

# Det var inget hotell de hamnade på

- ungas upplevelser av psykiatrisk tvångsvård

Av: Linn Åkesson

Vt-11



Handledare: Lina Ponnert

## **Kommentar till titeln**

Den titel som jag har gett min uppsats är påhittad av mig personligen och har ingenting med bloggarna att göra och är alltså inget citat. Jag valde att använda mig av den då jag tycker att den är talande för uppsatsen.

## **Abstract**

Author: Linn Åkesson

Title: It was no hotel experience. Young people's experience of compulsory psychiatric care.

Supervisor: Lina Ponnert

Assessor:

The purpose of this study was to examine young people's experiences of compulsory institutional care in psychiatric clinics. The study was conducted by a qualitative content analysis in which I studied six different blogs on the internet that were selected through a non-random selection. The analysis is based on symbolic interactionism, Goffman's theory about total institutions and the powerconception.

During the process I found that the attitude of the staff was perceived as insulting and all the blogs described this in a comprehensive way. The attitudes of personnel also affected how the patients looked at themselves, but other patients were hardly mentioned in the blogs and did not seem to be important.

The analysis also showed that many patients were ambivalent towards the treatment since it could be perceived as both helpful and as a punishment.

Keywords: Compulsory care, **psychiatric care**, young people, power, institution and symbolic interactionism

## Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1. PROBLEMFÖRMULERING.....	5
1.2. SYFTE .....	6
1.3. FRÅGESTÄLLNING.....	6
1.4. BEGREPP.....	6
<b>2. BAKGRUND .....</b>	<b>7</b>
2.1. HISTORIK.....	7
2.2. LPT – LAGEN OM PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD.....	8
<b>3. TIDIGARE FORSKNING .....</b>	<b>10</b>
3.1. DATABASER OCH SÖKORD .....	10
3.2. MATERIAL .....	11
3.3.1. <i>God relation och ett gott bemötande</i> .....	11
3.3.2. <i>Kontroll och inflytande</i> .....	14
3.3.3. <i>Straff eller hjälp?</i> .....	14
3.3.4. <i>Personalens maktbefogenheter</i> .....	15
<b>4. METOD .....</b>	<b>16</b>
4.1. VAL AV METOD .....	16
4.2. INNEHÅLLSANALYS.....	17
4.2.1. <i>Bloggar</i> .....	17
4.3. URVAL .....	17
4.4. FÖRFÖRSTÅELSE.....	18
4.5. ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	19
4.6. BEARBETNING AV MATERIAL.....	19
4.7. RELIABILITET OCH VALIDITET .....	20
<b>5. TEORI .....</b>	<b>20</b>
5.1. SYMBOLISK INTERAKTIONISM .....	21
5.2. TOTALA INSTITUTIONER .....	22
5.3. MAKT .....	23
<b>6. RESULTAT OCH ANALYS .....</b>	<b>24</b>
6.1. SYNEN PÅ SIG SJÄLV.....	23
6.1.1. <i>Sammanfattande analys</i> .....	26
6.2. SYNEN PÅ ANDRA.....	27
6.2.1. <i>Sammanfattande analys</i> .....	27
6.3. PERSONALENS BEMÖTANDE .....	28
6.3.1. <i>Sammanfattande analys</i> .....	30
6.4. TVÅNGSÅTGÄRDER I VÅRDEN .....	31
6.4.1. <i>Sammanfattande analys</i> .....	33
<b>7. SLUTDISKUSSION .....</b>	<b>33</b>
<b>8. LITTERATURFÖRTECKNING .....</b>	<b>36</b>
.....	39

## **1. INLEDNING**

'Jag ser slutenvården som ett alternativ eftersom det gör det enklare att vara kvar hemma. Tanken på sängarna, rumskamraterna och att man inte får gå ut när man vill gör att jag vill fortsätta vara hemma, men vet att jag ändå kan fly till låsta avdelningen om jag verkligen tappar greppet. Å andra sidan vet jag att de inte kan hjälpa mig där och att känslan inom mig fortfarande skulle vara densamma var jag än är, och å tredje sidan kommer jag verkligen inte ha vett att vända mig till slutenvården när jag väl tappar greppet. Jag gjorde det förra söndagen, och såklart så skrev jag ut mig dagen efter, men nu idag vet jag att jag borde ha stannat' (Ung bloggare i tvångsvård). På detta sätt beskriver en av bloggarna upplevelsen av psykiatrisk tvångsvård där hon uttrycker att vården finns som ett skydd när hon tappar greppet men också att hon upplever att ingen kan hjälpa henne.

Sveriges psykiatri har under åren genomgått stora förändringar vad gäller vårdplatsantal och benämning. Vid mitten av 1900-talet fanns det plats för cirka 30.000 patienter och begreppet mentalvård ersattes med psykiatri (Ottosson, 2003). År 1995 infördes psykiatrireformen som innebar att många personer som bott på institutioner slussades ut i samhället. Syftet var att minska antalet tvångsvårdade och det lyckades. Antalet patienter på institutioner minskade men de hade svårt att möta verkligheten då de varit avskilda från samhället lång tid. Enligt Sjöström (2000) fanns det år 2000 cirka 7000 vårdplatser inom Sveriges psykiatri vilket tyder på en kraftig minskning från år 1960. Meningen med psykiatrireformen var att de som bott på låsta institutioner skulle få stöd och vård när de slussades ut men ingen kommun verkade vara villig att bekosta den vård som de behövde (Sjöström, 2000).

### **1.1. Problemformulering**

Psykiatrisk tvångsvård, LPT, är en omdebatterad lagstiftning då det inskränker individens frihet. Å ena sidan kan det betraktas som stöd och hjälp å andra sidan som kontroll och samhällsskydd (Björkman, 2001). Att bli berövad sin frihet

innebär att personen förlorar valmöjligheten i sina handlingar och det är andra personer som bestämmer över denne. Att använda tvång inom vården kan upplevas som ett övergrepp men Ottosson (2003) menar att den psykiska sjukdomen kan innebära ett större tvång än vården i sig och anser därför att lagen gör gott.

På senare tid verkar det som den psykiska ohälsan har ökat, framförallt bland unga (Socialstyrelsen, 2009). År 2008 infördes vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård som ökade möjligheten för samhället att använda mer tvång. I denna uppsats är jag intresserad av att belysa hur unga psykiatribrukare upplever och beskriver tvångsvården idag. Upplever de vården som en hjälp och stöd eller som straff och kontroll från samhället? Vad är det i tvångsvården som lyfts fram av brukarna och på så vis blir det centrala?

## **1.2. Syfte**

Syftet med denna uppsats är att undersöka och analysera unga psykiatribrukares beskrivningar och upplevelser av psykiatrisk tvångsvård (LPT).

## **1.3. Frågeställning**

- Vilka upplevelser av tvångsvården lyfts fram och debatteras av personerna?
- Framkommer kritik av lagen (LPT) och i så fall på vilket sätt?
- Vilka känslor ger de unga uttryck för?
- Hur presenterar de unga sig själva och de andra patienterna i vården?

## **1.4. Begrepp**

*Unga:* personer som är mellan 16-30 år då det är den åldersgruppen som bloggarna är skrivna av. Denna åldersgrupp är inget jag strävat efter utan den har uppkommit slumpmässigt.

*Sluten tvångsvård:* innebär att personen är ovillig till vården och mot sin vilja befinner sig på en låst avdelning på ett sjukhus med dygnet - runt - vård (Lag 1991:1128).

*Öppen tvångsvård:* innebär att patienten behöver vården men det är inte nödvändigt att vara på en inrättning. Den öppna tvångsvården innebär också tvång då patienten ska följa den plan som bestämts. Det kan vara att träffa läkaren en gång i veckan eller ha samtal och så vidare (Lag 1991:1128).

## **2. BAKGRUND**

### **2.1. Historik**

Åren mellan 1860-1960 kallar Sjöström (2000) för uppbyggnadsfasen av Sveriges psykiatri då vårdplatsantalet ökade från 1000 platser till 37500 platser.

År 1929 infördes en ny sinnessjukhuslag som gjorde det möjligt att bygga psykiatriska kliniker i anslutning till allmänna lasarett vilket hade en enorm betydelse för hur man såg på psykiatrisk vård (Ottosson, 2003). Nu blev det mer naturligt att söka vård för psykiska åkommor som för fysiska.

I samband med att landstingen, i slutet av 1960-talet, tog över de tidigare statliga sjukhusen minskade antalet vårdplatser från 37500 till 7000 och sinnessjukhusen kallades numera för mentalsjukhus (Ottosson, 2003). Innan övertagandet kunde patienter låsas in mot deras vilja utan motivering och tvångsvården användes som förvaring av de medborgare som ansågs olämpliga ute i samhället (Allgulander, 2005 & Sjöström, 2000). *Lagen om slutna psykiatrisk vård i vissa fall, LSPV* infördes för att stärka patienters rätt och förhindra maktmissbruk inom tvångsvården. Det blev då ett krav att, i ett vårdintyg, motivera varför tvångsvård var nödvändigt och beslutet skulle godkännas av en överläkare och omprövas inom en vecka (Allgulander, 2005).

Ett viktigt årtal inom psykiatrins utveckling är 1995 då psykiatrireformen infördes och gjorde det tydligare mellan landstingens och kommunernas olika ansvarsområden för psykiska funktionshindrade. De som var sjuka skulle få en förbättrad livssituation, normaliseras och bli integrerade i samhället. Enligt Ottosson (2003) blev många helt utan stöd och jag tolkar Sjöström (2000) som att han menar detsamma då han skriver att antalet bostadslösa ökade i storstäderna under denna tid. Från att ha levt isolerat från det övriga samhället släpptes personerna ut och skulle bli självständiga. De skulle nu möta verkligheten utan stöd eftersom ingen kommun ville stå för kostnaderna.

