

Psykiatrisk tvångsvård – alternativa perspektiv

Lars Kjellin

Forskningsintresset för tvångsvården inom psykiatrin har ökat under de senaste decennierna såväl i Sverige som internationellt. Till en början betraktades patienter som formellt är intagna med stöd av gällande tvångsvårdslagstiftning som utsatta för tvång, medan de formellt frivilligt vårdade inte ansågs vara det. Stora skillnader i tvångsvårdens omfattning mellan länder, och mellan regioner inom länder med enhetlig lagstiftning, rapporterades. Tvångsbegreppet har därefter vidgats sedan flera studier visat på en bristande överensstämmelse mellan patienternas formella legala status och patienternas rapporterade upplevelser av tvång i den psykiatriska vården. Mätmetoder har utvecklats för att studera av patienten upplevt tvång som såväl beroende som oberoende variabel. Etiska konflikter ur olika aktörers perspektiv vid utövande av tvång i psykiatrin har studerats empiriskt, anhörigas situation har uppmärksammats liksom erfarenheter och attityder hos personal och allmänhet. I ett pågående nordiskt forskningsprogram sker en jämförelse av psykiatrisk tvångsvård mellan de nordiska länderna med avseende på lagstiftning, officiellt redovisad omfattning samt patientupplevelser. Kunskaper om under vilka förutsättningar och på vilket sätt inslag av tvång i psykiatrisk vård kan ge ett bättre vårdresultat än om tvång inte används saknas dock fortfarande.

Lars Kjellin är samhällsvetare, doktor i medicinsk vetenskap och forskningsledare vid Psykiatriskt forskningscentrum i Örebro.

Inledning

Claes-Göran Westrins första engagemang när det gäller forskning kring tvång och autonomi i psykiatrisk vård skedde under hans tid inom psykiatrin i Skaraborgs län under 1970-talet. Han publicerade då tillsammans med Börje Lassenius, Björn Laurell och Jan-Otto Ottosson i *Läkartidningen* ett försök att precisera kriterier för patienter där tvångsvård kan komma i fråga. Drivkraften var en irritation över att debatten om tvångsvård mest kretsat kring procedurer och juridik, och alltför litet om hur tvångsvård borde

kunna legitimeras utifrån klinisk erfarenhet och medicinetisk analys. Denna normativa ansats följdes upp av en studie i Skaraborgs län av vilka kriterier som tillämpats på en kohort av tvångsvårdade patienter. Nästa steg var att Claes-Göran, som professor i socialmedicin i Uppsala, i mitten av 1980-talet kontaktades av Olle Östman, som då var chefläkare inom psykiatrin i Västmanland, och medarbetare för att initiera en studie av effekterna av tvångsvård. Resultaten från den första fasen av denna Västerås/Uppsala-studie resulterade i en fördjupad

begreppsanalys som alltmer kom att innefatta inte bara frågor om tvång utan också om autonomi och självbestämmande. Intressefältet utökades också till att gälla de olika aktörerna kring de tvångsvårdade patienterna: familj, personal, vårdgrannar och allmänhet. Begreppsanalysen stimulerades ytterligare av samverkan med Charles W Lidz och hans grupp i Pittsburgh med deras analyser av tvångsbegreppet i ett moraliskt-etiskt perspektiv. Studierna i Västerås/Uppsala fick under Claes-Görans ledning en longitudinell ansats i syfte att följa utvecklingen av tvångsvården efter organisatoriska förändringar i psykiatrin och efter förändrad lagstiftning. Inom Claes-Görans nordiska nätverk växte samtidigt intresset för forskningsområdet, och han tog utifrån detta initiativ till ett par internationella symposier i Uppsala. Vid det första deltog, utöver representanter för de nordiska länderna, forskare från England, Tyskland och Irland. Ett europeiskt projekt planerades men fick inte anslag av EU. Den plan som utarbetades låg emellertid därefter till grund för ytterligare ett nordiskt symposium i Uppsala, varefter en samnordisk studie initierades. Claes-Göran Westrin har alltså under mer än tjugo år varit drivkraft för en dynamisk utveckling. Från ett stadium av enstaka smärre studier har svenska och nordiska nätverk kommit till stånd. Begrepp och metoder har utvecklats som kan öka förståelsen inte bara av psykiatrisk tvångsvård, utan även vad gäller generella frågor om patienters autonomi i vården. Till en del är dessa frågor specifikt psykiatriska, men till andra delar är det en vetenskaplig utveckling som också kan vara tillämpbar inom andra delar av hälso- och sjukvården, inte minst inom äldreården.

