



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT SLÄPPA ALLT OCH BLI OMHÄNDERTAGEN

Patients upplevelser av känslomässigt och praktiskt stöd inom psykiatrisk tvångsvård

Camilla Berg Berntsson och Biljana Petrović

Examensarbete:	15 hp
Program/Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM 5250 Examensarbete inom omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2020
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Lena Johansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill ta tillfället i akt att tacka alla som har stöttat och hjälpt oss under arbetets gång. Ett stort tack vill vi rikta till våra underbara familjer som med tålamod bistått oss under hela skrivprocessens gång. Ett stort tack till vår handledare Christopher Holmberg för en utmärkt och konstruktiv handledning där han erbjöd mycket stöd och hjälp under arbetets gång. Tack till Psykosmottagning Mölndal för att vi i samråd med dem fått möjligheten att utföra vårt verksamhetsförankrade examensarbete (VFE). Ett stort tack till Eva Andreasson som är drivkraften bakom det personcentrerade verktyget ISP, Individuella samarbetsplanen som hela vår studie grundar sig på. Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott och kreativt samarbete.

Titel (svensk)	Att släppa allt och bli omhändertagen
Titel (engelsk)	To release everything and be taken care of
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet, OM 5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2020
Författare	Camilla Berg Berntsson och Biljana Petrović
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Lena Johansson

Sammanfattning:

Bakgrund: Psykisk ohälsa är den snabbast växande folksjukdomen under 2000 talet. Varje dag insjuknar tre personer i Sverige i en psykossjukdom. En del av de personer som insjuknar i en psykossjukdom blir tvångsvårdade inom slutenvården vid ett eller ett flertal tillfällen. Tvångsvård är en utsatt position både fysiskt och psykiskt för en patient, där patienten är helt utlämnad i omvårdnadspersonalens händer. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka hur patienter med psykossjukdom har upplevt att det känslomässiga och praktiska stödet har varit vid tvångsvård inom heldygnsvård. **Metod:** Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med en fenomenografisk analysmetod där en induktiv ansats tillämpades. 171 patienter med erfarenhet av tvångsvård intervjuades mellan år 2002 och 2012. **Resultat:** I resultatet framkom två beskrivningskategorier *känslomässigt omhändertagande* och *att få det praktiska stöd man behöver*. Patienternas uppfattning om det känslomässiga stödet handlade mycket om vad för slags bemötande man fått under vårdtiden. Patienterna kände sig sedda och respekterade om de bemöttes som medmänniskor. Delaktighet var det mest centrala som identifierades kring det praktiska stödet. Det var viktigt för patienterna att få behålla sin självständighet genom att de fick praktiskt stöd kring bland annat deras sociala situation, boendesituation och ekonomi. **Slutsats:** En mängd faktorer påverkar en patients upplevelse av känslomässigt och praktiskt stöd i samband med tvångsvård inom psykiatrisk slutenvård. Sjuksköterskor som är mer lyhörda och visar lite extra omtanke upplevs av patienterna som mer stödjande än de som är mer styrande och dominanta i sitt bemötande. Sjuksköterskans inställning till patientens autonomi påverkar patientens upplevelse av tvångsvården inom slutenvården.

Nyckelord: Psykos, psykiatri, psykiatrisk vård, personcentrerad vård, bemötande, sjuksköterska, skötare

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Vad är psykos?	1
2.2 Prevalens och etiologi	2
2.3 Vård	2
2.4 Behandling	3
2.5 Sjuksköterskans ansvar	3
2.6 Sjuksköterskans roll	4
2.7 Personcentrerad vård	4
2.8 Individuell samarbetsplan - ISP	5
2.9 Stöd	6
3. Problemformulering	6
4. Syfte och forskningsfrågor	6
5. Metod	6
5.1 Design	6
5.2 Material och datainsamling	7
5.3 Population och urval	8
5.4 Dataanalys	9
5.5 Etiska aspekter	10
6. Resultat	10
6.1 Känslomässigt stöd - Känslomässigt omhändertagande	11
6.1.1 Partnerskap med vårdpersonal	11
6.1.2 Lyhörd vårdpersonal	12
6.1.3 Socialt stöd från vårdpersonal	12
6.2 Praktiskt stöd - Att få det praktiska stöd man behöver	13
6.2.1 Stöd till självständighet	13
6.2.2 Stöd till självbestämmande	14
6.2.3 Stöd vid praktiska göromål	15
7. Diskussion	16
7.1 Metoddiskussion	16
7.1.1 Datainsamling	16
7.1.2 Intervjuer	16
7.1.3 Dataanalys	17
7.1.4 Förförståelse och förhållningssätt	18

7.1.5 Etiska reflektioner	18
7.2 Resultatdiskussion	19
8. Slutsats	21
9. Kliniska implikationer och förslag till vidare forskning	21
Bilaga: Utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård	

1. Inledning

Det är den 7 maj 2014. Det är vår i Stockholm, ute är det kallt och blåsigt. På Västerbron står en ensam, yngre kvinna beredd att hoppa. Kvinnan hoppar och överlever tack vare att vittnen agerar snabbt och ringer larmnumret 112. Kvinnan heter Malin Källström och har tillbringat större delen av sitt liv inom psykiatrisk slutenvård (1). Även författaren Beate Grimrud berättar i sin bok; *En dåre fri*, om sina erfarenheter av att leva med en psykossjukdom, en sjukdom som tar sig uttryck i att hon hör och upplever världen annorlunda (2). Ett annat exempel är filmen *A Beautiful Mind* där nobelpristagaren John Nashs liv skildras utifrån hur det är att leva med schizofreni och tvångsvård på en psykiatriavdelning (3). Malin Källström, Beate Grimrud och John Nash ger psykisk ohälsa och tvångsvård ett ansikte, ett ansikte som både patienter och anhöriga kan relatera till. Att psykisk ohälsa i allmänhet och tvångsvård i synnerhet får ett ansikte är viktigt då det är ett växande problem som inte bara drabbar Sverige och svenskarna, det breder ut sig över hela världen.

Världshälsoorganisationen (WHO) uppskattar att ungefär 20 miljoner människor lever med schizofreni (4). Redan år 2011 insåg WHO att psykisk ohälsa kommer stå för den största sjukdomsburden i världen år 2030 (5) och antog därför en ny handlingsplan för psykisk hälsa: *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2020*. Där temat för handlingsplanen fokuserar på fyra huvudmål: 1, stärka ledarskap och styrning vid psykisk ohälsa, 2, tillhandahålla omfattande, integrerade och lyhörda tjänster vid psykisk ohälsa och socialvård i samhällsbaserade miljöer, 3, implementera strategier för främjande och förebyggande av psykisk ohälsa, och 4, stärka information och forskning kring psykisk ohälsa (6). År 2015 antog FN:s medlemsländer, däribland Sverige och Sveriges regering, Agenda 2030, en universell agenda som innehåller de 17 globala målen för en ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbar utveckling. På plats tre finns god hälsa och välbefinnande och i undergrupp; 3.4, finner man psykisk ohälsa, att man ska främja psykisk hälsa och välbefinnande (7).

Tidigare forskning om hur patienter upplever tvångsvården visar på att hälften av patienterna var nöjda med tvångsvården (8). De flesta ansåg att en stor del av personalen var lyhörd och tillgänglig för samtal. Men de ansåg också att bemötandet och informationen från olika professioner inom slutenvården behöver förbättras (8).

2. Bakgrund

2.1 Vad är psykos?

Psykos kommer från grekiskans ψυχή "psyke", vilket betyder, själ eller liv, och -οσις "-osis", något onormalt, vilket innebär en nedsättning av förmågan att skilja på verklighet och fantasi (9). Psykos är ett tillstånd med en gravt störd verklighetsuppfattning, där de vanligaste symtomen är hallucinationer och vanföreställningar. Det kan bero på en psykisk sjukdom så som schizofreni eller vanföreställningssyndrom, men det kan även vara ett tillfälligt tillstånd som alla individer kan drabbas av vid t.ex. trauma, långvarig sömnbrist eller i samband med droganvändning (10). Psykos är ett paraplybegrepp där flera psykiska sjukdomar ingår. Till de primära sjukdomarna räknas; schizofreni, schizoaffektiva syndrom, kroniska vanföreställningssyndrom, korta och övergående psykotiska syndrom och substansutlöst psykos. Det finns även sekundära psykosyndrom (10,11).

2.2 Prevalens och etiologi

Enligt Socialstyrelsen är schizofreni den vanligaste psykosjukdomen i Sverige och utifrån Socialstyrelsens statistik insjuknar 1 500 - 2 000 personer varje år och totalt lever 30 000 – 40 000 personer i Sverige med denna diagnos (12). Vanligast är sjukdomen bland yngre män, i åldern 18 – 30 år och bland de som insjuknar är flertalet utlandsfödda från områden med en lägre socioekonomisk status (12). Socialstyrelsen har därför tagit fram nationella riktlinjer vid psykos som ska underlätta för olika verksamheter inom vård och omsorg. I riktlinjerna ingår olika insatser som kan förbättra möjligheten till rehabilitering. De insatserna som rekommenderas är; antipsykosläkemedel, psykoterapi och familjestöd (12).

Vanligaste orsaken till att personer insjuknar i schizofreni är genetisk, d.v.s. risken att insjukna är större om man har en nära anhörig som är diagnostiserad. Andra orsaker kan bero på miljöfaktorer så som missbruk av centralstimulerande droger så som amfetamin, dopaminstimulerande droger så som cannabis, posttraumatisk stress, och infektionssjukdomar under graviditet (11,13).

2.3 Vård

Att skapa förtroende och en god allians med patienten är grunden till all lyckad vård och behandling (11). Denna kunskap om hur man vårdar patienter inom tvångsvården har man troligtvis haft lunder en lång tid, för redan 1899 fanns det lagstiftning i Sverige om att de psykiskt sjuka skulle behandlas med respekt (14). Det är sjuksköterskan/case managern som oftast har ansvar för att insatserna till patienten samordnas, och att patienten är en jämbördig part i planering och genomförande. Om samordningen inte fungerar så kommer insatserna att ha en sämre effekt (11). I en kvalitativ studie som gjorts visade sig att tvångsvården lindrade patientens lidande, men att de också utsattes för stress. Patienternas integritet och självbestämmande undergrävdes på grund av avdelningens användning av kontroll och övervakning (15).

