillgänglighet och närvaro är mycket viktig för tryggheten, betonar både Lindström (1994) och Dahlberg m fl. (2003). Patienter upplever trygghet när vårdare tar det lugnt, ger av sin tid och lyssnar. Att känna förtroende för personalen minskar rädslan, (Johnson, 1998; Meehan m fl., 2000) och tvång kan förhindras om personal visar att de verkligen bryr sig, om de talar lugnande, lyssnar, lirkar och ger patienterna tid (Haglund m fl., 2003; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001). Detta styrks också av Carlssons (2003) studie som visar att det är viktigt för patienter att känna att personalen respekterar dem, bemöter dem med ärlighet och ser dem som medmänniskor för att förstå att de vill väl. I Johansson & Lundman (2002) studie, framkom att en god relation också kan bidra till att patienten accepterar att ta emot vård. Bonner m fl. (2002) och Johansson & Lundman (2002) studie beskriver också oengagerade vårdare, men uppfattningen där är att det är tillfälligt anställda vårdare som endast är intresserad av arbetet för pengarnas skull.

I resultatet framkom att *information* var nödvändig för att kunna förstå, dämpa oro och fatta beslut. För att förstå behövde patienten emellertid information som var anpassad efter situationen och deras hälsa. För mycket fokus på eventuella biverkningar kunde leda till oro och en motvilja mot att ta medicin. Information som var verklighetsförankrad när de plågades av psykotiska symtom, upplevdes lugnande. Trots förvirring och psykotiska symtom kunde de förstå och ta till sig rak och konkret information som visade på konsekvenser. Att inte förstå innebär en utsatthet som kränker självkänslan menar Dahlberg m fl (2003). Bristande information, svårighet att förstå personalens agerande och att inte känna att man kan få den hjälp man behöver, leder till otrygghet för patienten (Johansson & Lundman, 2002; Meehan m fl., 2000; Olofsson B, Norberg, 2001; Välimäki & Leino- Kilpi, 1998). Att inte förstå hur

länge man ska vårdas, eller förstå sin behandling och sina rättigheter orsakar rädsla. Patienter önskar få mer information och förklaringar rörande sitt hälsotillstånd och om sina mediciner visar Olofsson & Norberg (2001) och Olofsson & Jacobsson (2001) studier. Det är känslomässigt svårt att acceptera att få diagnosen schizofreni (van Meijel m fl., 2002b & Sutton, 2004). Bristande insikt kan kostsiktigt skydda patienter genom att sänka stressnivån (Sutton, 2004). Om patienten inte är redo att ta emot information om sin sjukdom och sitt hälsotillstånd kan patientutbildning orsaka spänning och motstånd (Meijer m fl., 2002b & Sutton, 2004).

I resultatet framkom att patienterna uppfattade tvångsvård som ett nödvändigt *skydd*, men att tvångsvården inte alltid gav dem det nödvändiga skydd de behövde. De önskade en bättre kontroll med eventuell begränsning av telefonerandet under sjukhusvården, för att inte förstöra sina relationer utanför sjukhuset. Detta styrks av Lindström (1994) som menar att patienters frihet ibland behöva begränsas för att skapa trygghet. Tvång som utövas på ett medvetet och övervägt sätt kan det ge patienten tillfredsställelse (Lindström, 1994). Många patienter förstår inte varför de tvångsvårdas (Kuosmanen, 2007; Olofsson & Norberg, 2001). Den uppfattningen delas också av patienter i fyra andra studier (Kuosmanen, 2007; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson, & Norberg, 2001; Johansson & Lundman, 2002). Men i de studierna framkommer att patienter ibland retrospektivt kan förstå att tvångsvård varit nödvändigt för att skydda och hjälpa dem.