Tvångsvård inom psykiatrin är ofta föremål för debatt (1-2) och de lagar som reglerar användningen av tvång i psykiatrin i Sverige har utretts och förändrats vid ett flertal tillfällen under de senaste decennierna. Den tidigare LSPV (Lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall) ersattes 1992 av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Några få år därefter tillsattes en parlamentarisk kommitté för att utvärdera den nya lagstiftningen (3), och förändringar i lagarna infördes år 2000. Med tanke på områdets kontroversiella karaktär är det förvånande att det inte finns en stor mängd studier av omfattning och effekter av psykiatrisk tvångsvård (4). Empirisk forskning på området har dock under de senaste decennierna ökat såväl i Sverige som internationellt (4-8). I föreliggande artikel ges en översikt av forskning kring den tvångsvård som regleras i LPT. Forskning inom det rättspsykiatriska området ingår inte.

Hur vanlig är psykiatrisk tvångsvård?

Olika mått har använts för att beskriva omfattningen av psykiatrisk tvångsvård. Antal tvångsintagningar eller utskrivningar från tvångsvård under en viss tidsperiod eller antal tvångsvårdade patienter vid en viss tidpunkt, både i relation till det totala antalet vårdtillfällen eller antalet patienter inom psykiatrin och i relation till befolkningsunderlaget har redovisats.

Internationella jämförelser. Oberoende av vilket mått man använt har stora skillnader mellan länder rapporterats. Andelen tvångsintagningar av samtliga intagningar till psykiatrisk vård har angetts variera från

Sverige har i dessa jämförelser funnits ha "mycket tvångsvård"

en procent i ett land till över 50 procent i ett annat, och antal tvångsintagningar per 100 000 invånare per år från 10 till närmare 250 (9-12). Sverige har i dessa jämförelser funnits ha "mycket tvångsvård" (9, 11-15), men studierna och det underlag de bygger på är gamla och tvångsvården i Sverige har minskat under 1990-talet (se nedan). I en senare studie av sju psykiatriska upptagningsområden i Norden påvisades emellertid alltså stora skillnader. Antalet tvångsintagna patienter varierade från 0,14 – 0,99 per 1000 invånare (16). Några färskta internationella jämförelser av nationella tvångsvårdsdata är inte kända. Det kan också starkt ifrågasättas om uppgifter från olika länder är jämförbara, beroende på olika regler i tvångsvårdslagstiftningen och olika registreringsprocedurer. I många länders psykiatriska tvångsvårdslagar ges möjlighet till en period av observation av patienten innan formellt beslut om tvångsintagning sker. Det kan också, som i den svenska lagstiftningen, ges möjlighet att kvarhålla en patient som själv sökt vård och därmed konvertera frivillig vård till tvångsvård. Medicinering och annan behandling under vårdtiden av tvångsvårdade patienter kan ske med eller utan tvång. Avgörande för registrerad omfattning av tvångsvård i psykiatri blir därför när under ett vårdförlopp registreringen sker och vad som registreras (6).

