



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

När vården går emot patientens vilja

En kvalitativ litteraturstudie om tvångsåtgärder inom
psykiatri

Ebba Wennerbo

Handledare: Åsa Sandvide

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona januari 2020

När vården går emot patientens vilja

En kvalitativ litteraturstudie om tvångsåtgärder inom psykiatri

Ebba Wennerbo

Sammanfattning

Bakgrund: Tvångsåtgärder sker oftast mot patientens vilja men det finns personer som går med på tvångsåtgärder frivilligt men oftast ses detta som något negativt och ont som individen måste leva med eller något personen utsätts för. Under 2013 användes tvångsåtgärder som avskiljning, fastspänning och tvångsmedicinering vid 8751 tillfällen. Enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård ska tvångsintagning bara ske om personen har en allvarlig psykisk störning eller på grund av sin situation är i behov av psykiatrisk vård. Tvångsåtgärder får endast ske om en patient utgör en fara för sig själv eller andra. Tvångsåtgärder kan gå emot patienters integritet och självbestämmande samt leda till ett lidande.

Syfte: Syftet var att belysa patienters upplevelser av tvångsåtgärder.

Metod: Kvalitativ litteraturstudie utifrån tio vetenskapliga artiklar som analyserades med manifest innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundmans analysmetod.

Resultat: I resultatet framkom två kategorier: *tvångsvård som hjälpande* och *tvångsvård som skadande* samt sju underkategorier: Att uppleva säkerhet och respekt, Att uppleva som nödvändigt, Att uppleva maktlöshet, Att uppleva ett ojämnt maktförhållande, Att uppleva förlust av integritet och känsla av att bli kränkt, Att uppleva som bestående trauma samt Att uppleva som onödigt.

Slutsats: Det fanns de patienter som tyckte att tvångsåtgärderna hjälpte men det fanns också de som såg tvångsåtgärder som skadande. Tvång kan vara nödvändig men det i sig behöver inte innebära att upplevelsen av tvång kommer att vara positiv.

Nyckelord: avskiljning, fastspänning, patient, upplevelser, psykiatri, tvång, tvångsåtgärder, tvångsmedicinering

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	4
Lagstiftning	4
Tvångsvård	6
Tvångsåtgärder	7
Tvångsmedicinering	7
Fastspänning	8
Avskiljning	9
Etik kring tvångsåtgärder	9
Lidande	11
Sjukdomslidande	11
Vårdlidande	11
Livslidande	12
Omvårdnad vid tvångsvård	13
Problemformulering	14
Syfte	14
Metod	15
Design	15
Urvalsprocess och datainsamling	15
Inklusionskriterier	15
Sökstrategi	15
Relevans- och kvalitetsbedömning	16
Analys	17
Etiska överväganden	18
Resultat	19
Tvångsåtgärder som hjälpande	19
Att uppleva säkerhet och respekt	19
Att uppleva som nödvändigt	20
Tvångsåtgärder som skadande	20
Att uppleva maktlöshet	21
Att uppleva ett ojämnt maktförhållande	22
Att uppleva som bestående trauma	23
Att uppleva som onödigt	24

Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	26
Tvångsåtgärder som hjälpande	27
Tvångsåtgärder som skadande	28
Slutsats	30
Vad denna studie bidragit med	31
Förslag på fortsatt forskning	31
Referenser	32
Bilaga 1 Databassökningar	4
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	39
Bilaga 3 Artikelöversikt	42
Bilaga 4 Exempel på analysförfarande	55

Inledning

Att vårdas under tvång sätter patienten i en sårbar situation som kan leda till en känsla av maktlöshet och att bli avhumaniserad, samt resultera i trauma eller att patienten återupplever tidigare trauma (Brophy, Roper, Hamilton, Tellez & McSherry, 2016). Tvångsvård kan dock anses nödvändigt i vissa situationer för att upprätthålla säkerheten för personal och patienter (Muir-Cochrane, O’Kane & Oster, 2018). Dock finns en osäkerhet bland sjuksköterskor om hur tvångsåtgärder påverkar patienten, trots att en stor enighet finns om att tvång inte förbättrar relationen mellan patient och sjuksköterska eller har någon terapeutisk effekt (Korkeila, Koivisto, Paavilainen & Kylmä, 2016). Fyra av fem patienter vårdades ofrivilligt på sjukhus inom psykiatri i Sverige år 2013, vilket innebär att ungefär 12 000 patienter vårdades mot sin vilja i enlighet med Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 2018:798). Under 2013 användes tvångsåtgärder vid 8751 tillfällen användes tvångsåtgärder som avskiljning, fastspänning och tvångsmedicinering (Socialstyrelsen, 2014). I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) betonas patientens rätt till självbestämmande och integritet, dock innebär tvångsvård enligt LPT att sjuksköterskan riskerar att handla emot patientens vilja. Kunskap om patientens upplevelse av tvång samt hur upplevelsen kan påverka relationen mellan patienten och sjuksköterskan är viktig för att kunna ge god omvårdnad.

Bakgrund

Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2017:30) är den övergripande lag som ska säkra att alla patienter får en jämlik och värdig vård med hänsyn till självbestämmande och integritet. Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 2018:798) reglerar både tvångsintagning och användningen av tvångsåtgärder, vilket kan förekomma på bekostnad av patientens autonomi och värdighet, då vården sker mot patientens vilja. Avsikten med LPT (SFS 2018:798) är att det endast ska genomföras om patienten inte är kapabel till att medverka till vård trots att patienten fått individanpassad information. Tvång får inte användas i större omfattning än vad som är absolut nödvändigt, då det ska stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden, det vill säga om det finns andra alternativa tillvägagångssätt som är tillräckliga ska de användas först (LPT, SFS 2018:798).

För tvångsvårdade patienter måste kriterierna vara att patienten har en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd ha ett stort behov av psykiatrisk vård vara uppfyllda. Lagen kan bara användas om patienten blir intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård och att patienten motsätter sig nödvändig vård (LPT, SFS 2018:798).

LPT (SFS 2018:798) innebär att patienten utsätts för visst frihetsberövande, vilket innebär att användningen av lagen alltid måste ha ett rimligt syfte. I LPT (SFS 2018:798) ingår att sjuksköterskan får hindra patienten från att lämna avdelningen, fastspänning samt att avskilja patienten om denna utgör en akut fara antingen för sig själv, annan patient eller för personal. Det är även tillåtet att tillföra läkemedel med tvång, samt begränsa patientens rätt att använda elektronik till exempel mobiltelefonen (LPT, SFS 2018:798).

Vid avskiljning enligt LPT (SFS 2018:798) får endast patienter avskiljas från andra om de försvårar vården för de andra patienterna genom att vara aggressiva eller har ett störande beteende. I lagen står också att patienten får vara avskild i högst åtta timmar. Efter åtta timmar får chefsöverläkaren ompröva om personens avskiljning måste förlängas. Förlängningen får max förlängas med åtta timmar. Om patienten hålls avskild i mer än åtta timmar ska Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bli informerade. Personalens skyldighet vid avskiljning är att ha kontinuerlig tillsyn över patienten (LPT, SFS 2018:798).

I LPT (SFS 2018:798) ingår också hur en person som kan orsaka allvarlig skada för sig själv eller andra, kortvarigt kan spännas fast med bälte eller en annan anordning. Vid fast spänning ska vårdpersonalen vara på plats under hela tiden patienten är fastspänd. Enligt Socialstyrelsen (2008) får patienten inte vara fastspänd i mer än fyra timmar och om det finns behov av förlängning ska en läkare undersöka patienten. LPT (SFS 2018:798) tydliggör att det här också är något som chefsöverläkaren beslutar, men att IVO direkt ska underrättas om beslutet. Efter en fastspänning eller en avskiljning ska patienten erbjudas uppföljningssamtal med chefsöverläkaren, om genomförd tvångsåtgärd (LPT, SFS 2018:798).

Det finns andra lagar än LPT (SFS 2018:798) som reglerar tvång. Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV, SFS 1991:1129) och Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM, SFS 1988:870). LRV riktas främst till dem som är dömda till rättspsykiatrisk vård, medan

patienter som vårdas enligt LPT (SFS 2018:798) är intagna på en läkares beslut. LVM riktas till personer med missbruk (SFS 1988:870).

Tvångsvård

Innan tvångsvård beslutas bör läkaren ha samlat in material från olika källor som t.ex. anhöriga, vårdare, socialarbetare eller andra institutioner. Informationen ska vara förstahandskällor som har relevant information för beslutet om intag. Informationen i sig ska också användas för att göra en riskbedömning om patienten är farlig för andra, för sig själv och vilka restriktiva åtgärder som kan behövas sättas in. Något som ska finnas efter ett beslut av tvångsintagning är taget är ett vårdintyg, där läkaren förklarar varför patienten har blivit tvångsintagen och ger de skäl för förutsättningarna för att tvångsvård av patienten är uppfyllda. I vårdintyget görs också en redogörelse för vad patienten har för psykisk störning samt de omständigheter som lett till vårdbehovet. Vid tvångsvård ska etiska reflektioner och överväganden göras. Dessa ska dokumenteras (Forskningscentrum, 2008).

Alla former av tvångsvård ska ha ett humant men också ett gott bemötande. Det som inte ska underskattas är god omvårdnad, kommunikation, en adekvat utformad miljö och andra liknande åtgärder för att förebygga oro, ångest, rädsla och aggressivitet hos patienterna (Socialstyrelsen, 2009). Personalen måste skapa sig en bra bild över patientens sjukdom och situation och veta de psykologiska men också de sociala problem patienten har, patientens behov samt åtgärder men också mål med behandlingen. Vid tvångsvård bör personalen vara lugn, aktiv och visa stöd till patienten. Personalen måste arbeta för att skapa en ömsesidig respekt och förståelse för varandra. Det är viktigt att informera om de resurser, rutiner och regler som finns på avdelningen men även om vårdintyg, varför patienterna har blivit intagna och blir tvångsvårdade, deras juridiska rättigheter, rätten att överklaga beslutet om tvångsintagning samt att de kan anlita ombud eller biträde. LPT ska finnas tillgänglig i skriftlig form och finnas på flera språk. Patienterna ska också informeras om att det finns tillgång till tolk, tillgång till telefon, fax, epost och att besökare inte får utestängas och att censur inte får förekomma. Information om vård och behandling ska tillhandahållas. Informationen som ges ska också finnas tillgänglig i skriftlig form (Forskningscentrum, 2008).

I England tar vårdpersonalen beslut om tvångsvård utan rättegångsförhandlingar, medan i USA sker tvångsvården på sjukhuset tillsammans med polis, då det finns risk för frihetsberövande (Tännsjö, 2002).

Tvångsåtgärder

Psykiatriskt forskningscentrum (2008) förklarar att tvångsåtgärder bara ska ske vid speciella undantag som när patienten är fara för sig själv eller någon annan, när det inte finns någon annan lösning. Efter en tvångsåtgärd ska det dokumenteras i patientens journal om nödvändigheten, användningen och varaktigheten. Patienten har rätt till information om vården patienten får, men också om den vård patienten kommer att få i framtiden. Patienten har också rätt att få information om kommande behandlingar, samt information om hur de läkemedel patienten får kan påverka kroppen (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008).

Enligt Tännsjö (2002) kan användningen av tvång se olika ut i olika delar av världen. I USA har sjukvården hårda regler gällande tvångsmedicinering, det vill säga om en beslutskapabel patienten kan säga emot är det förbjudet för personal att medicinera medan i England kan det ske mot patientens vilja. I en studie av Raboch m.fl., (2010) analyserades 1462 händelser av tvångsåtgärder som tillämpats på 770 patienter från 10 olika europeiska länder. Det framkom att tvångsmedicinering var den vanligaste interventionen, sedan fastspänning och till sist avskiljning. Det framkom också att i Sverige och Bulgarien användes tvångsmedicinering oftare än genomsnittet, medan i Tyskland och Grekland var det fastspänning och i Storbritannien och Italien användes avskiljning.

Tvångsmedicinering

I Sverige har personalen, så långt det är möjligt, en skyldighet att respektera när patienten tar avstånd från att ta medicin (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008). En läkare kan dock göra en bedömning om att patienten är i behov av en viss medicin, vilket tillåter tvångsmedicinering. Det är svårt att definiera i vilka situationer tvångsmedicinering ska få användas, då krissituationer kan uppkomma i olika akuta situationer som är farliga för patienten eller för andra personer. Patienten måste dock alltid informeras vare sig det är innan eller efter tvångsmedicineringen om varför det gjordes och vilken typ av medicin det är. Läkaren måste alltid närvara vid tvångsmedicineringen, även om läkaren själv inte ger injektionen. Det ska göras på ett säkert sätt och sjuksköterskan ska försöka bevara patientens värdighet, säkerhet och privata sfär. För att genomföra det ska sjuksköterskan ha en bra

etablerad relation med patienten, veta patientens sjukdomshistoria, lyssna och ha goda kommunikationsfärdigheter. Med det menas att sjuksköterskan pratar med lugn och varm ton och visar verbal men också visuell kontakt och inte argumenterar emot patienten.

Andra åtgärder ska prövas innan tvångsmedicinering sker. Det finns de-eskalering strategier som kan användas som att muntligt förklara situationen för patienten, att föreslå andra vägar i form av ett samtal och lyssna på patienten. Sjuksköterskan kan upprepa erbjudandet av medicin, erbjuda att göra något annat som att gå på en promenad, att äta något eller någon annan sysselsättning på avdelningen (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008).