## 2.2. LPT – Lagen om psykiatrisk tvångsvård

En ny lagstiftning, lagen om psykiatrisk tvångsvård, föreslogs ersätta 1966 års LSPV och trädde i kraft 1992. Den grundläggande frågan för denna nya lag var vilka psykiska tillstånd som skulle innefattas av lagen. En ändrad syn på psykiska sjukdomar medförde att den sammanfattade beteckningen *psykisk störning* ersatte *psykisk sjukdom* som använts i den tidigare lagen LSPV. Senare föreslogs att LPT endast skulle användas då personen led av en *allvarlig psykisk störning*. Med denna lagändring infördes en ökad rättslig kontroll vilket innebar att ärendet skulle prövas i domstol och vårdbehovet blev det centrala i bedömningen om tvångsvård skall äga rum eller inte (Proposition 1990/91:58). Kraven på överläkarens motivering höjdes ytterligare då LPT trädde i kraft. Vårdintyget skulle, som tidigare, innehålla en motivering till varför tvångsvård skulle vara nödvändigt och det skulle framgå att kriterierna för LPT var uppfyllda (Allgulander, 2005). Syftet med den nya tvångslagen, LPT, var att uppnå en minskad användning av vård under tvång men samtidigt kunna ingripa för personer med en bristande förmåga att se till sitt eget bästa. Målsättningen med LPT var att få patienten, med ett ofrånkomligt behov av vård på en sjukvårdsinrättning, att så småningom frivilligt medverka i den behandling denne är i behov av och med detta undvika ”förvaring” av människor (Proposition 1990/91:58).

Utgångspunkten för all psykiatrisk vård är att den bör ske på frivillig basis med stöd av Hälso- och Sjukvårdslagen, HSL, (1982:763) som grund. HSL innebär att patienten har rätt till god hälso- och sjukvård, självbestämmande och integritet. Men när denna frivillighet inte är möjlig och kriterierna för LPT är uppfyllda kan LPT (1991:1128), som är en kompletterande lag, bli aktuell.

*Kriterierna* för sluten tvångsvård (LPT 1991:1128) är:

- Personen lider av en allvarlig psykisk störning (till exempel hallucinationer, psykos, vanföreställningar eller förvirring).
- Personen har ett oundgängligt behov av vård och denna vård kan inte komma till stånd på annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk heldygnsvård.
- Personen nekar vård eller saknar insikt i sitt tillstånd.

En bedömning om patienten är en *fara för sig själv eller andra* ska också göras.



Så länge tvångsvård används som insats ska dessa kriterier vara uppfyllda och eftersom denna lag innebär frihetsberövning är den noga reglerad. Den legitimerade allmänläkaren bedömer patienten och skriver, om kriterierna är uppfyllda, därefter ett vårdintyg. Inom ett dygn ska en ny bedömning göras, men denna gång av en specialiserad läkare. Om tvångsvård är berättigat kan patienten vårdas i upp till fyra veckor. Vid eventuell förlängning ska specialistläkaren motivera de skäl som finns, för att sedan göra en prövning i förvaltningsrätten (Allgulander, 2005). Förlängningen sker i olika steg, först kan läkaren förlänga vården i fyra månader och därefter med ytterligare sex månader åt gången. Samtliga förlängningar måste prövas i förvaltningsrätten.

Sluten psykiatrisk tvångsvård innebär att personalen får *vissa befogenheter*. Enligt 17§ LPT ska behandlingen, så långt det är möjligt, ske i samråd med patienten men åtgärderna bestäms av chefsläkaren och ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2a § LPT som innebär att tvångsåtgärder endast får användas om de står i proportion till syftet med åtgärderna. Om mindre ingripanden är tillräckliga ska dessa användas. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt med största möjliga hänsyn till patienten. Detta innebär att tvångsmedicinering får användas då andra ingripanden inte är tillräckliga. Enligt 19§ LPT får patienten till exempel spännas fast i bältessäng om denne anses vara en omedelbar fara för sig själv. Detta beslut tas av chefsläkaren och vårdpersonal skall närvara under tiden patienten är bältad. 20§ LPT innebär att en person får, under sluten psykiatrisk tvångsvård, med chefsläkarens beslut hållas avskiljd från andra patienter om denne försvårar vården för de andra genom ett aggressivt eller störande beteende. Avskiljningen får max pågå i 8 timmar innan socialstyrelsen underrättas.

En ny vårdform inom tvångsvården, *öppen psykiatrisk tvångsvård*, föreslogs (Proposition 2007/08:70) och infördes 1:e september 2008. All psykiatriskt tvångsvård måste alltid inledas på en inrättning men när patienten bedöms vara stabil och inte i behov av sjukhusmiljön kan läkaren ansöka om öppen tvångsvård enligt 26 a§ LPT och beslutet görs av allmän förvaltningsdomstol. Kriterierna är desamma som vid sluten psykiatrisk tvångsvård och patienten kan föreskrivas att till exempel ta mediciner och följa den vårdplan som bestämts.

Motiven för en öppen tvångsvård var för att få ett mellansteg för de som behöver vården men inte miljön, det vill säga de som inte behöver vara på en sjukvårdsinrättning (SOU 2006:100). Enligt Ottosson (2003) har vårdplatserna inom tvångsvården dragits ner vilket har lett till att pressen på de kvarvarande platserna ökat men med den öppna psykiatriska tvångsvården ges en möjlighet att hjälpa fler.

I 26 § LPT går att läsa att den som vårdas med öppen psykiatrisk tvångsvård får vistas utanför inrättningen. Vidare står det att de särskilda villkoren, som rätten föreskriver, får avse:

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

Om detta inte följs kan patienten återtas för sluten psykiatrisk tvångsvård (Ottosson, J-O, Ottosson, H, Ottosson M & Åsgård, 2010).

### **3. TIDIGARE FORSKNING**

#### **3.1. Databaser och sökord**

I min sökning har jag använt mig av de databaser som Lunds Universitet har att erbjuda och som nås via universitetets hemsida. Bland dessa har jag haft användning av *SwePub*, *EBSCOhost* och *Lovisa* som är rekommenderade för oss socionomstudenter. De sökord jag har använt mig av är: *psychiatric care*, *involuntary hospitalization*, *involuntary inpatient care*, *psykiatrisk tvångsvård* och *tvångsvård*. Jag hittade även material som varit relevant genom andra texters referenser så som avhandlingar och böcker.

### **3.2. Material**

Den forskning som tidigare gjorts om patienters upplevelser av tvångsvård är mestadels på patienter som är mellan 18-60 år och trots att min uppsats grundar sig i ungas upplevelser har jag valt att använda mig av forskning på den äldre åldersgruppen då forskning på ungas upplevelser av psykiatrisk tvångsvård är oerhört begränsad även från andra länder. Det fanns en del forskning om upplevelser av lagen om vård av unga, LVU, men jag valde att inte använda den i min undersökning för att så långt som möjligt endast använda mig av upplevelser av LPT.

Jag har använt fem vetenskapliga artiklar och en avhandling där författarna studerat psykiatrisk tvångsvård ur olika perspektiv. Den första är skriven av Hughes, Hayward och Finlay (2009) som är publicerad i *Journal Mental Health*. Här presenterar de resultatet från sin kvalitativa studie om upplevelser av tvångsvård. Studien är baserad på 12 semistrukturerade intervjuer med tvångsvårdade patienter. Johansson och Lundmans (2002) artikel är publicerad i *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing* där de har intervjuat fem tvångsvårdade patienter i Sverige som berättar om sina upplevelser av vården. Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä och Välimäki (2007) publicerade sin artikel i *Journal Of Clinical Nursing* och beskriver 51 patienters upplevelser av tvångsvården i Finland. Olofsson och Norberg (2001) har undersökt patienters, vårdares och läkares upplevelser av tvångsvården i *Journal of Advanced Nursing* där det framkommer att relationen och den mänskliga kontakten är viktig. Olofsson och Jacobsson (2001) har i sin artikel, publicerad i *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, redogjort för patienters upplevelser av svensk tvångsvård. Engströms (2008) avhandling beskriver barn och ungas upplevelser av sluten psykiatrisk tvångsvård i Sverige där hon bland annat använt sig av 21 intervjuer med ungdomar mellan 14-18 år. Jag har valt att presentera den tidigare forskningen under centrala och gemensamma teman.

#### **3.3.1. God relation och ett gott bemötande**

Det är tydligt att en god relation är viktig mellan patienter och personal men även patienterna emellan. En god relation har enligt Olofsson & Jacobsson (2001) resulterat i att patienterna känt tillfredsställelse med vården och relationen hade en

stärkande effekt. Detta kunde enligt Hughes m.fl (2009) uppnås genom att personalen lyssnade på dem och gav dem råd och information.