Effekter av ändrad lagstiftning. Förändringar över tid i omfattning av psykiatrisk tvångsvård har studerats i relation till att lagstiftningen på området förändrats. När

lagen gjorts mer restriktiv med snävare kriterier för tvångsintagning och när man velat stärka patientens rättssäkerhet har tvångsintagningarna minskat och vårdtiderna blivit kortare under det första året med de nya lagreglerna (17-20). Det finns dock en tendens till att tvångsvården ökar igen under de följande åren efter den initiala minskningen (21). Några studier har också funnit ökad tvångsvårdsanvändning, trots att lagen förändrats i syfte att minska tvånget (18, 22-23). När lagförändringen inneburit vidgade kriterier för tvångsvård, har ökad tvångsvård rapporterats (17, 24).

I Sverige skedde under perioden från slutet av 1970-talet till början av 1990-talet, parallellt med en kraftig minskning av den psykiatriska slutenvården totalt, en reducering av den psykiatriska tvångsvården. Denna långsiktiga trend förstärktes kortsiktigt vid de tillfällen då tvångsvårdslagstiftningen förändrades, dels vid en revidering av LSPV 1983 och dels vid införandet av LPT och LRV 1992 (25). Socialstyrelsen har därefter rapporterat fortsatt minskning av tvångsvården fram till början av 2000-talet (3, 26).

Regionala skillnader. Stora skillnader i omfattning av psykiatrisk tvångsvård mellan områden inom enskilda länder har rapporterats, trots att samma lagstiftning gäller i dessa områden (10-11, 25, 27-28). Förklaringar till detta har sökts i demografiska faktorer (29-30), eller i psykiatriens struktur och resurser (10, 25, 27-28, 31-33). Ingen av dessa studier erbjuder dock någon allmän-

Trots en minskad omfattning totalt av tvångsvården i Sverige kvarstår stora skillnader mellan landstingen

giltig beskrivning av vilka huvudsakliga faktorer som ligger bakom de stora skillnaderna. Trots en minskad omfattning totalt av tvångsvården i Sverige kvarstår stora skillnader mellan landstingen. Under en sexmånadersperiod 2001 varierade antalet tvångsvårdade patienter per 100 000 invånare från 5 i Västmanland till 45 i Stockholm. Riksgenomsnittet var 32 (26). Eftersom kunskap om betydelsen av organisatoriska förhållanden för användningen av tvång i psykiatrisk sjukhusvård är begränsad, har detta framhållits som ett viktigt forskningsområde (34).

Förekomst av tvångsåtgärder

Studier av förekomsten av tvångsmedicinering och andra tvångsåtgärder i psykiatrisk vård tyder på stora variationer även på detta område (35-41). I en finsk studie av över 1 500 patienter rapporteras att åtta procent tvångsmedicerades och att 10 procent utsattes för någon form av fasthållning, vilket av författarna anges som internationellt sett höga siffror (42). Vid en undersökning i Sverige av nästan 2 500 vårdtillfällen 2001 rapporterades tvångsmedicinering i 17 procent och fastspänning i sju procent av fallen, ofta i kombination (26). Även här finns dock frågetecken kring jämförbarheten mellan studier från olika länder. I en översikt på området konstateras att lokal vårdkultur, personalens uppfatt-

Lokal vårdkultur, personalens uppfattning av sina yrkesroller och attityder inom sjukhusadministrationen har större inverkan på användningen av fasthållning och isolering än diagnos och andra kliniska faktorer

ning av sina yrkesroller och attityder inom sjukhusadministrationen har större inverkan på användningen av fasthållning och isolering än diagnos och andra kliniska faktorer (43). Enstaka studier behandlar negativa biverkningar av tvångsåtgärder, t ex risken för trombos vid bältesanvändning (44).

Vilka tvångsvårdas?