Gault, Gallagher och Chambers (2013) beskriver tvångsmedicinering som ett dubbeleggat svärd. Om sjuksköterskan inte ger information utan påtvingar medicin, kommer patienternas förtroende till vården försämrats. Om sjuksköterskan uppträder lugnt, vänligt och ger information till patienten ökar tilliten till vården samt ökar chansen till att patienten vill ta medicinen med egen vilja. En annan studie om tvång genomförd i 10 olika europeiska länder visade att utav avskiljning, fastspänning och tvångsmedicinering var det vanligast med tvångsmedicinering. I studien framkom också att tvång fortfarande kunde påverka patienter tre månader efter händelsen något som medförde ett stort missnöje bland patienterna (McLaughlin, Giacco & Priebe, 2016).

Fastspänning

Fastspänning ska inte ses som det enda sättet att lugna en patient. Sjuksköterskan ska innan fastspänningen använda de-eskalering strategier som t.ex. som att muntligt förklara situationen, lyssna på patienten och verbal de-eskalering (att etablera verbal och visuell kontakt, använda korta meningar med tydligt innehåll, att tala med varm och lugnande röst, använda patientens namn, inte argumentera emot patientens uttalanden). Sjuksköterskan ska utföra fastspänning med en respektfull attityd och inte visa verbal eller fysisk aggressivitet. Personalen ska ha kunskap om sina uppgifter samt om hur fastspänning skall gå tillväga (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008). Fastspänning får inte användas i bestraffnings syfte. Fastspänning kan också vara frivillig. Det sker när patienten själv vill bli fastspänd, då de är rädda för att skada sig själva eller andra, det här ses då inte som en tvångsåtgärd (Gustavsson, 2010).

Fastspänning kan ses som kontroversiellt och det har uppkommit flera sidoeffekter samt oväntade dödsfall (Laursen, Jensen, Bolwig & Olsen, 2005). En studie av Berzlanovich, Schöpfer och Kiel (2012) visar att det har förekommit att fastspänning har lett till att patienter avlidit. I studien framkom att 22 patienters död berodde på fastspänningen och att 19 av dessa fall förekom på grund utav att de fasthållande restriktionerna inte tillämpats ordentligt.

Avskiljning

Avskiljning kan komma ifråga när en patients störande beteende leder till att det blir svårt att vårda andra patienter. Läkaren tar beslutet om avskiljning (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008). Avskiljning betyder att patienten blir isolerad från andra personer. Det behöver inte nödvändigtvis medföra att dörren är låst utan det kan innebära att patienten hindras från att lämna rummet (Gustavsson, 2010). Vårdpersonalen har dock skyldighet att ha tillsyn av patienten, det vill säga under avskiljning ska tjänstgörande sjuksköterska kontinuerligt kontrollera patienten. Patienten ska alltid ha möjlighet att kommunicera med vårdpersonalen. Patienter ska kunna känna trygghet, samt kunna få grundläggande behov tillfredsställda som till exempel att gå på toaletten. Avskiljning ska alltid ha en fastställd tidsgräns med återkommande avbrott och avslutas så snabbt som möjligt. Avskiljningen ska följas upp och fokusera vad som kan göras för att undvika ytterligare en avskiljning (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008).

Personalens roll vid avskiljning är att veta de riskfaktorer som finns som till exempel tecken på utmattning hos patienten. Att kunna de-eskalera en situation och lyssna på patienten och utföra detta på ett humant sätt och som svarar mot gällande kvalitetsstandards, är viktigt. Själva avskiljningsrummet skall inte ha några föremål som patienten kan skada sig själv med, dessutom ska ett visst rörelseutrymme finnas (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008).

Etik kring tvångsåtgärder

Etik handlar om att fortlöpande och systematisk reflektera kring vilka värden och handlingar som är rätta och goda. Inom det medicinska området har etiska principer om att göra gott och att inte skada gamla anor, däremot är respekt för patientens autonomi och integritet principer som tillkommit på senare tid. Psykiatrisk vård skiljer från de flesta områden inom vården, då det finns möjlighet att använda tvång, vilket leder till att patientens autonomi och integritet inte alltid kan respekteras (Ottosson, 2009).

Autonomi innebär att en individ har rätten att bestämma över sig själv utan att kontrolleras av andra, eller att möjligheten till självständiga beslut begränsas av att individen inte förstår situationen eller omständigheterna. Respekt för en individs autonomi betyder att bekräfta individens rätt till sina egna åsikter, att ta egna beslut och att agera i enlighet med personliga värderingar och övertygelser (Beauchamp & Childress, 2009). När en individs möjlighet till autonomi kan ses som något som kan förändras, anses integritet som något absolut och oföränderligt. Integritet handlar om individens rätt till frihet på ett mer djupgående plan, och rör den personliga sfären och respekt för individualitet och karaktär. Den personliga integriteten kan kränkas genom bland annat våld, tortyr, tvång, förnedring, indoktrinering och hjärntvätt (Ottoosson, 2009).

Vårdens överordnade mål är att patienten ska återfå eller uppnå hälsa och inom vården ska det finnas ett synsätt och ett fokus som riktas mot patienten. Att ha ett patientperspektiv handlar dock inte bara om att ha fokus på patienten. Det innebär även att patienten ses som den som vet bäst när det gäller sig själv och besitter en expertkunskap som vårdpersonalen bara har allmängiltiga kunskaper om. Utöver det ställer patientperspektivet etiska krav på vårdpersonalen att i alla lägen ge bästa möjliga vård till patienten och möta varje etiskt krav som dyker upp (Dahlberg & Segesten, 2010)

Sjuksköterskans förhållningssätt ska präglas av ett etiskt förhållningssätt, det vill säga att sjuksköterskan utför omvårdnaden med respekt för mänskliga rättigheter, hänsyn till personens värderingar, vanor, tro, respekt för självbestämmande, integritet samt värdighet. Sjuksköterskan ska arbeta för en etisk organisationskultur där man reflekterar om beslut och metoder är etiskt korrekta och om det leder till god vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Inom psykiatrisk vård uppstår ofta etiska dilemman där respekten för en individs autonomi krockar med principerna att göra gott och att inte skada. Tvång anses som ett nödvändigt medel för att hjälpa individen att uppnå bättre psykisk hälsa när individen i fråga har en störd verklighetsuppfattning, och därför kan ha svårt att fatta beslut om behandling som anses nödvändig (Ottoosson & Ottoosson, 2007). Detta stödjer syftet med Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 1991:1128), där man vill att individen ska frivilligt kunna medverka till nödvändig vård och behandling. Giaccio och Priebe (2013) menar att etiska problem kan uppkomma när det finns en konflikt mellan livs- och hälsovärden som krockar med frihet, trygghet och respekt. I Swartz, Swanson och Hannons (2003) artikel om patienter

som blivit tvångsvårdade, framkommer det att patienter med lång erfarenhet av tvångsvård uttryckte en motvilja att söka hjälp hos sjukvården på grund av rädsla för tvång.

Lidande

Eriksson (2015) förklarar att lidande är något som kan upplevas på olika sätt och väldigt individuellt. Lidande kan vara att ”kämpa”, ”utstå” eller ”försonas”. Det är något negativt och ont som individen måste leva med eller något personen utsätts för. Kontradiktoriskt nog har utvecklingen inom vården ibland lett till att skapa lidande hos patienten. Lidandet kan vara ett sjukdomslidande, vårdlidande eller ett livslidande (Eriksson, 2015).

Sjukdomslidande

Sjukdomslidande handlar om hur patienten upplever och ser på sin sjukdom eller behandling som något som kan orsaka lidande. Det behöver inte vara en fysisk smärta som orsakar lidande utan det kan handla om något själsligt eller andligt. Det andliga och själsliga lidandet är oftast kopplat till skam, förnedring och skuld. Patienten kan uppleva dessa känslor i relation till sjukdomen men också till behandlingen. Grunden för dessa känslor framkommer oftast från fördömande attityder från vårdpersonal men också från sociala sammanhang och ibland kan patienterna tycka att hela sjukhusystemet kan ha orsakat upplevelser av skam och förnedring. Då övergår lidandet till ett vårdlidande (Eriksson, 2015).

Vårdlidande

Vårdlidande upplevs i relation till en vårdsituation. Lidande är inte ett symptom man kan bota utan ett tecken på att vården som ges inte är tillräcklig. Lidandet kan vara ensamhet, bekymmer, osäkerhet, väntan men framförallt rädsla. Vårdlidande kan delas in i ytterligare några kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömlse och straff, maktutövning och utebliven vård (Eriksson, 2015).

Kränkning av patientens värdighet är den kategori som alla andra kategorier kommer tillbaka till. Vid en kränkning av en annan persons värdighet fråntas patienten sin möjlighet och rätt till att vara en människa, vilket påverkar patientens innersta hälsoresurs. Kränkningen kan orsakas genom nonchalans, vilket tilltal vårdpersonalen har till patienten, slarv vid vårdåtgärder, beröring av intima zoner men också att personliga frågor ställs. Det är viktigt att veta och respektera varandras värdighet och att värdighet är något som upplevs olika och

att denna skillnad uppmärksammas mellan personer och att vården anpassas därefter (Eriksson, 2015).

Fördömelse och straff handlar om att vårdpersonalen har en uppfattning om att deras uppgift är att se vad som är rätt och fel när det kommer till patientens vård, att vårdpersonalen har ett ansvar att ta beslut med patienten i åtanke men att det inte alltid sker och att det är viktigt att vårdpersonalen ger patienten en frihet att säga vad han/hon vill, en frihet att välja själv (Eriksson,2015).

Att utöva makt är att ta någons frihet, att tvinga patienten att göra något som han/hon i vanliga fall inte skulle ha valt, det vill säga att gå emot patientens vilja. Denna maktutövning kan komma i form av att inte ta patienten på allvar, att frånta patienten sina rättigheter, ta bort självbestämmandet, att hålla fast på rådande rutiner eller att som vårdare inte kunna eller vara villig att sätta sig in i patientens tankesätt (Eriksson, 2015). Maktutövande kan vara någonting vårdpersonalen gör medvetet men kan ibland också vara omedvetna handlingar. Omedvetet maktutövandet kan bero på bristande reflektion eller bristande kunskap (Eriksson, 2015).

Enligt Eriksson (2015) är vården präglad av reduktionistiskt och sjukdomscentrerat synsätt. För att undvika vårdlidande ska man ta ansvar, ge tid och kärlek för varandra.

Livslidande

Livslidande är något som berör patienternas hela liv, tillvaro och situation. Det kan vara allt från hur sjukdomen har ändrat deras livsvärld från tidigare, en begränsad tillgång till världen, ett fråntagande av något i patientens liv eller att det har blivit ett hot mot dem själva. Exempel på livslidande kan vara att patienterna inte blir hörda, sedda eller förstådda och kan således få individen att känna kärlekslöshet, identitetslös, hopplöshet, rädsla, förtvivlan (Eriksson, 2015). Livslidande kan också uppstå när en individs kropp och dess funktioner hindrar personen ifrån vad han/hon vill göra. Livslidande kan upplevas olika beroende på var i livet en individ är och på så sätt kommer olika individens reaktion vara olika i situationerna de hamnar i. Livslidande gör att en individs liv snabbt förändras vilket skapar en obalans i deras liv (Eriksson, 2015).

Omvårdnad vid tvångsvård

Johansson (2006) förklarar att det är svårt att utgå från patientens perspektiv vid tvångsvård. De som vårdas frivilligt inom den slutna psykiatriska vården kan också uppleva tvång. Tvång kan uppfattas på många olika sätt och patienternas upplevelser av tvång kan skilja mot vårdpersonalens uppfattningar. I en studie av Moran m.fl. (2009) fram kom att sjuksköterskorna upplevde ett känslomässigt lidande i samband med bältesläggning eller avskiljning av patienter. Rädsla, skuld känslor, ångest och oro var vanligt förekommande bland sjuksköterskorna. Vissa upplevde en konflikt då tvångsåtgärderna inte ansågs vara förenliga med att ge en god omvårdnad. För att kunna hantera dessa psykiskt påfrestande situationer lade sjuksköterskorna "locket" på och tryckte undan känslorna som uppstod, vilket påverkade både måendet och moralen i ett längre perspektiv. Som en reaktion på undantryckta känslor kunde sjuksköterskan dra sig tillbaka känslomässigt i mötet med patienten och därmed påverka relationen till patienten negativt och göra den mindre effektiv. I sin tur kunde detta generera mer aggression och våld hos patienten.

Omvårdnad är en essentiell del av den psykiatriska vården och har som mål att hjälpa varje individ att uppnå och bevara hälsa genom att utnyttja de egna resurserna. Med individen i centrum ligger fokus på autonomi, sekretess, respekt och att varje individ är unik, värdig och okränkbar (Ottosson, 2015). Att vårda genom att använda tvång är dock speciellt, då det sätter sjuksköterskan i en situation som kan upplevas omoralisk. Tvång i sig kränker individens integritet och tar tillfälligt bort möjligheten att bestämma över sig själv (Arlebrink, 2010).

Svensk sjuksköterskeförening (2017a) förklarar att omvårdnad är det område där den legitimerade sjuksköterskan ska ha en specifik kompetens. Det innebär att sjuksköterskan ska ha vetenskaplig kunskap men också kunna arbeta patientnära utifrån en humanistisk människosyn. Genom att vara respektfull, lyhörd, visa trovärdighet visa medkänsla, tillämpa lämplig information som är anpassat för individen kan man uppnå god omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). I en studie av Giaccio och Priebe (2013) framkom att 92% av patienterna inom psykiatrin inte fick vara med att ta beslut om sin egen behandling samt att deras rättigheter blivit kränkta men att 56 % av dessa personer ändå var nöjda med sin vård.