Många upplevde dessvärre att personalen inte brydde sig, aldrig visade dem uppmärksamhet, aldrig hade tid för dem och var otillgängliga vilket ledde till en känsla av att vara maktlösa. När patienterna försökte prata med dem lyssnade de inte vilket gjorde att patienterna kände att de varken blev sedda eller hörda och tyckte att de fick ett respektlöst behandlande (Olofsson & Norberg, 2001; Johansson & Lundman, 2002). Patienternas behov av att samtala borde, enligt Hughes m.fl. (2009) vara grunden i arbetet, men patienterna menade att de bara fick prata, eller rättare sagt bli lyssnade på, på bestämda samtalstider och en patient uttryckte att denne hade svårt att öppna sig på beställning. Även Olofsson & Jacobsson (2001) har sett att många upplevde sig respektlöst behandlade av personalen vilket resulterade i en negativ inställning. Patienterna upplevde också att de förlorade sin självkänsla när ingen tog dem, och inte heller deras vilja, på allvar (Olofsson & Jacobsson, 2001; Engström, 2008). Det fanns de ungdomar som upplevde att de uppmuntrades till att uttrycka sina åsikter men bara om de motsvarade personalens (Engström, 2008).

Enligt Kuosmanen m.fl. (2007) upplevde patienterna att de aldrig fick svar när de frågade personalen om något och personalen lyssnade inte när de försökte prata med dem. I och med denna ignorans förlorade patienterna självrespekten, självkänslan och värdigheten. Hughes m.fl. (2009) tog upp ett exempel om en person som berättade att hon kände sig värdelös när hon var hemma, och bemötandet på inrättningen tyckte hon bevisade att hon var det. Detta beteende hos personalen gjorde att patienterna upplevde dem som okunniga och ointresserade av patienterna men också att de inte var accepterade för den person som fanns bakom sjukdomen (Hughes m.fl. 2009; Kuosmanen m.fl., 2007). Engström (2008) använder ett lånat begrepp, ”äkta samtal”, som jag anser vara av vikt i detta avseende. Ett äkta samtal innebär bland annat att man accepterar det som är annorlunda hos varandra vilket verkar saknas då upplevelserna är att personalen inte ser personen utan bara sjukdomen/diagnosen.

Att inte döma patienten är viktigt för båda parterna, likaså att lyssna och skapa en förståelse för varandra (Hughes m.fl. 2009). Det var många av patienterna som kände att de inte blev behandlade som människor, utan snarare som djur, och kände att de var mindre värda än en frisk människa. Patienterna

uttryckte också att de behandlades som okunniga och de uppfattade att personalen tyckte att det var upp till var och en att behålla sitt människovärde (Hughes m.fl. 2009; Kuosmanen m.fl. 2007; Olofsson & Jacobsson, 2001; Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Norberg, 2001).

När det gällde reglerna på avdelningen, som måste finnas för att verksamheten ska fungera, var det många av patienterna som förstod att de fanns av en anledning men tyckte att personalen var allför rigid i det avseendet. De hade önskat att de kunde tänja lite på gränserna i vissa fall då detta strikta hållande ledde till mycket protester (Kuosmanen m.fl. 2007; Olofsson & Jacobsson, 2001). Det uppfattades som att det viktiga var att följa reglerna och inte hur de mådde (Hughes m.fl. 2009).

Det framgick i studierna av Kuosmanen m.fl. (2007) och Engström (2008) att vissa patienter kände sig kränkta då de inte förstod nyttan med vården och inte ville ha den. De saknade information om sin egen behandling, vård, varför de blivit omhändertagna och deras rättigheter. Enligt Engström (2008) var det få av patienterna som kände till vårdplanen och kände sig åsidosatta i behandlingsprocessen. Detta ovetande ledde till rädsla och känslan av att bara vara ett objekt i vården. Engström (2008) diskuterar detta i sin avhandling och menar att när en patient upplever sig vara ett objekt uppstår en ”jag-det”-relation mellan personal och patient. Begreppet ”jag-det”-relation har Engström (2008) lånat från den tyske professorn i socialfilosofi, Martin Buber. Olofsson & Jacobsson (2001) fann att den bristande informationen gjorde det svårt att förstå behandlingen de tvingades till eftersom de inte visste varför de var tvångsomhändertagna. Det var även några patienter som ansåg att med mer information hade de säkerligen gått med på vård på frivillig väg. Människor är meningsskapande och meningen uppnås i samtal. Engström (2008) visar ett resultat som tyder på att ungdomarna önskat diskutera varför de blivit tvångsomhändertagna och vilka kommande alternativ som finns, vilket även Olofsson & Jacobsson (2001) sett i sin undersökning.

Patienterna har i undersökningarna beskrivit en känsla av att personalen inte litade på dem vilket i sin tur ledde till att deras dåliga självbild förvärrades (Olofsson & Jacobsson, 2001; Hughes m.fl, 2009) När patienter skadade sig själva upplevde de att personalen blev rädd och tappade kontrollen vilket gjorde att den trygghet de förväntat sig inte fanns där (Hughes m.fl. 2009).

### **3.3.2. Kontroll och inflytande**

Många patienter upplevde under vårdtiden att de inte hade kontroll över sitt eget liv när de inte fick vara delaktiga i sin behandling (Hughes m.fl 2009; Olofsson & Norberg, 2001; Olofsson & Jacobsson, 2001). Enligt Engström (2008) var det många ungdomar som upplevde en kontrollkamp mellan att lämna sig helt till personalen och att vilja ha kontrollen helt själv. I och med att patienterna inte fick vara delaktiga upplevde de en identitetsförlust, att de var maktlösa och blev förnedrade och hade misslyckats med livet (Kuosmanen m.fl. 2007; Olofsson & Jacobsson, 2001; Olofsson & Norberg, 2001). Att vara delaktig leder till att man känner sig sedd och accepterad (Engström, 2008). Att bli ifråntagen sina personliga tillhörigheter, så som pengar och plånböcker med mera upplevdes som en förnedring menar Johansson & Lundman (2002) och Kuosmanen m.fl. (2007).

När de fick vara med och bestämma över sin egen behandling fick de mer förståelse för att vården var nödvändig och vissa upplevde tvångsvården som mer frivillig (Kuosmanen m.fl. 2007; Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Norberg, 2001). Enligt Kuosmanen m.fl (2007) menade patienterna att detta var positivt för tillfrisknandet.

### **3.3.3. Straff eller hjälp?**

Att vara tvångsomhändertagen innebär en begränsning i handlingsutrymmet vilket många patienter uttryckt varit svårt och har gett en känsla av att sitta i fängelse (Kuosmanen m.fl. 2007). Engström (2008) och Hughes m.fl. (2009) har funnit att många upplevde övervakningen som en kränkning och att tvånget och åtgärderna var bestraffning. De uttryckte också att de saknade tillit till personalen och att denna saknades på grund av tvångsåtgärderna som ledde till rädsla och otrygghet. Många patienter trodde att de hade gjort något fel eftersom de var tvångsomhändertagna. De funderade mycket på om de var kriminella eller farliga för andra i omgivningen och upplevde själva tvånget som negativt för sjukdomstillståndet (Hughes m.fl. 2009). Det framkommer även att de kände en viss rädsla för de andra patienterna på avdelningen (Hughes m.fl 2009). Att få vård som innebär tvångsåtgärder ledde till att patienterna kände sig misslyckade och att dessa åtgärder användes som straff (Olofsson & Norberg, 2001).

Under tiden patienterna vårdades med tvång upplevde de en känsla av att vara isolerade från samhället på grund av att tiden för kontakt med nära och kära var begränsad. (Kuosmanen m.fl. 2007; Johansson & Lundman, 2002).

Kuosmanen m.fl. (2007) skriver att vissa patienter faktiskt tyckte att tvångsvården var nödvändig eftersom de saknade sjukdomsinsikt och Engström (2008) har i sin avhandling fått fram att två tredjedelar av ungdomarna tyckte att tvånget var nyttigt för dem. Vissa patienter upplevde ett bra omhändertagande och menade att det stärkte deras självkänsla och att de blev starkare som människor (Hughes m.fl. 2009).

### **3.3.4. Personalens maktbefogenheter**

Flera av studierna tyder på att tvångsmedicinering ofta upplevdes som ett straff av patienterna. De var också rädda för att de skulle bli övermedicinerade i brist på möjligheten att diskutera detta med läkaren (Hughes m.fl. 2009; Olofsson & Jacobsson, 2001). Detta med rädsla för övermedicinering är även något som Johansson & Lundman (2002) nämner och menar att patienterna ofta kände sig drogade som följd av för mycket mediciner. I och med detta blev svårt att ta tag i sitt sjukdomstillstånd när de ständigt var påverkade av medicinen. Olofsson & Norberg (2001) menar att många patienter kände att de bara blev medicinerade istället för att få terapi som insats.

Kuosmanen m.fl. (2007) har i sitt resultat fått fram att vissa patienter ansåg att tvångsåtgärderna var nödvändiga i början av behandlingen för att hindra att de skadade sig själva men enligt Hughes m.fl. (2009) och Johansson & Lundman (2002) var det vissa patienter som upplevde onödigt våld och maktmissbruk från personalen. Kuosmanen m.fl. (2007) instämmer i detta resonemang och tillägger att patienter upplevt att vårdpersonalen njöt av att utnyttja makten genom att vara noga med reglerna som fanns på avdelningen och att ha en viss attityd.

Att få permission innebär att patienten, under en begränsad tid, får vistas utanför avdelningen när läkaren bedömer att denne klarar av det och många patienter tyckte att det var en mänsklig rättighet att få gå ut när de ville (Hughes m.fl. 2009; Olofsson & Jacobsson, 2001). I Johansson & Lundmans (2002) artikel uttrycker några patienter att de blev nedstämnda av att inte få gå ut. Trots att många

tyckte att det skulle vara självklart att få gå ut och hade upplevelsen att befinna sig på ett fängelse ansåg de flesta att permissionen var en mycket positiv del i behandlingen och ledde till en känsla av att få tillbaka friheten (Hughes m.fl. 2009; Olofsson & Jacobsson, 2001; Johansson & Lundman 2002; Kuosmanen m.fl., 2007).