Amerikanska studier som jämför tvångsvårdade och frivilligt vårdade patienter med avseende på kliniska och demografiska faktorer ger ingen entydig bild. I en översikt från 1980-talet konstaterades att tvångsvårdade patienter oftare var äldre, män, ogifta, mindre utbildade, fattigare och icke vita (45). En senare studie anger en delvis annorlunda "riskprofil" för tvångsintagning: en ung, ogift, manlig afro-amerikan med diagnosen schizofreni utan samtidigt missbruk (46). I andra studier har man inte funnit några tydliga sociodemografiska eller kliniska skillnader mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade patienter (36, 47). En orsak till de motstridiga resultaten kan vara att studierna inte baseras på representativa urval. I en tysk studie av samtliga intagningar i en delstat med restriktiva indikationer för psykiatrisk tvångsvård fann man att de tvångsvårdade patienterna oftare var män, yngre, ensamstående och arbetslösa med diagnosen schizofreni eller paranoid sjukdom (48). I Socialstyrelsens undersökning i Sverige 2001 var andelen kvinnor, 53 procent, högre än förväntat, och åldersgruppen 35 – 54 år var överrepresenterad bland tvångsvårdstillfällena. En viss övervikt av utrikes födda, i synnerhet födda utanför Europa, förelåg och hälften av de tvångsvårdade patienterna hade schizofreni eller liknande psykosyndrom (26).

Tvångsvårdens effekter

En amerikansk forskargrupp, the MacArthur Coercion Study, har gjort en grundläggande distinktion mellan tvång som beroende variabel (vad leder till tvång?) och som oberoende variabel (fungerar tvång för att hjälpa patienten bli bättre?) (49). Två motsatta "hypoteser" i studier av tvångsvårdens effekter kan identifieras (4). Den ena innebär att patienter som utsätts för tvång blir negativt inställda till vården och mindre benägna att medverka. Vårdresultatet blir sämre och återintagning – eventuellt ny tvångsintagning – blir följd. Den andra innebär att tvångsvårdade patienter får hjälp, en initialt negativ inställning vänds till positiv, varvid patienten medverkar i vården och blir bättre. Återintagning – ny tvångsintagning – undviks. Den senare hypotesen brukar benämnas Stones "thank you theory" (50). I litteraturen kan man finna stöd för båda synsätten, men oftast rapporterar majoriteten av patienterna tillfredsställelse med vården (49). Kunskapen om samband mellan tvångsvård och vårdresultat är emellertid mycket begränsad.

Upplevt tvång

Ett skäl till detta är att begreppet tvång i psykiatri behöver preciseras innan man kan studera dess effekter. I de tidiga studierna betraktades patienter som formellt är intagna med stöd av gällande tvångsvårdslagstiftning som utsatta för tvång, medan de formellt frivilligt vårdade inte ansågs vara

Kunskapen om samband mellan tvångsvård och vårdresultat är emellertid mycket begränsad

Begreppet tvång i psykiatri behöver preciseras innan man kan studera dess effekter

det. Studier i Västmanlands och Uppsala län 1985/86 och 1991 (Västerås/Uppsala-projektet) visade på stora skillnader mellan vad som registreras som tvång och vad som patienter, både formellt tvångsvårdade och formellt frivilligt vårdade, rapporterade som tvång. Detta gällde såväl intagningen och vårdformen som sådan som förekomsten av olika tvångsinslag under vårdförloppet (51). Andra studier har kommit till liknande resultat (49, 52). Händelseförlopp har av patienter också rapporterats som varken resultatet av ett fritt val eller av tvång. De "bara händer" (53) och patienterna "are muddling through", det vill säga de hamnar i psykiatrisk vård utan att vare sig ha gett uttryck för ett aktivt val eller aktivt motsatt sig sådan vård (54).

MacArthur-gruppen i USA har utarbetat instrument för att mäta graden av tvång en patient upplever vid intagning till psykiatrisk vård och faktorer som är relaterade till denna upplevelse (55). Ett av gruppens centrala fynd är att patientupplevelser av tvång vid intagning inte är relaterade till demografiska förhållanden, men däremot starkt associerade med graden av upplevd "procedural justice". Patienter som uppfattar att man lyssnat till dem samt att familj och personal behandlat dem med respekt, omtanke och god vilja rapporterar mindre upplevt tvång än de som inte känt sig behandlade på detta sätt. Detta gäller för såväl legalt tvångsvårdade som frivilligt vårdade patienter (8). Man har också försökt validera patienters berättelser om tvång i samband med