Det är sjuksköterskans ansvar att kunna utvärdera svagheter och styrkor i sin egen kompetens, fördjupa den kunskap som sjuksköterskan inte har samt att kritiskt kunna reflektera utan att det påverkar mötet med patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a)

Användningen av tvång inom psykiatrin anses av en del av vårdpersonalen vara en essentiell del av den psykiatriska omvårdnaden. Tvång kan ses som ett sätt att ta ansvar för både vårdpersonalens och patienternas säkerhet. Trots att det inte är en positiv upplevelse, innebär det inte att det är resultatet av ett misslyckande i interaktionen med patienten (Korkelia, Koivisto, Paavilainen & Kylmä, 2016).

Problemformulering

Vid tvångsåtgärder upplever viss vårdpersonal rädsla, osäkerhet och ångest medan andra tycker att det var en viktig del av vårdandet, för patienters och personalens säkerhet (Moran, m.fl., 2009; Korkelia, m.fl., 2016). Sjuksköterskan ska ha ett etiskt förhållningssätt och ska bemöta varje patient med respekt och hänsyn till värderingar, självbestämmande, integritet samt värdighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) står det att patienten ska ha rätt till självbestämmande och sin integritet, vilket innebär att tvångsvård enligt LPT (SFS 2018:798) gör att sjuksköterskan ger vård mot patientens vilja. På grund av denna risk ska användandet av tvång inom psykiatrin regleras av lagar och styrdokument för att kunna vägleda sjuksköterskor och annan personal i utförandet av tvångsvård och tvångsåtgärder. Lagarna är till för att bevara patienternas samt personalens säkerhet (LPT, SFS 2018:798). Trots lagarna har fastspänning lett till dödsfall (Berzlanovich, Schöpfer & Kiel, 2012). Under 2013 var det 12 000 individer som vårdades under tvång (Socialstyrelsen, 2014). Patientens upplevelser av tvångsåtgärder är viktiga för att sjuksköterskan och annan vårdpersonal ska få kunskap som kan leda till förbättringar av den vård som innefattar tvångsåtgärder inom psykiatrin. Sjuksköterskans har ett ansvar för att den omvårdnad som ges skall vara av god kvalitet och hjälpa patienten använda sina resurser för att uppnå hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b).

Syfte

Syftet var att belysa patienters upplevelser av tvångsåtgärder.

Metod

Design

För att fånga patienters subjektiva upplevelser gjordes en litteraturstudie med kvalitativ design, manifest innehållsanalys och med en induktiv ansats. Enligt Kristensson (2014) skapar kvalitativa studier en uppfattning om hur mätbar en verklighet är, där forskningen baseras på skattningar, mätningar eller tester. Kvalitativ forskning utgår ifrån ett holistiskt synsätt där varje individs tolkningar är unika. En litteraturstudie fokuserar deltagarnas perspektiv och görs för att det finns ett behov av att svara på en specifik fråga där tidigare forskningsresultat samlas in och sammanställs. En induktiv ansats utgår från att man samlar fakta för att skapa en teori eller hypotes.

Urvalsprocess och datainsamling

Inklusionskriterier

Utifrån syftet formulerades inklusionskriterier (Kristensson, 2014). För att inkluderas skulle

- Artiklarna vara ”peer-reviewed”
- Studierna vara etiskt granskade och godkända av etisk kommitté
- Artiklarna inte vara publicerade tidigare än 2009.
- Artiklarna vara publicerade på engelska.
- Deltagarna i studierna var i åldrarna 18–64 år gamla.

Sökstrategi

För att kunna identifiera lämplig litteratur är det viktigt att ha en genomtänkt sökstrategi. Det första steget är att identifiera vilka sökord som kan användas, möjliga sökvägar samt vilka avgränsningar som behöver göras. Valet av sökord styrs av litteraturstudiens syfte (Kristensson, 2014). Litteraturstudiens syfte styr också val av databaser samt vilken typ av litteratur som inkluderas (Kristensson, 2014). En databas är en forskningsbank där vetenskapliga artiklar och studier samlas och indexeras utifrån vissa nyckelbegrepp (Kristensson, 2014). Sökningen genomfördes i tre olika databaser: Pubmed, CINAHL och PsycARTICLES. Sökningen genomfördes strukturerat med användning av söktermer och nyckelbegrepp (Kristensson, 2014). I databaserna finns ämnesordslistor. Ämnesordslistornas namn kan skilja sig åt beroende på vilken databas man använder sig av. I dessa ämnesordslistor kan man sedan söka. I CINAHL heter det ”subject heading list”, i PubMed

kallas det för ” MeSH-termer” och i PsycARTICLES ” Thesaurus ”. Ämnesord är som nyckelord som tilldelas till alla artiklar i databasen och som ord som sammanfattar vad artikeln handlar om. Ämnesorden använder man för att söka med i ämnesordlistorna och hjälper till att göra sökningarna mer specifika. Det händer att nyckelbegreppen i uppsatsen inte går att söka som ämnesord och då får man använda fritextsökningar. Fritextsökning är en sökning som inte är bunden till några ämnesord. Vanligtvis innehåller en sökning strategi både fritextsökning och ämnesord. Söktermerna kan kombineras med Booleska sökoperatörer: AND, OR och NOT. AND för att kombinera sökord, OR för att söka på synonymer till ett visst sökord och NOT för att inte ha med något begrepp. Det bästa är att dokumentera varje sökning och att man gör en sökning för varje sökord och sedan kombinera sökorden stegvis (Kristensson, 2014). I sökningen användes både ämnesord specifika för databasen men också fritextsökningar som söktes individuellt och sedan kombinerades med Booleska sökoperatörer. Varje sökning dokumenterades noga för att sedan skapa en översikt. Översikten finns som bilaga 1, där man kan se specifikt vilka söktermer som söktes, om de var i fritext eller som ämnesord samt hur man kombinerade de olika söktermerna.

Till sist kan man göra avgränsningar i sökningen. Avgränsningarna kan handla om till exempel vilken åldersgrupp studien ska innefatta, vilket språk och vilken tidsperiod (Kristensson, 2014). De avgränsningar som användes i alla tre databaserna var att alla artiklar var skrivna på engelska, att artiklarna var ”peer- reviewed” samt att de var publicerade inom åren 2009–2018.

Relevans- och kvalitetsbedömning

Sökträffarna granskas i olika steg. I relevansbedömningens inledande steg läses träffarnas titlar för att bedöma om de är relevanta för studiens syfte. Därefter läses abstrakten för de artiklar som bedöms vara relevanta. Avslutningsvis läses potentiella artiklar i fulltext (Kristensson, 2014). Efter sökningen lästes 171 abstrakt varav 75 bedömdes fortsatt relevanta och därför lästes i fulltext. Artiklarna som bedömdes som icke-relevanta genom att de inte uppfyllde inklusionskriterierna sällades bort. Efter relevansbedömningen återstod 16 artiklar som gick vidare till en kvalitetsbedömning.

Kvalitetsbedömningen innebär en noggrann kritisk bedömning av artiklarnas kvalitet. Bedömningen görs utifrån en systematisk struktur med hjälp av speciella granskningsmallar. En granskningsmall är ett formulär med frågor som man kan utgå från där frågorna t.ex. har

ett poängsystem (Kristensson, 2014). Samtliga 16 artiklar kvalitetsbedömdes med hjälp av Forsberg & Wengströms (2008) mall för kvalitetsbedömning (bilaga 2). Varje fråga i mallen gav 1 poäng eller 0 poäng. Hög kvalitet motsvarade 23 poäng (80 %), medelhög 20 poäng (60%) och låg som motsvarade 17 poäng (60%). De artiklar som bedömdes med hög kvalitet inkluderas i studien. Alla 10 artiklar som togs med i studien var av hög kvalitet. Artiklarna presenteras utförligare i bilaga 3.

Analys

Polit och Beck (2017) skriver att litteraturstudien behöver hitta en analysmetod som strategiskt hjälper till att förstå informationen. Studien analyserades med inspiration av Graneheims och Lundmans (2017) analysmetod. Graneheim och Lundman (2017) förklarar att analysenheten ska vara stor nog för att kunna utgöra en helhet, men inte större än att analysprocessen kan hanteras.

Det första steget var läsa igenom datamatrealet flera gånger för att få en ökad förståelse för matrealet samt ge en inblick om datamatrealet är stort nog för att svara på syftet men också litet nog för att kunna analyseras hanterbart. Det andra steget handlar om att ta ut meningsenheter. Meningarna är det bärande och som hör ihop genom innehåll och sammanhang. Det är meningsenheterna som utgör grunden för analysen. Stora meningsenheter kan ha flera betydelser och då finns det en risk att något av innehållet förloras medan små matningsenheter kan leda till att resultatet blir splittrat (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2017). Alla tio artiklar genomlästes noga och meningsenheter som motsvarade studiens syfte markerades. Meningsenheterna överfördes sedan till ett word dokument där de blev översatta från engelska till svenska.

Under analysprocessen sker en abstraktion av meningsenheterna genom att meningsenheterna kondenseras. Kondensering är en process som kortar ned texten och göra den mer lätthanterlig. Samtidigt är den grundläggande meningen i innehållet fortfarande kvar. Efter det sätts en etikett, det vill säga en kod på vad som beskriver meningsenheternas innehåll. Det här gör det enklare för forskaren att reflektera över data (Lundman & Hällgren- Graneheim, 2017). Efter översättningen kondenserades meningsenheterna och därefter sattes en kod som sedan ledde till skapandet av underkategorier och kategorier. Exempel på analysförfarande kan ses i bilaga 4. Lundman och Hällgren- Graneheim (2017) förklarar att en kategori ska svara på frågan vad? Kategorier är uppbyggda av flera koder med liknande innehåll och en

kategori kan ha flera underkategorier för att göra en ytterligare abstraktion av innehållet. Data får inte försvinna mellan två kategorier eller höra hemma i flera kategorier. Ingen data som svarar mot syftet får uteslutas. Det här kan vara svårt om studien handlar om en persons upplevelser, då upplevelser kan vara så sammanflätade att de kan höra hemma i mer än en kategori. Koderna i studien skrevs på post-it lappar för att få en bättre översikt över materialet och fördes utifrån sitt liknande innehåll samman. Detta resulterade i två kategorier och sju underkategorier (figur 1.).

Vid analys enligt Graneheims och Lundmans (2003) analysmetod kan man gå vidare med underteman och teman. Detta har inte genomförts i den här studien.

Etiska överväganden

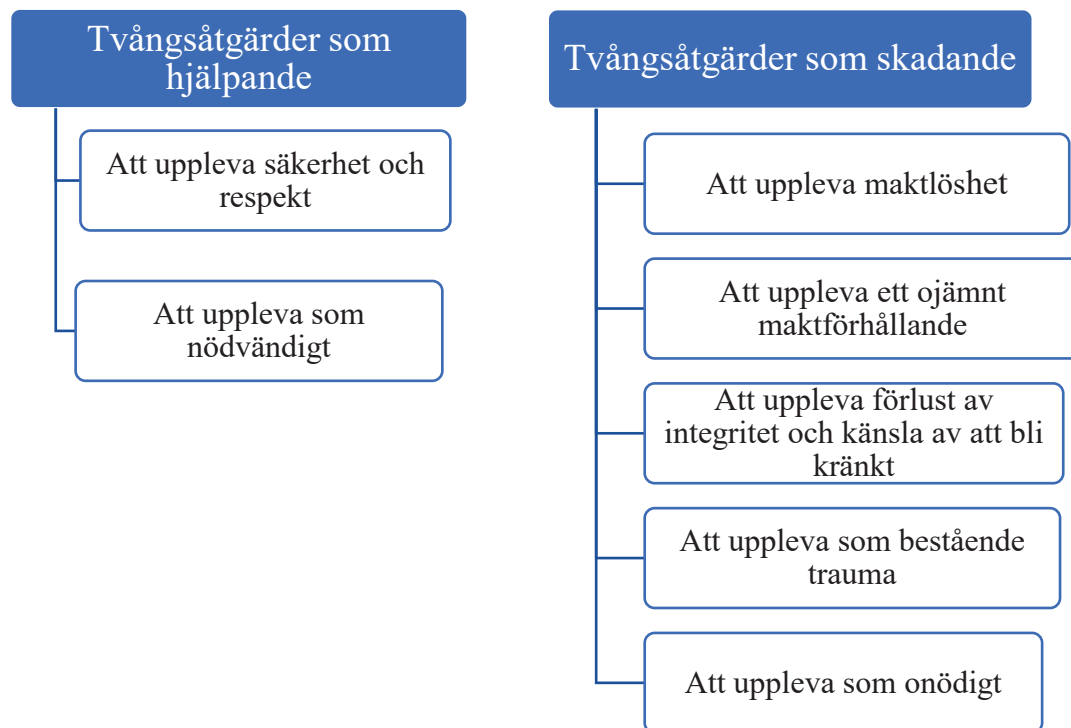
Enligt Polit och Beck (2017) är det viktigt att forskningen ska vara så objektiv som möjlig. Det finns en risk i studien att patienternas upplevelser misstolkats när meningsenheterna översatts från engelska till svenska. Studiens meningsenheter kontrollerades en extra gång av en annan person för att säkerställa att de översatts så textnära som möjligt.

Enligt World Medical Association (WMA) (2013) måste medicinsk forskning som har en sårbar/utsatt grupp svara mot hälsobehoven eller prioriteringarna i denna grupp det vill säga risk och nytta. Dessutom måste denna grupp kunna dra nytta av kunskapen eller interventionerna som kommer till följd av forskningen. Studiens sårbara grupp är patienterna då de har psykisk sjukdom, som ibland kan göra att de inte alltid kan ta rationella beslut. Studien riktar sig också mot de som utsatts för tvångsåtgärder, något som oftast sker mot patientens vilja. Studien gjordes för att kunna öka förståelsen av vad patienter upplever vid tvångsåtgärder inom psykiatri och därmed förbättra vården.