## **4. METOD**

### **4.1. Val av metod**

Min undersökning handlar om hur personer *upplevt* ett fenomen och jag sökte en *förståelse*. Därför valde jag att använda mig av den *kvalitativa* metoden där jag kan nå mycket information om få enheter och skapa en helhetsbild (Larsen, 2007). Enligt Eliasson (1995) kan en kvalitativ metod ses som ett empatiskt kunskapssökande med utgångspunkt i de människor man studerar och genom att studera personers upplevelser av tvångsvård enligt LPT kan jag nå förståelse om detta. Jag har under processen använt mig av en induktiv ansats som innebär att jag har studerat tidigare forskning och bloggar för att i senare skede välja vilken teori som skulle kunna vara lämplig till mitt syfte och mina frågeställningar (Sohlberg, 2006).

Alla metoder har både för- och nackdelar och det finns många som hävdar att en kvalitativ metod inte är vetenskaplig (Dahlberg, 1997). Eftersom jag har använt mig av innehållsanalys har jag inte haft någon möjlighet att ställa följdfrågor vilket är en brist i min undersökning. En fördel med en kvalitativ metod är att det är enklare att säkerställa en god validitet, det vill säga att man undersöker det man har som syfte att undersöka (Larsen, 2007) En annan stor fördel är att ingen uteblir eftersom jag använt det som de redan skrivit. Det är ingenting de måste göra för att jag ska få det material jag behöver för min undersökning. Aspens (2007) menar att det resultat man får fram genom kvalitativa metoder är grundat i människors egna berättelser vilket jag ser som en stor förtjänst då det är mitt syfte. Om jag hade valt att intervjuat personerna istället, hade jag på ett eller annat sätt interagerat med dem vilket kunde ha lett till att de svarat på frågorna utifrån vad de trodde att jag ville höra.



## **4.2. Innehållsanalys**

I min studie har jag valt att göra en kvalitativ innehållsanalys där jag har studerat olika bloggar som är skrivna av personer som har varit tvångsvårdade enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Detta val har jag gjort för att inte riskera att skada personerna i fråga vilket en intervjustudie skulle kunna göra. Denna grupp av personer som har varit, eller är, tvångsvårdade är en utsatt grupp och jag anser att det är mer lämpligt att då studera material som redan finns än att intervjua dem om deras upplevelser av tvångsvård. Enligt Dahlberg (1997) kan skrivna berättelser användas inom forskning utan att de är skapade för det syftet och är användbara då man har som syfte att förklara upplevelser.

### **4.2.1. Bloggar**

En blogg är en webbplats där en eller flera personer skriver offentliga dagboksliknande inlägg. Med hjälp av inställningar kan bloggen lösenordsskyddas så att endast egenvalda personer har tillgång till materialet. I och med att det är en offentlig dagbok kan denna användas som ett sätt att ge kritik och på så vis ha makt. Vilket syfte bloggen utgör varierar och i de bloggar jag använt mig av har endast en person beskrivit sitt syfte med att blogga och det är att hon önskar öka förståelsen för psykisk ohälsa i samhället.

Bloggarna medförde en del begränsningar för insamlandet av materialet då de ibland varit otydliga med om de varit vårdade enligt LPT eller på frivillig basis. De texter där det inte tydligt framkom kunde jag inte använda. Det kan också vara en begränsning att personerna skriver dag för dag då det medför att personerna inte har någon distans till det som hänt. Varför bloggar varit intressant är för att de innehåller berättelser av personen själv och det är personens upplevelser jag varit intresserad av i min undersökning. Jag har fått ta del av deras upplevelser av tvångsvården som de beskriver på ett målande sätt och det har varit en stor fördel att materialet alltid varit tillgängligt.

## **4.3. Urval**

Jag sökte bloggar som var skrivna av personer som varit tvångsomhändertagna med Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Att välja personer genom att ha vissa kriterier som är uppfyllda kallas ett icke slumpmässigt urval eller godtyckligt

urval som Larsen (2007) kallar det. Jag har använt mig av 6 stycken bloggar som är helt oberoende av varandra och där alla vårdats eller vårdas med psykiatrisk tvångsvård och är ungdomar eller unga vuxna och dessa är:

Blogg 1: En 24 årig kvinna. Diagnos: borderline.

Blogg 2: En 19 årig kvinna. Diagnos: ätstörning.

Blogg 3: En 23 årig kvinna. Diagnos: borderline

Blogg 4: En 30 årig kvinna. Diagnos: ätstörning.

Blogg 5: En 24 årig kvinna. Diagnos: ADHD, asperger och ätstörning.

Blogg 6: En 18 årig kvinna. Diagnos: ätstörning.

Att alla är av kvinnligt kön var ingenting som jag strävade efter när jag sökte efter material. Det material jag samlat in genom bloggar har jag funnit på Internets sökmotor google.se under sökordet ”*Tvångsvård bloggar*”, ”LPT bloggar”, ”psykiatrisk tvångsvård blogg” och ”låst avdelning blogg”. De bloggar jag har använt mig av är av allmän art, det vill säga att de är upplagda på Internets sökmotorer och vem som helst kan gå in och läsa dem.

#### **4.4. Förförståelse**

Förförståelse innebär att vi uppfattar verkligheten med mer än bara våra sinnen. Vi har värderingar och önsketänkande som också påverkar vår uppfattning av verkligheten (Thurén, 1991). Bjereld, Demker & Hinnfors (2002) menar att en fundering skapas då förförståelsen och uppfattningen möts. Min förförståelse har sin grund i min praktikperiod på BUP där några ungdomar blev tvångsomhändertagna och skickades till psykakuten. Jag upplevde att personerna tog denna vård som oerhört svår och jag funderade kring hur det kändes. Min förförståelse är alltså att det är en oerhört svår upplevelse att bli tvångsvårdad. Dahlberg (1997) nämner att förförståelsen kan leda till att ”saken” inte får visa sig och öppenhet inför fenomenet minskar. Eliasson (1995) menar att forskaren inte kan vara förutsägningslös, men genom att vara observant vid datainsamling och analys kan jag sträva efter en öppenhet i förhållande till verkligheten och inte bli rigid. Jag är medveten om de förutfattade meningar jag har och därför har jag, så gott det varit möjligt, gått in med öppna ögon i den information jag samlat in.

Jönson (2010) berör området om det kritiska förhållningssättet och att forskare bör försöka hålla sig kritisk till personers uttalanden. Detta är något jag

är medveten om och jag har påmint mig om att de personer som skriver kan vara mitt i tvångsvården och därför har en negativ inställning till det.

#### **4.5. Etiska överväganden**

I all forskning uppstår det etiska dilemman och detta är något forskaren bör förhålla sig till (Larsen, 2007). Jag har inte kunnat använda mig av Vetenskapsrådets (2010) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* då jag har studerat bloggar men jag har så långt det varit möjligt tagit hänsyn till de fyra huvudkrav de nämner. Dessa är *informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet*.

*Konfidentialitetskravet* är det enda jag har kunnat upprätthålla då de som deltar i en undersökning ska ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna skall förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem (Vetenskapsrådet, 2010). Jag valt att anonymisera både bloggarna och personernas namn och endast angett ålder och vilken diagnos de har för att inte ”hänga ut dem” och på så vis försämra deras psykiska mående.

De resterande tre kraven har jag inte kunnat ta hänsyn till då jag varken kommit i kontakt med personerna eller deras personuppgifter. De bloggar som jag har använt mig av är av offentlig art, det vill säga de är inte lösenordsskyddade, och kan alltså läsas av vem som helst. De som deltagit i min undersökning har dock inte själva fått bestämma om de vill delta eller inte. I en blogg hade personen skrivit att hennes blogg är till för att försöka öka förståelsen för psykisk ohälsa i samhället men det är inget som tyder på att hon vill medverka i min undersökning och jag har inte heller tolkat detta som ett godkännande. Jag har försökt ta reda på om någon gjort antydning på att materialet inte får användas men det enda jag hittade var i en blogg där personen hade vissa funderingar på att införskaffa lösenord till sin blogg på grund av att det finns läsare som skriver negativa kommentarer som får henne att må sämre, inte av den anledningen att någon eventuellt kommer använda hennes material i undersökningar.

#### **4.6. Bearbetning av material**

De bloggar som jag valt ut har jag noggrant läst igenom för att sedan plocka ut det som var användbart. Texterna i bloggarna är i vissa fall skrivna under flera år

medans andra är relativt nyöppnade. Jag har studerat dessa under tre veckors tid och läst igenom vad de skrivit under den tid de använt sig av dem. Efter mitt insamlade av material skrev jag ut det från datorn för att kunna bryta ner materialet i mindre delar, i koder (Aspers, 2007). Genom kodningen kunde jag systematisera empirin få ett tydligare resultat vilket var en stor hjälp i analysarbetet. De kategorier jag använde mig av var: *personalens bemötande, synen på sig själv, synen på andra och lagen LPT/tvånget*. Dessa kategorier har sin grund i undersökningens frågeställningar.

När jag hade kodat och kategoriserat materialet kunde jag tydligt se att personerna i de olika bloggarna uttryckte samma upplevelser men på olika sätt och med olika exempel. Detta hade varit mer otydligt om jag inte hade kodat det material jag samlat in. Enligt Aspers (2010) och Jönson (2010) ger kodningen en stadig ram åt analysen vilket var en stor hjälp.