intagning genom intervjuer med patienter, läkare som beslutat om intagning och andra personer involverade i intagningsprocessen, samt genom systematisk genomgång av patientjournalerna. Patienternas redogörelser visade sig vara relativt kompletta och generellt sett den bästa informationskällan, vilket antogs sammanhånga med att man inte begränsade sig till vad som hände på sjukhuset och att patienterna därmed var de som hade kännedom om hela händelseförloppet (56). I Västerås/Uppsala-projektet framkom att vad som av personalen var avsett som information och övertalning av patienterna kunde uppfattas som tvång (53). I en annan svensk studie fick patienter, sjuksköterskor, mentalskötare och läkare berätta om tvångssituationer. Personalen uppgav bland annat att de använt tvånget för att hjälpa och skydda patienten, samt även medpatienter och familj. Patienterna beskrev också att tvånget huvudsakligen använts för att skydda dem och ibland deras familj, men de nämnde också andra skäl, t ex för att följa regler, bestraffa patienten eller underlätta arbetet för personalen (57).

Etiskt perspektiv

Ett av Västerås/Uppsala-projektets bidrag till forskningsområdet har varit att empiriskt försöka belysa i vad mån den psykiatriska vården – särskilt tvångsvården - ur olika aktörers perspektiv lever upp till grundläggande medicinetiska principer: att göra gott och icke skada, att respektera människors autonomi och behandla dem rättvist (58). Som referensram användes Nilstuns modell för analys av etiska konflikter (59). Både etiska vinster och etiska kostnader i vid bemärkelse, det vill säga allt som på något

Att visa patienterna respekt som individer och undvika integritetskränkning och tvångsåtgärder förefaller vara viktiga förutsättningar för ett positivt vårdresultat

positivt respektive negativt sätt berör en grupp, kunde konstateras för såväl tvångsvårdade och frivilligt vårdade patienter som för anhöriga och personal i psykiatri, primärvård och socialtjänst (60). Majoriteten av patienterna rapporterade att de blivit förbättrade av den psykiatriska vården, men en icke obetydlig minoritet rapporterade enbart etiska förluster: de mätte inte bättre och deras autonomi hade inte respekterats. Skattning av funktionsförmåga och psykiatriska symtom med standardiserade instrument visade dock oftast på förbättringar av vården även för den senare gruppen (61). Det måste emellertid vara ett mål tillhandahålla en psykiatrisk vård som enligt patienternas uppfattning ger hjälp och så långt möjligt, även vid tvångsvård, ges med respekt för individen. Att visa patienterna respekt som individer och undvika integritetskränkning och tvångsåtgärder förefaller vara viktiga förutsättningar för ett positivt vårdresultat. Andra studier har kommit till liknande slutsatser (62-63).

Andra perspektiv

Tvångsvården i psykiatri har även studerats ur andra aspekter, varav några här kan nämnas kortfattat. Inom Västerås/Uppsala-projektet har situationen för patienternas anhöriga och deras erfarenheter av psykiatri varit föremål för omfattande studier (64), och den psykiatriska personalens, primärvårdens, socialtjänstens samt allmänhe-

tens erfarenheter och attityder har belysts (65-66). Andra har studerat psykiatrikers inställning till när tvångsingripanden kan vara berättigade (67) och attityder i befolkningen till tvång mot psykiskt sjuka personer (68-69). En intressant svensk avhandling är en etnografisk studie som behandlar kommunikation och beslutsfattande kring psykiatriska patienter i vården och i rätts-salen (70).