Den psykiatriska tvångsvården i Sverige är i en fas där en tydlig förändring i vården sker mot ökad delaktighet, dialog och försök att så långt som det är möjligt begränsa tvånget (16). Enligt Svenska Psykiatriska Föreningens (SPF) kliniska riktlinjer, som vänder sig till psykiatrisk vårdpersonal bör man vid tvångsvård så långt som det är möjligt ta hänsyn till patientens och den närståendes medverkan och värdighet. Frihetsberövande är ett allvarligt myndighetsutövande som ställer stora krav på empati och lyhördhet för att undvika stigmatisering (16).

Själva syftet med tvångsvård är att så snart omständigheterna tillåter det få patienten i ett sådant skick att den kan övergå till frivillig vård. Tvångsåtgärder som fastspänning, avskiljning och tvångsmedicinering får ej förekomma som behandlingsmetod eller som gränssättning, i bestraffande syfte eller ersätta brist på personal (16).

Flertalet personer med en psykosjukdom har ingen sjukdomsinsikt och söker därför inte vård i tid, vilket är traumatiskt för både personen och dennes anhöriga. Forskning visar på att om personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd kommer under vård tidigt förbättras resultatet av rehabiliteringen (11).

2.4 Behandling

Vården och behandlingen av personer med schizofreni har förändrats över tid. Under första delen av 1900-talet innebar vård många gånger en livslång intagning på ett mentalsjukhus. De tidiga

läkemedelsbehandlingarna var ineffektiva och påverkade individens och hjärnans funktion. Vilket i praktiken innebar; injektioner med malariainfekterat blod, insulinkoma, lobotomi och elektrokonvulsiv terapi (ECT). I slutet på århundrandet introducerades antipsykosläkemedel, neuroleptika, vilket skapade mer frihet inom psykosvården för patienterna (17).

Farmakologisk behandling med antipsykosläkemedel är numera den vanligaste behandlingen vid schizofreni och framförallt vid tvångsvård. När patienten intar antipsykosläkemedel regelbundet förhindras vanligtvis ett akut återinsjuknande i schizofreni. Tyvärr finns det en risk att patienten utvecklar ett metabolt syndrom vid regelbunden läkemedelsbehandling av antipsykosläkemedel vilket över tid kan leda till hjärt- och kärlsjukdom (18). Utöver en farmakologisk behandling erbjuds psykoterapi i allmänhet och kognitiv beteendeterapi (KBT) i synnerhet där patienten kan få hjälp med att hantera sina tankar, känslor och upplevelser av sin sjukdom under vårdtiden.

Vid en psykosjukdom påverkas hela familjen och forskning visar på att familjen och närstående är viktiga vid det akuta insjuknandet och minskar risken för att patienten ska återinsjukna och återigen bli inlagd på tvångsvård (11).

2.5 Sjuksköterskans ansvar

Svensk lagstiftning anger tydligt att vård och omsorg ska skydda patienters autonomi. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) SFS 2017:30, står att verksamheten ska bedrivas så att patienten känner sig trygg och säker och att man ska respektera patientens medbestämmande och integritet. Detta gäller även om patienten är intagen på tvångsvård (19). I lagen om psykiatrisk tvångsvård SFS 1991:1128 står att vården ska leda till att patienten frivilligt medverkar till nödvändig vård och ta emot det stöd som hen behöver och att tvång får endast utföras så skonsamt som möjligt och med hänsyn till patienten (20).

Enligt patientlagen (PL) SFS 2014:821 och patientsäkerhetslagen (PSL) SFS 2010:659 ska vård och behandling så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten utifrån dennes önskemål och förutsättningar (21,22). Socialstyrelsen anser att vid alla former av tvångsvård såsom medicinering, fastspänning och avskiljning måste personalen agera utifrån patientens autonomi och i första hand välja alternativa behandlingsmetoder (23). De anser att en god omvårdnad, patientens delaktighet, hjälpmedel och en väl utformad miljö minskar patientens oro, ångest, rädsla och aggressivitet under vårdtiden (23).

I en rapport utarbetad från Nationell psykiatrisamordning framgår att ett misslyckat agerande vid en tvångsvårdssituation kan skada patientens förtroende för psykiatrin för all framtid (24).

2.6 Sjuksköterskans roll

En av sjuksköterskans kärnkompetenser är att utöva en personcentrerad vård, vilket innebär att sjuksköterskan tilldelar patienten en ställning eller status i en omvårdnadsrelation som inger ett ömsesidigt erkännande, respekt och förtroende för både sjuksköterskan och patienten (25).

Det krävs även ett ramverk som bygger på patientens och sjuksköterskans erfarenhet av vården. Detta ramverk består av fyra komponenter; förutsättningar, vårdmiljön, personcentrerade processer och förväntade resultat. Förutsättningar för att personcentrerad vård ska kunna bedrivas

utgår från sjuksköterskans professionella kompetens och förmågan att kunna kommunicera på olika nivåer (26,27).

Vårdmiljön är den miljö där vården ges ur både ett objektivt och ett subjektivt perspektiv (26,27). Personcentrerade processer handlar om hur sjuksköterskan och patienten skapar ett partnerskap utifrån värderingar, värdegrund och delaktighet. Förväntat resultat svarar på frågan; Vilket mål har patienten/sjuksköterskan av vården och är delmålen tillräckligt utmanande (26,27). För att kunna bedriva personcentrerad vård behöver sjuksköterskan ha en förförståelse hur det är att vara patient d.v.s. *patientologi*- läran om att bli och vara patient (28).

Patientologin bygger på fyra existensialer; en upplevelse av kroppen, tid, rum och relationer. *Kroppen*, patientens upplevelse av att insjukna i en psykos. *Tid*, patientens upplevelse av tiden

före, under och efter slutenvården. *Rum*, patientens upplevelse av en objektiv och subjektiv omgivning t.ex. dofter, ljud och synintryck på avdelningen. *Relationer*, patientens objektiva och subjektiva upplevelse av relationer med anhöriga, medpatienter eller omvårdnadspersonal (28).

2.7 Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att varje patient är unik och har en fri vilja att tänka, känna, fatta egna beslut och göra egna val. Där varje patient påverkas av sina egna fysiska egenskaper, känslor, andlighet, psykisk status, livserfarenhet, social- och familjesituation (29). Denna unika kombination utgörs av en person. Patienten ska stå i centrum för omvårdnaden, men det innebär också att personalen utgörs av olika individer. Personcentrerad vård innebär nödvändigtvis inte att patient och personal ska ha samma syn på vård och behandling. Detta gäller framförallt inom tvångsvården. För att uppnå en personcentrerad vård krävs både individuella och gemensamma beslut mellan patienten och sjuksköterskan (29).

För att den personcentrerade vården ska fungera behövs tre nyckelbegrepp: partnerskapet, patientberättelsen och dokumentation. Om ett av nyckelbegreppen saknas fallerar den personcentrerade vården. Partnerskapet anses vara det viktigaste nyckelbegreppet, där sjuksköterskan och patienten respekterar varandras kunskap och kompetens (30).

Som en del i den personcentrerade vården inom psykiatrin ingår att varje patient blir tilldelad en eller två kontaktpersoner, personer som ingår i den ordinarie personalstyrkan på avdelningen som ska ha extra ansvar för en patient. Ansvaret som tilldelas kontaktpersonen handlar om att vara länken mellan patienten, anhöriga och vårdteamet utifrån patientberättelsen (31). Oftast är det en sjuksköterska och en skötare. Detta arbetssätt kan underlätta för att skapa ett *partnerskap* mellan patienten och personal.

Patientberättelsen utgår från att patienten får berätta sin historia utifrån sina symtom och upplevelser av sin psykiska ohälsa. En vårdplan kan upprättas med mål och strategier för kort och långsiktig uppföljning, vårdplanen upprättas oftast ihop med anhöriga, förutsatt att patienten går med på detta. Det tredje nyckelbegreppet, *dokumentation*, kan handla om att berättelsen och vårdplanen dokumenteras i patientens journal. Det är viktigt att sjuksköterskan på en psykiatriavdelning dagligen dokumenterar inte bara vitalparametrar och kliniska behandlingar utan även patientens mående, händelser, besök och/eller telefonsamtal från anhöriga och individuella samtal mellan patient och personal på avdelningen (30).

2.8 Individuell samarbetsplan - ISP

Patienter som tvångsvårdas är sårbara och utsatta, särskilt för de som tvångsvårdas för första gången kan det vara skrämmande att ryckas upp från sitt sammanhang och låsas in (32). Ett verktyg som kan användas som kommunikationshjälp mellan patient och personal, är en så kallad ”individuell samarbetsplan” (ISP).

ISP är ett personcentrerat verktyg som har utvecklats av verksamheten Psykiatri Psykos, på Sahlgrenska sjukhuset (33). Det består av tre delar; (1) Utvärdering av psykiatriska slutenvårdstillfällen, (2) Handlingsplan för tidiga tecken - försämring i psykossjukdom, och (3) Plan för delaktighet vid psykiatrisk sjukhusvård (34). Syftet med dessa ISP-dokument är att ge patienten ett större inflytande över sin vård och behandling, och minska de psykiatriska tvångsåtgärderna (34).

När materialet började att användas år 2012, erbjöds endast patienter som tvångsvårdats möjlighet att utvärdera sin vård. Då var det också endast patienter med sjukdomsinsikt som fick möjlighet att uttrycka vilket omhändertagande och stöd de önskade vid en eventuell framtida sjukhusvård. Under genomförandet erfor både patienter och personal att ISP är ett bra verktyg, oavsett om patienten sjukhusvårdats, vårdats enligt LPT eller HSL, så materialet uppdaterades i juni 2017 (34).

På varje öppenvårdsteam/avdelning finns det ISP- ambassadörer som driver, metodhandler, ger kollegor stöd i att börja använda materialet och bevakar att ISP-planerna dokumenteras rätt. Patienten utformar sin ISP med stöd av sina behandlingskontakter och ett fokus är att ”utvärdera” de slutenvårdstillfällen som patienten haft. Tidigare publicerade resultat från ISP-projektet har redovisat patienters uppfattningar om hur omhändertagandet vid tvångsvård kan förbättras (33) och att patienternas återhämtning efter inläggning har förbättrats vid användning av ISP (34).