Autonomiprincipen handlar om att bevara en patients integritet och autonomi genom forskaren visar respekt för patienters självbestämmande det vill säga att patienterna gått med i studien frivilligt, fått information och gett sitt medgivande. Inte skada- principen handlar om att man ska följa de aktuella lagar och den sekretess som krävs vid datahantering samt konfidentialitet. Med det menas att man ska skydda patientens integritet och anonymitet (Kristensson, 2014). Alla artiklar i studien har kontrollerats noga för att säkerhetsställa att de har fått ett godkännande av en etisk kommitté vidare har alla deltagare gett sitt godkännande verbalt och skriftligt. Deltagarna i alla artiklar är anonyma.

Resultat

Patienter som upplevt tvångsåtgärder beskriver flera olika typer av upplevelser. I figur 1 presenteras en översikt av de kategorier och underkategorier som analysen resulterade i.



Figur 1. Kategorier och underkategorier.

Tvångsåtgärder som hjälpande

Kategorin består av två underkategorier: Att uppleva säkerhet och respekt samt Att uppleva som nödvändigt.

Att uppleva säkerhet och respekt

En del patienter upplevde att tvångsåtgärderna fick dem att känna sig säkra. Säkerheten kunde komma från personalens närvaro (Lanthén, Rask & Sunnqvist, 2015; Faschingbauer, Peden-McAlpine & Tempel, 2013; Ling, Cleverley & Perivolaris, 2015;). De förklarade att när personalen lade en hand på deras axel, arm eller att de visste att personalen fanns utanför dörren när de till exempel var fastspända kunde få dem att uppleva värme och säkerhet men också minska deras ångest (Lanthén m.fl., 2015; Ezeobebe m.fl., 2014). Tvångsåtgärden i sig kunde också upplevas som en trygghet. Patienterna förklarade då att tvångsåtgärderna hjälpte dem att lugna ner sig och stabilisera en redan eskalerad och besvärlig situation (Andreasson & Skärsäter, 2012). Tvångsåtgärderna kunde till exempel förhindra dem från sitt eget självskadande beteende och sina egna ”mörka tankar”. De menade att tvångsåtgärderna

gjorde att de fick chansen att lungna ner sig och ta tillbaka sin egen kontroll vilket i sig gjorde att de upplevde tvångsåtgärderna som en säkerhet som skyddade dem (Lanthén m.fl., 2015; Ezeobebe m.fl., 2014). Säkerheten kunde också ligga i att de blev separerade från avdelningen, att få komma ifrån en konflikt som uppkommit mellan dem och personal eller andra patienter (Ling m.fl., 2015).

Upplevelsen av att känna att de blev respekterade kunde också framkomma ur personalens förhållningssätt. Patienterna förklarade att om personalen var lugn, mjuk och hade en välbalanserad attityd samt agerade på ett stabilt sätt ökade patientens känsla av att bli respekterad. Patienterna kunde också uppleva att även om de var fastspända eller avskilda kunde de fortfarande känna sig respekterade under hela tvångsåtgärdsprocessen. Att uppleva sig respekterad hörde samman med att patienterna kände sig säkra och menade att det hörde ihop med att de fick rätt information om till exempel varför tvångsåtgärden skulle användas. Det kunde handla om eget osäkert beteende gentemot sig själva eller andra, eller att de fick en tidsplan och därmed fick veta hur länge de skulle vara fastspända. Det kunde också handla, om information om medicineringens verkan och om att få information om varje steg i tvångsprocessen (Faschingbauer m.fl. 2013; Lanthén m.fl., 2015; Andreasson & Skärsäter, 2012;).

Att uppleva som nödvändigt

Tvångsåtgärderna kunde upplevas av patienterna som en väsentlig del i deras behandling. De menade att tvångsåtgärderna var hjälpande och meningsfulla (Lanthén m.fl., 2015).

Patienterna förklarade att när de bevittnat eller varit med om tvångsåtgärder stärktes upplevelsen av att tvångsåtgärder var nödvändigt då det användes som en sista utväg när alla andra alternativ uttömts. Tvångsåtgärder upplevdes som nödvändigt då det uppfyllde ett syfte om att garantera inte bara deras men också andras välbefinnande. (Wilson, Rouse, Rae & Ray, 2017; Lanthén m.fl. 2015).

Tvångsåtgärder som skadande

Kategorin består av fem underkategorier: Att uppleva maktlöshet, Att uppleva ett ojämnt maktförhållande, Att uppleva förlust av integritet och känsla av att bli kränkt, Att uppleva som bestående trauma och Att uppleva som onödigt.

Att uppleva maktlöshet

En del patienter upplevde att de var maktlösa. De beskrev då hur tvångsåtgärder fick dem att känna sig exkluderade och utsatta. De beskrev fastspänning som en "sårbar exponering" och att tvångsåtgärder var en "stressande och ångestframkallande situation". Det här fick dem att uppleva maktlöshet men också hopplöshet (Norvoll & Pedersen, 2016; Lanthén m.fl., 2015).

Maktlösheten kunde också upplevas vid ovisshet. Patienterna förklarade att de inte visste när nästa tvångsåtgärd skulle hända vilket ledde till att de kände sig maktlösa men också rädda då de kände att de inte kunde påverka vad som hände runt omkring dem (Norvoll & Pedersen, 2016; Kintio m.fl., 2010; Lanthén m.fl., 2015). Ett exempel på sådan maktlöshet kunde vara att inte veta när nästa påtvingade injektion skulle ges och att patienterna visste att de inte kunde göra något för att förhindra eller stoppa injektionen (Norvoll & Pedersen, 2016).

Patienterna förklarade att under tvångsåtgärderna kunde de förlora tidsuppfattningen. Att de blev fastspända så länge att de inte längre visste vad klockan var orsakade ångest och rädsla men framförallt en känsla av maktlöshet (Ling m.fl., 2015; Lanthén m.fl., 2015).

Patienterna upplevde att maktlösheten också kunde komma från känslan av att bli ignorerad. Patienterna menade att de inte kände sig hörda och att personalen inte lyssnade på dem vilket ledde till att de inte kunde påverka vad som hände runt omkring dem. De beskrev personalen som opersonlig och att under fastspänningen yttrade personalen inte ord och agerade fullständigt utifrån rutin och om något sades från personalen var det i en negativ och anklagande ton (Ejneborn- Looi, Engström & Sävenstedt, 2015; Lanthén m.fl., 2015). Det här ledde till att patienterna upplevde att de inte blev hörda eller betrodda och personalen blev "skurkarna" de inte kunde närma sig och prata med efter eller under en tvångsåtgärd, vilket i sig ökade känslan av maktlöshet (Wilson m.fl., 2017). Det här kunde leda till att patienterna inte längre ville visa vad de kände. Patienterna menade att personalen använde tvångsåtgärder för att "rensa området" på starka känslor eller "udda" beteende. Patienterna förklarade att de kunde hamna i en tvångscykel där tvångsåtgärderna påverkade dem så negativt att deras beteende efter en tvångsåtgärd ledde till ytterligare tvångsåtgärder (Norvoll & Pedersen, 2016).

Patienterna förklarade vidare att de kunde känna sig maktlösa när personalen utövade sin makt över dem. Ett exempel på sådan maktutövning och upplevelsen av maktlöshet hur var när patienterna blev dragna på knäna av flera i personalstyrkan till sovrummet för att hållas

ner på golvet och få tvångsmedicinering medan sjuksköterskan skrek åt dem. De menade att bli behandlad på sådant sätt fick de att känna sig maktlösa då de inte kunde försvara sig (Wilson m.fl., 2017; Ezeobebe m.fl., 2014).

Att uppleva ett ojämnt maktförhållande

Patienterna upplevde att det fanns ett ojämnt maktförhållande där tvångsåtgärderna kunde användas som ett straff för att visa vem som bestämde. Patienterna menade att personalen skulle visa vem som bestämde genom att använda tvångsåtgärderna som ett hot när patienterna inte följde regler (Wilson m.fl., 2017; Ezeobebe m.fl., 2014). Patienterna fortsatte med att förklara hur de kände djup ilska mot dem som hade gjort ett sådant straffande ingripande. Många patienter upplevde att tvångsåtgärderna då förvärrade deras problem snarare än att det hjälpte dem, att de gjorde mer skada än nytta. (Ezeobebe m.fl., 2014; Sibitz m.fl., 2011). Detta stärkte känslan om att tvångsåtgärder inte användes som en sista utväg då mer kommunikation kunde ha förhindrat en tvångsåtgärd (Andreasson & Skärsäter, 2012; Wilson m.fl., 2017).

En del patienter beskrev också att tvångsåtgärder som fastspänning och avskiljning pågick längre än vad de behövde. Patienterna upplevde att de blev kvar i tvångsåtgärder onödigt länge efter att de redan lugnat ner sig och varit samarbetsvillig (Faschingbauer m.fl. 2013).

Patienter beskrev att de upplevde det som att det fanns de i personalen som ville ha en rättfärdigad anledning till att använda tvångsåtgärder genom att provocera, framkalla och uppmåna, frustrationer, ilska och eskalerande beteende från dem (Ling m.fl., 2015; Ejneborn-Looi m.fl. 2015; Ezeobebe m.fl., 2014). Det här fick patienterna att uppleva en förlust av förtroende till personalen och en ökning av negativa känslor som ilska, sorg och förbittring (Ling m.fl., 2015). Patienterna förklarade att tvångsmedicinering, fastspänning och avskiljning var metoder som sällan hjälpte. Tvångsåtgärderna upplevdes som att det var mer inriktat på kontroll och övervakning än att det var en metod som skulle hjälpa dem (Ejneborn-Looi m.fl. 2015; Norvoll & Pedersen, 2016).

Att uppleva förlust av integritet och känsla av att bli kränkt

Patienter förklarade att tvångsåtgärderna de varit med om hade djup påverkan på deras personliga integritet och att hela upplevelsen var som tortyr (Norvoll & Pedersen, 2016).

Patienterna upplevde att under tvångsåtgärderna kunde personalen kränka patienternas integritet genom att personalen pratat om dem på ett negativt sätt, skrattat, hånat och gjort narr av patienterna medan de till exempel var fastspända (Ezeobebe m.fl., 2014; Lanthén m.fl., 2015; Faschingbauer m.fl. 2013). Det här ledde till att patienterna upplevde att deras integritet blev kränkt då personalen förnedrade dem (Ezeobebe m.fl., 2014; Kintio m.fl., 2010; Sibitz m.fl., 2011). Patienterna förklarade också att de upplevde att de blivit fråntagna delar av sin integritet när deras behov inte blev mötta. Patienterna förklarade vidare att de kunde vara fastspända eller avskilda i långa perioder och blev då nekade att tillgodose grundläggande behov som att till exempel tvätta sig, göra toalettbesök, att äta eller dricka (Kintio m.fl., 2010).

Patienterna upplevde att deras rättigheter hade blivit kränkta. Patienterna menade att det tvång som uppstod som var svårast och mest kränkande att stå ut med var situationer där patienterna frivilligt hade sökt vård för att få hjälp och fortfarande var tvungna att stå ut med olika tvångsåtgärder (Ejneborn- Looi m.fl. 2015; Ezeobebe m.fl., 2014). Andra patienter menade att de upplevde att deras rättigheter blivit kränkta då de blivit påtvingade oönskade mediciner och i vissa fall kunde deras sjukdom och behovet av vård göra det svårt att avvika. Patienter beskrev hur bristande följsamhet till medicinering kunde leda till fastspänning (Wilson m.fl., 2017; Norvoll & Pedersen, 2016).

Att uppleva som bestående trauma

Det fanns patienter som upplevde tvångsåtgärderna som ett trauma. Patienterna förklarade att de försökt göra allt för att komma bort från tvångsåtgärderna genom att ”kämpa för sina liv”. Dessa patienter upplevde att tvångsåtgärderna lämnat ett märke efter sig, ett märke som alltid skulle finnas kvar. (Ejneborn- Looi m.fl. 2015; Wilson m.fl., 2017; Lanthén m.fl., 2015).

Patienter kunde också uppleva tvångsåtgärderna så traumatiska att de hade svårt att ta in vad som hade hänt dem. De beskrev en överklighetskänsla och att upplevelsen av tvångsåtgärderna inte kunde ha hänt, att tanken var för annorlunda och absurd. Patienterna förklarade att det kändes som att de höll på att splittras eller att ”plötsligt upplösas” då de började förstå realiteten av att de gått igenom något så skrämmande som tvångsåtgärder (Lanthén m.fl., 2015).

Patienter upplevde rädsla efter en tvångsåtgärd, en rädsla så starkt negativ att de beskrev det som den “värsta rädslan de någonsin upplevt”. Patienterna förklarade att rädslan inte bara var något de upplevde i ögonblicket när de var med om tvångsåtgärden utan en rädsla som stannade kvar efter och lämnade en upplevelse av “skräck kultur” på avdelningen om att det skulle kunna hända igen. Rädslan stannade kvar under hela vårdprocessen (Wilson m.fl., 2017; Lanthén m.fl., 2015; Faschingbauer m.fl. 2013).

Många patienter menade att upplevelsen av tvångsåtgärder stannade kvar hos dem långt efter att åtgärden och vården avslutats. Patienterna menade att de upplevde tvångsåtgärderna dagligen, att det var något som stannade med dem i deras tankar men också mardrömmar långt efter att tvångsåtgärden var avslutad och att bara tänka tillbaka på tvångsåtgärden kunde leda till oro. En patient beskrev att hon nu blivit psykolog och att det hade varit 20 år sedan fastspänningen men om patienten fick syn på en fastspännings säng kom fortfarande ångesten tillbaka (Norvoll & Pedersen, 2016).

