



**Karolinska  
Institutet**

**Institution för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle**

Sektionen för omvårdnad

Sjuksköterskeprogrammet

Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Höstterminen 2015

**Patienters upplevelse av tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård - En  
litteraturstudie**

**Patients' experience of coercive measures in psychiatric inpatient care - A  
literature study**

**Författare: Johanna Blanksvärd & Elin Wirtanen**

Handledare: Anna Jervaeus, institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Examinator: Christina Takman, institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

## SAMMANFATTNING/ABSTRACT

**Bakgrund:** Tvångsvård och tvångsåtgärder är ett stigmatiserat område som utgör en speciell del av hälso- och sjukvården eftersom det går emot principen om rätt till frivillig vård och behandling. Denna typ av vård skapar komplicerade etiska dilemman och kan ses som kränkande av individens integritet.

**Syfte:** Att undersöka patienters upplevelse av tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård.

**Metod:** Studiens design är en allmän litteraturstudie. Den utvalda litteraturen kvalitetsgranskades och analyserades vilket resulterade i en översikt av forskningsfrågan.

**Resultat:** Att bli utsatt för en tvångsåtgärd kan ha både positiva och negativa effekter på måendet. De viktigaste faktorerna för hur tvångsåtgärden upplevs är information, bemötande, kommunikation, delaktighet och relation till personalen.

**Diskussion:** Patienterna verkar i grunden inte vara emot att tvångsåtgärder förekommer och kan förstå att det i vissa situationer är för deras eget bästa. Tillämpandet i praktiken kan dock förbättras för att ge bästa effekt och önskat utfall. Patienterna efterfrågar mer kommunikation, en högre grad av delaktighet och en bättre relation med personalen.

**Nyckelord:** Tvång, tvångsåtgärd, omvårdnad, psykiatrisk tvångsvård, patientens upplevelse

**Background:** Psychiatric inpatient care and coercion measures are stigmatized areas which represent a special part of the healthcare, since it's in conflict with the principle of the right to voluntary care and treatment. This creates complicated ethical dilemmas and challenges the integrity of the individual.

**Purpose:** To investigate the patients' experience of coercion measures in psychiatric inpatient care.

**Method:** The design of the study is a literature study. The literature were examined and analyzed and resulted in an overview of the research question.

**Results:** To be exposed to a coercion measure can have both positive and negative impact on health. The most important factors for the experience of the coercion measure are information, treatment, communication, participation and the relation to the staff.

**Discussion:** The patients do not in general seem to disapprove to the usage of the coercion measures and can understand that it's for their own best in certain situations, although the clinical practice can be improved. The patients want a better communication, participation and relation to the staff.

**Keywords:** Coercion, Coercion measure, Nursing Care, Commitment of mentally ill, patient experience

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>2. BAKGRUND</b> .....	<b>3</b>
2.1 Historia och lag.....	3
2.2 Tvångsåtgärder.....	3
2.3 Omvårdnad vid tvångsåtgärder.....	3
2.4 Etisk problematik.....	4
2.5 Tidigare forskning.....	4
2.6 Centrala teoretiska begrepp.....	5
2.7 Problemformulering.....	6
<b>3. SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>4. METOD</b> .....	<b>6</b>
4.1 Design .....	6
4.2 Datainsamling .....	6
4.3 Kvalitetsgranskning .....	7
4.4 Dataanalys.....	8
4.5 Etiska överväganden .....	9
<b>5. RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
5.1 Tvångsåtgärdernas effekter på patienterna.....	10
5.2 Omvårdnad vid tvångsåtgärder.....	11
<b>6. DISKUSSION</b> .....	<b>12</b>
6.1 Metoddiskussion .....	12
6.2 Resultatdiskussion .....	14
6.3 Behov av ny forskning.....	15
6.4 Relevans för omvårdnad och samhället .....	15
6.5 Slutsats.....	16
<b>7. SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION</b> .....	<b>17</b>
<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>18</b>
<b>BILAGA 1 MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING KVANTITATIV METOD</b> .....	<b>21</b>
<b>BILAGA 2 MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING KVALITATIV METOD</b> .....	<b>22</b>
<b>BILAGA 3 MATRIS FÖR INKLUDERADE ARTIKLAR</b> .....	<b>23</b>

## **1. INLEDNING**

Rätten till frivillig vård och behandling framkommer i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763), vilken dock inte gäller för tvångsvård. Tvångsvård är en av de enskilt största inskränkningar som med stöd i lag är tillåten att göra i en människas grundläggande rättigheter (Åkerman & Eriksson, 2011). Tvångsvård och tvångsåtgärder är ett område som hos många väcker starka känslor och negativa associationer. Att bli utsatt för en tvångsåtgärd kan kännas som ett övergrepp då patienten är i en väldigt utsatt situation. Tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård är ett viktigt område att belysa för att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa och sjukdom samt för att skapa förståelse kring åtgärdens orsak och verkan. Att se ämnet ur flera olika perspektiv kan leda till utveckling av nya metoder och förhållningssätt. Författarna valde detta område på grund av intresse för att få större kunskap och förståelse för hur psykiatriska patienter upplever och påverkas av att bli utsatta för tvångsåtgärder. För sjuksköterskor är detta ett viktigt ämne att lära sig mera om, eftersom vi kommer att möta patienter som på olika sätt kan ha erfarenhet av psykiatrin oavsett verksamhetsområde.

## **2. BAKGRUND**

### **2.1 Historia och lag**

Psykisk ohälsa i Sverige har ökat i framförallt de yngre åldersgrupperna sedan 1990-talet. Även antalet inläggningar inom psykiatrisk slutenvård har ökat på senare år. År 2012 vårdades 21 900 män och 22 500 kvinnor inom psykiatrisk slutenvård (Socialstyrelsen, 2012, 2014). I Sverige omfattar tvångsvården ungefär en femtedel av alla vårdade. Tvångsvård vid psykisk sjukdom och ohälsa har funnits sedan medeltiden och tillämpas i de flesta länder (Holm, Björkdahl & Björkenstam, 2011). Lagar som reglerar tvångsbehandling av psykiskt sjuka finns i alla västerländska stater, dock har alla regelsystem brister och kan därför aldrig garantera att det rätta beslutet fattas i varje enskilt fall (Tännsjö, 2002). Möjligheten att vårda under tvång och använda tvångsåtgärder i Sverige regleras i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) (SOSFS 2008:18). Enligt LPT måste tre kriterier uppfyllas för att tvångsvård skall kunna tillämpas; att patienten lider av en allvarlig psykisk störning, har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård dygnet runt samt motsätter sig frivillig vård och behandling (SOSFS 2008:18).