Hösten 2015 påbörjades införandet av ISP vid Psykiatri Psykos på Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg. Resultaten föll så väl ut att man 2015 beslutade att införa modellen på samtliga åtta öppenvårdsenheter och fem slutenvårdsenheter. Patienter som har en ISP har uttryckt sig positiva till metoden och att det är bra att utvärderingen av vårdtillfället inte görs i direkt samband med utskrivningen. Dels för att de har svårt att reflektera över vad de har varit med och dels av rädsla för att framföra negativ kritik direkt till avdelningen (34).

2.9 Stöd

Stöd i allmänhet och socialt stöd i synnerhet är ett nyckelbegrepp som är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården och framförallt till patienter i en svår livssituation (35). Därför ingår stöd som en omvårdnadsåtgärd i VIPS- modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention, och Säkerhet) vilken kan användas som ett verktyg för praktiskt och socialt stöd för att kunna identifiera och bygga upp ett socialt nätverk till patienterna. Under omvårdnadsåtgärden stöd ingår även närvaro och tillsyn (36).

Diane Buchanan, anser att socialt stöd eller vetskapen att man som patient har ett socialt stöd kan göra skillnad vid sjukdom. (35). Hon menar att den individuella tron på att man som patient

kan vårdas och älskas, uppskattas och värderas och tillhör ett nätverk kan vara nödvändig vid upprätthållande av hälsa vid psykiska och somatiska hälsoproblem (35).

3. Problemformulering

Vid svårare perioder av psykossjukdom kan psykiatrisk tvångsvård bli aktuellt. Denna frihetberövning kan orsaka traumatiska och negativa upplevelser hos patienten. Att vårda dessa personer ställer därför särskilda krav på omvårdnadspersonalen. Patienterna har behov av stödjande vårdåtgärder för att uppleva förtroende och trygghet.

Det finns otillräcklig kunskap kring dessa patienters upplevelser och vilken typ av stöd som de önskar få tillgång till. Exempelvis vilket känslomässigt och praktiskt stöd som de har upplevt sig behöva under sin vårdtid. I ett omvårdnadsperspektiv kan detta ses utifrån teorier om personcentrerad vård.

4. Syfte och forskningsfrågor

Syftet med studien var att undersöka hur patienter med psykossjukdom har upplevt att det känslomässiga och praktiska stödet har varit vid tvångsvård inom heldygnsvård.

Fenomenet studeras mer specifikt utifrån två forskningsfrågor:

1. Hur upplevde patienter under vårdtillfället/vårdtillfällena det känslomässiga stödet eller bristen av känslomässigt stöd inom psykiatrisk slutenvård?
2. Hur upplevde patienter under vårdtillfället/vårdtillfällena det praktiska stödet eller bristen av praktiskt stöd inom psykiatrisk slutenvård?

5. Metod

5.1 Design

Denna studie är en del av Sahlgrenska Akademiens VFE - Verksamhets Förankrat Examensarbete. Studien gjordes som ett samarbete mellan författarna och Psykosmottagning Mölndal. Målet med studien var att ur ett patientperspektiv undersöka vilket känslomässigt och praktiskt stöd som patienter erbjöds under deras vistelse inom slutenvården. Endast patienter som tvångsvårdas erbjöds möjlighet att utvärdera sin vård i samband med att ISP började användas år 2012 och denna begränsning pågick fram till år 2017. Efter år 2017 avser användandet av ISP inte enbart tvångsvårdade patienter.

Majoriteten av de 171 patienter som intervjuades inom ramen för studien hade tvångsvårdats och endast ett fåtal hade vårdats enligt HSL. En kvalitativ design med fenomenografisk analysmetod valdes eftersom aktuell metodik bäst lämpar sig för just undersökning av personliga upplevelser och erfarenheter av olika fenomen (37,38,39). *Vad* som erfars och *Hur* fenomenet erfars, står i centrum för den fenomenografiska forskningen. Den empiriska grunden för att granska individens uppfattning och upplevelser av olika fenomen är själva intervjun som genomförs med patienten (39)

5.2 Material och datainsamling

Vid ett initialt möte träffades författarna, handledaren och projektledaren för ISP-projektet. Projektledaren är specialistsjuksköterska i psykiatri, upphovsman och ansvarig för införandet av ISP i verksamheten. Aktuella problemområden, syftet med uppsatsen och detaljer kring hur examensarbetet skulle utformas diskuterades. Författarna till denna studie fick även ett godkännande av enhetschefen på Mölndals öppenvårdsmottagning att ta del av samtliga avidentifierade intervjuer.

I projektet har delar av ISP-projektets semistrukturerade intervjumaterial som hette ”Utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård” använts. I denna intervju fick patienter, som primärt hade tvångsvårdats inom den slutna psykiatrin, svara på frågor som handlade om deras upplevelser av vårdtiden (bilaga 1), (34). Case managern (vård- och stödsamordnaren) (40) frågade patienterna om de ville delta i denna studie. Datainsamlingen genomfördes av case managern på olika öppenvårdsteam/avdelningar genom att denne intervjuade patienterna. Detta arbete gjorde det möjligt för patienter att betygsätta själva omhändertagandet och de kunde även dela med sig av olika upplevelser inom den psykiatriska sjukhusvården. En case managers yrkesbakgrund kan variera, beroende på vilken typ av stödmodell som tillämpas, där denne är en samordnare med mål att koordinera och säkerställa att samtliga inblandade instanser gemensamt arbetar mot individens uppsatta mål (40).

De första intervjuerna påbörjades år 2002 och de pågick ända fram till februari 2020. Intervjuerna med patienterna bestod av ett antal förutbestämda öppna frågor. Vi har använt oss av de öppna frågorna (Vilket känslomässigt stöd satte du värde på? Vad saknade du?) om *Omsorg i form av känslomässigt stöd* och frågorna (Vilket praktiskt stöd satte du värde på? Vad saknade du?) om *Omsorg i form av praktiskt stöd*. Intervjuerna hade möjlighet att ställa följdfrågor till patienten av en mer konkret karaktär för att utveckla, klargöra och fördjupa givna svar (41). Intervjuerna spelades inte in utan intervjuaren skrev ner och sammanfattade patientens svar under samtalets gång. Vissa sammanfattningar behöll patientens talspråk och sätt att uttrycka sig på, medan andra var mer tillrättalagda och färgade av intervjuarens sätt att skriva. Det finns dessvärre inga uppgifter att tillgå om hur lång tid själva intervjun tog och om patienten intervjuades vid ett eller flera besökstillfällen.

Insamlade intervjuer har genom åren elektroniskt sparats genom att de har skannats in och författarna fick tillgång till dessa i en avidentifierad form. Endast uppgifter om vilket år patienten vårdats, på vilken avdelning och vilket år intervjun genomfördes fanns att tillgå på de inskannade intervjuerna.

5.3 Population och urval

Urvalet av deltagare till studien var strategiskt utformat för att nå personer som hade erfarenhet av tvångsvård. Strategiskt urval kan med fördel användas vid en fenomenografisk ansats (39). Av 2 668 patienter som hade vårdats inom Psykiatri Psykos tillfrågades 1 835 stycken av dem om de hade personlig erfarenhet av tvångsvård. 1 260 patienter svarade att de hade haft erfarenhet av tvångsvård och av dessa var det 417 stycken som tillfrågades om de ville utvärdera sin vård. När datainsamlingen sammanställdes och presenterades i en rapport år 2017 hade 112 patienter utvärderat sin vård medan resten av de tillfrågade hade avböjt fortsatt medverkan i studien. I februari 2020 var antalet patienter som hade utvärderat sin tvångsvård uppe i 183 stycken.

Det förelåg två inklusionskriterier för deltagande (37). Dessa kriterier var att patienten behandlats på en sluten psykosavdelning på Sahlgrenska universitetssjukhuset och att en klinisk bedömning hade gjorts angående patientens psykiska hälsotillstånd vid tidpunkten för projektets intervju. Det första inklusionskriteriet innebar att endast de tvångsvårdade patienterna initialt erbjöds möjlighet att utvärdera sin vård men under studiens gång ändrades kriterierna till att även inkludera samtliga patienter som vårdats på någon sluten psykosavdelning. Det andra inklusionskriteriet gällde den kliniska bedömningen som skulle påvisa att patienten tillfrisknat och hunnit få distans till sjukhusinläggningen och att de var redo att utvärdera sin vård. Utvärderingarna genomfördes därefter på olika öppenvårdsmottagningar.

Denna, av författarna utarbetade, studie utgår således från ett redan tidigare insamlat material från olika öppenvårdsmottagningar. Totalt genomfördes 199 intervjuer med 183 patienter. Denna diskrepans förklaras av att några av patienterna intervjuats angående flera olika vårdtillfällen. Dessa intervjuer scannades in och sparades elektroniskt. Vissa av intervjuerna blev dessvärre aldrig inskannade så initialt fanns ett underlag som baserade sig på 171 intervjuer. 17 stycken av intervjuer var dubbelt inskannade vilket minimerade antalet intervjuer till 154 stycken. Av dessa 154 intervjuer föll 35 intervjuer bort, eftersom de inte hade besvarat frågeställningen gällande det *känslomässiga* stödet, vilket innebar att vi hade 119 intervjuer kvar som avhandlade denna frågeställning. Av det totala antalet intervjuer föll dessutom 14 intervjuer bort, för de besvarade inte frågeställningen gällande det *praktiska* stödet, vilket innebar ett totalantal på 140 intervjuer som avhandlade frågeställningen.

Uppgifter som finns tillgängliga om deltagarna i studien sträcker sig endast fram till år 2017 då en sammanställning av resultatet gjordes. Det har för författarna inte funnits någon möjlighet att få tillgång till uppgifter som visar hur deltagandet sett ut efter år 2017. Studiedeltagarnas ålder var från 18 år och uppåt. Majoriteten av deltagarna låg i åldersspannen mellan 31 - 50 år och från 50 år och uppåt. Studiedeltagarnas könsfördelning var 56 % kvinnor och 44 % män. I intervjuerna framkom det inga uppgifter om deras civilstånd och utbildningsstatus. Samtliga studiedeltagare var tvungna att kunna tala och förstå det svenska språket. De vanligaste diagnoserna bland deltagarna i studien var schizofreni, schizoaffektiv sjukdom, ospecificerad icke organisk psykos och vanföreställningssyndrom. Hälften av deltagarna hade tvångsvårdats vid 1 - 2 tillfällen men det fanns deltagare som hade tvångsvårdats över 10 gånger. Det fanns inga uppgifter om längden på tvångsvården. Antalet deltagare som anonymt ville lämna synpunkter var 39%.