Att uppleva som onödigt

Många patienter upplevde att tvångsåtgärder var något som kunde ha undvikits eller förebyggts. De beskrev det som en “onödig ondska” och att tvångsåtgärderna var en överanvänd metod (Lanthén, Rask & Sunnqvist, 2015; Wilson m.fl., 2017). Patienterna beskrev att de upplevde att tvångsåtgärderna kunde ha förebyggts om de hade haft en chans till öppen kommunikation där personalen hade tagit sig tid och haft en konversation. Patienterna menade att om de fått prata skulle det ha fått dem att lugna ner sig snabbare istället för att bli utsatt för en tvångsåtgärd som gjorde att deras beteende istället eskalerade (Wilson m.fl., 2017; Lanthén m.fl., 2015; Ezeobebe m.fl., 2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Studien använde sig av kvalitativ forskning då syftet var att belysa patienters upplevelser. Kvalitativ forskning har upplevelser, beskrivningar och uppfattningar i sitt centrum. Upplevelser är något som inte kan standardiseras eller beräknas utan något unikt för varje individ. En studie måste vara transparent och överförbar det vill säga att en annan forskare

ska kunna se på arbetsprocessen och genom att göra samma sökningar återskapa arbetet. Det här kan vara svårt då individer kan tolka material olika (Kristensson, 2014).

Den här studien hade inledningsvis inklusionskriterier med artiklar publicerade senaste tio åren, men detta utökades till tolv år, då sökningar med begränsning på 10 år inte gav tillräckligt med artiklar för ett resultat. Enligt Polit och Beck (2017) ska en studies design ha en viss flexibilitet. Till exempel kan det vara möjligt att justera studiens inklusionskriterier eller vid behov formulera exklusionskriterier.

I början fanns funderingar om att enbart använda artiklar från Sverige eftersom vårdens organisation och användning av tvångsåtgärder kan antas se olika ut i olika länder. Dock fanns inte tillräckligt med material för detta. Att ha med artiklar från olika länder är en styrka då det ger en bredare och mer övergripande bild av vad patienter upplever. Studien inkluderar artiklar från olika länder. Kristensson (2014) förklarar att med ett varierat, djupt och omfångsrikt urval i materialet ökar tillförlitligheten. Det är viktigt att ha i åtanke att lagstiftningar kan skiljas sig åt mellan olika länder och att det kan påverka hur en patient upplever tvångsåtgärderna. Tvångsåtgärder kan ses på olika sätt i olika kulturer, vilket kan medföra att utförande, men också upplevelserna kan vara på olika annat sätt. Upplevelserna som framkom i den här studiens resultat kan fortfarande vara överförbara till andra kontexter där tvång förekommer. Resultaten i de inkluderade artiklarna kommer från studier genomförda i västvärlden, vilket är en svaghet då det ger en bild som kanske bara berör den delen av världen. Trots det valdes inga artiklar bara för att de kom från en vis del av världen. Artiklar uteslöts när de inte uppfyllde kraven från kvalitetsbedömningen. Forsberg och Wengström (2016) menar att sjukvården har ett behov av att anpassas av olika kulturer, vilket talar för värdet en bredare beskrivning av upplevelser av tvångsåtgärder från patienternas perspektiv.

Studien använde sig av vetenskapliga originalartiklar för att besvara studiens syfte. Enligt Segersten (2017) är fördelen med vetenskapliga originalartiklar att de redovisat ny kunskap som inte ytterligare analyserats av andra. Det här stärks av Polit och Beck (2017) som benämner originalartiklar som primära källor. De menar att trovärdigheten stärks om det som används är primära källor, det vill säga artiklar som har skrivits utav samma personer som utfört studien, då sekundära källor oftast har tolkats utav andra. Den här studiens resultat baseras endast på primära källor. Artiklarna i studiernas resultat har gjort en tolkning på

patienters berättelser. Det i sig kan medföra en risk för feltolkningar av vad patienten ursprungligen menade då det är ett steg ifrån förstahandskällan. Segersten (2017) förklarar att patografier är viktiga källor för kunskap där individer lägger fram sin upplevelse och tolkningar på tex sjukdom. Patografier är en förstahandskälla som inte har krav på objektivitet eller ett mått på "sanning" utan är en uppfattning av en situation som individen omformar i sitt eget huvud. Studien använde inte patografier även om det hade varit en förstahandskälla om vad individen upplevt om tvång. Det här för att en individ oftast inte skriver en hel bok enbart om tvångsåtgärder inom psykiatrin, utan att det även kommer att handla om bakomliggande tillstånd som till exempel sjukdom. Användning av patografi som datamaterial hade troligen givit ett smalare resultat med ett fåtal personer upplevelser, men kanske hade givit utrymme för mer djup och tolkning.

Artiklarna i den här studien var publicerade på engelska, vilket inte är inte är författarens modersmål. För att minska risken att patienternas upplevelser skulle misstolkas, försvinna, översättas fel eller att resultatet skulle bli omedvetet vinklat eller tolkat på ett visst sätt kontrollerades meningsenheterna genom att de lästes igenom flera gånger och översättningarna från engelska till svenska kontrollerades noggrant. Även om detta gjordes noggrant finns det alltid en viss risk för att texten kan tolkas på annat sätt. Enligt Polit och Beck (2017) ska en studie vara objektiv och textnära.

I studien användes Cinahl, PubMed och PsycARTICLES. Innan de specifika sökningarna gjordes kontaktades en bibliotekarie. Bibliotekarien som var utbildad och erfaren med att söka i databaserna och hjälpte till genom att visa hur databaserna fungerade. Efter denna träff gjordes sökningarna på egen hand då författaren visste mer hur om sökningsmetoder och databaserna. Polit och Beck (2017) skriver att sökningar i flera databaser kan öka trovärdigheten i arbetet, men att författaren då också behöver bli bekant med dessa databaser innan studien påbörjas.

Resultatdiskussion

Resultatet är uppbyggt av två kategorier, Tvångsåtgärder som hjälpande och Tvångsvård som skadande. Under kategorierna fanns totalt sju underkategorier, Uppleva som säkerhet och respekt, Uppleva som nödvändigt, Uppleva maktlöshet, Uppleva ojämnt maktförhållande, Uppleva förlust av integritet och känsla av att bli kränkt, Uppleva som bestående trauma samt uppleva som onödigt. Dessa för att besvara studiens syfte att belysa patienters upplevelser av

tvångsåtgärder men också för att öka förståelsen kring ämnet som sjuksköterskan kan ta med i sitt bemötande.

Tvångsåtgärder som hjälpande

Vissa patienter såg tvångsåtgärder som en säkerhet och upplevde att de fick den hjälp de behövde och att det var en väsentlig del i deras behandling.

Kategorin visade att vissa patienter kunde tycka att tvångsåtgärderna var nödvändiga, att det var en väsentlig del i deras behandling. Korkelia m.fl. (2016) stärker resultatet genom att säga att tvång är essentiell i psykiatri. De menar att tvångsåtgärder är till för säkerhet för både personal och patienter. LPT (SFS 1991:1128) förklarar att ett kriterium för tvångsåtgärder är att patienten utgör skada för sig själv, andra patienter eller vårdpersonal. Ottosson och Ottosson (2007) framhåller att tvång är ett medel som är nödvändigt för att patienten ska kunna uppnå bättre psykisk hälsa när patienten har en störd verklighetsuppfattning och att på grund av det själv ha svårt att besluta om vilken behandling som anses nödvändig. Giaccio och Priebe (2013) menar att målet med tvångsåtgärder är att göra så att individen själv kan se att tvång var nödvändigt och senare kunna medverka i nödvändig vård. De förklarar dock att det här ofta kan komma i konflikt med etiska problem mellan livs- och hälso värden som då krockar med trygghet, respekt och frihet.

I kategorin framkom det att patienter upplevde en säkerhet under tvångsåtgärderna. Enligt Eriksson (2015) ska man undvika lidande genom att man tar ansvar, ger tid och har kärlek för varandra. LPT (SFS 1991:1128), HSL (2017:30), Svensk Sjuksköterskeförening (2017a) och Psykiatriskt forskningscentrum (2008) har alla riktlinjer för hur tvångsåtgärder och bemötande ska gå till. I resultatet framkom att det fanns sjuksköterskor som följde dessa riktlinjer på ett professionellt sätt. Det kunde handla om ett bra bemötande där man respekterade patientens behov samt gav information. Johansson, Skärsäter och Danielsson (2009) förklarar att sjukvården kan fungera som ett skyddsnät där patienter får stöd av respektfull personal, vilket kan leda till ett minskat lidande hos patienterna. Gault, Gallagher och Chambers (2013) stärker det här ytterligare med att om personalen bemöter patienter på ett respektfullt och värdigt sätt ökar tilliten till vården

Tvångsåtgärder som skadande

I resultatet framkom det att tvångsåtgärder upplevdes som skadande och att de berörde patienten inte bara vid tillfället utan också långt efteråt.

I denna kategori framkom att patienter upplevde maktlöshet. De kände sig utsatta och exponerade. Patienterna upplevde maktlöshet när de blev ignorerade av personal eller när de upplevde att de inte blev hörda samt att de levde i ovisshet då de inte fick någon information. Lidande är inte ett symptom man kan bota utan ett tecken på att vården som ges inte är tillräcklig. Lidande kan komma från osäkerhet och väntan (Eriksson, 2015) Brophy m.fl. (2016) förklarar att patienter är sårbara när de utsätts för tvång och att det kan leda till att patienten kan uppleva maktlöshet. Det här går mot det LPT (SFS 1991:1128), HSL (2017:30) och Psykiatriskt forskningscentrum (2008) menar att varje patient ska få individanpassad information om till exempel sina behandlingar, framtida vård samt hur läkemedel kan påverka dem. Psykiatriskt forskningscentrum (2008) fortsätter med att förklara att personal måste vara på plats under en hel fastspänning och under en avskiljning ska sjuksköterskan kontinuerligt kontrollera patienten. Patienten har rätt till information om vården patienten får, men också om den vård patienten kommer att få i framtiden. Patienten har också rätt att få information om kommande behandlingar, samt information om hur de läkemedel patienten får kan påverka kroppen (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008). Svensk sjuksköterskeförening (2017a) uttrycker ytterligare vikten av information. De råder i sin kompetensbeskrivning, sjuksköterskor att ge information till sina patienter och säkerhetsställa att patienterna har tagit till sig informationen. Resultatet visar att det fanns de sjuksköterskor som går emot sin egen kompetensbeskrivning och de lagar som ska reglera deras yrke.

Ett ojämnt maktförhållande var en annan del som framkom inom denna kategori, där patienter upplevde att personalen utnyttjade sin makt och använde tvångsåtgärderna som straff och som ett hot. Eriksson (2015) förklarar att om personal använder fördömelse och straff handlar det om att de får en uppgift av att se vad som är rätt och vad som är fel. Att utnyttja denna makt då det kan leda till ett vårdlidande. Gustavsson (2010) stärker resultatet med att förklara att tvångsåtgärder inte får användas i bestraffningssyfte. Gault, Gallagher och Chambers (2013) fortsätter med att förklara att om personalen bemöter patienterna på ett dåligt sätt kommer tilliten till vården att minskas. Johansson, Skärsäter och Danielsson (2009) stärker med att förklara att tilliten till vården minskades då det fanns personal som övertalat men också hotat patienter till att acceptera sin tvångssjukvård. LPT (SFS 2018:798) säger att

man endast ska genomföra tvångsåtgärder om patienten inte är kapabel till att medverka till vård trots att patienten fått individanpassad information och att tvångsåtgärder endast får ske om patienten försvårar vården för de andra patienter genom att vara aggressiva eller har ett störande beteende.

Vidare visade det sig också att tvångsåtgärder, när dessa upplevdes som skadande, kunde leda till en förlust av integritet och känsla av att bli kränkt. Eriksson (2015) förklarar att ett sjukdomslidande inte behöver vara fysisk smärta utan det kan handla om skam, förnedring och skuld. Patienten kan uppleva dessa känslor i relation till sjukdomen men också till behandlingen. Grunden för dessa känslor framkommer oftast från fördömande attityder från vårdpersonal men också från sociala sammanhang och ibland kan patienterna tycka att hela sjukhusystemet kan ha orsakat upplevelser av skam och förnedring. Då övergår lidandet till ett vårdlidande. Eriksson (2015) fortsätter med att förklara att vid en kränkning så fräntas patienten en möjlighet att vara människa vilket kan vara något som djupt påverkar personen. Kränkning kan komma från personalens sätt att behandla men också deras tilltal till patienten. Resultatet visade också att denna förlust av integritet kunde upplevas som tortyr där personalen kunde förnedra dem och neka tillgång till deras grundläggande behov. Det går emot det Psykiatrisk forskningscentrum (2008) menar att det alltid ska finnas någon personal att kommunicera med, att personalen har en skyldighet att kontrollera patienten och att han/hon ska ha rätt att få utföra sina grundläggande behov. Ottosson (2009) skriver att tortyr, våld och förnedring kränker patientens integritet. Författaren fortsätter med att säga att man ska respektera en patients autonomi och integritet men att det kan vara svårt och att det oftast kommer i kläm vid tvångsåtgärder. Det här stärks ytterligare av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, SFS 2018:798) som reglerar både tvångsintagning och användningen av tvångsåtgärder, vilket kan förekomma på bekostnad av patientens autonomi och värdighet, då vården sker mot patientens vilja. Arlebrink (2010) förklarar dock att vårda genom att använda tvång är speciellt, då det sätter sjuksköterskan i en situation som kan upplevas omoralisk. Det vill säga att tvångsåtgärder i sig kränker individens integritet och tar tillfälligt bort möjligheten att bestämma över sig själv. Eriksson (2015) betonar vikten av att man respekterar varandra och att alla upplever behandlingar olika och då är det viktigt att vården anpassas därefter.