### **2.2 Tvångsåtgärder**

Några av de mest frekvent använda tvångsåtgärderna som enligt lag får vidtas inom psykiatrin i Sverige idag utgörs av tvångsmedicinering, bältesläggning och isolering. Tvångsmedicinering kan bli aktuellt om patienten konsekvent vägrar att frivilligt ta sin medicin och inga andra alternativ är möjliga (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008). Bältesläggning innebär att patienten ligger fastspänd i en säng med hjälp av bältesremmar runt armar, midja och ben. Isolering innebär avskiljning en kortare tid i ett för ändamålet särskilt avsett rum med en stimulifattig miljö utan föremål som patienten kan skada sig med. Tvångsåtgärder bör användas mycket restriktivt och aldrig som bestraffning, utan som en sista utväg när inga andra metoder hjälper för att förhindra att patienten skadar sig själv eller andra (Åkerman & Eriksson, 2011).

### **2.3 Omvårdnad vid tvångsåtgärder**

I Sverige har kliniska riktlinjer tagits fram som tar upp utförande och omvårdnad vid tvångsåtgärder. Målet med omvårdnaden är välbefinnande för patienten i största möjliga mån

och därmed orsaka så lite lidande som möjligt. Omvårdnaden vid tvångsåtgärder består av olika moment före, under och efter utförandet. Innan åtgärden vidtas skall utförandet samordnas och organiseras samt information ges till patienten. Patientens grundläggande behov skall tillgodoses under hela förloppet för att upprätthålla och säkerställa en god vård och omvårdnad.

Vårdpersonalen bör ha ett lugnande förhållningssätt till exempel genom att hålla ögonkontakt och tilltala patienten vid namn. Att tillgodose det trygghetsmässiga behovet är särskilt viktigt när man går emot patientens vilja. Patienten får inte lämnas ensam vid bältesläggning och vid all typ av fasthållning är det viktigt att beakta smärtfrihet samt fysiologiska funktioner som cirkulation och andning. Vid tvångsmedicinering skall effekten och eventuella biverkningar av läkemedlet kontrolleras. Säkerhetsaspekten för både vårdpersonal och patienter skall hela tiden beaktas och det kan även vara aktuellt att ta hand om medpatienter. Eftervården är också en viktig del av förloppet som består av att observera sinnesstämning och att finnas som stöd. Vårdpersonal som var med vid utförandet bör ha ett samtal med patienten om upplevelsen av tvångsåtgärden helst inom ett dygn efter utförandet samt erbjuda patienten fler samtal vid behov (Psykiatriskt forskningscentrum, 2008).

## **2.4 Etisk problematik**

Enligt HSL (1982:763) är det ett krav att hälso- och sjukvården bygger på respekt för patientens integritet och självbestämmande. Tvångsvård kan för patienten ofta vara förknippat med att inte längre få vara delaktig i sin egen vård och behandling (Tännsjö, 2002). Den grundläggande respekten för individens autonomi vid beslut om vård är ett svårt etiskt dilemma vid tvångsvård och tvångsåtgärder (Tännsjö, 2002; O'Brien & Golding, 2003). Tvångsåtgärder är integritetskränkande för patienten där etiska värden som värdighet, självbestämmande, lidande, fara för liv, omsorg och skydd måste övervägas men kan vara svåra att ta hänsyn till (Newton-Howes & Mullen, 2011). Tvångsåtgärder innebär ofta en etiskt svår situation för vårdpersonalen, dock rättfärdigas handlingarna genom att hävda att de är för patientens bästa (O'Brien & Golding, 2003).

## **2.5 Tidigare forskning**

Enligt en svensk studie med kvalitativ design kunde vissa patienter som var intagna på psykiatrisk tvångsvård uppleva tvångsåtgärden som en bestraffning, medan andra hade stor förståelse för varför åtgärden utfördes och till och med kunde se den som nödvändig (Johansson & Lundman, 2002). En annan kvalitativ studie från Sverige som undersökte både sjuksköterskornas och patienternas perspektiv på tvångsmedicinering visade att de olika grupperna inte hade samma uppfattning om hur patienterna upplevde tvångsåtgärden. De flesta patienterna ansåg i efterhand att åtgärden var befogad. De kunde dock se flera andra alternativ, som till exempel att försöka vänta ut och lugna ned situationen istället för att tvångsmedicinera, medan sjuksköterskorna inte såg några andra möjligheter (Haglund, Von Knorring & Von Essen, 2003). Ytterligare en kvalitativ svensk studie visade att vårdpersonalens förhållningssätt hade stor inverkan på hur patienten upplevde tvånget genom att antingen underlätta eller förvärra situationen (Olofsson & Jacobsson, 2001). Enligt en australiensisk studie med kvalitativ design var det av stor betydelse att etablera en så god omvårdnadsrelation som möjligt eftersom det påverkade patientens återhämtning på lång sikt. Det förelåg dock en risk att denna relation kunde försvåras om patienten var intagen på tvångsvård (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso & Crompton, 2015).