#### **4.7. Reliabilitet och validitet**

Enligt DePoy & Gitlin (1999) och Jönson (2010) innebär reliabilitet hur stabil forskningen är, alltså på vilket sätt det mäts och hur noggranna mätningarna är. Bjereld m.fl. (2002) och Thurén (1991) menar att med en hög reliabilitet ska en annan forskare kunna utföra delar av undersökningen och få samma resultat vilket kräver att mätningarna är utförda på ett korrekt sätt. Jag anser att med ett kritiskt förhållande till texterna i bloggarna kan jag uppnå en hög reliabilitet.

Validitet är att undersöka det som ska undersökas (Thurén, 1991). I kvalitativa studier handlar validiteten om hur generaliserat resultatet är och hur bra det representerar verkligheten. Då jag använder mig av sex olika bloggar som beskriver upplevelsen av tvångsvården kan jag uppnå en hög validitet. Jönsson (2010) menar att god kunskap om verkligheten kan uppnås genom ett noggrant urval och med tillräckligt många personer som ingår i undersökningen. Jag anser att jag kan nå en hög validitet med sex bloggar som grund.

## **5. TEORI**

Den teori och de teoretiska begrepp jag kommer använda mig av i min analys är symbolisk interaktionism, Goffmans resonemang om totala institutioner samt Skaus (2007) tolkning av Webers maktbegrepp. Anledningen till att jag valt att

använda mig av symbolisk interaktionism är för att jag anser att denna är lämplig för att belysa hur en person formas och identifieras av omgivningen så som på en institution. Goffmans totala institutioner har jag valt då min undersökning handlar om personer som är eller har varit på låsta avdelningar och jag anser hans resonemang som en bra utgångspunkt i min analys av empirin. Webers maktbegrepp som Skau (2007) skriver om är nödvändig då min undersökning handlar om tvångsvård och makt är ett centralt begrepp.

### **5.1. Symbolisk interaktionism**

Herbert Blumer myntade begreppet symbolisk interaktionism men det har sina rötter från George Herbert Mead (Johansson, 2004). Denna teori handlar om människans sociala förmåga att relatera till andra och att människan skapas i den sociala relationen. Personer i omgivningen definierar och formar oss (Johansson, 2004). Människan som social varelse är föränderlig och handlingarna gör att denne uppfattas på ett visst sätt.

Inom symbolisk interaktionism används begreppet *social interaktion* som enligt Trost & Levin (2010) är en av de viktigaste hörnstenarna. Social interaktion handlar om att interagera genom kommunikation. Även Johansson (2004) berör detta och menar att det är språket och dess symboler som skapar människan vilket benämns symbolisk dimension. En analys av denna symboliska dimension behövs för att kunna förstå det mänskliga samspelet. Dessa symboler är, inom ett samhälle, igenkännande för alla (Trost & Levin, 2010).

Johansson (2004) skriver att strukturer påverkar människors beteenden och tänkande. För att kunna förstå en människas handlande måste vi förstå hur denne uppfattar situationen och symbolerna, som styrs av känslor (Trost & Levin, 2010). Trost & Levin (2010) skriver även att en persons beteende är en produkt av historien och att den används för att förstå nuet. Det förflutna är endast en social konstruktion och styr inte människan utan identiteten är ständigt öppen för rekonstruktion (Johansson, 2004).

Mead är en av de viktigaste personerna inom symbolisk interaktionism (Trost & Levin, 2010). Enligt Johansson (2004) hade Mead en pragmatisk inriktning vilket innebär att människans handlingar förklarar det sociala livet. En viktig förutsättning för identitetsskapandet är, enligt symbolisk interaktionism, förmågan att se sig själv ur andras ögon finns (Johansson, 2004).

Att kunna sätta sig in en annan människas situation kräver empati, och Meads benämning på detta är "*role-taking*" (Trost & Levin, 2010).

Mead talar om den *generaliserade andra*, den grupp som en person befinner sig i, och ger individen ett eget jag. En persons självbild grundar sig i hur han eller hon tror att den generaliserade andra uppfattar denne och enligt Trost & Levin (2010) skapas jaget genom att gruppen delar åsikter, normer och förväntningar. Genom den generaliserade andra får vi förväntningar på oss och det påverkar hur vi handlar.

## **5.2. Totala institutioner**

Erving Goffman har sin utgångspunkt i symbolisk interaktionism och har bland annat studerat individer som är intagna på *totala institutioner* och hur de anpassar sig till dessa. Totala institutioner innebär en plats där ett stort antal människor i en likartad situation lever instängda under en längre tid till exempel fängelser och mentalsjukhus. Detta är ställen som skapats för att vårda personer som är oförmögna att ta vara på sig själva och som anses vara ett hot mot samhället (Goffman, 1961). När personen kommer till den totala institutionen har denne en vis uppfattning om sig själv men denna berövas vid ankomsten och man utsätts för en rollförlust (Goffman, 1961).

Goffman använder begreppet *mortifikationsprocess* som handlar om att patienten utsätts för en dehumaniseringsprocess från den dagen inskrivningen sker. I denna dehumaniseringsprocess fråntas patienten sina mänskliga rättigheter, objektifieras och bedöms utifrån sin status som psykiatrisk patient (Johansson, 2004). Goffman (1961) menar att patienten får underkastas förödmjukelser, förnedringar, kränkningar och blir ett objekt i och med dehumaniseringsprocessen. Personalens uppgift är att kontrollera att de intagna gör det de ska. De intagna får sällan information om de beslut som fattas om behandlingen och detta ser Goffman (1961) som ett sätt att hålla distans till de intagna samt att kontrollera dem vilket resulterar i stora klyftor mellan de intagna och personalen. De intagna hindras att ha kontakt med samhället utanför och avskiljningen sker bland annat genom att det är låsta dörrar på institutionen (Goffman, 1961).

Goffman (1961) förklarar att patienten kan använda sig av motmakt för att upprätthålla sin identitet när denne blir intagen på en total institution. Detta kan te sig i form av att inte lyda personalen eller kringgå institutionens bild av hur patienten ska vara. Detta beteende ger enligt Goffman (1961) patienten kontroll över situationen och leder till att egenvärdet bevaras.

Goffman (1961) skriver om den opersonliga behandlingen och menar att patienten välkomnas och ”avskedas” av läkaren på ett vänligt sätt. Det som händer däremellan sker som om patienten inte vore där som en social person utan som ett objekt och denna *objektifiering* kan bero på att de inte har daglig kontakt. Goffman (1961) skriver också om läkaren och att denne måste behandla patienten hövligt men sällan gör det. Vidare menar han att relationen mellan läkare och patient är fientlig eftersom det är läkaren som berövar patienten friheten. Det finns också enligt Goffman (1961) en risk att specialister, så som läkaren, tror sig veta vad som är bäst för patienten.

### **5.3. Makt**

Greta Marie Skau (2007) är en sociolog och forskare som i sin maktanalys använder sig av Max Webers definition som innebär att makt är möjligheten att få sin vilja igenom trots motstånd (Weber, 1987). Vidare menar Weber (1987) att makt hänger samman med legitimitet vilket innebär en maktobalans mellan patient och personal. Skau har i sin bok *Mellan makt och hjälp* (2007) studerat hur makt och hjälp samverkar där de båda möts, till exempel inom socialt arbete. Min undersökning handlar om tvång och jag ser det lämpligt att i det avseende använda maktbegreppet i min analys. Skau har valt att lägga fokus på makten då hon menar att denna ofta skyls undan i det sociala arbetet (Skau, 2007). Hon beskriver makt som något som uppfattas negativt, i form av maktmissbruk, men menar att makt är något som krävs för att kunna hjälpa.

Skau (2007) ger en förklaring till begreppet *att bli patient* som handlar om att genomgå olika förändringar. Dels talar hon om att patienten går från att vara ett subjekt till att vara ett objekt och i samband med detta förändras uppfattningen om sig själv. Hon tar även upp att individen, i det skede då denne blir patient, går från att vara en person till att vara ett fall. Med detta menas att intresset för patienten som person inte existerar utan att de professionella endast

är ute efter att hitta fenomen som är gemensamma för alla av ett givet slag. Här ses patienten alltså inte som en person utan som en åkomma. När patient blir utfrågad om privata saker kan det uppfattas som att ingen lyssnar på en och mötena blir opersonliga. I dessa möten uttrycks inget intresse om individen de professionella har framför sig vilket kan ses som maktutövning.

Skau (2007) menar att *makt* handlar om att få sin vilja igenom. I relationen mellan patient och professionell kan viljan se olika ut och det kan råda olika uppfattningar om målet och vad som krävs för att nå dit. När det handlar om patient och professionell finns det en obalans mellan dessa (Skau, 2007). Obalansen kan visa sig i form av vetskapen om de juridiska rättigheter som finns och att patienten är beroende av den professionella. I samband med denna obalans kan patienten, som oftast är den som har minst makt, använda sig av motmakt genom att till exempel vägra att ta mediciner. Detta medför en risk för sanktioner, vilket då blir en maktkamp mellan dem (Skau, 2007).

En annan viktig sak som Skau (2007) skriver om är den kränkning som finns i relationen mellan patient och professionell. Att kränka är att förödmjuka någon annan och att bli kränkt är att uppleva detta. Hon menar att handlingar kan uppfattas som kränkning trots att den som kränkte inte var medveten om detta. Vidare skriver Skau (2007) om olika typer av kränkning, bland annat aktiv och passiv, där den *aktiva kränkningen* utövas verbalt och fysiskt på en mottagare. Den *passiva kränkningen* saknar handling till exempel att bli ignorerad.