Kategorin visade även att patienter upplevde tvångsåtgärder som ett trauma, något som skulle följa med dem i framtiden och kunde lämna ett märke som aldrig skulle försvinna. Trauma

eller upprepade händelser kan leda till ett livslidande. Livslidande berör hela patientens liv och tillvaro som kan komma från en händelse som ändrats deras livsvärld än var den var tidigare. Livslidande medför stora förändringar i patientens liv som rädsla, ångest, känslan av att ge upp och förtvivlan. En persons liv kan förändras snabbt och leda till att en plötslig obalans av deras liv (Eriksson, 2015). Det här stärks ytterligare av Brophy m.fl. (2016) som förklarar att tvångsåtgärder kan leda till ett trauma eller att det får patienten att återuppleva ett tidigare trauma. McLaughlin m.fl. (2016) tar upp att tvångsåtgärder fortfarande kan påverka en patient efter att tvångsåtgärderna är avslutade något som medförde ett stort missnöje bland patienterna. Swartz m.fl. (2003) fortsätter med att förklara att rädslan som framkommer från tvångsåtgärder kan leda till att patienterna slutar söka vård och menar att kunskapen om vad en patient har för erfarenhet men också vad han/hon kan ha upplevt i samband med tvångsåtgärder är viktig då det kan påverka deras syn på vården.

Det framkom i denna kategori också att det fanns de patienter som upplevde att tvångsåtgärderna var onödiga, att det var en överanvänd metod som kunde förebyggas. Korkelia m.fl. (2016) förklarar att även om tvång är nödvändigt behöver detta inte innebära en positiv upplevelse och att detta istället kan resultera i en dålig inverkan på patienten. Tvångsåtgärder får inte användas i större omfattning än vad som är absolut nödvändigt, då det ska stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden, det vill säga om det finns andra alternativa tillvägagångssätt som är tillräckliga ska de användas först (LPT, SFS 2018:798). Psykiatriskt forskningscentrum (2008) stärker det här med att förklara att tvångsåtgärder inte ska ses som det enda sättet att lugna en patient utan att det finns andra metoder som kan de-eskalera en situation som till exempel att muntligt förklara situationen, lyssna på patienten och verbal de-eskalering.

Slutsats

Syftet med studien var att belysa patienters upplevelse av tvångsåtgärder. LPT (SFS 2018:798) reglerar användningen av tvångsåtgärder, vilket kan förekomma på bekostnad av patientens autonomi och värdighet, då vården sker mot patientens vilja. I denna studie framkom att patienter upplevde tvångsåtgärder som: säkerhet och respekt, nödvändighet, maktlöshet, ojämnt maktförhållande, förlust av integritet och känsla av att bli kränkt, som ett bestående trauma samt som att det var onödigt. Det vill säga att det fanns de patienter som tyckte att tvångsåtgärderna hjälpte men det fanns också dem som såg tvångsåtgärderna som skadande. Tvång kan vara nödvändig men det i sig behöver inte mena att upplevelsen av

tvång kommer att vara positiv. Andra menade att det fanns andra metoder för att de-eskalera en situation. Patienter kommer dock att uppleva behandlingar på olika sätt och då är det viktigt att vården anpassas därefter. Speciellt om rädslan efter tvångsåtgärderna kunde få patienter till att sluta söka vård i framtiden. Det här gör det viktigt att få patienter att känna sig säkra med tvångsåtgärder vilket är något som kan uppstå om patienter får ett bra bemötande där man respekterar varandra vilket i sig kan leda till minskat lidande och en ökad tillit till vården. Med tvångsåtgärder kommer sjuksköterskan sättas i en situation som kan upplevas omoralisk. Det vill säga att tvångsåtgärder i sig kränker individens integritet och tar tillfälligt bort möjligheten att bestämma över sig själv vilket gör det ännu mer viktigt att respektera en patients autonomi och integritet. Allt det här gör det viktigt att veta vad patienter upplever för att kunna förbättra vården speciellt då tvångsåtgärder sätter patienterna i en sårbar situation som oftast sker mot deras egen vilja.

Vad denna studie bidragit med

Studien har bidragit med att undersöka hur patienter upplever tvångsåtgärder inom psykiatrin och ökat förståelsen för vad det är de upplever. Sjuksköterskor kommer även i framtiden att möta patienter med psykiska problem inom vården. Det kan då vara viktigt att veta att de kan ha positiva men framför allt negativa erfarenheter av tvångsåtgärder och bemötande, vilket kan påverka deras reaktion på till exempel medicinering eller isolering.

Omvårdnadshandlingar formar alltid en upplevelse och skiljer sig från person till person. Det här är viktigt för sjuksköterskan att veta för att ha möjlighet att skapa bättre upplevelser för patienterna i mötet med vården.

Förslag på fortsatt forskning

Forskning utifrån sjuksköterskans perspektiv och hur han/hon upplever när de utför omvårdnad vid tvång skulle vara av intresse då studiens resultat visade att relationen mellan sjuksköterska och patient spelar stor roll. Det behövs även mer forskning om hur tvångsåtgärder påverkar patienter. Det flesta artiklar var skrivna innan 2005 och det behövs därför nyare data. Det behövs studier från andra delar av världen och inte bara västvärlden med både kvalitativ och kvantitativ design för att det ska bli djup och bredd på forskningen. Speciellt då vårdpersonal kommer att vårda personer som kan komma från andra länder och kulturer som kan skilja sig från Sverige. Studier från andra delar av världen kan då ge djupare insyn och förståelse för patienternas upplevelser av tvångsvård vilket skulle kunna vara till hjälp för att sjuksköterskor ska kunna ge en god omvårdnad.

Referenser

De artiklar med (*) framför är de artiklar som byggt upp resultatet och som finns i bilaga 4.

*Andreasson, E. & Skärsäter, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), s. 15–22. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x>

Arlebrink, J. (2010). Etiska aspekter på tvångsvård. I.I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (s. 420–422). Lund: Studentlitteratur.

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2008[2009]). *Principles of biomedical ethics*. (6. ed.) New York: Oxford University Press.

Berzlanovich, A, Schöpfer, J & Kiel, W (2012) Deaths due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109. s. 27–32. Doi: 10.3238/arztebl.2012.0027

Brophy, L.M., Roper, C.E., Hamilton, B.E., Tellez, J.J. & McSherry, B.M. (2016). Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(6). DOI 10.1186/s13033-016-0038-x

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

*Ejneborn- Looi, G.M., Engström, Å. & Sävenstedt, S. (2015). A self- destructive care: self-reports of people who experienced coercive measures and their suggestions for alternatives. *Issues in mental health nursing*, 23 (2), s. 96–103. Doi: 10.3109/01612840.2014.951134

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. (2. uppl.) Stockholm: Liber

*Ezeobele, I.E., Malecha, A.T., Mock, A., Mackey-Godine, A. & Huges, M. (2014) Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21. s. 303–312. doi:10.1111/jpm.12097

*Faschingbauer, K.M., Peden- MacAlpine, C. & Tempel, W. (2013). Use of seclusion: finding the voice of the patient to influence practice. *Journal of psychosocial nursing*, 51 (7), s. 32–38

Forsberg, C., & Wenström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Författarna och bokförlaget natur och kultur, Stockholm.

Gault, I., Gallagher, A. & Chambers, M. (2013). Perspectives on medicine adherence in service users and carers with experience of legally sanctioned detention and medication: a qualitative study. *Dovepress*, 7. s. 787–799. Doi.org/10.2147/PPA.S44894.

Giacco, D., & Priebe, S. (2013). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of medical ethics*, 40(12). Doi.org/10.1136/medethics-2011-100370

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24. s.105–112.

Gustafsson, E (2010) *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet - En rättsvetenskaplig monografi om LPT*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, I. (2006). En hälsofrämjande vårdmiljö inom psykiatrisk slutenvård: att vårdas med tvång och uppleva tvång. I A. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsofrämjande processer* (s.163–165). Lund: Studentlitteratur AB.

Johansson, I. M., Skärsäter, I., & Danielsson, E. (2009). The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: Patients' experiences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(6).

Korkeila, H., Koivisto, A.M., Paavilainen, E. & Kylmä, J. (2016). Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(7), s. 464–475. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.3109/01612840.2016.1163626>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

*Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. (2010). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48. s.16–24. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x

* Lanthén, K., Rask, M. & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry Journal*, 2015. s. 1-8. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/748392>

Laursen, S. B., Jensen, T. N., Bolwig, T., & Olsen, N.V. (2005). Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), s. 324–327. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00456.x

* Ling, S., Cleverley, K. & Perivolaris, A. (2015). Understanding mental health service user experience of restraint through debriefing: a qualitative analysis. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 60(9), s. 386–392.

Lundman, B. & Hällgren- Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (Tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

McLaughlin, P., Giacco, D., & Priebe, S. (2016). Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLoS ONE*, *11*(12). DOI:10.1371/journal.pone.0168720.

Moran, A., Cocoman, A., Scott, P.A., Mathews, A., Staniulene, V. & Valimaki, M. (2009) Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*. s. 599–605 doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01419.x

Muir-Cochrane, E., O’Kane, D. & Oster, C. (2018). Fear and blame in mental health nurses’ accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(5), s. 1511–1521. doi: 10.1111/inm.12451

*Norvoll, R. & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems’ on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, *156*. s. 204–211.

Ottosson, H. & Ottosson, J. (2007). *Psykiatriboken*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Ottosson, J. (2015). *Psykiatri*. (8., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016[2017]). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Psykiatriskt forskningscentrum. (2008). *Vägledning vid psykiatrisk tvångsvård: Förslag baserat på material framtaget i EU-projektet EUNOMIA*. Örebro.

Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., & Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric services*, *61*(10), s. 1012-1017.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2019-01-17 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 2018-10-08 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128

SFS 1991:1129. *Lag om rättspsykiatrisk vård*. Hämtad 2018-11-21 från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911129-om-rattpsykiatrisk-var_d_sfs-1991-1129

SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Hämtad 2018-11-21 från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-var_d-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870

Socialstyrelsen. (2014). *Statistik om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad 2018-10-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/barn-psykiska-halsa-statistik-om-psykiatrisk-tvangsvard-enligt-lpt-2013.pdf>

Segesten, K. (2017). Användbara texter. F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats; vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Shattell, M. M., Andes, M., Thomas, S. P. (2008). How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*, 15(3), s. 242–250.

*Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M. (2011). Impact of Coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 199. s. 239–244

SOSFS 2008:18. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatriskvård*. Hämtad 2018-10-08 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-18>

Svensk sjuksköterskeförening (2017a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2019-01-05 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017b). *ICN:s etiska kod*. Hämtad 2019-01-05 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Swartz, M.S., Swanson, J.W., & Hannon, M.J. (2003). Does Fear of Coercion Keep People Away from Mental Health Treatment? Evidence from a Survey of Persons with Schizophrenia and Mental Health Professionals. *Behavioral Sciences and the Law Behav. Sci. Law*, 21. s. 459–472. DOI: 10.1002/bsl.539

Tännsjö, T. (1998). *Vårdetik* (3 uppl.). Stockholm: Thales.

Tännsjö, T. (2002). *Tvångsvård – Om det fria valets etik i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Thales.

*Wilson. C., Rouse, L., Rae, S. & Ray, Me. K. (2017). Is restraint ‘necessary evil’ in mental health care? Mental health inpatients’ and staff members’ experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26. s. 500–512. doi: 10.1111/inm.12382

WMA General Assembly. *Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects* [Internet]. 2013 Hämtad 2018-05-17 från: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 Databassökningar

Sökord med ett (*) efter sig betyder att de är sökta i fritext. Övriga sökord är ämnesord.