## 2.6 Centrala teoretiska begrepp

Det vårdteoretiska perspektivet har hämtats från omvårdnadsteorin av Dahlberg och Segesten (2010), som beskriver och analyserar vårdandet för att det ska kunna användas praktiskt av alla professioner inom hälso- och sjukvården. Deras teori är generell, utgår från ett etiskt patientperspektiv samt bygger på konsensusbegreppen människa, hälsa, omvårdnad och miljö. De har samlat empirisk data från egen och doktoranders forskning samt tagit del av andra vårdforskarens arbeten i utformningen av deras vårdvetenskapliga teori. De använder delbegrepp som livsvärld, mening och sammanhang samt vårdlidande som författarna har valt att titta närmre på. Dahlberg och Segestens (2010) idé om livsvärld kommer ur den fenomenologiska filosofin som bygger på Husserl, Heidegger och Merleau-Ponty. Mening och sammanhang kan härledas till begreppet Känsla Av SAMmanhang (KASAM) av Antonovsky (2005), precis som vårdlidande härstammar från Katie Erikssons omvårdnadsteori (Lindström, Lindholm & Zetterlund, 2010).

### *Livsvärld*

Det vårdvetenskapliga patientperspektivet innebär att patienterna själva ses som experter inom det som innefattar deras eget jag. För att kunna stärka en persons hälsoprocess gäller det att vara öppen för individens tolkning av sin egen hälsa, vad den vill uppnå samt hur detta kan uppnås. Som förutsättning på patientperspektiv finns livsvärld. Det handlar om att man måste vårda patienterna i deras värld av hälsa, sjukdom, lidande och vårdande samt att detta påverkar hela deras livsvärld. Här är det viktigt som vårdpersonal att förstå hur det känns för personen som blir vårdad samt att erbjuda delaktighet (Dahlberg & Segesten, 2010).

### *Mening och sammanhang*

Människor har en grundläggande längtan och vilja efter mening och sammanhang, vilket har ett nära samband med hälsa och lidande. Om man inte upplever mening eller sammanhang kan det vara svårt eller omöjligt att uppleva hälsa. Vad som är meningsfullt eller ger samband är individuellt både från person till person men det kan även växla över tid. Människan kan ofta klara av stora och svåra saker om hon vet att det finns en mening med det samtidigt som de minsta saker kan bli svåra att utföra om man inte förstår syftet med dem. Vid sjukdom eller ohälsa hamnar personen i en tillvaro utan tydligt sammanhang och denna avsaknad av sammanhang blir ett hinder för att uppnå välbefinnande. Mening kan ges tillbaka genom insikt i vad som hänt, förklara tankar, känslor och upplevelser och därigenom bygga upp ett nytt sammanhang (Dahlberg & Segesten, 2010).

### *Vårdlidande*

Lidande för människor i behov av vård kan uppstå när vården inte kan erbjuda en sådan vård som stärker hälsoprocessen hos individen. Detta ses som ett onödigt lidande för patienten och uppstår oftast på grund av ett omedvetet handlande, bristande kunskap, tidsbrist och avsaknad av reflektion från vårdpersonalens sida. För särskilt utsatta patienter kan vårdlidande vara förödande för deras hälsoprocess. Vårdlidande har visat sig resultera i att patienterna känner sig maktlösa, särskilt om de redan är i underläge och inte har varken makt eller kraft i situationer där de är beroende av personalens välvilja. Känslan av underlägsenhet och maktlöshet kan förstärkas av att patienten inte vet eller förstår meningen med vad som sker eller kommer att hända. Detta gäller särskilt situationer som sker under tvång där man är helt underlägsen vårdpersonalen (Dahlberg & Segesten, 2010).

## 2.7 Problemformulering

Psykisk ohälsa och sjukdom är ett ökande samhällsproblem, vilket innebär att allmänsjukvårdens sköterskan kan möta dessa patienter oavsett verksamhetsområde. Tvångsvård och tvångsåtgärder är ett omdebatterat område som har använts inom psykiatrin i många länder sedan långt tillbaka i tiden. Att se till patientens välbefinnande är det grundläggande målet med omvårdnaden vid tvångsåtgärder. Etiska dilemman i relation till livsvärld, mening och sammanhang samt vårdlidande kan vara särskilt svåra inom tvångsvård, men åtgärderna tillämpas med stöd i lagar och riktlinjer för användning och utförande utvecklas hela tiden. Tidigare forskning från patientens perspektiv visar dock att behov av förbättring finns vad gäller vårdpersonalens förhållningssätt och utförande av tvångsåtgärder i praktiken. Att finna andra alternativ än tvång efterfrågas också. Eftersom patienten är i en väldigt utsatt och sårbar situation under en tvångsåtgärd är det viktigt att lyfta fram patientens synvinkel. Detta område är även viktigt att belysa inte minst för att möjliggöra förbättring av patientens upplevelse inom vården men också för att öka människors kunskap och förståelse i allmänhet.

## 3. SYFTE

Att undersöka patienters upplevelse av tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård.

## 4. METOD

### 4.1 Design

Denna studies design är en allmän litteraturstudie. Studien baserades på ett systematiskt urval av texter inom ett för vårdvetenskapen avgränsat område, eftersom författarna ville undersöka och skapa en bild av vilka forskningsresultat som fanns inom det identifierade problemområdet (Friberg, 2006; Forsberg & Wengström, 2003). En litteraturstudie lämpar sig när syftet är att sammanställa befintlig litteratur för att få fram ny kunskap inom ett visst område (Polit & Beck, 2010). Den utvalda litteraturen i denna studie kvalitetsgranskades och analyserades vilket resulterade i en översikt av problemområdet (Friberg, 2006).

### 4.2 Datainsamling

Innan litteratursökningen påbörjades planerades sökstrategier samt val av sökord (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). MeSH-termer identifierades utifrån syftet och togs fram med hjälp av Svensk MeSH (<http://mesh.kib.ki.se>) för att användas i PubMed/MEDLINE. De MeSH termer som valdes var Coercion, Nursing Care och Commitment of mentally ill. För att få med så relevanta referenser som möjligt och därmed uppnå en hög sensitivitet i sökningen ansågs inte MeSH termerna tillräckliga och kombinerades därför med andra begrepp för tvångsåtgärder (Willman et al., 2006). Då det inte fanns någon specifik MeSH term för tvångsåtgärd optimerades sökningen med fritextbegreppet Involuntary treatment. Ytterligare fritext som valdes var Patient experience, för att rikta in sökningen på artiklar som handlade om patienternas upplevelse och erfarenheter. Sökningen skedde i de vetenskapliga databaserna PubMed/MEDLINE samt Cinahl och sökorden kombinerades på olika sätt med den booleska termen AND för att fokusera sökningen till ett mera avgränsat område (se Tabell 1, Artikelsökning) (Willman et al., 2006; Polit & Beck, 2010; Kristensson, 2014). I Cinahl begränsades inte sökningen med huvudtermen Coercion med ytterligare sökord då enbart Cinahl Heading termen gav få träffar och rubrikerna kunde läsas igenom direkt. Samma sak med

fritextbegreppet Involuntary treatment som inte begränsades i sökningen. Artiklar som var äldre än år 2000 exkluderades. I Cinahl valdes även att exkludera MEDLINE resultat för få så få dubletter som möjligt på sökningarna.