## **6. Resultat och analys**

Jag har valt att sammanfläta resultat och analys och jag har gjort detta genom att först redovisa empirin och sedan, med hjälp av vald teori, analysera empirin. Jag kommer redovisa detta i fyra olika teman som är följande: *Synen på sig själv, synen på andra, personalens bemötande och tvånget och lagen.*

### **6.1. Synen på sig själv**

Jag har i min empiri funnit att personerna har en negativ självbild som de beskriver på olika sätt. Jag kommer här redovisa olika sätt som personerna



beskriver sig själva på för att sedan med de teoretiska utgångspunkterna analysera det de skriver.

I en blogg skriver personen att hon upplever sig som farlig och galen: *'Vi sitter bakom lås och bom. Vi är alla farliga'* (Blogg 1). Hon har svårt att förstå att vården ignorerar henne eftersom hon är så farlig och hon kan inte bestämma sig för om hon är frisk eller galen. Hon uttrycker samtidigt att hon kan bli rädd för sig själv på grund av sina handlingar och tankar.

Många personer upplever att de är *mindre värda* än en frisk människa och inte heller är värda att lyssna på. En tjej skriver:

*'Jag kanske skriker för högt? Så högt att ingen orkar, inte vågar lyssna. Är jag så liten? Så värdelös? Jag bad aldrig om att födas, jag bad aldrig om livet. Kan ni låta mig dö? Ni förstår allt jag rör vid förstörs. Smulas sönder. Jag är inte bra, inte för någon, inte för mej själv och absolut inte bra för dej!'* (Blogg 3).

En annan tjej uttrycker detta på ett annat sätt: *'Men lyssna inte på mig, jag är ju allvarligt psykiskt störd och då har man inga rättigheter, eller är trovärdig'* (Blogg 2).

Några personer upplever sig själva som *hjämlösa*, att varken de eller vården kan handskas med dem. I en blogg står det:

*'Jag vet att jag är ett hopplöst fall, jag vet. Ni säger det inte rätt ut, men ni påpekar gång på gång att ni inte kan hjälpa mej'* (Blogg 6).

Det framkommer också att en del tror att de är för *besvärliga* för att någon ska orka med dem. En tjej har tappat hoppet och vill inte förändras: *'Jag vill inte vara snäll och medgörlig. Jag vill inte formas till deras föreställning av hur en människa ska vara'* (Blogg 1).

Det finns också de som uttrycker att de håller upp en fasad för att inte visa hur dåligt de mår:

*'Jag tror inte att de som träffar mig skulle få något annat intryck än att jag är en helt normal tjej om de inte såg mina ärr. Jag vet vad man säger och hur man beter sig, ingen skulle tro att jag mår dåligt'*

*om inte de hundratals ärren avslöjade mig. Jag spenderar all min energi på att upprätthålla en fasad'* (Blogg 1) och *'Jag mår så jävla crap men går och håller ihop för omvärlden'* (Blogg 5).

Genom denna fasad kan de visa en utsida som är "normal" och dölja att de skulle ha problem men inuti mår de sämre.

I den tidigare forskningen kan man se liknande resultat då patienterna upplevde att personalen bevisade för dem att de var värdelösa genom att inte svara på frågor eller lyssna på dem. Det fanns också de som upplevde att personalen bara såg sjukdomen och inte människan som fanns bakom vilket ledde till en förlorad värdighet (Kuosmanen m.fl. 2007 och Hughes m.fl. 2009).

### **6.1.1. Sammanfattande analys**

Med symbolisk interaktionism skulle den negativa självbilden, som personerna uttrycker på olika sätt, vara förknippad med den *generaliserade andra* som är den grupp personen omger sig av och som skapar det egna jaget (Trost & Levin, 2010). Så som personen tror att den generaliserade andra uppfattar denne, så uppfattar personen också sig själv. Det framkommer att personerna upplever sig själv som farliga för andra vilket kan vara en följd av läkarens grund för att sätta ett LPT. Ett av kriterierna för att bli tvångsvårdad är att utgöra en fara för sig själv eller andra. Personerna i bloggarna tror kanske att alla upplever dem som farliga och på så vis får de den självbilden.

Den negativa självbild som beskrivs kan också bero på de förändringar som personen genomgår då denne *blir patient*. Från att vara ett subjekt, som bestämmer över sina handlingar, blir denne ett objekt för andras bedömningar och ett föremål för regler och normer som råder inom vården vilket kan upplevas som kränkande (Skau, 2007). Detta skriver även Goffman (1961) om när han talar om totala institutioner och menar att personligheten kuvas i och med *mortifikationsprocessen* och personen blir en produkt av den mentala sjukdomen. Han nämner att personligheten kuvas då patienten förlorar sin roll både på grund av att denne avskiljs från det övriga samhället men också när personen fråntas sina personliga ägodelar. Det gamla jaget försvinner successivt och en kamp för att behålla sitt gamla jag kan uppstå. Att personerna beskriver att de skyddar sig med en fasad menar Goffman (1961) kan vara ett självförsvar och

ett sätt att anpassa sig till de normer som finns i omgivningen. För att läkaren ska skriva ut personen krävs att denne mår bättre och inte uppfyller kriterierna och kanske är det detta de försöker uppnå då de använder sig av fasaden.

Att en bloggare uttrycker att hon inte vill vara snäll och medgörlig kan utifrån Goffman (1961) tolkas som en strategi hon använder sig av för att bibehålla sin identitet som institutionen successivt försöker avveckla. Genom att hon inte vill vara den som personalen vill att hon ska vara har hon kontroll på situationen och egenvärdet bevaras.

## **6.2. Synen på andra**

I min empiri nämns det att personerna fattar tycke för vissa av de andra intagna och att dessa personer kommer dem väldigt nära inpå livet. De andra förblir konstiga och beskylls i vissa fall för att bidra till dåligt inflytande. En person skriver: 'Jag saknar mina dårar' (Blogg 3) och 'har fått träffa världens härligaste personer och er kommer jag aldrig att glömma. Ni är störtsköna, fast lite psyko' (Blogg 3).

Hughes m.fl. (2009) skriver att patienterna kände en viss rädsla för de andra på avdelningen, vilket kan vara ett resultat av att de inte känner tillit till personalen på grund av tvångsåtgärderna. Att personen inte känner någon trygghet kan bidra till att allt blir skrämmande. Jag har inte sett någon antydning på att personerna i min undersökning upplever någon rädsla för de andra intagna men en person skriver:

*'Jag darrar och stryker längs väggarna för att jag bara är så otroligt rädd. Inte för patienterna och vad de gör, utan för att alla här verkar så arga, ångestfyllda och olyckliga. Rädd för känslan av misär som genomsyrar detta sorgliga ställe, stanken av instängd ilska och sorg' (Blogg 1).*

### **6.2.1. Sammanfattande analys**

Detta tolkar jag som en rädsla för att bli som de andra, att bli så olycklig som de är. Men någon rädsla för de andra som personer, som den tidigare forskningen visar, framkommer inte i min empiri. Det kan bero på att de inte lägger någon vikt vid att skapa relationer med de andra eftersom de uppfattas som så olyckliga. Det

viktiga verkar vara relationen med läkaren och personalen vilket kan förstås utifrån att det är de som bestämmer att personerna ska vara där de är. Det kan också bero på att de andra patienterna inte söker kontakt. Det kanske är en kultur på vårdinrättningar att inte umgås? Det som fokus ligger på verkar vara på sig själv och vården.

I Hughes m.fl. (2009) framkommer att patienterna kände en viss rädsla inför de andra intagna vilket inte framkommit i bloggarna. Denna olikhet kan ur ett symboliskt interaktionistiskt synsätt till exempel bero på hur relationen mellan de intagna ser ut och hur lång tid de varit på institutionen. Om personen är på institutionen en längre tid ökar möjligheten att skapa relationer till de andra som också är intagna. Det kan också vara avgörande om personerna har en kontaktperson eller inte och om relationen däremellan är god. Olofsson & Jacobsson (2001) menar att en god relation har en stärkande effekt och därav blir den också viktig. Enligt symbolisk interaktionism är det omgivningen som definierar personen och den goda relationen kan leda till att personerna känner sig trygga på avdelningen. I blogg 3 skriver personen att hon har träffat härliga personer och jag tolkar hennes ord som att hon blir bekräftad i relationen med dem. I bloggen går att utläsa att hon varit på avdelningen under en längre tid vilket jag tror ökar möjligheten till att skapa relationer.

Det som personen i blogg 1 skriver, att hon är rädd för miljön, kan utifrån Goffmans (1961) teori bero på att hon genom mortifikationsprocessen känner att hon förlorar sig själv och detta kan leda till en rädsla för att hon ska formas på samma sätt som de andra, att bli en av dem som uttrycker sorg och ilska.

### **6.3. Personalens bemötande**

Bloggarna beskriver personalens bemötande som olika typer av kränkning och den kränkande behandlingen utspelas på olika sätt. De flesta upplever att personalen *ignorerar* dem vilket är en passiv kränkning och denna ignorans beskrivs som att personalen pratar över huvudet på dem eller inte lyssnar, ofta i samband med att de söker stöd.