Några aktuella forskningsfrågor

Paternalism och autonomi. En omfattande aktuell studie på området är en jämförande nordisk studie – benämnd ”Paternalism och autonomi” – som bedrivs på tre nivåer. På den första nivån har de psykiatriska tvångsvårdslagarna i de nordiska länderna analyserats och jämförts av etisk och juridisk expertis, som också intervjuat nyckelpersoner i form av psykiatriker och jurister i de olika länderna (71-72). Trots olika lagregler fann man stor överensstämmelse i uppfattningar om när tvångsvård kan vara berättigad. En av slutsatserna är att det som krävs för en förbättrad psykiatrilagstiftning inte i första hand är en ideologisk diskussion om vilka värdepremisser som skall ha störst genomslagskraft, utan att psykiatrin dokumenterar effekterna av tvångsvård. På den andra nivån är avsikten att studera reliabilitet och validitet i den officiella psykiatriska tvångsvårdsstatistiken i de nordiska länderna. Data inhämtas från cirka 6000 patientjournaler vid 13 psykiatriska kliniker i Danmark, Finland,

Trots olika lagregler fann man stor överensstämmelse i uppfattningar om när tvångsvård kan vara berättigad

De flesta upplever sig som antingen utsatta eller inte utsatta för tvång

Island, Norge och Sverige. På den tredje nivån har cirka 1000 patienter vid samma kliniker intervjuats i avsikt att djupare studera av patienter upplevt tvång. MacArthur-gruppens instrument (55) har använts parallellt med intervjuformulär utarbetat inom projektet med bland annat en visuell analog skala för graden av upplevt tvång vid intagning. I den svenska delen av den nordiska studien ingår också en uppföljning av Västerås/Uppsala-projektet efter förändring av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen i Sverige 1992. Preliminära resultat från studien indikerar att upplevt tvång tenderar att vara ett dikotomt fenomen: de flesta upplever sig som antingen utsatta eller inte utsatta för tvång (6). Detta är något överraskande då det från en teoretisk utgångspunkt förefaller rimligt att förvänta sig en gradvis och kanske normalfördelad övergång från tvång till frivillighet (55, 63, 73).

Tvångsvård i öppen vård. I Australien, England och USA ger lagstiftningen möjlighet till olika former av psykiatrisk tvångsvård i öppen vård eller öppen vård med särskilda villkor (74), något som också föreslagits i Sverige (3). I USA har denna form av vård, så kallad ”outpatient commitment”, utvärderats i randomiserade studier där patienter vid utskrivning slumpmässigt antingen skrevs ut till tvångsvård i öppen vård eller utan någon form av restriktioner (75-76). Ett sådant förfarande ger förstås upphov till en rad etiska betänkligheter (77).

Psykiatriska testamenten. Ett annat fe-

nomen som på senare tid väckt forskningsintresse i England och USA är användningen av vad man skulle kunna kalla psykiatriska testamenten, "Psychiatric Advance Directives". Sådana innebär legala möjligheter för personer med psykisk sjukdom att uttrycka önskemål om sin behandling när de är kapabla att fatta sådana beslut, att användas vid en eventuell senare tidpunkt när inte är kapabla till detta. Utlandet kan också innebära att personen ifråga utser en annan person som ges rätt att fatta beslut i personens ställe vid en sådan tidpunkt (77-78).

Planerade projekt. I Europa planeras en jämförande naturalistisk studie av den psykiatriska tvångsvårdens tillämpning i tolv upptagningsområden i lika många länder i syfte att ge underlag för utarbetande av "best clinical practise" på området (79). I Sverige uppmärksammas etiska konflikter vid tvång i barn- och ungdomspsykiatrisk vård i en nyligen påbörjad studie. Empiriska studier av psykiatrisk tvångsvård avseende barn och ungdomar är hittills mycket få (80-81)

Dynamisk utveckling

Psykiatrisk tvångsvård är sedan länge ett kontroversiellt område men som forskningsfält relativt ungt. Denna artikel gör inte anspråk på att redovisa en fullständig litteraturoversikt, men den visar ändå att det de senaste decennierna har skett en starkt ökande forskning på området med en dynamisk utveckling av teorier, begrepp, metoder och forskningsfrågor. Svenska tvångsvårdsstudier har ingått och ingår som en aktiv del i denna utveckling. Fortfarande saknas dock till stora delar empiriskt baserad systematisk kunskap om under vilka