5.4 Dataanalys

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats (42,43). Innehållet analyserades manifest, vilket innebär att den gjordes textnära utan djupare tolkning (44). Författarnas analys av insamlat material gjordes med ett beaktande att det vid kvalitativa intervjuer kan förekomma en viss grad av tolkning från forskarnas sida när de närmar sig en text (37,43). Samtliga intervjuer lästes igenom och tonvikten lades på denna studies två forskningsfrågor nämligen, det *känslomässiga stödet* och det *praktiska stödet*. Dessa två forskningsfrågor kom att bilda resultatets två beskrivningskategorier som understöds av sex subkategorier. Ur intervjuerna lyftes kompletta eller valda delar av svaren ut och dessa kom att bli de meningsbärande enheterna som motsvarade aktuell frågeställning.

Identifieringsprocessen, i vilken de meningsbärande enheternas reliabilitet skulle säkerställas, utfördes genom att författarna till en början arbetade separat och därefter gjordes en gemensam jämförelse och översikt av de meningsbärande komponenterna.

Därefter sammanställdes de meningsbärande enheterna i en överskådlig tabellform. Enheterna kondenserades därpå ner till kortare, mer lättlästa meningar som därefter samlades i grupper med syftet att få fram passande koder.

Kodningens kategorisering hade som syfte att identifiera både liknelser och skillnader i denna studies två aktuella frågeställningar. Koderna bildade sedan olika subkategorier som därefter förenades i en gemensam beskrivningskategori. Subkategorierna försågs med olika färger för att ytterligare underlätta arbetets helhetssyn (46). Patienternas beskrivning av upplevda fenomen resulterade i att de ställda forskningsfrågorna mynnade ut i var sin beskrivningskategori som understöddes av tre subkategorier. Beskrivningskategorierna, med dess subkategorier, påvisade tydligt patienternas upplevda fenomen (39). Författarna valde att inte gränssätta var mättnaden gick avseende patienternas uppfattning av fenomenet eftersom ambitionen med studien var att läsa alla tillgängliga intervjuer (39).

För exempel på hur dataanalysen genomfördes, *se tabell 1 och 2*. Dataanalysen beskrivs här som en linjär process men i realiteten var det en dynamisk process där författarna växelvis rörde sig mellan analysens olika delar.

Tabell 1. Exempel ur kodningsschema kring känslomässigt stöd.

Intervju	Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Subkategori	Kategori
90.	Någon kunde ha pratat med mig om tidsplaneringen men också lugnat mig att det blir bättre efter några veckor.	Ingen pratade om tidsplan och att det blir bättre med tiden.	Brist på stöd att planera sin tillvaro/tid	Partnerskap	Känslomässigt omhändertagande
109.	Jag satte värde på att personalen pratade till mig som om jag var en människa och inte en kriminell, eller patient De var hjälpsamma, schyssta och tillmötesgående.	Värdesatte personal som var hjälpsamma, schyssta och tillmötesgående.	Bli hörd	Partnerskap	Känslomässigt omhändertagande

Tabell 2. Exempel ur kodningsschema kring praktiskt stöd.

Intervju	Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Subkategori	Kategori
99.	Jag upplevde ingen omsorg i form av praktiskt stöd. Jag fick ingen hjälp med att betala räkningar.	Inget praktiskt stöd. Fick inte hjälp att betala räkningar.	Ärenden	Hjälp kring ekonomi	Att få det stöd man behöver
129.	Personalen hjälpte mig med ekonomin och hindrade att min lägenhet blev såld.	Hjälp med ekonomin.	Ekonomi	Hjälp kring ekonomi	Att få det stöd man behöver

5.5 Etiska aspekter

Vetenskapsrådets (2017) forskningsetiska principer om informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet följdes (47). Information om att deltagandet var frivilligt och att känslig information skulle anonymiseras gavs i enlighet med Patientdatalagen (2008:355) (48) och Etikprövningslagen (2003:460) (49). Deltagarna fick information om enkäternas huvudsakliga syfte, hur uppgifterna skulle behandlas och att den skulle användas som ett led till att förbättra sjukhusvården för patienter med psykosjukdomar. Författarnas studie bygger vidare på ett pilotprojekt (34) som utvecklades med stöd av en annan studie (33) som utfördes utifrån Helsingforsdeklarationens riktlinjer (50) för god etisk standard i forskning som omfattar människor. Denna ursprungliga studie var dessutom godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Göteborg. För själva ISP-projektet som sådant fanns inte någon etikansökan, eftersom den bedömdes som internmaterial, som en del av den ursprungliga studien.

Samtycke till medverkan gavs när deltagarna frivilligt valde att delta i studien. Enkäterna innehöll inget som kunde avslöja deltagarnas identitet. Bara genom att man tar upp en frågeställning så väcker intervjuaren hos den intervjuade mycket tankar och föreställningar till liv så intervjuaren måste vara beredd på att ta hand och klara av besvärliga situationer (51). Intervjuprocessen var många gånger känslomässigt ansträngande för patienten men de lämnades inte bara ut med alla sina känslor utan blev erbjudna stöd och hjälp av intervjuaren att konkretisera dem på ett konstruktivt sätt.

6. Resultat

Med utgångspunkt från materialet där två forskningsfrågor ingår kommer resultatet redovisas utifrån respektive frågeställning. I resultatet framkom två beskrivningskategorier för att beskriva patienters uppfattningar och erfarenheter vid omhändertagandet vid tvångsvård. Beskrivningskategorin i respektive frågeställning skildrar upplevelsen kring det *känslomässiga* och det *praktiska stödet*. Beskrivningskategorierna understöds av subkategorier och för att tydliggöra resultatet används citat. Beskrivningskategorier och subkategorier presenteras i *figur 1 och 2*.

6.1 Känslomässigt stöd - Känslomässigt omhändertagande

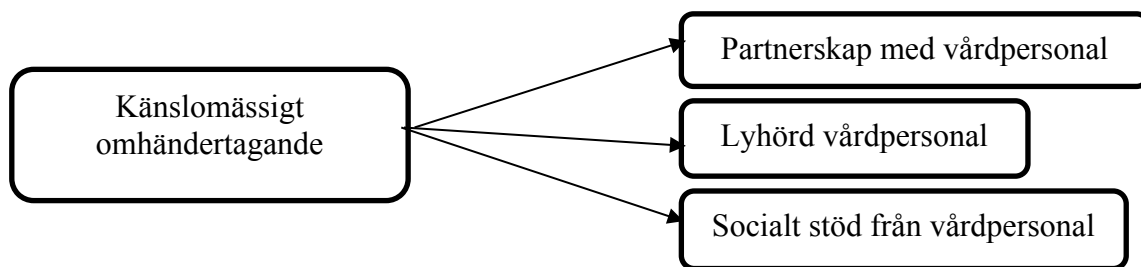
Erhållandet eller avsaknaden av det känslomässiga stödet beskrivs genom beskrivningskategorin *känslomässigt omhändertagande* som understöds av tre subkategorier *partnerskap med vårdpersonal*, *lyhörd vårdpersonal* och *socialt stöd från vårdpersonal*.

Det känslomässiga stödet kunde innebära att vårdpersonal lyssnade, var uppmärksamma, förmedlade hopp, avledde och lindrade olika symtom. Det kunde även innebära att personalen var tillförlitlig, uppmärksam, engagerad, lyhörd och gärna visade extra omtanke. Vid avsaknad av känslomässigt stöd kände sig patienterna väldigt ensamma, otrygga och utsatta för deras behov blev inte uppfyllda av vårdpersonalen.

De flesta patienter var mycket nöjda med det känslomässiga bemötandet de fått och tyckte att många vårdare verkligen ansträngde sig för att uppfylla alla deras behov. När patienter var missnöjda med vården innebar det oftast att de upplevt att personal var kränkande, elak, dominant eller respektlös i deras sätt att bemöta dem. Patienterna kände i vissa situationer att de var i underläge och att de befann sig i en position, där personalen satte reglerna.

I några intervjuer framgick det att patienter många gånger inte kände något känslomässigt stöd från personal eller kontaktperson utan de uppgav att anhöriga eller medpatienter var deras enda känslomässiga stöd. Att vända sig till medpatienter var inte alltid så gynnsamt, för en del patienter berättade att deras medpatienter inte alltid hade så bra inverkan på deras mående, för att de själva var instabila i sitt beteende.

Figur 1. Upplevelse av det känslomässiga stödet.



6.1.1 Partnerskap med vårdpersonal

En viktig del av partnerskapet var kontaktpersonerna. Varje patient på avdelningen tilldelades en egen kontaktperson. Kontaktpersonen fanns på avdelningen som ett moraliskt och fysiskt stöd under vårdtiden. Det framgår tydligt i intervjuerna att kontaktpersonen är viktig, för patienten har möjlighet att vända sig till sin kontaktperson när som helst under dagen, förutsatt att kontaktpersonen arbetar. Det kan handla om att patienten vill prata eller att kontaktpersonen ska följa med till pressbyrån för att handla. Kontaktpersonen var den som både kunde erbjuda känslomässigt och praktiskt stöd och därför såg patienten dem som en partner de kunde stödja sig på under vårdtiden.

”Sjuksköterskan som var min kontaktperson, uppmuntrade mig och gav mig stöd.” Intervju nr: 27

”Min kontaktperson ”lurade” ut mig i affärer utan att det kändes som tvång.” Intervju nr:79

”Ville hålla personalen på avstånd, för de ser mig som ett symptom och inte en person” Intervju nr: 29.

6.1.2 Lyhörd vårdpersonal

Lyhördhet innebar att personalen såg och uppmärksammade patienten och dennes behov även om patienten inte alltid själv uttryckte det eller ville närvara fysiskt. Detta genom att de t.ex. erbjöd kaffe och citronvatten på rummet, gav en kram om någon var ledsen eller lät patienter som var

rädda för att sova i sin egen säng ligga på soffan ute i dagrummet. Patienterna kände extra förtroende för vårdpersonal som gav dem mer stöd än vad de förväntade sig att få.