En person beskriver ignoransen vid ett tillfälle när hon fått kraftig ångest men inte fick någon medicin. Hon använde självskada som ett sätt att lindra ångesten och skrev följande:

*'..till slut så gav det verkan, och då var typ handen sönderslagen. Och till slut så somnade jag av utmattning...men fick jag någon hjälp av dem? Nej så klart inte. Och jag sa det till dom, ska jag vara tvungen att skära mig för att få någon ångestlindring..det är ju så det kommer att sluta, det vet ju alla. I alla fall, i morse när jag vaknade kunde jag knappt öppna handen, och hyfsat uppsvälld var den, men jag har mig själv att skylla, men kom ihåg att jag bad om hjälp och medicin men fick ingen'* (Blogg 3).

Att bli ignorerad kan leda till en känsla av att bli behandlad som ett *objekt* vilket beskrivs i bloggarna. En tjej skriver:

*'Jag minns att jag satt i korridoren. Min ångest var svår och jag bad om hjälp. Jag fick en tablett, men ingen tog sig tid att prata med mig'* (Blogg 1).

Ett annat exempel, taget från en annan blogg, är där personen skriver om vännerna som hon får kärlek av. När hon beskriver personalen står det:

*"av vännerna får man i alla fall lite kärlek, som man absolut inte får på det stället jag bor på. 'nej vi ger inga kramar'. Hur sjuka får man bli? Vi blir bara sjukare av att veta att dom inte vill röra en"* (Blogg 3).

Upplevelsen av att bli ignorerad uttrycks också som att de intagna inte *får vara delaktiga* i sin egen behandling utan att det är personalen som avgör vad som är bra och inte. Följande citat är målande för det de upplever.

*'Jag känner mig som en vildhäst som de vill tämja. Det ska inte kännas så, det ska kännas som att jag jobbar med dem och inte motvilligt går med på saker'* (Blogg 1), *'Allt jag säger är luft och betyder ingenting'* (Blogg 6) och *'Tystade ner mig som om jag vore en hund, jag fick inte ha mina åsikter'* (Blogg 3).

Trots alla negativa upplevelser av personalens bemötande som beskrivs finns det även i några bloggar positiva upplevelser, framför allt med *kontaktpersonerna*. Dessa verkar vara betydelsefulla för de intagna samtidigt som dessa också kan

göra dem besvikna när något inte blir som planerat. *'Personalen har varit bra. Även om hon sviker. Jag tycker om henne, det är därför det gör så ont'* (Blogg 4). Här ger personen en antydning om att hon och hennes kontaktperson har en god relation och det är detta som gör henne sviken. Ännu ett exempel på att kontaktpersonen är viktig är följande:

*'Fick veta i går att min kontaktperson som jag litar på och som har varit den som sett till att jag fått vara hemma och inte bli inlagd och som är den enda jag vågar prata med och berätta saker för – ska sluta här den 15 januari!!! Var jätteledsen hela kvällen i går. Hon vågade stå på sig mot de som bestämmer och var en klippa på läkarsamtalen. Hon vågar säga ifrån och hon är inte rädd för mig när jag mår dåligt vilket de andra verkar vara'* (Blogg 5).

Den tidigare forskningen visar att patienterna upplevde en ignorans från personalen i form av att de var otillgängliga och aldrig brydde sig eller lyssnade (Olofsson & Norberg, 2001; Olofsson & Jacobsson, 2001; Hughes m.fl., 2009 och Engström, 2008). Detta överensstämmer med det jag har sett i min empiri och personerna uttrycker likartade upplevelser. Det framkommer också av den tidigare forskningen att patienterna upplevde en identitetsförlust när de inte fick vara delaktiga. Delaktigheten ledde till att vården uppfattades som mer nödvändig.

### **6.3.1. Sammanfattande analys**

Den *ignorans* som patienterna upplever kan utifrån symboliska interaktionismen tolkas som att det inte är deras verklighet som är utgångspunkten i behandlingsarbetet (Trost & Levin, 2010). Om personens önskemål och åsikter inte beaktas kan personalen inte nå en förståelse för vad denne har för behov och en känsla av att inte vara delaktig uppstår. I och med detta blir det svårt att bygga upp en relation som Skau (2007) anser vara oerhört viktig för att uppnå ett gott resultat av vården. För att uppnå en god relation krävs tillit som skapas av att personen i fråga känner sig betydelsefull. I bloggarna uttrycks en avsaknad av detta och då personerna inte "är med på banan" blir hjälpen endast åtgärder för åkomman (Skau, 2007). Det går också att utläsa en upplevelse av maktobalans där personalen har makten och denna upprätthålls och tydliggörs genom det sätt

personalen kommunicerar med personerna. När personalen pratar över huvudet på personen eller ignorerar denne förstärks maktaspekten snarare än dämpas. Detta är ett exempel på det rum som Skau (2007) kallar tvångskammaren där personalen fungerar som torterare och hierarkin är tydlig. Det som dominerar i all behandling här är makt- och kontroll vilket bloggarna tydligt visar att personerna upplever. Om patienten inte är samarbetsvillig kan det uppstå en kamp om vems vilja som ska styra, alltså en kamp om makt.

Goffmans (1961) talar också om detta men han använder begreppet totala institutioner och menar att ignorans kan användas som ett sätt att bibehålla kontrollen över de intagna. Genom att ignorera personerna och deras åsikter riskerar inte personalen att mista kontrollen och kan tydligt visa den makt de har. Denna ignorans, att man pratar om personen som att denne inte var i rummet som några i bloggarna uttrycker, är enligt Goffman (1961) ett tydligt tecken på att personalen ser dem som objekt.

Då bloggarna beskriver kontaktpersonerna är det ofta positiva upplevelser som uttrycks. Skau (2007) skriver om ett rum som står i motsats till tvångskammaren och detta rum kallar hon för oasen där personalen blir den räddande ängeln. Kontaktpersonen, som många skriver gott om, riskerar personligt obehag vilket enligt Skau (2007) krävs för att bli den räddande ängeln. I och med detta blir personalen en viktig person i patientens liv. I några bloggar upplever patienterna att de blivit svikna av denne vilket med Skaus (2007) resonemang kan bero på att de har förväntningar på denne som inte alltid kan uppnås och upplevs då som ignorans.

#### **6.4. Tvångsåtgärder i vården**

Personerna skriver om tvånget och lagen och generellt framkommer det att tvångsvården och inlåsningen påverkar personernas mående negativt:

*'Avdelningen är ingen behandling, bara förvaring och konservering med mediciner'* (Blogg 5), *'Säger inte hur jag mår när jag har LPT'* (Blogg 1) och *'Tar bort mitt liv'* (Blogg 3).

Medicineringen är något som ofta nämns i bloggarna och de skriver att de ibland inte får medicin när de behöver och ibland blir tvingade att ta medicin. Några exempel på detta är:

*'Det är nämligen ytterst viktigt att jag tar stämningsstabiliserande medicin, men jag vill jobba mot att vara så medicinfri som möjligt'* (Blogg 1), *'De vill droga ner oss så att vi inte blir besvärliga'* (Blogg 1) och *'Om jag inte tar medicinen så tar dom in mig'* (Blogg 2) är tre exempel på hur de beskriver medicineringen.

En annan tjej skriver att personalen drogade ner henne till den grad att hon satt och dreglade i en vecka. Många skriver om upplevelser av att medicinering verkar vara enda sättet att hantera dem på:

*'De vill droga ner oss så att vi inte blir besvärliga'* (Blogg 1), *'[...] de vill ge oss zombiemediciner så att vi är fromma som lamm'* (Blogg 6) och *'Lyder man dom inte [...] så får man straff'* (Blogg 1).

Att medicineringen upplevs som ett misslyckande och ett straff har även den tidigare forskningen visat (Hughes m.fl. 2009 och Olofsson & Jacobsson, 2001).

Upplevelsen av att medicinerna används för att få de intagna lätthanterliga uttrycks vilket har resulterat i att personerna blivit oroliga och tveksamma inför det. Samtidigt uttrycker några i bloggarna att tillit saknas till personalen som ger medicin vilket också kan vara bidragande till tveksamheten inför medicineringen. I en blogg skriver tjejen *'har jag hunnit känna mig trygg? Nja knappast'* (Blogg 4) vilket faktiskt tyder på att tillit och trygghet saknas.

I artiklarna av Hughes m.fl. (2009), Olofsson & Jacobsson (2001) och Johansson & Lundman (2002) uttrycks det att tvångsåtgärderna upplevdes som straff för att de hade den sjukdom de hade. Det fanns också en rädsla för att bli övermedicinerad vilket jag kan se som ett led i brist på tillit till personalen.

Ett annat exempel på tvånget är följande:

*'Dem bär mej bort till den otäcka dörrer. Då vet jag att det blir bätet. Paniken blir starkare. Jag kämpar ännu mer för att ta mej loss, men dem håller mej så hårt, jag kan knappt röra mej. Jag har inte en chans mot dem. Deras stora starka händer håller hårt i mej [-*



--] Jag blir fastsatt i bältet. Skötarna säger till mej att det är ingen idé att jag försöker komma loss, för de släpper mej inte. Och desto mer motstånd jag gör, desto ondare får jag, säger dem. Bältena sätts runt mina handleder, fotleder, magen och pannan. Jag sitter fast! Panik!! Jag gråter och skriker hysteriskt. Kan knappt andas. De trycker i mej lugnande medicin' (Blogg 6).

Detta är en upplevelse av tvånget som vården kan innebära och det som utspelar sig är en användning av makt men också som hjälp.