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Lästa i Abstrakt	Lästa i fulltext	Antal Valda artiklar
2018-11-09	CINAHL	1. Coercion OR Coercion* 2. Patient Attitudes OR Patient Attitudes* OR Life experiences OR Life experiences*. 3. Involuntary commitment OR Involuntary commitment* OR involuntary admission* OR Commitment of Mentally Ill* OR compulsory treatment* 4. 1 AND 2 AND 3 5. 1 AND 2 6. 1 AND 3 7. 2 AND 3	1070 30225 517 16 96 106 43	16 96 106 43	10 15 14 4	5 9 7 3	Nr: 1 & 8 Nr: 2 & 9 0 0
2018-11-09	CINAHL	1. Coercion OR Coercion* 2. Restraint, Physical OR Restraint, Physical*. 3. Patient Seclusion OR Patient Seclusion*. 4. Patient Attitudes OR Patient Attitudes* OR Life experiences OR Life experiences*. 5. forced medication in psychiatric patients* 6. 1 AND 2 AND 4 7. 1 AND 4 AND 5 8. 1 AND 3 AND 4 9. 4 AND 2 10. 4 AND 3 11. 2 AND 3	1070 1006 194 30225 1 6 0 4 53 22 81	1 6 0 4 53 22 81	1 2 0 1 10 4 10	1 2 0 0 6 3 4	0 0 0 0 Nr: 5 0 0

2018-11-09	Pubmed	<p>1. Coercion OR Coercion* 2. Commitment of Mentally Ill OR Commitment of Mentally Ill* OR Involuntary commitment* OR involuntary admission* OR compulsory treatment* 3. Patients* OR Patient* AND Experience* OR Experiences* OR Perception*. 4. 1 AND 2 AND 3 5. 1 AND 3 6. 2 AND 3 7. 1 AND 2</p>	<p>2624 1630 221922 44 170 108 202</p>	<p>44 170 108 202</p>	<p>3 23 9 20</p>	<p>2 3 2 5</p>	<p>0 0 <i>dubblatt nr: 1</i> Nr: 10 <i>dubblatt:</i> 8 & 2</p>
2018-11-09	Pubmed	<p>1. Coercion OR Coercion* 2. Patients* OR Patient* AND Experience* OR Experiences* OR Perception*. 3. Restraint, Physical OR Restraint, Physical* 4. coercive administration of medication* OR forced medication* OR forced medications* 5. Seclusion* 6. 1 AND 2 AND 3 7. 1 AND 2 AND 5 8. 2 AND 3 9. 1 AND 5 10. 3 AND 5 11. 2 AND 5</p>	<p>2624 1378 6017 47 565 8 30 133 96 255 63</p>	<p>47 47 8 30 133 96 255 63</p>	<p>3 3 6 8 12 3 7 6</p>	<p>2 0 3 8 2 4 4</p>	<p>0 0 Nr: 7 <i>Dubblatt:</i>5 Nr: 6 <i>Dubblatt:</i> 11 & 5 <i>Dubblatt:</i> 5 <i>Dubblatt:</i> 5 Nr: 3 & 4 <i>Dubblatt:</i> 5</p>

2018-11-09	PsycARTICLES	1. Coercion OR Coercion* 2. patients OR patients* 3. involuntary commitment* 4. 1 AND 2 5. 2 AND 3	104 5454 47 9 2					0 0	0 0	0 0
2018-11-09	PsycARTICLES	1. Coercion OR Coercion* 2. patients OR patients* 3. Physical Restraint OR Physical Restraint* 4. Patient Seclusion OR Patient Seclusion* 5. Drug Therapy OR Drug Therapy* 6. 1 AND 2 AND 3 7. 1 AND 3 AND 4 8. 1 AND 2 AND 5 9. 1 AND 3 10. 3 AND 4 11. 1 AND 4 12. 1 AND 5	104 5454 29 6 385 0 0 0 0 5 0 0					0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

	Lästa titlar	Lästa Abstrakt	Lästa fulltext	Till Kvalitetsbedömning	Valda artiklar
Totalt lästa	1584	171	75	16	10

.....

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes ect)? 1p

Beskriv:

.....

Ange datainsamlingsmetod: 1p

ostrukturerad intervju

halvstrukturerad intervju

fokusgrupper

observationer

video-/ bandinspelning

skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja 1p

Nej 0p

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade? 1p

.....

Ange om:

teman är utvecklade som begrepp det finns episodiskt presenterade citat de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna svaren är kodade 4p

Resultatbeskrivning:

.....

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja 1p

Nej 0p

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja 1p

Nej 0p

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja 1p

Nej 0p

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja 1p

Nej 0p

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja 1p

Nej 0p

Bilaga 3 Artikelöversikt

Nummer, Författare, Titel, År, land, tidskrift	Titel	Design	Resultat
<p>Nr. 1 Andreasson, E. & Skärsäter, I. 2012 Sverige <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,</i></p>	<p>Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan</p>	<p>Kvalitativ studie Population <i>Inklusionskriterier:</i> Deltagarna skulle vara tvångsvårdade, ha en diagnos, tala och förstå svenska. <i>Exklusionskriterier:</i> Att deltagarna hade vanföreställningar och kommunikationssvårigheter. Urvalsförfarande Strategisk selektion. Patienter som passade in på inklusionskriterierna blev frågade av personal. 4 patienter nekade till att delta i studien Beskrivning av studiegrupp 12 deltagare. 7 män och 5 kvinnor. 9 var födda i Sverige, 3 utomlands. Vanligas sjukdom var schizofreni. 11 patienter bodde ensamma hemma, en bodde med barn. 2 patienter arbetade medan 10 var i rehabiliteringsprogram.</p>	<p>Ta emot stöd Innehåller underkategorier: god vård, tar emot behövligt skydd, får hjälp med undervård och vård i en läkande inställning. Inte bara praktiskt stöd men också snäll och konsekvent vård. Att få patienterna att förstå sin situation, som ska leda till mindre ångest och att fatta egna beslut. Uppfattar respektfull vård Innehåller underkategorier som bekräftelse som mänskliga, oberoende och deltagande. Respektfull vård där personal ser patienter som och värderade dem som människor. Vars självkänsla måste bevaras och tas på allvar. Behovet av att delta i sin egen vård.</p>

<p>Nr. 2 Ejneborn- Looi, G.M., Engström, Å. & Sävenstedt, S 2015 Sverige <i>Issues in mental health nursing</i></p>	<p>A self- destructive care: self- reports of people who experienced coercive measures and their suggestions for alternatives</p>	<p><u>Datansamlingsmetod</u> Interjuver med 5 öppna frågor som varade i genomsnitt 54 minuter. Hur har obligatorisk behandling påverkat dig? Hur kan personalen göra dig trygg när du har blivit godkänd under tvång? Hur vill du att personalen ska låta dig vara involverad och fatta beslut när du har blivit antagen under komplikationer? Hur kan personalen undvika att åsidosätta din värdighet? Vad skulle få dig att känna sig respekterad när du är oskyldig behandling? Dessa röstinspelades och transkriberades. <u>Analysmetod</u> Fenomenografisk analys som följde Sjöström & Dahlgren 2002. Där man fann skillnader och likheter som sedan kondenserades, under kategorier som sedan bildade två kategorier.</p>	<p>Patienter tyckte att de var ”hälsosamma” och att detta inte alltid var bekräftat av vårdpersonal.</p>
		<p>Kvalitativ studie som byggs på självrapporter. <u>Population</u> <i>Inklusionskriterier:</i> Att man var över 18 år. Hade en erfarenhet av självskada och behandlats inom psykiatrisk vård. Att de kunde skriva rapporterna på antingen engelska eller svenska. <i>Exklusionskriterier:</i> Medgavs ej. <u>Urvalsförfarande</u></p>	<p>En önskan om förståelse i stället för försummelse: Mötet med personal var betydande. En önskan att förstås, bekräftas och träffas på ett öppet sätt och bli lyssnade på ett allvarligt sätt. Hopp om att personalen kunde se förbi deras beteende och se att de försökte kommunicera. En önskan om ömsesidigt förhållande i stället för misstro: Ett</p>

<p>Nr. 3 Ezeobebe, I.E., Malecha, A.T., Mock, A., Mackey- Godine, A. & Huges, M. 2014 USA</p>	<p>Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study</p>	<p>Rekryterades via meddelande som publicerades i sociala medier så som Twitter, Facebook, bloggar och personliga webbplatser som frågade potentiella deltagare i Sverige att besöka en hemsida där de fick information om studien. Beskrivning av studiegrupp Rapporten var anonym men det var totalt 19 självrapporter som inkluderades. I vissa fall medgav deltagarna deras namn vilket föreslog både män och kvinnor. Datainsamlingsmetod Fick skriva egna rapporter med hjälp av en elektronisk blankett på en hemsida. Deltagarnas instruktion var ” skriv din historia här”. Rapporten kunde vara på ett par stycken till ett par sidor. Analysmetod Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman, 2004. Med meningsenheter som kondenserar, kodas, under kategoriseras och kategoriseras.</p>	<p>ömsesidigt tillförlitligt förhållande mellan patienten och medarbetarna skulle kunna förhindra tvångsåtgärder. En relation byggd på ärlighet, ömsesidighet, tillit och förtroende för att förbättra välbefinnande. Behov av stöd från personal. En önskan om professionalism istället för en kontraproduktiv vård: Stark önskan att mötas av professionalism. Personal med rätt kompetens och kunskap om problem och behov, använda personvårdsplaner och använda insatser som var kunskapsbaserad.</p>	<p>Hitta avtäckta fyra teman: ensam i världen, personal utövar makt och kontroll, motstånd mot personal och tid för meditation. Ensam i världen isolationsupplevelsen som en negativ. Avskild berövade dem frihet,</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p>	<p><u>Urvalsförfarande</u> Strategiskt urval där personalen frågade de patienter som passade in på inklusionskriterierna.</p> <p><u>Beskrivning av studiegrupp</u> 20 stycken deltagare. 12 män och 8 kvinnor. Mellan åldern 19 och 53. 6 st inte slutfört gymnasiet, 5 med fullgjorda gymnasieutbildning, 3 som gjort högskola, 2 med kandidatexamen, 1 med magisterexamen, 3 som bara gått några kurser i gymnasiet. 11 (55%) hade bipolär återkommande episod med psykos; sex (30%) paranoid schizofreni; en hade schizoaffektiv sjukdom en hade stor depressiv disorder; och en hade psykos som inte annars specificerades (NOS)</p> <p><u>Datainsamlingsmetod</u> Semistrukturerade interjuver. Ägde rum i ett konferensrum på sjukhuset. 3 dagar efter en avskiljning. Med 3 halvstrukturerade öppna frågor: Vilka händelser ledde till att du var borttagen? Hur kände du dig i avskedsrummet? Berätta för mig hur situationen kunde ha behandlats annorlunda? Varade ca 45 minuter. Följde Lincoln & Guba (1985) 8 steg.</p> <p><u>Analysmetod</u> Beskrivande fenomenologisk analys enligt Colaizzi 1978 steg. identifierade meningar</p>	<p>andragenererade tidigare känslor av ont. De subteman som fanns var: avslag och missnöje, är i en fängelsecell, förstörs</p> <p>Personal utövar makt och kontroll. Patienter förklarade att avskildhet gjorde dem maktlösa och hopplösa. De upplevde avskildhet som ett medel som använts som straff av personalen. för att utöva kontroll och makt när patienten avviker från personalens regler. Sub teman: brist på medkänsla från personalen.</p> <p>Rädsla mot personal Djupa känslor av ilska mot personal. En straffande intervention som gjorde mer skada än nytta. Sub teman: ilska mot personal, personal saknade ödmjukhet, brist på förklaring från personal och behovet av personalutbildning</p> <p>Tid för meditation Sub teman: inget minne om avskiljningen och positiv effekt</p>
---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Nr. 4 Faschingbauer, K. M., Peden- McAlpine, C. & Tempel, W. År 2013 USA Journal of psychosocial nursing</p>	<p>Use of Seclusion: Finding the Voice of the Patient to Influence Practice</p>	<p>som hörde till syftet, kondenserades och kodades som sedan blev underkategorier, kategorier, under teman och till slut teman.</p>	
<p>Majoriteten av patienterna reagerade på avskiljningen med ångest, ilska, sårade känslor och förnedring. Alla patienterna betonade vikten av öppen kommunikation gällande deras behov och att personalen visar respekt. Studien visade behov av samtal med personalen för att förhindra att en avskiljning blir nödvändig. Mer utbildning behövs för att kunna hantera psykiatriska patienter.</p>			
<p>Kvalitativ studie, deskriptiv design. Population <i>Inklusionskriterier:</i> Att deltagarna följde en behandlingsplan, deltog aktivt i programmet på avdelningen, inte längre fysiskt eller verbalt misshandlade personal, med patienter eller besökare samt inte lägre hotar att skada sig själv eller andra. <i>Exklusionskriterier:</i> Patienter med intellektuella funktionsnedsättningar, inte pratar engelska, inte är orienterade till tid och rum eller för tillfället hålls avskild på avdelningen. Urvalsförfarande Ej angivet, men 51 patienter tillfrågades, 12 patienter mötte inklusions- och exklusionskriterierna och deltog i studien. Beskrivning av studiegrupp: 12 deltagare varav 6 män och 6 kvinnor. Ålder 18-50 år Datainsamlingsmetod: Ostrukturerade djupintervjuer, ungefär 1 timma långa. Intervjuerna genomfördes mellan 1-7 dagar efter avskiljningen.</p>			