”Att bli respekterad när jag ville vara ifred.” Intervju nr: 26

”Lärde känna personalen som ansträngde sig för att man ska må bra.” Intervju nr: 110

”Att jag fick citronvatten att ha på rummet, utan att be om lov varje gång.” Intervju nr: 2

6.1.3 Socialt stöd från vårdpersonal

Kommunikation innebar för de intervjuade patienterna att ha möjlighet att samtala med vårdpersonal på avdelningen. Att kunna prata om vad som helst och att det stannar mellan patienten och vårdpersonalen, förutsatt att det är triviala, och inte allvarliga saker som tas upp under samtalet vilka kan få konsekvenser för patienten, uppskattades. En allvarlig sak kan vara att vårdpersonalen upptäcker att patienten har suicidala tankar, då är de skyldiga att skyndsamt rapportera till läkaren på avdelningen vad som har framkommit under samtalets gång.

Oftast beslutas det om extravak, dygnet runt, där vårdpersonal inte får avvika från patientens sida, inte ens toalettbesök med stängd dörr är tillåtet. En del patienter ville hålla vårdpersonalen på avstånd och kommunicerade inte med dem. Om detta berodde på att det fanns en risk att det ovannämnda kunde inträffa när de öppnar upp sig eller om det fanns ytterligare andra aspekter som påverkade detta går inte att utröna.

”Pratade med mig som en vanlig människa.” Intervju nr: 34

*”Kändes som att jag blev ”scannad” om min eventuella farlighet vid möte av vårdpersonal.”
Intervju nr: 170*

*”Ville hålla personalen på avstånd för de ser mig som ett symptom och inte som en person.”
Intervju nr: 29*

Det framgår under en del intervjuer att om man inte behärskar det svenska språket är det svårare som patient att ta till sig information och att kunna kommunicera med både medpatienter och personal på avdelningen.

”Kunde inte språket, hade svårt att göra mig förstådd.” Intervju nr: 65

6.2 Praktiskt stöd - Att få det praktiska stöd man behöver

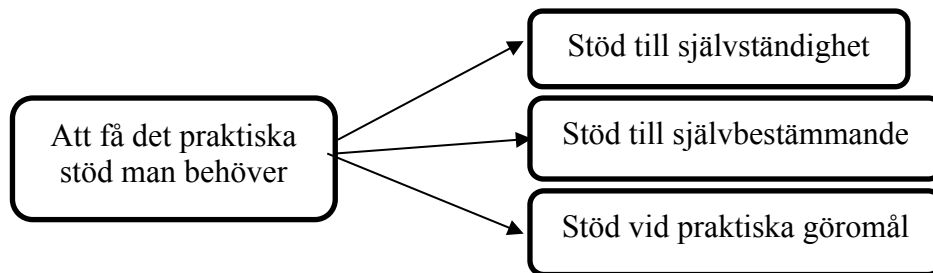
Det praktiska stödet eller uteblivet praktiskt stöd beskrivs genom beskrivningskategorin *att få det praktiska stöd man behöver* som understöds av tre subkategorier *stöd till självständighet*, *stöd till självbestämmande* och *stöd vid praktiska göromål*.

Patienterna kände personalens omtanke när de fick praktiskt stöd. Att få praktiskt stöd kunde handla om att få hjälp med till exempel telefonsamtal, ekonomin, bostaden och juridiskt stöd dvs. allt som de själva på grund av omständigheterna är förhindrade att göra.

Analysen av intervjusvaren visade på att delaktighet var det mest centrala som identifierades kring det praktiska stödet. Känslan av delaktighet och självbestämmande kring vardagsaktiviteter var väldigt viktig för patienterna. Genom sin vistelse på en sluten vårdavdelning försattes patienter i en beroendeställning gentemot personalen vilket resulterade i att stöd och hjälp i

vardagliga göromål blev av största vikt. De ville få stöd av personal som förde deras talan och bevakade deras intressen. De positiva synpunkterna utgjordes till stor del av patienter som i huvudsak var helt nöjda med den praktiska delen av omsorgen.

Figur 2. Upplevelse av det praktiska stödet.



6.2.1 Stöd till självständighet

Under arbetets gång framkom det tydligt att patientens sociala umgänge och att de själva kunde vara delaktiga i olika aktiviteter var av yttersta vikt. Det var meningsfullt för dem att ha något att göra i stället för att bara vara sysslolösa. Att komma in i vardagsrutiner och ha kontakt med andra människor var viktigt. Därtill var det viktigt att behandlingspersonalen tillät patienterna att själva välja om de ville utföra vissa aktiviteter på egen hand eller tillsammans med andra medpatienter.

Exempel på olika aktiviteter som erbjöds var bakning, kortspel, promenader, olika sportaktiviteter, målning, arbetsterapi, gå till frisören och matning av fåglar. På daglig basis planerades vilken personal på vårdavdelningen skulle närvara vid olika aktiviteter, vilket ibland olyckligtvis innebar att dessa kunde ställas in p.g.a. personalbrist.

"Få hjälp med att gå ut på promenader och umgås, spela kort och baka." Intervju nr: 104

"Saknade arbetsterapi indragen på grund av personalbrist var tvungen att hela tiden vara kvar på avdelningen." Intervju nr: 81

6.2.2 Stöd till självbestämmande

Generellt så beskrev patienterna att självbestämmandet var för dem en väldigt viktig faktor, där möjligheten att själva få bestämma under rådande förhållanden uppskattades.

Patienter tyckte att kontakten med kontaktpersoner var viktig för de uppskattade att de hade någon att samtala och resonera med. En engagerad och professionell kurator var också ett stort stöd för patienter kring den praktiska hjälpen de fick. Kuratorn hade ett tätt samarbete med både den psykiatriska öppenvården och med socialtjänsten när det gällde patienternas sociala situation, boendesituation och deras ekonomi.

Kuratoren hjälpte till att bland annat överklaga fattade beslut om tvångsvård, ordna läkarintyg, betala räkningar, söka sjukersättning, ansöka om utbildning, boende och socialbidrag. Det framkom att det var viktigt att man ställde rimliga krav på patienterna, gav dem skydd, dämpade oro och hjälpte till att fatta beslut och ge stöd så de kunde återgå till ett socialt liv.

”Kurator hjälpte till med sjukersättning och annat.” Intervju nr:139

”Personalen hjälpte mig med ekonomin och hindrade att min lägenhet blev såld.” Intervju nr: 129

”Fick hjälp med alla myndighetskontakter att ordna upp social situation, pengar boende.” Intervju nr:109

Det som ytterligare kom fram var att miljön behöver vara trygg och trivsamt under vårdtiden. Ett återkommande önskemål var att få tillgång till ett eget rum. Det egna rummet var som en fristad för dem där de kände sig trygga, inte blev störda och kunde vila ut. Patienterna ansåg ändå att det var tryggt att personal fanns i närheten samtidigt som deras behov av enskildhet tillgodosågs.

Det var oftast i början av vårdprocessen, då när de mådde som sämst, som önskemålet att ha sin privata sfär i form av ett eget rum var som starkast, men där flertalet när de började må bättre inte hade något emot att dela rum med andra medpatienter.

”Fick bo med störande medpatient dröjde innan fick eget rum.” Intervju nr: 92

”Det var jobbigt att få byta rum flera gånger. Bra att jag fick enskilt rum i början.” Intervju nr: 2

Missnöjet som uttrycktes bland patienterna var att det inte fanns några möjligheter till att låsa det egna klädsåpet och att den olåsta dörren till deras rum ibland resulterade i oönskade stölder. Det av sjukhuset bestämda systemet med att man skulle låsa in sina värdesaker, som ex. plånbok, mobiltelefon och väska, i ett rum som bara personalen hade nyckel till uppfattades som krångligt av många patienter.

”Mina skor stulna på avdelningen blev inte upphittade.” Intervju nr:110

”Jag blev av med mina saker, schampo, tandborste, krämer och frukt. Hade behövt information om att jag måste låsa in alla mina saker.” Intervju nr:16

6.2.3 Stöd vid praktiska göromål

Stöd vid praktiska göromål kunde manifesteras i olika former beroende patientens konkreta behov. Olika enkla vardagssysslor, som att patienten antingen självständigt eller med personal kunde få hjälp med att uträtta, värderades högt. Exempel på sådana sysslor kunde vara att få låna en telefon, få hjälp att ringa ett samtal, handla varor, uträtta olika viktiga ärenden och möjlighet till att åka hem och hämta privata saker som de saknade tillgång till på avdelningen. I de fall patienten inte fick lov att lämna avdelningen hjälpte personalen till att handla frukt, godis, cigaretter och annat som de var sugna på.

”Personalen hjälpte mig att byta byxor som jag köpt som gick sönder”. Intervju nr: 91

”Fick hjälp med telefonsamtal.” Intervju nr:146

Patienter uppgav att de uppskattade att kunna ha egna kläder, i stället för sjukhuskläderna, för detta gjorde mycket för deras självkänsla. Hjälpt att kunna få sina kläder tvättade uppskattades mycket av patienterna och detta ökade upp möjligheten till att ta hand om sig själv avseende hygien och klädvård.

”Att det fanns möjlighet att tvätta. Fick ringa. Ha eget rum och få gå ut själv.” Intervju nr: 85

En del patienter uttryckte brister i att personalen inte hade uppmärksammat antingen deras egna eller deras anhörigas behov av praktisk hjälp och stöd. Det fanns en varierande grad av samverkan med patienten och deras anhöriga.

”Hade uppskattat om personalen ställt frågan och hjälpt till angående räkningar.” Intervju nr: 130

”Ingen frågade om jag behövde hjälp med telefonsamtal, ekonomin eller hjälp att betala räkningar, min familj hjälpte till.” Intervju nr: 138

”Praktisk hjälp eller vägledning för min familj, där min man var ensam med två barn.” Intervju nr: 84

En i sammanhanget förvånansvärt stor andel av patienterna uttryckte att de inte hade något behov av någon praktisk omsorg. Det framkommer dock ej med tydlighet i intervjuerna om behovet inte fanns eller om de fick hjälp utav någon närstående.