I resultatet framkom uppfattningen att de *närstående var en resurs*. Med deras stöd, i form av tillsyn och med mediciner skulle patienten kunna skrivas ut tidigare från sjukhuset och på så sätt skulle vårdtiden kunna förkortas. Enligt van Meijel m fl. (2002a, 2004) studier är patienter skickliga på att identifiera symtom som refererar till specifika besvär, så som sömnstörningar och ångest. Prepsykotiska symtom, så som misstänksamhet och vanföreställningar klarar de närstående däremot bättre av att se. Jagstöd kan ge patienten kraft och möjlighet att växa och utnyttja sin styrka och sina resurser. Genom att till exempel temporärt godkänna att dela ansvaret med någon annan, kan patienten få stöd i att klara sina jagfunktioner, få trygghet och befrämjas i sin autonomi, menar Lindström (1994).

Att bli vårdad med respekt

I resultatet framkom att patienterna hade behov av att behålla så mycket av sitt självbestämmande och sin integritet som möjligt, de ville i möjligaste mån kunna *få vara i fred* om de önskade. De behövde utrymme, ges tid och att personalen inte mer än befogat försökte påverka dem i någon riktning. Att få sitt revir ofredat medför en känsla av otrygghet, menar Eriksson (1988). Patienters önskan att personalen lyssnar och tar sig tid framkommer i flera studier (Bonner, 2002; Carlsson, 2003; Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001). Det fick patienterna att känna närhet och trygghet.

I resultatet framkom att det var viktigt för patienterna att känna att de inte förlorat sin självständighet, att de kunde vara med och bestämma trots tvångsvård. Men det var ibland svårt för dem att *vara delaktiga*. Vårdplaneringar med många personer involverade upplevdes negativt och patienterna behövde tid för återhämtning och nyorientering innan de kunde vara med och fatta beslut som rörde deras framtid. Enligt Lindström (2004) berövas människor ofta sin möjlighet att forma sitt liv när de hamnar inom vården. Att kunna vara med och påverka sitt liv hör stark samman med människans värdighet, menar Lindström (1997). I flera studier (Kuosmanen m fl., 2007; Olofsson & Norberg, 2001; Olofsson & Jacobsson 2001; Johansson, & Lundman 2002; Carlsson, 2003) framkommer att patienters självkänsla kränks

av att inte bli involverade i sin planering, att andra bestämmer över dem, de vill ta mer ansvar själva. Patienter önskar delta i beslut och ta ansvar för vissa delar av sin egen vård, trots tvångsvård, enligt Kuosmanen m fl. (2007) och Johansson & Lundman (2002) studier.

I resultatet framkom att patienterna ville *bli sedda som medmänniskor*, de ville bli respekterade och inte bara sedda som patienter av personalen. Det är viktigt för patienter som saknar tillit att de kontinuerligt blir bekräftade som självständiga individer (Lindström, 1994). Patienter med psykiatrisk diagnos känner sig underlägsna som personer, speciellt om de har haft psykiatrisk sjukhusvård, visar flera studier (Bonner m fl., 2002; Johansson & Lundman, 2002; Johnson, 1998; Meehan m fl., 2000; Välimäki & Leino- Kilpi, 1998). Tvångsvård kränker integriteten och får patienter att känna sig maktlösa och att de inte respekteras som människor, visar flera studier (Olofsson & Norberg, 2001; Olofsson & Jacobsson, 2001; Johansson & Lundman, 2002; Carlsson, 2003).

I resultatet framkom att patienterna ansåg att personalen inte i tillräckligt hög grad uppmärksammade det friska inom dem, deras inre styrka, deras *resurser*. Eriksson (1988) menar det är vårdarens uppgift att ge patienten kännedom om sina resurser.

I resultatet framkom att patienter som ansågs vara besvärliga kunde riskera att *bli avvisade*. Fokus för vårdandet är inte alltid patienterna och deras välbefinnande, belyser i Carlsson (2003) i sin studie. Det är viktigt att förstå vilket hot av identiteten man som vårdare utgör för patienten (Lindström, 1994). Flera studier (Bonner m fl., 2002; Johansson & Lundman, 2002; Johnson, 1998; Meehan m fl., 2000; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001; Välimäki & Leino - Kilpi, 1998) visar att det förekommer sanktioner eller hot om sanktioner inom psykiatrin, om personalen inte tycker patienterna sköter sig.