Följande inklusionskriterier valdes: att studierna var originalartiklar, skrivna på engelska, utförda på vuxna > 18 år som vårdats i Europa samt att patientens perspektiv på tvångsåtgärder ingick. I Cinahl valdes även peer reviewed som inklusionskriterie och artiklarna från PubMed/MEDLINE kontrollerades i UlrichWeb för att säkerställa den vetenskapliga nivån. Dessa begränsningar identifierades för att få en för tidsramen och upplägget rimlig mängd artiklar och studier att granska som var relevanta för syftet (Willman et al., 2006). Artiklar som inte svarade mot denna studies syfte exkluderades. Ingen avgränsning gjordes till att välja endast kvantitativa eller kvalitativa artiklar, då det inte är nödvändigt i en litteraturstudie (Friberg, 2006).

När sökningen var gjord lästes titlarna på artiklarna i de fall där sökningen inte gav mer än 200 resultat. Utifrån om rubrikerna svarade mot denna studies syfte valde författarna att läsa abstracten. Totalt från de sökningarna var det 33 sökresultat som klarade den första granskningen av abstract, varav nio artiklar dök upp på flera av sökningarna. Det blev då 16 artiklar som lästes i fulltext. I detta steg exkluderades artiklar som inte svarade mot syftet eller visade sig ha minderåriga (>18 år) i sitt urval.

### **4.3 Kvalitetsgranskning**

Tolv artiklar kvalitetsgranskades enligt bedömningsmallar (se Bilaga 1 för kvantitativa studier samt Bilaga 2 för kvalitativa studier) som författarna har grundat på exemplet på protokoll för kvalitetsbedömning från Willman et al. (2006). I den kvantitativa bedömningsmallen lade författarna till Ej applicerbart samt tog bort Vet ej, då inte alla kvantitativa studier var randomiserade eller hade blindning av forskare/vårdpersonal/patienter. När frågan besvarades med ett Ej applicerbart exkluderades den frågan i uträkningen angående kvalitet. Den kvalitativa bedömningsmallen ändrades på så vis att svaret Vet ej togs bort och frågan om syftet var tydligt beskrivet lades till då författarna ansåg detta som en viktig punkt. I övrigt gjordes endast mindre omformuleringar av ord och ordning av frågorna i Willman et al.'s (2006) bedömningsmall.

Artiklarna som kvalitetsgranskades ansågs av författarna ha ett resultat som kunde relateras till syftet med denna studie. Samtliga artiklar granskades individuellt av båda författarna och resultatet jämfördes sedan, detta för att granskningen skulle bli så optimal som möjligt (Willman et al., 2006). Av dessa bedömdes fyra artiklar ha hög kvalitet, fyra medel och fyra låg. Kvaliteten bedömdes med hjälp av procentsats efter hur många Ja de fått på bedömningsmallen. Genom att beräkna procent ökade möjligheten att jämföra olika studier (Willman et al., 2006). Under 75 % Ja bedömdes som låg kvalitet och under 85 % Ja som medel. För en artikel med hög kvalitet resulterade detta i 1-2 Nej i granskningen. De som ansågs ha låg kvalitet exkluderades och kring de med bedömd medel kvalitet fördes ett resonemang författarna emellan vad i artikeln som gjorde att de fick en lägre procent och hur det skulle påverka denna litteraturstudie. Alla fyra med medel kvalitet valdes att ta med i resultatet. Totalt valdes åtta artiklar till analysen, varav fyra av dessa hade kommit fram på flera av sökningarna.



Tabell 1 Artikelsökning 2015-09-17

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Med i resultat
PubMed	Coercion (MeSH)	1070	-		
PubMed	Coercion (MeSH) AND Nursing care (MeSH)	81	15	4 (4)	2(2)
PubMed	Coercion (MeSH) AND Commitment of mentally ill (MeSH)	94	36	10 (7)	6(4)
PubMed	Coercion (MeSH) AND Patient experience (fritext)	74	20	8 (5)	4(3)
PubMed	Involuntary treatment (fritext)	1639	-		
PubMed	Involuntary treatment (fritext) AND Nursing care (MeSH)	49	5	2 (2)	-
PubMed	Involuntary treatment (fritext) AND Commitment of mentally ill (MeSH)	157	19	3 (3)	1(1)
PubMed	Involuntary treatment (fritext) AND Patient experience (fritext)	81	10	4 (4)	2(2)
Cinahl	Coercion (CH)	36	6	1	-
Cinahl	Involuntary treatment (fritext)	16	3	1	1
			Totalt	16 (9)	8(4)

( ) visar antal artiklar som kom fram på flera sökningar.

#### 4.4 Dataanalys

Författarna använde sig av Fribergs (2006) metod för analys av studierna som går i tre steg och innebär att övergripande områden i studierna identifieras. Först lästes de valda studierna igenom flera gånger för författarna skulle vara väl införstådda med innehållet. Sedan söktes det efter likheter och skillnader i studiernas resultat. När likheter och skillnader identifierats gjorde författarna kondenserade meningsenheter av resultaten från studierna som valts ut till analysen. Först översattes texten från engelska till svenska och sedan kondenseras denna text för att endast ha kvar relevant information. Författarna gav de identifierade meningsenheterna en kod. Utifrån de kondenserade meningsenheterna samt koderna diskuterade författarna tillsammans lämpliga kategorier och huvudteman (se Tabell 2 nedan). Detta är en induktiv ansats enligt Graneheim & Lundman (2004), som innebär att kategorierna skapas utifrån innehållet i analysen. En induktiv ansats går från det specifika till det generella när kondenserade meningsenheter först blir koder som sedan får kategorier och huvudteman.