”Behövde inget praktiskt stöd”. Intervju nr: 127

”Anhöriga, vänner betalade räkningar, hämtade personliga saker.” Intervju nr: 130

”Jag behövde inget praktiskt stöd.” Intervju nr: 86

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

7.1.1 Datainsamling

Författarna till föreliggande studie har använt sig av data från en relativt stor mängd enkäter som har samlats in under en tidsperiod från 2002 - 2019 av behandlingskontakter på Psykiatri Psykos öppenvårdsavdelningar. Att författarna inte var närvarande i den initiala processen vid utformandet av utvärderingsenkäten, bedömningen av inklusionskriterierna och tillvägagångssättet, kan vara till nackdel för tolkning och förståelse vilket kan påverka resultatet.

Valet av deltagare har betydelse för resultatets giltighet (37). Intervjuunderlaget omfattar en period som sträcker sig över 17 år och detta har inneburit att författarna har haft tillgång till 171 intervjuer som har legat till grund för denna studie. Det långa tidsspännet kan innebära att arbetsmetoder och synsätt inom psykiatrisk tvångsvård kan ha förändrats, vilket i sin tur kan ha en påverkan på resultatet.

På grund av att intervjuerna var avidentifierade fanns det inga uppgifter om varje enskild patient, t ex information om kön, ålder och civilstånd. Överförbarheten av resultatet avseende bland annat hur länge patienterna haft diagnosen och hur länge de har haft kontakt med psykosvården är

svårbedömd. Av de 201 intervjuer som i skrivande stund gjorts inom ISP-projektet, är det en ganska stor spridning i åldrarna bland deltagarna. De yngsta studiedeltagarna var 18 år och de äldsta var över 80 år gamla. Könsfördelningen var rätt jämn avseende män och kvinnor (33).

7.1.2 Intervjuer

När man utför kvalitativa intervjuer skall alla frågor vara så öppna som möjligt, så tillåtande som möjligt (52). Kvalitativa intervjuer utmärks genom att man ställer enkla och öppna frågor och på dessa får man innehållsrika svar (53). När det gäller kongruensen på utförda intervjuer så är frågorna lika och avser att undersöka samma sak. I föreliggande studie tog författarna del av redan besvarade enkäter så det personliga mötet uteblev. Samtidigt är det en fördel att ha distans till själva intervjuerna för att kunna analysera dem på ett rimligt sätt (46). Detta förhållningssätt med att författarna själva inte närvarade vid intervjuerna kan ses som en fördel när det kommer till objektiviteten.

En svaghet i intervjuunderlagen, avseende patienternas utvärdering av deras tvångsvård, var att det inte med tydlighet framgick om utvärderingarna endast gällde tiden när de vårdades under LPT eller om en del av den utvärderade tiden också faller inom ramen för vård under HSL. Patienterna har många gånger svårt att själva bedöma när tvångsvården upphörde och när den gick över till frivillig vård. Detta kan bero på att de inte var tillräckligt friska för att ha insikt i sin vård eller i vissa fall kan det även bero på brister från vårdens sida, där patienten inte har fått tillräcklig eller utförlig information angående sin vård.

Precisionen och objektiviteten kan ifrågasättas för det var många olika personer som utförde intervjuerna, där deras sätt att intervjua och registrera svaren på har skiljt sig, vilket kan ha påverkat dynamiken under intervjuerna och resultatet i denna uppsats (54). Intervjuerna kan även ha arbetat på samma klinik som patienterna ”utvärderade” vilket kan ha medfört att patienterna kan ha känt en oro och rädsla för att öppna upp sig och vara ärliga i sina svar. De kan ha upplevt att intervjuaren inte står på deras sida.

Det hade varit värdefullt, för att få en djupare förståelse för patienternas upplevda vård, om författarna hade närvarat vid själva intervjuerna och haft möjlighet att ställa följdfrågor till patienterna men så var inte fallet. Det gick inte att utröna från intervjuerna om intervjuerna har ställt följdfrågor knutna till patientsvaren eller om de bara hållit sig till den semistrukturerade intervjuens förutbestämda frågor. Genom författarnas uteblivna initiala delaktighet ökade dock chanserna för att uppbringa ett neutralt resultat.

7.1.3 Dataanalys

Den fenomenografiska analysmetoden ansågs vara relevant för studiens syfte, eftersom metoden ger en tillräckligt god beskrivning och tillika god variationsbredd på patienternas upplevelse av det känslomässiga och praktiska bemötandet och stödet under tvångsvården (39). Författarna ställer sig ödmjuka inför att denna studie är deras första på denna nivå och med denna metod.

Ett kvalitativt förhållningssätt söker inte absoluta sanningar utan ämnar studera människors unika erfarenheter som författaren sedan tolkar (42,47). Det vanligaste när det gäller kvalitativa studier är att man använder sig av ett färre antal intervjuer för att nå djupare förståelse för forskningssyftet. I den aktuella studien har dock författarna använt sig av en stor mängd tillgängliga intervjuer som sedermera analyserades med vald frågeställning som utgångspunkt. Metodvalet återger författarnas ambition att sammanställa en så stor mängd data som möjligt av patienternas erfarenheter i enkäterna.

Syftet med studien utformades efter att enkätundersökningen redan hade genomförts vilket kan anses som en svaghet i sammanhanget. Trovärdigheten när det gäller det insamlade datamaterialet ansågs var tillfredställande för studiens syfte. En styrka i studien är att författarna läst igenom materialet och analyserat det var för sig och därefter gemensamt sammanställt resultatet i tabellform. I samband med denna process växte kategorier och subkategorierna fram. Vid extraktionen av de meningsbärande enheterna ansågs ändå intervjuerna ha en tillräcklig likhet i sitt utförande och utformning för att syftet skulle kunna besvaras på ett tillfredställande och trovärdigt sätt. De meningsbärande enheterna kondenserades endast en gång trots att de kan kondenseras två gånger för att öka trovärdigheten i studien (44). Författarna gjorde bedömningen att en kondensering var fullt tillräcklig eftersom flertalet av de meningsbärande enheterna inte var möjliga att kondensera ytterligare en gång.

Ett kreativt förhållningssätt gentemot forskningens huvudsyfte pågick under skapandet av beskrivningskategorier och subkategorier. Detta kreativa arbetssätt genomfördes genom att författarna löpande korrigerade och diskuterade utfallen av insamlat material och indikationerna på detta stämde väl överens med de erfarenheter som uttryckts under intervjuernas gång. För att läsaren ska kunna bedöma giltigheten av resultatet har citat från patienterna presenterats tillsammans med en utförlig beskrivning av tillvägagångssättet vid dataanalysen.

Materialet har kontinuerligt granskats av utnämnd handledare som under arbetets gång bidragit med konstruktiva råd kring själva skrivprocessen. Projektledaren Eva Andreasson är drivkraften bakom ISP har också fått möjlighet att läsa och kommentera arbetet, vilket gett analysen ökad trovärdighet då hon har god kännedom av materialet och patientgruppen.

7.1.4 Förförståelse och förhållningssätt

Förförståelse innefattas av såväl medveten som omedveten förståelse för fenomenet som skall studeras (37). Det är svårt att helt bortse från sin förförståelse men författarna strävade gentemot det vid analysen av det insamlade materialet i studien. Det är lätt att omedvetet lägga in egna värderingar och mänskliga fallgropar i analysen kan motverkas genom ett reflexivt förhållningssätt gentemot sitt arbete. Detta reflexiva förhållningssätt har författarna använt sig av under arbetets gång för att undvika färgning av resultatet (45, 55). Samtidigt utgör förförståelsen en resurs, för utan den riskerar värdefull information att falla bort som kan ha en bidragande faktor till resultatet.

Författarnas olika arbets- och livserfarenheter, där den ena författaren har arbetat som skötare och den andra författaren har lång erfarenhet inom psykiatrin som auktoriserad tolk med specialistkompetens inom sjukvård, har varit till stor nytta för att kunna ha ett reflexivt förhållningssätt under arbetets gång för att undvika färgning av resultatet (45). Genom att belysa sin förförståelse och bakgrund till studien, bidrar förhoppningsvis författarnas förhållningssätt till en ökad pålitligheten i studien (56).

En textnära manifest analysmetod valdes eftersom ingen djupare tolkning ansågs vara relevant utifrån syftet (43, 54). En styrka är att studien grundar sig på en induktiv ansats för vid induktiv forskning utgår forskaren från en enskild händelse och samlar ihop empiri för att sedan dra generella slutsatser (42). Detta brukar göras utan koppling till teorin. Först i resultatdiskussionen framförs en teori som utgår utifrån de erfarenheter som man skaffat sig och de observationer som man har genomfört i studien (57).

7.1.5 Etiska reflektioner

Författarnas studie bygger vidare på ett pilotprojekt (33) som har utvecklats med stöd av en föregående studie (32) och eftersom ISP-projektet klassas som internmaterial knuten till föregående studie och pilotprojekt fanns ingen ny etikansökan.

Den nuvarande studien beaktade de etiska övervägandena som gjordes av Psykiatri Psykos Öppenvårdsmottagningar. Dessa gjordes genom ett informerat patientsamtycke, som är ett förhållningssätt som har till syfte att skydda deltagarnas rätt att bestämma om och hur de önskade att deras deltagande skulle utformas. Tre krav finns för att ett informerat samtycke ska anses vara uppfyllt: att få information om bakomliggande studie, att deltagarna har förmåga att förstå given information och deltagandet baseras på frivillighet (58).

Författarna var inte närvarande vid patientintervjuerna och kan därmed inte ta ansvar för om deltagarna förstått given information och därtill kunde författarna inte påverka vilka patienter som valde att medverka eller ej. Någon beskrivning av bortfallet finns inte beskrivet.

Det finns en reell möjlighet att de patienter som valde att medverka i studien var just de deltagare som där och då hade minst svårigheter för att uttrycka sina känslor och hade lätt för att göra sig förstådda. Patienter som valde att inte delta kan ha avstått på grund av språkliga hinder, brist av tillit till personal eller så hade de väldigt dåliga erfarenheter av sin vård att de inte måttade med att prata om den.