SLUTSATS

Tvångsvård uppfattas av patienterna som ett nödvändigt skydd. Om patienter uppfattar att personalen vill dem väl, ser deras utsatthet och visar extra omtanke, upplevs omhändertagandet som gott. Men patienterna vill också bli bemötta med fasthet och stabilitet och att personalen ställer krav som är rimliga. Om patienter känner att de blir bemötta och respekterade som medmänniskor av personal som visar ett äkta engagemang och som tydligt visar att de ville väl, skulle behovet av tvång kunna minska. Patienter behöver information som är anpassad både till form och till tidpunkt, för att de ska kunna ta till sig och förstå den. De vill i möjligaste mån lämnas i fred och bestämma själva om de ska ha kontakt eller inte. Patienter behöver utrymme, ges tid och att personalen inte mer än befogat försöker påverka dem i någon riktning. Att bli sedda som medmänniskor, att personalen inte bara ser dem som patienter uppfattas respektfullt. Personalen ser inte alltid patienternas lidande, att det fanns en människa bakom ett besvärligt beteende. Ett besvärligt beteende kan därför resultera i att patienterna avvisas. Patienter vill känna att de kan vara med och bestämma, ta visst ansvar trots att de är tvångsvårdade. Men vid t ex vårdplaneringar kan det vara svårt för patienterna att vara delaktiga. Det upplevs negativt att det är många personer närvarande vid vårdplaneringar. Patienterna behöver också tid för återhämtning innan de är redo att fatta beslut rörande framtiden. Med närståendes stöd i form att tillsyn och medicinering skulle patienter kunna skrivas ut tidigare från sjukhuset. För att det ska vara rimligt behöver patienten sedan tidigare ha en plan för TVT. De anhöriga behöver även ha fått nödvändig utbildning så att de vet hur de ska ge stöd och agera. Om vårdtiden på sjukhus kan förkortas skulle det kunna resultera i patienten upplever en ökad självständighet under tvångsvårdstiden.

Målet för en fullskalig studie är att få fram frågor (c:a 5-6 st) som skulle kunna användas när patienterna återhämtat sig efter ett psykoskov. Dessa frågor ska användas i utformandet av en individuell handlingsplan för en eventuell framtida tvångsvård. Tanken är att patienten ska göra upp planen tillsammans med sin Case Manager i den psykiatriska öppenvården, när tvångsvården är avslutad och patienten återhämtat sig. Vårdpersonal uppmärksammar inte alltid det friska inom patienterna, deras inre resurser. Om patienten får möjlighet att diskutera detta vid utfärdandet av en individuell handlingsplan kan den styrkan kanaliseras under tvångsvården. Syftet med en individuell handlingsplan är att öka patientens möjlighet till delaktighet under tvångsvård, trots att de är psykotiska. Avsaknad av sjukdomsinsikt innebär svårigheter att effektivt använda TVT som intervention för att förebygga psykosåterfall, vilket också borde vara fallet vid upprättandet av en individuell handlingsplan. 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 ska ge patienten ökade möjlighet att bearbeta sina upplevelser efter avslutad tvångsvård. Kanske kan det också ge ringar på vattnet och i positiv riktning även påverka omvårdnaden vid tvångsvård för de patienter som inte klarar av att upprätta en plan på grund av att olika skäl.

REFERENSER

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed). American Psychiatric Association, Washington, DC.

Arlebrink, J. (1996) *Grundläggande vårdetik- teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental inpatients and staff in the UK.

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, (9), 465-473.