Tabell 2, Exempel på analys

Meningsbärande enhet	Översättning	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Tema
Most patients (84 patients or 80 %) indicated that they appreciated being asked about their preference for a restrictive measure and felt respected.	De flesta patienterna (84 st eller 84 %) antydde att de uppskattade att bli tillfrågade om de föredrog en viss tvångsåtgärd och kände sig respekterade.	Patienter uppskattade att bli tillfrågade angående tvångsåtgärder .	Uppskattade kommunikation	Delaktighet	Omvårdnad vid tvångsåtgärder
The emphasis of being involved in the decision making process and having a choice was highlighted by three participants.	Betoning på att vara involverad i den beslutsfattande processen och att ha ett val framhövdes av tre deltagare.	Att få vara involverad samt ha ett val framhövdes av deltagarna.	Valmöjlighet	Delaktighet	Omvårdnad vid tvångsåtgärder

#### 4.5 Etiska överväganden

Vid litteraturstudier bör etiska överväganden göras, framförallt avseende urval och resultatpresentation. Enligt Vetenskapsrådets riktlinjer för medicinsk forskning är ohederlighet och fusk inte tillåtet. I denna studie har ett flertal etiska aspekter beaktats, framförallt med tanke på att forskningen är utförd på en särskilt utsatt och sårbar patientgrupp. Samtliga artiklar som inkluderades i analysen var granskade av en etisk kommitté eller bestod av noga övervägda etiska aspekter. Alla artiklar som ingick i studien redovisades och samtliga resultat som svarade mot syftet presenterades, oavsett om de stödde författarnas egna åsikter eller inte (Forsberg & Wengström, 2003). Alla artiklar hade inte ett etiskt resonemang inkluderat eller skrev att deras arbete var granskat av en etisk kommitté. Författarna kontrollerade då om tidskriften där artikeln var publicerad var medlem i Committée on Publication Ethics (COPE), vilket den var och den inkluderades då i resultatet. Tidskrifter som är medlemmar i COPE uppmanas följa en viss uppförandekod, Code of conduct and best practice guidelines for journal editors, för att säkerställa en lägsta standard (Committée on Publication Ethics, 2011).

## 5. RESULTAT

Resultatet redogör för patienters upplevelse av tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård och är baserat på totalt åtta artiklar från Sverige, Tyskland, Österrike, Holland, England och Irland

publicerade mellan 2001-2015. De fyra kvalitativa studierna hade 6-12 deltagare och de kvantitativa 60-778 deltagare. Resultatet är indelat i två huvudteman med två kategorier under respektive tema enligt följande: Tvångsåtgärdernas effekter på patienterna med kategorierna *positiv* respektive *negativ inverkan på hälsa* samt Omvårdnad vid tvångsåtgärder med kategorierna *en önskan om kommunikation och delaktighet* och *relation till vårdpersonalen*.

### **5.1 Tvångsåtgärdernas effekter på patienterna**

Den mängd tvångsåtgärder som en patient hade upplevt var inte relaterat till kortsiktigt utfall av den psykiatriska slutenvårdsbehandlingen. Patienternas upplevelse av förbättrat mående kunde inte relateras till antalet tvångsåtgärder de hade utsatts för varken subjektivt eller objektivt enligt bedömningsskalor för social funktion och psykiska störningar (Kjellin & Wallsten, 2010).

#### *Positiv inverkan på hälsa*

I vissa akuta situationer kunde tvångsåtgärden lugna och hjälpa patienterna (Olofsson & Norberg, 2001). Med isolering ansågs det positivt att få sova, vila och vara i säkerhet. För tvångsmedicinering ansågs den lugnande effekten vara positiv (Veltkamp et al., 2008). Några patienter som hade positiv inställning till medicinering såg det som en stor del av tillfrisknandet (Hughes, Hayward & Finlay, 2009). Patienter som hade upplevt mindre tvång under vårdtiden var mer nöjda med behandlingen (Katsakou et al., 2010). Att ha varit intagen på tvångsvård och blivit utsatt för tvångsåtgärder fick patienterna att uppskatta ett stabilt mående, vilket gjorde att de kunde slappna av mera i det vardagliga livet. Det gjorde också att de tog sin sjukdom mer på allvar och aktivt försökte förhindra att tvångsåtgärder skulle bli nödvändiga igen. Upplevelserna gjorde även att de hade en större förståelse för psykiskt sjuka och sårbara människor överlag. Flera ville bli politiskt aktiva för att kunna påverka systemet och förbättra den psykiatriska vården, genom att förändra lagar som reglerar tvångsvård samt skapa diskussion om konsekvenser av att bli utsatt tvångsåtgärder (Sibitz et al., 2011).

#### *Negativ inverkan på hälsa*

Att bli utsatt för tvångsåtgärder kunde orsaka stor skada på det psykiska måendet och ha en negativ inverkan på självförtroende och självkänsla. Vissa patienter ansåg efteråt att de inte var lika mycket värda som ”vanliga” människor, att deras personlighet hade blivit förstörd samt att de kände sig osäkra, sårbara och rädda för att tappa kontrollen och bli utsatta för tvång igen (Sibitz et al., 2011). Frekvent användande av fysiskt tvång samt att känna sig ignorerad av vårdpersonalen ansågs leda till minskad värdighet och självrespekt (Hughes et al., 2009). Att känna sig ensam och inlåst var de mest nämnda negativa aspekterna med isolering. Negativa aspekter med tvångsmedicinering var att känna sig maktlös och att uppleva biverkningar av läkemedlet (Veltkamp et al., 2008). Tvångsmedicinering ansågs av några deltagare öka deras plåga eller göra symtomen värre, samt upplevdes som hotande istället för att främja tillfrisknandet (Hughes et al., 2009). En patient beskrev upplevelsen av bältesläggning som fruktansvärd (Sibitz et al., 2011). Tvångsåtgärder upplevdes som en bidragande orsak till förlängd sjukhusvistelse vilket innebar negativa effekter på anställning och jobb samt socialt liv. En del ansåg även att tvångsåtgärder ledde till försämrad återhämtning vilket påverkade relationer och funktion i samhället. Vissa uttryckte att de levde med en känsla av att vara under bevakning av omgivningen och kände sig därför hindrade att uttrycka sig fritt samt att deras identitet hade förändrats (Sibitz et al., 2011).