<p>Nr. 5 Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välämäki, M. 2010 Finland Perspectives in Psychiatric Care</p>	<p>Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives</p>	<p><u>Analysmetod:</u> Fenomenologiskt tillvägångssätt med fördjupade ostrukturerade intervjuer. Analyserat enligt Colaizzi 1978 steg.</p> <p>Kvalitativ studie, deskriptiv design <u>Population</u> <u>Inklusionskriterier:</u> Deltagarna i studien skulle ha varit med om en episod med fastspänning eller avskiljning under perioden studien genomfördes, vara mellan 18 och 65 år gamla, prata finska, delta frivilligt i studien samt ge informerat samtycke. <u>Exklusionskriterier:</u> Patienter som sjuksköterska eller läkare bedömda inte kunde kommunicera på ett rimligt sätt med forskarna. <u>Urvalsförfarande</u> Bekvämlighetsurval. Alla 120 patienter som blev inlagda under studieperioden och som mötte inklusionskriterierna fick möjlighet att delta, förutom 27 personer som personalen glömde att fråga. <u>Beskrivning av studiegrupp</u> 30 deltagare, ålder 20-64. Medelålder var 41 år. 63% män och 37% kvinnor. Den vanligaste diagnosen bland deltagarna var schizofreni (60%). <u>Datainsamlingsmetod</u> Fokusgruppsintervjuer med öppna frågor. Intervjuerna genomfördes två till sju dagar</p>	<p>Resultatet visade att upplevelsen börjar redan innan fastspänning eller avskiljning, fortsätter under händelsen och slutar efter att tvångsåtgärden är avslutad.</p> <p>Studien visar att patienter upplever att de inte fick tillräckligt med uppmärksamhet under tvångsåtgärderna och att deras basala behov inte blev tillgodosedda, exempelvis tillgång till toalett.</p> <p>Patienterna upplevde tiden de var fastspända eller avskilda som lång, tråkig och ångestskapande då det inte fanns något att göra.</p> <p>Studien visade vidare på ett behov av att förändra och optimera praxisen kring fastspänning och avskiljning då den nuvarande praxisen inte visat sig vara någon effektiv behandling av aggressivt beteende. Komfortabla men trygga möbler föreslås som en förändring.</p> <p>Vidare uttryckte patienterna ett behov av förbättrad kommunikation under</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Nr.6 Lanthen, K., Rask, M. & Sunnqvist, C. 2015 Sverige <i>Psychiatry Journal</i></p>	<p>Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study</p>	<p>efter att personen blev fastspänt eller avskilt. Analysmetod Induktiv kvalitativ innehållsanalys enligt Burns och Grove 2005. Meningsenheter valdes ut, kondenserades till en fras som svarade till studiens syfte. Sedan skapades koder vilka ledde till underkategorier och slutligen kategorier.</p>	<p>tiden de var fastspända eller avskilda. Förslag på förbättring inkluderar information om orsaken till tvångsåtgärden, hur länge den antas vara och vilka resultat som förväntas uppnås.</p>
	<p>Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study</p>	<p>Kvalitativ studie med induktivt tillvägagångssätt. Population Inklusionskriterier: kunskaper i svenska, blivit fast spända minst en gång. Exklusionskriterier: De under 18 år. De som blivit intagna för akut mental sjukdom. Urvalsförfarande Polikliniska enheter samt patientorganisationer kontaktades med post och besöktes av författare. Beskrivning av studiegrupp 10 patienter. 5 män och 5 kvinnor. Som varit patienter som upplevt fast spänning. Medelålder på 47 år. Deltagarna behandlats för psykos, självskador och bipolära störningar. Datainsamlingsmetod En på en interjuver. Demografiska frågor följt av två öppna frågor som: "Kan du beskriva för mig hur restriktionerna är</p>	<p>Tema: Fysisk närvaro, instruktioner och sammansatt beteende kan minska missnöje och trauma. Kategorier: 1 Säkerhet och förståelse: känslor som lugn och säkerhet från fast spänningen, 2 Rädslan, Maktlöshet, och känslor av överklighet: rädsla, vrede och en känsla av kränkning. 3 Sammansatt och professionell attityd: personalen upplevdes olika. Både negativa och positiva erfarenheter av personalens attityd. 4 Fysisk närvaro och ge information: fysisk kontakt och närvarons betydelse kunde leda till trygghet.</p>

<p>Nr. 7 Ling, S., Cleverley, K. & Perivolaris, A. År 2015 Canada La Revue canadienne de psychiatrie</p>	<p>Understanding mental health service user experience of restraint through debriefing: a qualitative analysis.</p>	<p>förfarandet utfördes och hur du upplevde situationen? "följt av" hur fungerade personalen och hur gjorde du det vill att de ska agera? Median tid för en intervju var 24 minuter. Spelades in och transkriberades. Analysmetod Intervjuerna analyserades med hjälp av kvantitativ innehållsanalys enligt Miles och Huberman (1994) och Berg (2001). Använde både manifest och latent analys. Meningsenheter identifierades, kondenserades, kodades och blev till underkategorier som sedan blev kategorier. Samt 1 tema.</p>	<p>5 uppföljning och bearbetning: en önskan att få prata om sina erfarenheter, få bearbeta sin upplevelse. Varför situationen uppstod. Höra personalens variation</p>
	<p>Understanding mental health service user experience of restraint through debriefing: a qualitative analysis.</p>	<p>Kvalitativ studie, Population <i>Inklusionskriterier:</i> Patienter som upplevt episoder med fastspänning. <i>Exklusionskriterier:</i> Formulär som inte var komplett ifyllda, vilket indikerade att personen inte hade haft något uppföljningssamtal. Urvalsförfarande Studien är baserad på redan ifyllda formulär som alla patienter får efter en episod med fastspänning. Det var således ett bekvämlighetsurval.</p>	<p>Studien visade på att kommunikation mellan patient och personal kan göra att användandet av tvång minskar då flera av episoderna med fastspänning som togs upp i studien hade föregåtts av dålig kommunikation där patienterna kände att de inte blev lyssnade till och kände ilska. En upplevelse av förlorad autonomi på grund av miljö och olika rutiner och procedurer på avdelningen, gjorde att många kände ilska och att situationen eskalerade och således resulterade i fastspänning. Att diskutera regler och</p>

		<p>Beskrivning av studiegrupp 55 personer ingick i studiegruppen, 67% var män, 33% var kvinnor, med en medelålder på 39 år. Formulären var ifyllda av personer från olika typer av avdelningar: avdelning för schizofreni (24%), rättspsykiatri (7%), affektiva störningar och ångest (22%), generell psykiatri och psykiatrisk akutavdelning (20%), tidig psykos (20%) samt äldrepsykiatri (7%).</p> <p>Datainsamlingsmetod Analys av redan insamlat material i form av formuläret <i>Restrain Event Client-Patient Debriefing and Comments Form</i> och uppföljningssamtal i förbindelse med fastspänning.</p> <p>Analysmetod Kvalitativ tematisk innehållsanalys, enligt Braun och Clarke (2006). Forskarna letade efter mening och mönster genom att skapa initiala koder och gruppera dem tematiskt. Två forskare gjorde detta individuellt och diskuterade därefter tillsammans för att komma till enighet om teman.</p>	<p>resonemang med patienterna kan ha en positiv effekt.</p> <p>Vikten av uppföljningssamtal tas också upp som ett betydelsefullt redskap för att hjälpa både patienterna och personalen få en bättre förståelse av vad som händer kring fastspänningen.</p>
<p>Nr. 8 Norvoll, R. & Pedersen, R. 2016 Norge</p>	<p>Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a</p>	<p>Kvalitativ studie, deskriptiv och explorativ design.</p> <p>Population <i>Inklusionskriterier:</i></p>	<p>Deltagarna hade erfarenhet av olika typer av tvång, både formell och informell, i olika delar av vården. Då vad som upplevs som tvång är beroende av flera olika aspekter både före, under och efter incidenten, kan det indikera att</p>

<p>Social Science & Medicine</p>	<p>broader socio-ethical perspective.</p>	<p>Vuxna med egen erfarenhet av tvångsvård som var intresserade av och i stånd till att delta i långa gruppintervjuer. <i>Exklusionskriterier:</i> Ej angivna. Urvalsförfarande En kombination av bekvämlighetsurval och avsiktligt urval där de flesta rekryterades från National Centre for Knowledge through Experience (NCKE) och deras nätverk av brukare och brukarorganisationer. Även ett snöbollsurval fanns med genom att brukarorganisationerna distribuerade informationsbrevet vidare. Beskrivning av studiegrupp 24 deltagare varav 10 kvinnor och 14 män. Ålder 22 till 60 år. Deltagarna hade olika diagnoser: bipolär, depression, psykossjukdomar, missbruksproblematik. Erfarenhet av olika typer av tvångsvård, i större eller mindre utsträckning och nära eller längre tillbaks i tid. Datainsamlingsmetod Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper samt fem individuella intervjuer. Analysmetod Kvalitativ tematisk innehållsanalys enligt Malterud (2012). Teman och kategorier</p>	<p>det som registreras i form av formellt tvång bara är toppen av isberget, utifrån patientens perspektiv. Studien visade vidare att strukturella och kulturella aspekter av makt, exempelvis låsta dörrar och en paternalistisk kultur, påverkar och formar det kontextuella tvånget patienterna upplever och måste ses som en betydelsefull del av tvånget. Tvång kan ha en djup existentiell påverkan och kan ha en negativ inverkan på en persons upplevelse av sig själv och personens livsgnista. Studien visar även på hur tvång är en integrerad del av psykiatrisk behandling och dess utformning och på så vis påverkar psykiatriens förmåga att möta patienters behov, önskemål och tillfriskningstakt</p>
--------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Nr. 9 Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M. År 2011 Österriket The British Journal of Psychiatry</p>	<p>Impact of Coercive measures on life stories: qualitative study</p>	<p>togs fram och ur dessa hittades meningigheter som sedan kondenserades</p> <p>Kvalitativ studie, deskriptiv design Population <i>Inklusionskriterier:</i> Att för tillfället ha någon kontakt med psykiatri, erfarenhet av tvångsinläggning och är mellan 18 och 65 år. <i>Exklusionskriterier:</i> psykotiska patienter, patienter som allvarliga tankestörningar och kognitiv funktionsnedsättning. Urvalsförfarande Teoretiskt urval. Patienter vid två olika psykiatriska avdelningar, som mötte inklusions- och exklusionskriterierna, fick skriftlig information om studien. De som var intresserade tog själv kontakt med forskarteamet eller lämnade telefonnummer i en kontaktlista. Sedan gav patienterna sitt samtycke. Beskrivning av studiegrupp 15 deltagare, varav 7 kvinnor och åtta män. Ålder 32-66. Varierande psykiatriska diagnoser, de flesta av psykotisk karaktär samt några med bipolär diagnos. Datainsamlingsmetod Semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor. Varighet 30 minuter till 2 timmar.</p>	<p>Patienterna hade olika åsikter om och syn på tvånget de upplevde. Vissa såg det som "en nödvändig nödbroms" medan andra såg det som "en onödig överreaktion." En del av patienterna såg tvångsintagningen som nödvändig men att användningen av tvångsåtgärder var onödig. Studien visade även att en och samma person kunde ha olika perspektiv på tvånget som använts och att patienterna hade ett nyanserat, reflekterande och varierande syn på det. Vidare gav partierna uttryck för behov av information, orientering, respekt och kommunikation. Behov av att förbättra det sätt tvång utförs på framkom.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Nr. 10 Wilson. C., Rouse, L., Rae, S. & Ray, M. K. 2017 Storbritannien International Journal of Mental Health Nursing</p>	<p>Is restraint 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint</p>	<p><u>Analysmetod</u> Kvalitativ innehållsanalys enligt QSR Nvivo version sju. Teman och kategorier som ledde fram till en typologi av perspektiv på upplevelser av tvång och integrering av upplevelsen i sin livshistoria</p>	
		<p>Kvalitativ studie <u>Population</u> <i>Inklusionskriterier:</i> Att de hade erfarenhet av fastspänning. Frisk nog för att kunna prata om sina erfarenheter. Var antingen inlagda patienter eller personal som hade upplevt/varit med på eller bevittnat fastspänning. <i>Exklusionskriterier:</i> Medgavs ej. <u>Urvalsförfarande</u> Vid rekrytering av personal var det ett bekvämlighetsurval där man skickade ut ett email samt satte upp affischer. Patienter rekryterades genom strategisk selektion. Där personalen skickade ut deltagarinformationsblad till de patienter som passade in på inklusionskriterierna. <u>Beskrivning av studiegrupp</u> Personal: 22 stycken. 7 män och 15 kvinnor. 4 hade bevittnat och 18 hade varit med på en fastspänning. bestod av åtta avdelningsvårdsledare, tre sjukvårdsassistenter / omvårdnadsassistenter, två terapeuter, sex</p>	<p>Det övergripande temat var frågan om fast spänning var en nödvändig elakhet? Två stycken underteman kom fram "aldrig är väldigt trevligt" och " Det måste göras ... det är en nödvändig ondska" I undertemat "aldrig är väldigt trevligt" framkom negativa och känslomässiga erfarenheter som innehöll nöd, rädsla, avhumanisering, negativ inverkan på personal / patientrelationer, minskad arbetsnöjdhet. I undertemat" Det måste göras ... det är en nödvändig ondska" framkom det att fastspänning bara används som en sista utväg för säkerhetsproblem.</p>

		<p>sjuksköterskor, två psykologer och en vaktmästare. Åldrar varierade mellan 20-50 år som jobbat alltifrån 4 månader till 20 år. Patienter: 13 stycken. Sex män och 7 kvinnor i åldrarna 18- 65 år. 3 som bevitnat en fast spänning och 10 som varit med om det. 10 var nuvarande patienter och 3 före detta patienter.</p> <p><u>Datainsamlingsmetod</u> Semistrukturerade interjuver. Som varade i ca 1 timme. Och gjordes i lokala samhällsinställningar. Dessa röstinspelades och transkriberades. Intervjufrågorna riktade sig mot att prata om sina erfarenheter samt ge förslag på förebyggande av fastspänning.</p> <p><u>Analysmetod</u> Tematisk analys enligt Braun & Clarke 2006. Med teman baserade på inledande kodning, översyn av teman, temadetektering och märkning.</p>	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Bilaga 4 Exempel på analysförfarande

Meningsenhet	Översatt meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Patients felt that the staff violated their rights.	Patienterna kände att personalen kränkte deras rättigheter.	Personalen kränkte deras rättigheter	Kränkt	Uppleva förlust av integritet och känsla av att bli kränkt	Tvångsåtgärder som skadande
Patients explained that seclusion made them feel powerless and hopeless.	Patienter förklarade att avskildhet fick dem att känna sig maktlösa och hopplösa.	Fick patienterna att känna sig maktlösa och hopplösa	Maktlösa	Uppleva maktlöshet	
Mechanical restraint was frequently described as traumatising and connected to feelings of having to fight for their life.	Fastspänning beskrevs ofta som en traumatiserande och kopplad till känslor av att behöva kämpa för sitt liv.	Traumatiserande och känslan av att behöva kämpa för sitt liv.	Traumatiserande	Uppleva som bestående trauma	
Several informants reported feelings such as safety and calm from the mechanical restraint's situation.	Flera informanter rapporterade känslor som säkerhet och lugn från fastspänningen.	Känslor som säkerhet och lugn	Säkerhet	Uppleva säkerhet och respekt	Tvångsåtgärder som hjälpande