Carlsson G. (2003). *Det våldsamma mötets fenomenologi – om hot och våld i psykiatrisk vård*. [dissertation]. Växjö: Växjö universitet.

Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Nordstedts förlag.

Eriksson, K., Nordman, T. & Myllymäki, I. (1999). *Den trojanska hästen – evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Vasa: Åbo Akademi.

Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (red.). (2000). *Gryning - en vårdvetenskaplig antologi*. Vasa: Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap.

Fridlund B & Hildingh C. (eds.). (2000). *Qualitative Research Methods in the Service of Health*. Lund: Studentlitteratur.

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.

International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor. (2002). Svensk Sjuksköterske Förening. Stockholm. www.icn.ch, www.swenurse.se

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.

Johnson, M.E. (1998). Being Restrained: a study of power and powerlessness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (19), 191-206.

Krokmark T. (1987). *Fenomenografisk didaktik*. [dissertation]. Göteborg; Göteborgs universitet.

Kuosmanen, L., Hätönen, H., Malkavaara, H., Kylmä, J. Välimäki, M. (2007). Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patients perspective. *Nursing Ethics*, (14), 597-607.

- Lindström, U.Å.(1994). *Psykiatrisk vårdlära*. (2 uppl.) Stockholm: Liber.
- Lindström, U. Å. (1997). Psykiatrisk vård ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Ingår i
- Hummelvoll J.K. & Lindström, U.Å. (Red.). *Nordiskt perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*, (ss 58-69). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Marton, F. (1981). Phenomenography – describing conceptions of the words around us. *Instructional Science* (10), 177-200.
- Marton, F. & Booth, S. (2000). Om lärande. Lund: Studentlitteratur.
- Meehan, T., Vermeer, C. & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 370-377.
- van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R.S. & Grypdonck M.H.F. (2002a). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relaps in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (9), 347-355.
- van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R. S. & Grypdonck, M. H. F. (2002b). The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (9), 357-363.
- van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R. S. & Grypdonck, M.H.F. (2003). Relaps prevention in patients with schizophrenia: the application of an intervention protocol in nursing practice. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17 (4), 165-172.
- van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R. S. & Grypdonck, M. H. F. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (13), 107-116.
- Norberg, A., Axelsson, K., Rahm Hallberg I., Lundman, B., Athlin, E., Ekman, S-L.,
- Engström, B., Jansson, L. & Kihlgren, M. (1992). *Omvårdnadens mosaik*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- 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 (1), 89-97.
- Olsson, H., Sörensen, S.. (2001). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Falköping: Elanders Gummessons.

Patel, R., Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning.* (3 uppl.). Stockholm: Liber.

Scott, S. R., Reid, I., Smith, J., Natynczuk, S., Robertson-Ward, M. & Vaughan, J. (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 (3); 339-354.

Socialstyrelsen. (2003). *Vård och stöd till patienter med schizofreni – en kunskapsöversikt.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport.* Stockholm. Socialstyrelsen
Socialstyrelsens författningssamling. (1993:17) *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad i hälso- och sjukvården.* Stockholm: Socialstyrelsen

Svensk sjuksköterskeförening (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap – vad är det och hur värderar vi den?* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.). (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* Lund: Studentlitteratur.

Strand, L. (1996). *Ur kaos - mot helhet. Psykiatrisk sjukvård för psykotiska patienter.* Stockholm: Liber.

Svensson, P-G. & Sterrin, B. (red.). (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur.

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

Svensk sjuksköterskeförening (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap – vad är det och hur värderar vi den?* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Watson, Jean. (1993). *En teori för omvårdnad. Omvårdnad och humanvetenskap.* Studentlitteratur: Lund.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis.* Stockholm: Natur och kultur.

WMA (2000). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects.* Edingburgh: Author

Välimäki, M., Leino- Kilpi, H. (1998). Preconditions for and consequences of self-determination: the psychiatric patient's point of view. *Journal of Advanced Nursing,* (27), 204-212.