Patienterna kände sig maktlösa, upplevde brist på eller otillräcklig information och att vårdpersonalen inte tog sig tid att förklara när tvångsåtgärder vidtogs. De förstod inte varför de

fick vård mot sin vilja, varför de blev utsatta för tvångsåtgärder, vad som skulle hända eller vilka rättigheter de hade (Olofsson & Norberg, 2001). Många patienter kände sig otrygga när de blev utsatta för en tvångsåtgärd, som att de var i ett kaos och upplevde att de misslyckats som människor. När de inte kunde bestämma själva ledde det till att patienterna upplevde att deras integritet kränktes, samt att tvångsåtgärder bidrog till låg självkänsla (Olofsson & Norberg, 2001; Sibitz et al., 2011). Efter att en tvångsåtgärd hade utförts kände sig patienterna förnedrade, hjälplösa och ensamma samt att de blev lämnade med en känsla av brist på respekt från vårdpersonalens sida (Sibitz et al., 2011).

## 5.2 Omvårdnad vid tvångsåtgärder

### *En önskan om kommunikation och delaktighet*

I den schweiziska studien (Sibitz et al., 2011) framkom att patienterna ville ha mer konversation och dialog med vårdpersonalen, vilken ofta upplevdes som reserverad, distanserad och otillgänglig. Patienterna menade att om de skulle få en chans att ge sin version av problemet innan tvångsåtgärden sattes in skulle vårdpersonalen kunna förstå patientens perspektiv och åtgärden skulle kanske inte behöva vidtas överhuvudtaget. Ökad kommunikation skulle även kunna leda till ett större förtroende för vårdpersonalen (Mielau et al., 2015).

Patienterna upplevde att vårdpersonalen inte accepterade dem som de var, och inte tog sig tid att lyssna och prata med dem istället för att använda tvång. Det fick dem att känna hopplöshet och att vad de än gjorde skulle de ändå bli utsatta för någon sorts tvång. När vårdpersonalen uppmärksammade patienterna och tog sig tid ansåg patienterna att det var ett tecken på att personalen brydde sig (Olofsson & Norberg, 2001). *”Behandlar dig som ett barn först av allt och sen som om du är galen. Vårdpersonalen behöver se personen och inte ge en stämpel”* (McGuinness et al., 2013, s. 731).

Flertalet studier visar att patienterna upplevde att de inte fick vara delaktiga i sin egen vård men att det fanns en stark önskan om att få vara delaktig i hela processen (McGuinness et al., 2013; Olofsson & Norberg, 2001; Sibitz et al., 2011). I en holländsk studie svarade hela 80 % att de ville bli tillfrågade vilken tvångsåtgärd de föredrog och det faktum att de fick ett val gjorde att de kände sig mer respekterade (Veltkamp et al., 2008). *”De hade sitt sätt. Du vet det var inte som... Jag hade inget val och det gjordes klart för mig”* (McGuinness, Dowling & Trimble, 2013, s. 730). Vissa patienter lyfte ett behov av att prata och reflektera med vårdpersonal efter att en tvångsåtgärd hade utförts för att skapa ökad förståelse för åtgärden, men även för att få lyfta sin upplevelse (Olofsson & Norberg, 2001; Mielau et al., 2015).

Patienterna önskade information, kommunikation och respekt. Då de fick löpande information om sin planerade behandling kände de sig tryggare. Brist på information kunde istället förvärra upplevelsen av en pågående psykos och patienterna kände ökad ångest. Tvångsåtgärderna sågs som acceptabla om de användes för att förhindra skada samt med respekt, förtroende, genuint intresse och förståelse för patienten (Sibitz et al., 2011). I studien av Veltkamp et al. (2008) som undersökte om patienterna föredrog isolering eller tvångsmedicinering framkom att 67 % av de tvångsmedicerade och 76 % av de isolerade patienterna i efterhand kunde förstå varför åtgärden vidtogs. Patienter som förstod varför åtgärden användes bedömde både isolering och tvångsmedicinering som mer effektiva åtgärder än patienter som inte förstod.

### *Relation till vårdpersonalen*

Hughes et al. (2009) rapporterade att relationen med vårdpersonalen var väldigt olika. Tre deltagare hade tydligt positiva uppfattningar och beskrev vårdpersonalen som vårdande personer

med en hög standard på vården. Fyra (av tolv) deltagare beskrev negativa aspekter till relationen med vårdpersonalen och att viss vårdpersonal upplevdes som straffande, kränkande och utnyttjande. När patienterna blev utsatta för tvångsåtgärder kände de att de inte fick tillräckligt med mänsklig närvaro. Under tvångsåtgärden ansågs det viktigt med närhet och fysisk kontakt från vårdpersonalen, då detta skapade en trygghet och minskade deras rädsla och oro. När vårdpersonalen var tillgänglig både fysiskt och känslomässigt kunde patienterna känna ett förtroende för dem (Olofsson & Norberg, 2001). Deltagarna i Sibitz et al. (2011) studie lyfte fram att det var viktigt att ha någon i vårdpersonalen som man kände förtroende för, dock tog denna förtroendefulla relation tid att skapa och kunde lätt äventyras av tvång.

Även om tvångsåtgärder kunde anses vara nödvändiga i akuta kriser, till exempel för att skydda patienten från att skada sig själv eller andra, ansågs det i vissa situationer som onödigt eller en överdriven reaktion. Vårdpersonalen kunde istället ha lyssnat och försökt förstå för att lugna situationen (Mielau et al., 2015; Olofsson & Norberg, 2001; Sibitz et al., 2011). Ibland ansågs tvångsåtgärderna göra situationen värre än vad den var från början och patienterna såg då åtgärden som varken hjälpsam eller nödvändig. Det var även viktigt att vårdpersonalen hade stor kunskap inom området för patienternas upplevelse av tvång och insåg att patientens problem var meningsfulla och unika för just den individen (Sibitz et al., 2011).