Man måste även i sammanhanget beakta patienternas beroendeställning till behandlaren vilket innebär att patienten antingen inte vågade uttrycka sina åsikter, lämnade oärliga svar eller så utelämnade patienterna väsentlig information för de ville vara sjukvården till lags. För att ett kunskapsutbyte ska ske mellan patient och personal bygger det på att det finns en ömsesidig respekt för såväl personen som dennes kunnande (59).

För ökad anonymitet gallrades all personlig information som namn, kön och ålder bort, innan författarna fick tillgång till materialet. Den enda uppgiften som var synliggjord på enkäterna var vilket år och på vilken avdelning patienten varit inlagd på. Genom att avidentifiera deltagarna följdes de etiska principerna vilket i sig med stor sannolikhet garanterade deltagarnas välbefinnande, rättigheter och säkerhet (57).

7.2 Resultatdiskussion

Resultatet i denna uppsats visar på att patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin upplever det känslomässiga bemötandet mer positivt, när vårdpersonal arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, jämfört med vårdpersonal som arbetade utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt (30). Utifrån intervju svaren utläste författarna till uppsatsen att det finns ett samband mellan vårdpersonalens bemötande och patienternas upplevelse av bemötandet. Detta samband ansåg författarna berodde på att vårdpersonalen arbetade utifrån ett personcentrerat eller patientcentrerat förhållningssätt.

En nyligen genomförd kvalitativ studie baserad på patienters upplevelse av tvångsvården i ett antal länder i Europa, däribland Sverige, visade på att vårdpersonal som ansågs vara snäll, respektfull och som avsatte tid för enskilda samtal var mer uppskattade jämfört med vårdpersonal som inte ställde sig tillgängliga till patienter när det behövdes (60). Studien visade att det räckte

med små handlingar som t.ex. ett extra besök på rummet när en patient inte mår bra, för att patienterna skulle känna ett känslomässigt stöd (60).

Det sågs även ett samband mellan utvärderingen av enkätundersökningen och Inga-Lill Candefjords forskning gällande patienters upplevelse av tvångsvården inom psykiatri (8). Å ena sidan visar Candefjord på att patienter i allmänhet var nöjda med tvångsvården men att vårdpersonalen behöver förbättra bemötandet och informationen till patienterna (8). Å andra sidan visar Kerstin Eriksson och Lars Kjellin i samma studie på att en betydande andel av vårdpersonalen anser att tvångsvård inte har någon eller liten effekt som behandling av psykospatienter (61).

Vårdtiden för patienter som intervjuades innebar tvångsvård vilket är en utsatt position både fysiskt och psykiskt (15). Därför är det av vikt att sjuksköterskan på en slutenvårdsavdelning genom sin kompetens försöker så långt det är möjligt arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt i allmänhet och utifrån patientologi i synnerhet, för att vårdtiden ska bli så bra och så kort som möjligt (28). Samtidigt visar en rapport från Socialstyrelsen att det saknas personal med rätt kompetens på de flesta avdelningar inom psykiatri (62). Utifrån deras rapport finns de flesta sjuksköterskor med en specialistkompetens inom öppenvården och inte inom slutenvården.

Patienterna uppskattade när sjuksköterskorna var lyhörda. Lyhördhet är en egenskap som tillsammans med respektfullhet, medkänsla, trovärdighet och integritet ingår i sjuksköterskans etiska kod (63). Och enligt Svenska sjuksköterskeförbundet ingår lyhördhet som en del i sjuksköterskans värdegrund för omvårdnad (64). De anser att sjuksköterskan ska respektera patienternas integritet genom att vara lyhörd för patienternas olikheter och deras sårbarhet (64). Detta för att patienter som tvångsvårdas inom slutenvård är extra sårbara, på grund av en förändrad livssituation, och att patienterna inte är en definition av sin sjukdom, där även patienter inom slutenvården är olika till sitt sätt att vara.

Samtidigt upplevde en del patienter att en del av vårdpersonalen inte var tillräckligt lyhörda. Artikelförfattarna Ove Hellzén, Lisbeth Kristiansen och Karl-Gustav Norbergh anser att sjuksköterskor med en längre erfarenhet av att jobba med patienter diagnostiserade med schizofreni inom slutenvård, har en lägre förmåga till lyhördhet än sjuksköterskor med en kortare erfarenhet (65). De menade att det är påfrestande att jobba som sjuksköterska inom slutenvården. Å ena sidan kan det betyda att sjuksköterskor inom slutenvården över tid blir utmattade och inte längre är lyhörda, å andra sidan kan det bero på att de som inte har jobbat så länge inom psykiatri är nyexaminerade sjuksköterskor som har fått till sig ett personcentrerat synsätt genom sin utbildning.

Patienter i allmänhet var positiva till att bli tilldelad en eller flera kontaktpersoner på avdelningen. Detta gäller även patienterna i den europeiska kvalitativa studien. Flertalet av patienterna belyser att de ville ha ett partnerskap med personalen, ett partnerskap som är baserat på förtroende (60). Det finns fördelar med att personalen ingår ett partnerskap, genom att patienter blir tilldelad en eller flera kontaktpersoner. Fördelen är att kontaktpersonen bli en vän som man kan anförtro sig åt, men å andra sidan är patienten under tvångsvård. De flesta patienter har ingen sjukdomsinsikt och inser inte alltid att kontaktpersonen även har en skyldighet att

skyndsamt rapportera, till tillförordnad läkare, saker som kan vara viktigt att rapportera t.ex. suicidtankar. Vilket i sin tur kan leda till att patienten känner sig kränkt.

I en undersökning om patienters upplevelser av tvångsvården visade sig att en av fyra patienter upplevde att de kände sig kränkta av personalen (66). Patienter som kände sig kränkta inom tvångsvården uppgav att det var rutiner vid medicinutdelning, begränsad tillgång till patientkök eller att inte få möjlighet att hämta rena handdukar eller patientkläder själv, som var mest kränkande (8).

Det har visat sig i forskningsresultatet att en del av de patienter som tvångsvårdas inom slutenvården upplever att det finns brist på praktiskt stöd. Enligt John Cutcliffe och Brenda Happell

finns det situationer, inom slutenvården, där en del sjuksköterskor gör som man alltid har gjort inom psykiatrin, d.v.s. utöva sin dominans över patienter, i stället för att hitta alternativa lösningar på problem som uppstår. Detta är lätt hänt främst i situationer som uppstår när patienter har en uttalad suicidal önskan eller när patienter inte har återkommit från sin permission inom utsatt tid (67). Samtidigt anser författarna Eva Andreasson och Ingela Skärsäter att sjuksköterskor värnar om patienters autonomi och tillåter patienter att själva få bestämma (32). De menar att om patienter själv får ta egna beslut utifrån orsak och verkan, d.v.s. får konkret information om konsekvenser över sina egna val och handlingar och dessutom får möjlighet att välja mellan olika lösningar, så sjunker risken för utövning av tvångsvård. Dessutom om patienter får tid till återhämtning och bearbetning av sina erfarenheter minskar risken för återinläggning (32).

Forskningsresultatet visar att tvångsvården på en psykiatrisk avdelning är väldigt komplex. Å ena sidan upplever patienter att de är frihetsberövade pga. tvångsvård och känner sig kränkta, å andra sidan upplever patienter autonomi och känslomässigt stöd. Tvångsvården är som en balansgång mellan det onda och det goda eller mellan möjligheter och förluster (68).

8. Slutsats

En mängd faktorer påverkar en patients upplevelse av stöd i samband med tvångsvård inom psykiatrisk slutenvård. Flertalet av de intervjuade patienterna var i största allmänhet nöjda både med det känslomässiga och praktiska stödet de fått från vården. De uppfattade att vårdpersonalen ville dem väl och såg deras utsatthet. När patienterna var missnöjda med vården, var det främst på grund av bristen på stöd och att vårdpersonalen mer än befogat inskränkt på deras självständighet. Vårdpersonalens inställning till patientens autonomi påverkar patientens upplevelse av tvångsvården inom slutenvården.

9. Kliniska implikationer och förslag till vidare forskning

Intervjuundersökningens resultat visar att det finns en mängd faktorer som påverkar en patients upplevelse av stöd eller bristen på stöd inom tvångsvården. En ökad förståelse hur det är att vara patient och utökade resurser kan bidra till att det känslomässiga och det praktiska stödet ökar. Inom det känslomässiga stödet behöver sjuksköterskan bli mer lyhörd och få utökade resurser på avdelningen för kontaktmannen.

Även inom det praktiska stödet behövs mer resurser och mer tid för aktiviteter och stöd till patienternas självbestämmande. Med stöd av intervjuundersökningens resultat kan ett kunskapsunderlag skapas som kan ligga till grund för förbättringsarbeten inom tvångsvården som syftar till att förbättra bemötandet och stödet till patienterna. Etiska diskussioner bör föras på regelbunden basis med fokus på patientens bästa för att förhindra onödig kränkning av patienter som tvångsvårdats. Vidare forskning behövs för att belysa sjuksköterskans perspektiv på tvångsvården.