#### **6.4.1. Sammanfattande analys**

Skaus (2007) resonemang om relationen är lämplig att nämna här. Hon menar, som tidigare nämnts, att om de intagna blir behandlade respektlöst kommer det aldrig skapas en god relation och utan denna skapas ingen tillit och behandlingen misslyckas. Medicinering är ofta en del av behandlingen och om de intagna motarbetar detta finns en risk att behandlingsarbetet går förlorat. Enligt Skau (2007) präglas relationen mellan intagen och personal av makt och maktlöshet och citatet om bältesläggningen visar det på ett tydligt sätt. Hennes maktlöshet handlar om att hon inte har den fysiska styrkan att ta sig loss personalens grepp medans makten ligger hos personalen som kan bälta henne. De ger henne mediciner när hon är fastspänd vilket kan ses som både en hjälp och maktutövning. Här blir det viktigt att ifrågasätta anledningen till medicinen. Är det för personens skull? Det är också lämpligt att använda begreppet aktiv kränkning från Skau (2007). En kränkning innebär att en person förödmjukas och jag tolkar citatet som att hon blir kränkt. Hon binds fast i en säng och ju mer hon gör motstånd desto ondare gör det. Hon har inget val än att anpassa sig.

## **7. Slutdiskussion**

Syftet med min uppsats var att undersöka hur unga psykiatribrukare upplever dagens tvångsvård och jag kommer här att sammanfatta mitt resultat där även mina tankar och reflektioner finns med.

Det som framkommer som det centrala i upplevelsen av tvångsvården är personalens bemötande då det är en återkommande faktor när det gäller synen på sig själv och vården. I de upplevelser som personerna beskriver framkommer det

att det är viktigt att de känner sig delaktiga i sin behandling, blir sedda och bekräftade. Det är av stor vikt att, som patient, ha möjlighet att kunna påverka sin vård och behandling. Samtidigt är detta något som är svårt för personalen att förhålla sig till eftersom det är en tvingande vård som bedrivs. I samband med att det är en tvingande vård finns en överhängande risk att tvånget framhäver ett motstånd hos den intagna.

Det motstånd som eventuellt kan förekomma kan förstärka den intagnas negativa uppfattning angående personalens bemötande. Det kan också diskuteras om personernas negativa självbild påverkar eller påverkas av hur personalens bemötande upplevs. Enligt symbolisk interaktionism är det omgivningen som identifierar dem och med ett kränkande bemötande skapas en negativ självbild. Men det kan också vara så att den negativa självbild de uttrycker medför en upplevelse av att personalen bemöter dem på ett kränkande sätt. Om en person ser sig själv på ett negativt sätt finns en risk att denne tolkar andra som att de vill skada. Här blir det en fråga om ”vad som är hönan och vad som är ägget”. I min analys tar jag upp den förändringsprocess en person går igenom när denne blir patient och att det skulle påverka den negativa självbild som beskrivs. Det är givetvis hemskt att en person ska känna sig kränkt på grund av att denne behöver omfattande vård men det är också något som krävs då personen inte förmår att se till sitt eget bästa. Att bli patient är för dessa personer ofrånkomligt men som personal är det viktigt att försöka se personen istället för sjukdomen och på så vis undvika objektifieringen. Goffman skriver om personalens ignorans som ett sätt att bibehålla kontrollen över de intagna och trots att det är kränkande är det kanske nödvändigt att kontrollen finns. De som vårdas med tvång är på institutionen på grund av att de behöver någon som kontrollerar dem så att de inte skadar sig själva eller andra och det är personalen som har den uppgiften.

Om personalens bemötande beskrivs som negativt så är kontaktpersonerna motpolen då de i bloggarna beskrivs som stöd och hjälp i form av att alltid lyssna och finnas nära till hands. Det framkommer att kontaktpersonen inte upplevs som en kontrollerande maktutövare i samma grad som övrig personal. Vad är det då som skiljer kontaktpersonen från övrig personal? Kontaktpersonen och den intagna får möjlighet till att skapa en annan relation än vad övrig personal har möjlighet till då de fyller olika funktioner.

Denna relation har framkommit som viktig för att behandlingsarbetet ska leda till något positivt. Kan det vara så att kontaktpersonerna behandlar de intagna som människor med en sjukdom och den övriga personalen behandlar dem som sjukdomen?

Varför personerna inte skriver något om de andra intagna är svårt att veta men det är intressant att fundera kring. En person skriver i bloggen att hon inte tillhör den verklighet som är inne på avdelningen. Kan detta vara en orsak till att de inte skriver något om de andra, för att de inte anser sig vara en av dem? Eller är det en kultur som finns på institutioner, att man inte umgås? Och i så fall borde även detta också påverka den självbild de beskriver.

Att de inte skriver om andra intagna kan också bero på att de som är så pass psykiskt instabila är så fokuserade på sig själv och lever i sin egen värld att de andra blir obefintliga. Detta är bara spekulationer men det som inte skrivs kan säga ganska mycket. Eller kan det vara så att bloggen används som ett maktverktyg där personerna avslöjar vården och då är inte de andra intagna speciellt viktiga eftersom de inte är involverade i den vård som utförs.

Det som skrivs i samband med vårdens tvångsåtgärder är av negativ art och personerna beskriver det som väldigt kränkande. I bloggarna ges en bild av att de känner en vanmakt i dessa situationer på grund av att de inte har något annat val än att acceptera och att de inte vet vad det är för mediciner de får. För vems skull får de mediciner eller blir bältade? Är det för sin egen skull, för att slippa det lidande som sjukdomen orsakar eller är det för att personalen ser det som mest bekvämt? På en låst avdelning kan det finnas många tvångsintagna och om alla mår väldigt dåligt kanske tiden inte finns att ta hand om var och en. Enligt lag står att tvångsåtgärder endast får användas då andra insatser inte fungerar, vilket är en bedömningsfråga.

Det har i bloggarna skrivits om tvångsvården och att de upplever det som förvaring där de medicinerats och blivit utan vård. Med dessa bilder som bloggarna ger, innebär tvångsvården idag samma sak som tvångsvården innebar förr i tiden. En förvaring av människor som inte anses kunna vara ute i samhället.

Bilden som personerna ger i sina bloggar skapar, hos mig, en känsla av att tycka synd om dem. Men jag vet å andra sidan inte hur man skulle kunna göra på något annat sätt. När personerna är i det tillstånd där tvångsåtgärder är

relevant är det också svårt att prata med dem på grund av tillståndet. Kanske är det så, hur hårt det än låter, att tvånget som sjukdomen innebär är större tvång än tvånget i vården?

## 8. LITTERATURFÖRTECKNING

Allgulander, C (2005). *Introduktion till klinisk psykiatri*. 1:a uppl. Lund: Studentlitteratur

Aspers, P (2007). *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber

Bjereld, U, Demker, M & Hinnfors, J (2002). *Varför vetenskap?* Lund: Studentlitteratur.

Björkman, J (2001). *Vård för samhällets bästa*. Stockholm: Carlssons

Dahlberg, K (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

DePoy, E & Gitlin, L. N (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur

Eliasson, R (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur

Engström, K (2008). *Delaktighet under tvång: om ungdomars erfarenheter i barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård*. Diss. Örebro : Örebro universitet, 2008

Goffman, E (1961). *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Rabén och Sjögren.

Hughes, R, Hayward, M, & Finlay, W. M. L (2009) Patients' perceptions of the

impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18, 152-160.

Johansson, 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.

Johansson, T (2004). *Socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Jönson, H (2010). *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber

Kuosmanen, L, Hätönen, H, Malkavaara, H, Kylmä,, J & Välimäki, M (2007) Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: The patient's perspective. *Nursing Ethics*, 14: 597

Lag 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*.

<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm> (hämtad 2011-04-14).

Lag 1991:1128. *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*.

<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19911128.htm> (hämtad 2011-04-17).

Larsen, A. K (2007). *Metod helt enkelt. En introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. Malmö: Gleerups

Lindholm, S (1999). *Vägen till vetenskapsfilosofi*. Lund: Academia Adacta

Olofsson, B & Jacobsson, L (2001) A Plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 357-366.

Olofsson, B & Norberg, A (2001) Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 89-97.

Ottosson, J-O (2003). *Psykiatrin i Sverige. Vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur & kultur

Ottosson, J-O, Ottosson, H, Ottosson M & Åsgård, U (2010). *Akut psykiatri*. 4:e uppl. Malmö: Liber

Proposition 1990/91:58

[http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=37&dok\\_id=GE0358](http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=37&dok_id=GE0358) (Hämtad 2011-04-20).

Proposition 2007/08:70.

[http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=37&dok\\_id=GV0370](http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=37&dok_id=GV0370)  
(Hämtad 2011-04-22).

Sjöström, B (2000). *Den galna vården. Svensk psykiatri 1960-2000*. Bokbox Förlag

Skau, G. M (2007). *Mellan makt och hjälp. Om det flertydliga förhållandet mellan klient och hjälpare*. Tredje uppl. Malmö: Liber

Socialstyrelsen (2009). Folkhälsorapport

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71> (Hämtad 2011-04-03).

Sohlberg, P (2006). "Teorier och kunskapsbildning i socialt arbete". I Björn Blom, Stefan Morén & Lennart Nygren, (red): *Kunskap i socialt arbete: om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och kultur.

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.

<http://www.sweden.gov.se/sb/d/6150/a/73178> (hämtad 2011-04-06).

Trost, J & Levin, I (2010). *Att förstå vardagen med ett symbolisk interaktionistiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Thurén, T (1991). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber

Vetenskapsrådet (2010). *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (hämtad 2011-04-15).

Weber, M (1987). *Ekonomi och samhälle. Förståelsesociologins grunder, del 3. Politisk sociologi*. Lund: Argos.