## 6. DISKUSSION

### 6.1 Metoddiskussion

Studien kan inte anses vara heltäckande inom området då författarna begränsade sökningen genom sex inklusionskriterier, vilka kan ses som både en styrka och en svaghet (Forsberg & Wengström, 2003). Flera av inklusionskriterierna som peer reviewed, originalartikel, tidsspann och ålder är vanligt förekommande inom studiens design för att underlätta urvalet (Östlundh, 2006). Inklusionskriterierna valdes för att få ett tidsmässigt genomförbart urval med en överkomlig mängd artiklar som var relevanta för syftet, vilket både stärker men samtidigt begränsar författarnas metod (Willman et al., 2006).

Författarna valde att göra sökningen i de två största och för omvårdnadsforskning mest relevanta databaserna PubMed/MEDLINE och Cinahl, för att få fram artiklar som svarade mot studiens syfte. Sökningen gjordes om en gång och skedde genom flera olika steg med noggrant framtagna sökord, vilka anpassades efter de olika databaserna för att få fram ett så relevant urval som möjligt och på så sätt stärka studiens resultat (Willman et al., 2006). Sökningen i databasen Cinahl gav få resultat jämfört med samma sökning i PubMed, vilket kan ses som en svaghet eftersom det innebär att större delen av resultatet är baserat på studier från enbart en sökmotor. Författarna valde dock att inte söka vidare på ytterligare sökord i Cinahl då de i så fall hade behövt utöka sökningen även i PubMed och sökningen då hade tagit för stor tidsåtgång. Sökningen i Cinahl kan ändå anses som relevant då det blev få sökresultat trots att Cinahl headings användes. En annan anledning till att det blev få resultat i Cinahl kan vara att kriteriet peer reviewed användes. I PubMed fanns inte detta inklusionskriterie som förhandsval.

För att öka resultatets trovärdighet kvalitetsgranskade författarna alla artiklar oberoende av varandra enligt överenskomna bedömningsmallar från Willman et al. (2006), för att sedan jämföra resultatet och utesluta artiklar under medel kvalitet (<75 %). Av de åtta artiklar som studien baserades på var lika många av kvalitativ som kvantitativ design. Att kombinera kvalitativa och kvantitativa artiklar möjliggör jämförelse av resultat från flera olika perspektiv

och kan täcka ett bredare område, vilket kan öka resultatets tillförlitlighet (Polit & Beck, 2010). En risk med studiens design och metod var att den baserades på en alltför begränsad mängd relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2003). Det relativt stora bortfallet av artiklar som inte togs med till analysen efter kvalitetsgranskningen kan vara en svaghet. Författarna föredrog dock kvalitet framför kvantitet och ansåg sig få tillräckligt underlag till studien av de artiklar som var kvalificerade och svarade mot syftet.

Författarna har i lika stor omfattning bidragit till arbetet med studien, vilket anses öka tillförlitligheten (Polit & Beck, 2010). En styrka gällande studiens metod och design var att författarna försökte ha ett så kritiskt förhållningssätt som möjligt under läsningen av de valda studierna (Friberg, 2006). Ytterligare en styrka är att data kategoriserades i olika teman för att skapa struktur och tydlighet då det är viktigt för att underlätta analysen och sammanställa resultatet. För att minska risken för feltolkning försökte författarna vara neutrala i tolkningen av artiklarna samt läsa dem upprepade gånger individuellt och jämföra med varandra. Risk för feltolkning i översättningen från engelska till svenska kan också anses som en svaghet då engelska inte är någon av författarnas modersmål (Polit & Beck, 2010). Båda författarna har genom verksamhetsförlagd utbildning en viss erfarenhet av psykiatrisk vård. En av författarna jobbar dessutom på en psykiatrisk avdelning och har därigenom även erfarenhet av tvångsvård och tvångsåtgärder. Författarnas förförståelse kan ha inverkat på tolkning av resultat och således anses vara en svaghet, till exempel präglades indelningen i vilka faktorer som hade negativ respektive positiv inverkan på hälsa av författarnas egen tolkning. Samtidigt kan detta även ses som en styrka på grund av större förståelse och kunskap.

Författarna ville undersöka patienternas upplevelse genom ett humanistiskt perspektiv och därmed inte bara se människan som en diagnos, vilket betyder att författarna inte har tagit i beaktande vilka psykiska sjukdomar som ingick i de olika studierna. Studierna i analysen har utförts vid varierande tidpunkter i relation till när patienten har upplevt tvångsåtgärden, allt från en vecka till ett år efter utskrivning. Intervjuerna har oftast utförts i sjukhusmiljö av personer med olika förförståelse och kunskap. Urvalet av deltagarna till studierna är framtaget av vårdpersonal på de psykiatriska avdelningarna som bedömt dem kapabla att medverka, vilket betyder att deras tillstånd var stabilt vid deltagandet. Detta är faktorer som till stor del kan förklaras av att psykiatriska patienter av anledningar som sjukdomstillstånd och tillgänglighet är en svår grupp att forska på, vilket begränsar metod och tillvägagångssätt. Detta är samtidigt faktorer som kan ha stor inverkan på resultatet och därför anses vara en svaghet med denna studie. Författarna kunde dock inte se några större skillnader i studiernas utfall relaterat till dessa aspekter. Om författarna skulle göra om studien hade tidpunkten efter upplevd tvångsåtgärd tagits i beaktande från första början.