Referenslista

1. Weigl, K. Malin försökte ta sitt liv – överlevde hopp på 29 meter från bro. Aftonbladet. [Internet]. 8 december 2014 [citerad 4 april 2020]. Hämtad från: <https://www.aftonbladet.se/nyheter/a/xR92zQ/malin-forsokte-ta-sitt-liv--overlevde-hopp-pa-29-meter-fran-bro>
2. Grimsrud, Beate. En dåre fri. 1 upp. Falun: Albert Bonnier Förlag. 2010.
3. Grazer, B. Producent; Howard, R. Regissör. A Beautiful Mind. [DVD]. DreamWorks Home Entertainment. USA: 2001.
4. World Health Organization. Schizophrenia. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citerad 16 mars 2020]. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
5. World Health Organization. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [citerad 16 mars 2020]. Hämtad från: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf
6. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2020-2030. [Internet]. Geneva; World Health Organization; 2013 [citerad 16 mars 2020]. Hämtad från: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
7. United Nations Development Programme. De globala målen – För hållbar utveckling. [Internet]. New York; United Nations; 2015 [citerad 16 mars 2020]. Hämtad från: <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>
8. Candefjord, I.-L. Studier Av Psykiatrisk Vård, Särskilt Tvångsvård, I Två Svenska Län: De Psykiatriska Patienternas Upplevelser Av Tvångsvård. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*. 1989, 43, (353).
9. Nationalencyklopedin, *Psykos*. [Internet]. Stockholm; Nationalencyklopedin. [citerad 16 mars 2020]. Hämtad från: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/psykos>
10. Allgulander, C. Klinisk psykiatri. 4 Uppl. Lund: Studentlitteratur; 2019.
11. Mattsson, M. Psykoser. I: Skärsäter, I. redaktör. Omvårdnad vid psykisk ohälsa – På grundläggande nivå. Lund: Studentlitteratur. 2014, s.130-161.
12. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen. 2018. [citerad 7 mars 2020]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/schizofreni/>
13. Sveriges Utbildningsradio. UR Samtiden – Fakta Om Cannabis Belöningssystemet. [TV-program]. Sverige: SVT; februari 2013. [citerad 16 mars 2020] Hämtad från: <https://urplay.se/program/175087-ur-samtiden-fakta-om-cannabis-beloningssystemet>
14. Riksdagen. Kungl. Maj:ts proposition nr 8. 1858 års Kungl. Maj:ts nådiga stadga angående sinnessjukas behandling och vård. Stockholm: Riksdagen, 1929. 8. Hämtad från: <https://data.riksdagen.se/dokument/DQ3087>
15. Johansson, Inger M., et al. The Meaning of Care on a Locked Acute Psychiatric Ward ; Patients' Experiences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2009, (63); 501–507.
16. Svenska Psykiatriska Föreningen. Psykiatrisk tvångsvård - kliniska riktlinjer för vård och behandling. Litauen: Gothia Fortbildning; 2013. [citerad 9 mars 2020]. Hämtad från: <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/03/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Psykiatrisk-Tvångsvård.pdf>

17. Cullberg, J. Psykoser – Ett integrerat perspektiv. 1
Uppl. Stockholm: Natur och Kultur. 2005, s.202-214.
18. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Schizofreni -Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation. [Internet]. Stockholm; Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport; 1. Hämtad från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/schizofreni-lakemedelsbehandling-patientens-delaktighet-och-vardens-organisation/>
19. Hälso- och sjukvårdslag. (SFS 2017:30). [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 9 mars 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
20. Lagen om psykiatrisk tvångsvård. (SFS 1991:1 128). [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 9 mars 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128
21. Patientlag. (SFS 2014:821). [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 9 mars 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
22. Patientsäkerhetslag. (SFS 2010:659). Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 9 mars 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
23. Socialstyrelsen. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. [Internet]. Stockholm; Socialstyrelsen. 2009. [citerad 9 mars 2020]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2009-126-114_2009_126_114.pdf
24. Personligt ombud. Så vill vi ha det. Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet. [Internet]. Stockholm; Personligt ombud; 2006. [citerad 10 mars 2020]. Hämtad från: <https://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/sa%20vill%20vi%20ha%20det.pdf>
25. Bergbom, I. Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I: Leksell, J. & Lepp, M. redaktör. Sjuksköterskans kärnkompetenser. Stockholm: Liber; 2013.
26. McCormack, Brendan, & McCance, Tanya. A Theoretical Framework for Person-Centred Nursing. Person-Centred Nursing. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010; s.21-39.
27. McCance, T & McCormack, B. Personcentrerad omvårdnad. I: Leksell, J. & Lepp, M. redaktör. Sjuksköterskans kärnkompetenser. Stockholm: Liber; 2013.
28. Blomqvist, K. Att använda begrepp och berättelser för att utforma omvårdnad. I: A-M. Graubæk, Redaktör. Patientologi – Patientcentrerad vård i teori och praktik. Stockholm: Natur & Kultur; 2012; s.149-167.
29. Hewitt-Taylor, J. Personcentrerad vård. Personcentrerad vård i praktiken. Lund: Studentlitteratur; 2015; s. 51-72.
30. Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I: Ekman, I. redaktör. Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik. Stockholm: Liber; 2014, s.80-91.

31. Svanström, M. Personcentrerad omvårdnad – exempel från Umeå kommun. I: Edvardsson, D. redaktör. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010; s.127-128.
32. Andreasson, E. & Skärsäter, I. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. [Internet]. 2012; 19(1):15-22. [citerad 9 mars 2020]. Hämtad från: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x>
33. Andreasson, E. Delrapport – Individuell Samarbetsplan - Beskrivning av Projekt ISP. [Internet]. Göteborg: Nå Ut Teamet, Psykiatri Psykos; 2016. Delrapport. [citerad 16 april 2020]. Hämtad från: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/0c9a7831-7e6d-41bb-9d35-804a366bf25e/Delrapport%20Projekt%20ISP%20%20oktober%202016.pdf?a=false&guest=true>
34. Kompetenscentrum för Schizofreni, Psykiatri Psykos. Individuell samarbetsplan -ISP - ett personcentrerat verktyg för en bättre vård med mindre tvång. Göteborg; Kompetenscentrum för Schizofreni, Psykiatri Psykos; 2018. KCS-rapport;1.
35. Buchanan, Diane. Social Support. Perspectives, 2011, 34, (3), 4.
36. Ehnfors, Margareta, et al. Nya VIPS-Boken: Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2013.
37. Graneheim U H, Lundman B. Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär, B. Höglund-Nielsen, Redaktör. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso - och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2008; s. 187-201.
38. Billhult, A. Kvalitativ metod och stickprov. I: Henricson, M, redaktör, Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2017; s.99-110.
39. Sjöström, B. & Dahlgren, L.-O. Applying Phenomenography in nursing research. Nursing theory and concept development or analysis 2002, 40, 339-354.
40. Socialstyrelsen. Case management. [Internet]. Stockholm; Socialstyrelsen. 2018. [citerad 3 maj 2020]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/case-management/>
41. Marton, F. & Booth, S. Om lärande. Lund: Studentlitteratur; 2000.
42. Henricson, M. & Billhult, A. Kvalitativ metod. I: Henricson, M. redaktör, Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 20; s.111-119.
43. Danielson, E. Kvalitativ innehållsanalys. I: Henricson, M. redaktör, Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2017; s.329-343.
44. Graneheim, U. H., & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today, 2004 24(2), 105-112.
45. Priebe, G., & Landström, C. Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I: Henricson, M. redaktör, Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2014; s. 31-52.
46. Trost, J. Vad göra med allt material? Kvalitativa intervjuer. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010; s.147-158.
47. Vetenskapsrådet. God forskningssed. [Internet]. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2017; [citerad 6 mars 2020]. Hämtad

- från: https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf
48. Patientdatalag. (SFS 2008:355). [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 23 mars 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355
 49. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. (SFS 2003:460). [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet. [citerad 23 mars 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
 50. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.[Internet].Helsinki: World Medical Association; 2008 [citerad 4 maj 2020].Hämtad från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
 51. Trost, J. Etik. Kvalitativa intervjuer. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010; s.123-130.
 52. Trost, J. Teoretisk bakgrund. Kvalitativa intervjuer. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010; s.11-24.
 53. Trost, J. Kvalitativ och/eller kvantitativ? Kvalitativa intervjuer. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010, s.25-38.
 54. Trost, J. Reliabilitet och validitet eller trovärdighet? Kvalitativa intervjuer. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010; s.131-136.
 55. Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. Nurse Education today, 2017; 56, 29-34.
 56. Thornberg, R., & Fejes, A. Kvalitet och generaliserbarhet i kvalitativa studier. I: Fejes, A. & Thornberg, R. redaktör. Handbok i kvalitativ analys. Stockholm: Liber; 2015, s.256-278.
 57. Eriksson, L. T. & Wiedersheim-Paul, F. Kvalitativ analys. Att utreda, forska och rapportera. 10 uppl. Stockholm: Liber; 1999; s.131-133.
 58. Kjellström, S. Forskningsetik. I: Henricson, M. redaktör. Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2017; s.57-80.
 59. Eldh, A-C. Delaktighet i rollen som patient. I: Friberg, F. & Öhlén, J. Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014; s.485-581.
 60. Akther, Syeda Ferhana, et al. Patients' Experiences of Assessment and Detention under Mental Health Legislation: Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. Bjspsych Open, 2019, 5,(3), 37.
 61. Eriksson, K. & Kjellin, L. Studier Av Psykiatrisk Vård, Särskilt Tvångsvård, I Två Svenska Län Den Psykiatriska Vårdpersonalens Attityder, Erfarenhet Och Upplevelser Av Tvångsvård. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift 1989, 43,(4): 365-68.
 62. Socialstyrelsen. Bättre vård-Mindre tvång? [Internet]. Stockholm; Socialstyrelsen. 2013. [citerad 13 mars 2020]. Hämtad från:<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-11-27.pdf>
 63. Svensk Sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [Internet]. Stockholm; Svensk Sjuksköterskeförening. 2017. [citerad 3 maj 2020]. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
 64. Svensk Sjuksköterskeförening. Värdegrund för omvårdnad. [Internet]. Stockholm; Svensk Sjuksköterskeförening.

2017. [citerad 3 maj 2020]. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf
65. Hellzén, O, Kristiansen, L & Norbergh, KG. Nurses' Attitudes towards Older Residents with Long-term Schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing* 2003, 43. (6): 616-22.
 66. Lindström, U.Å Patientupplevelse av vårdkultur och vårdrelation – motsatserna dialektik. I: Hummelvoll, J.K. & Lindström, U.Å. redaktör. *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 1997; s.74.
 67. Cutcliffe, J. & Happell, B. "Psychiatry, Mental Health Nurses, and Invisible Power: Exploring a Perturbed Relationship within Contemporary Mental Health Care." *International Journal of Mental Health Nursing* 2009, 18, (2): 116-25.
 68. Johansson, I. M., & Lundman, B. Patients' Experience of Involuntary Psychiatric Care: Good Opportunities and Great Losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002, 9, (6): 639-47.

Bilaga - Utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård

En Individuell Samarbetsplan Sammanställning – Utvärdering av psykiatrisk sjukhusvård

Namn (ej obligatorisk)	Utvärderingen gäller vård på avdelning:
Öppenvårdsmottagning	Datum för vårdtillfället/erna (räcker med år)
Intervjuare	Datum för utvärdering

1. OMSORG

a. Omsorg i form av känslomässigt stöd

Vilket känslomässigt stöd satte du värde på att få? Vad saknade du?
--

b. Omsorg i form av praktiskt stöd

Vilket praktiskt stöd satte du värde på att få? Vad saknade du?
--