Diskussioner kring psykiatrisk tvångsvård kan inte längre begränsas till den formellt registrerade tvångsvården

förutsättningar, i vilka situationer, för vilka patientgrupper, med vilken behandling etc som tvång i psykiatrin kan förväntas ge bättre vårdresultat, och i så fall i vilka avseenden, än om man inte använder tvång, det vill säga kan ge vård i frivillig form eller att ingen vård kommer till stånd. Studier av detta slag förutsätter emellertid att det finns valida och operationella begrepp som täcker olika aspekter av tvång, och som nämnts pågår en sådan begreppsutveckling. Därutöver finns etiska problem i att genomföra sådana effektstudier.

Klart är emellertid att diskussioner kring psykiatrisk tvångsvård inte längre kan begränsas till den formellt registrerade tvångsvården. Såväl tvångsvårdade som formellt frivilligt vårdade patienter bör tillfrågas, och andra involverade aktörers erfarenheter bör beaktas. Frågor kring respekt för patientens autonomi och integritet bör inkluderas vid utvärdering av psykiatrisk vård. Studier av psykiatrisk tvångsvård kan därmed bidra till begreppsutveckling inom hälso- och sjukvårdsforskning även inom andra områden, t ex äldrevården (82).

REFERENSER

3. Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård. Slutbetänkande av Tvångspsykiatrikommittén. Stockholm: 1998. SOU 1998:32.
4. Hiday VA. Involuntary commitment as a psychiatric technology. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1996;12:585-603.

6. Høyer G, Kjellin L, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Nilstun T, Sigurjónsdóttir M, Syse A. Paternalism and autonomy. A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry* 2002;25:93-107.
7. Lidz CW. Coercion in psychiatric care: What have we learned from research? *Journal of American Academy of Psychiatry and Law* 1998;26:631-7.
8. MacArthur Research Network on Mental Health and the Law. The MacArthur coercion study. Executive summary February 2001. URL: <http://www.macarthur.virginia.edu/coercion.html>
16. Hansson L, Muus S, Saarento O et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: rates of compulsory care and use of compulsory admissions during a 1-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999;34:99-104.
25. Kjellin L. Compulsory psychiatric care in Sweden 1979-1993. Prevalence of committed patients, discharge rates and area variation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997;32:90-6.
26. Effekter av ändringar i de psykiatriska tvångsvårdslagarna. Socialstyrelsen 2001-103-17. URL: <http://www.sos.se>
42. Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C et al. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry* 2000;15:213-9.
46. Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, Robeson MR. Retrospective study of 2,200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:392-6.
49. Monahan J, Hoge SK, Lidz CW et al. Coercion and commitment: Understanding involuntary mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 1995;18:249-63.
53. Eriksson K, Westrin CG. Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;92:225-30.
56. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK et al. The validity of mental patients' accounts of coercion-related behaviors in the hospital admission process. *Law and Human Behavior* 1997;21:361-76.
57. Olofsson B. Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians (avhandling). Umeå University Medical Dissertation; 2000.
61. Kjellin L, Andersson K, Candefjord IL et al. Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care: *Psychiatric Services* 1997;48:1567-70.
64. Östman O. Family burden and participation in care. A study of relatives to patients admitted to voluntary and compulsory psychiatric care (avhandling). Lund University; 2000.
70. Sjöström S. Party or patient? Discursive practices relating to coercion in psychiatric and legal settings. Umeå: Boréa; 1997.
71. Syse A, Nilstun T. Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri. *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1997;5:837-918.
77. Dawson J, King M, Papageorgiou A, Davidson O. Legal pitfalls of psychiatric research. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:67-70.
82. Westrin CG, Nilstun T. Psychiatric ethics and health services research. Concepts and research strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;101:47-50.

Fullständig referenslista kan erhållas från författaren (lars.kjellin@orebroll.se)