För att få en mer enhetlig patientgrupp och en övergripande bild av forskningsområdet begränsades sökningen till studier från Europa. Denna begränsning valdes även för att författarna inte har någon kunskap om den psykiatriska vården i USA och Australien, vilka utgjorde de övriga världsdelarna där det fanns forskning inom det valda problemområdet att tillgå. Att bara ta med forskning från Norden där författarna är mest insatta i problemområdet skulle ha blivit för smalt, särskilt då studier från bland annat Norge och Finland inte uppfyllde inklusionskriterierna eller kvalitetsgranskningen och därför valdes bort. Författarna kan dock inte påstå att den psykiatriska vården håller samma standard inom hela Europa eller att den är annorlunda i USA och Australien. Övriga delar av världen skulle ha inkluderats vid en större tidsomfattning för studien. Slutligen valdes studier från totalt sex olika europeiska länder ut. Ett flertal faktorer som lagstiftning och kultur skiljer sig åt mellan länderna och kan inverka på patienternas upplevelser och värderingar, dock kan dessa faktorer även variera individuellt och inom samma land. Dessa

aspekter påverkar resultatet och dess generaliserbarhet. Då författarna inte upptäckte några stora skillnader mellan studierna kan resultatet till viss del anses vara generaliserbart inom de europeiska länder som finns representerade i studien. Överförbarheten till övriga europeiska länder och andra delar av världen bör dock av ovan nämnda aspekter ses som begränsad (Forsberg & Wengström, 2003).

## 6.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa patienters upplevelse av tvångsåtgärder inom psykiatrisk slutenvård, till vilket huvudfynden i resultatet svarar mot. Resultatet visar att patienterna subjektivt upplevde tvångsåtgärder väldigt olika. Generellt sett hade de flesta både positiva och negativa aspekter av tvångsåtgärder och dess inverkan på hälsa. Vid användandet av tvångsåtgärder önskades från patienternas sida främst information från personalen för att främja deras självkänsla och delaktighet. Ingen av studierna som resultatet i denna uppsats är grundat på hade som huvudsyfte att undersöka patienternas upplevelse angående omvårdnad vid tvångsåtgärder. De flesta studierna ville undersöka patienters upplevelse av tvång eller tvångsvård rent generellt. Trots detta har författarna tydligt kunna se ett behov av information och delaktighet från patienterna vid tvångsåtgärder i de studier de analyserat. Fenomenet tvång är brett och i studierna som använts till resultatet skiljer både vad deltagarna och forskarna anser som tvång. Därför har författarna varit noga med att enbart ta med de delar av studierna till analysen som specifikt syftar på tvångsåtgärder och inte upplevt tvång i stort.

De kategorier som författarna fann i analysen av artiklarna tycks stämma väl in på Dahlberg och Segestens (2010) omvårdnadsbegrepp. I fynden om delaktighet, bemötande och integritet går det att göra starka kopplingar mot begreppet livsvärld som är grundläggande i deras teori. Patienternas önskan om mer kommunikation med vårdpersonalen för att få föra fram sina synpunkter på vården kan tolkas som att vårdpersonalen inte ser till varje enskild patient som expert på sin livsvärld. Patienterna blir inte delaktiga i sin vård och utsätts för onödigt lidande. Detta stämmer med fynden i den svenska studien av Olofsson och Jacobsson (2001) som visade att om vårdpersonalen informerade och behandlade patienterna med respekt underlättade det upplevelserna av tvångsåtgärderna för patienterna.

Betydelsen av vårdpersonalens bemötande framkommer även i en studie av Larsen och Terkelsen (2014), som undersökte hur patienter och vårdpersonal upplevde tvång inom psykiatrisk slutenvård. Patienterna beskrev att den bästa vårdpersonalen behandlade dem som vanliga människor och inte som en diagnos. Patienterna ansåg att det skulle vara bättre om de blev bemötta som vanliga personer med problem som till exempel brist på sömn och vila, då det ofta var huvudproblemet för patienten, inte diagnosen. Att inte se patienterna som en diagnos utan som en person med någon form av psykisk ohälsa var även författarnas ingångspunkt till denna studie. Resultatet är därför inte kopplat till specifika psykiska sjukdomar eller diagnoser mer än psykisk ohälsa generellt.

Ingen eller för lite information och kommunikation med patienterna riskerar att påverka deras upplevelse av mening och sammanhang. När patienterna kände sig överkörda av vårdpersonalen och inte förstod varför en åtgärd vidtogs, påverkades deras självkänsla och värdighet negativt. Som Dahlberg och Segesten (2010) menar, är det särskilt viktigt vid ohälsa och sjukdom att vårdpersonalen kan ge en känsla av mening och sammanhang till patienterna i deras sårbara situation. Detta kan ske genom samtal och reflektion, där en stor del av vårdpersonalens roll ligger i att lyssna och stärka individen i den nya livssituationen. Den australienska studien

(Wyder et al., 2015) som visade att det var viktigt för patienternas tillfrisknande att skapa en god omvårdnadsrelation styrker denna studies resultat angående hur viktigt det är med bemötande och kommunikation.

I flera av de analyserade studierna kan man se hur patienterna upplevt vårdlidande under sin sjukhusvistelse enligt Dahlberg och Segestens (2010) tolkning av begreppet. Patienterna rapporterade att denna maktlöshet berodde på bristande information, reflektion och en distanserad vårdpersonal, vilket även är de orsaker Dahlberg och Segesten (2010) nämner som oftast orsakar vårdlidande hos patienter. Att tvångsåtgärder kan innebära lidande för patienten tas även upp i en studie av Armgart et al. (2013) som undersökte vilka känslor patienter inom psykiatrisk slutenvård hade upplevt under tvångsåtgärder omkring tre veckor efter händelsen. Studiens resultat visade att tvångsåtgärder kunde orsaka ett emotionellt lidande för patienten och att de mest frekvent upplevda känslorna under tvångsåtgärden var ilska, vrede och förtvivlan.

En omfattande studie undersökte användandet av tvångsåtgärder inom slutenvården i tio olika europeiska länder. Resultatet visade att tillämpningen varierade mellan länderna vilket till viss del kunde förklaras av skillnader i kliniska riktlinjer och kultur, samt även kunde relateras till patienternas sjukdom och diagnos. Tvångsmedicinering var den överlägset mest förekommande åtgärden i alla länder utom två där bältesläggning var vanligare, medan isolering inte ens förekom i alla länder (Raboch et al., 2010). Detta stämmer inte överens med resultatet i denna studie, som tyder på att tillämpningen bör anpassas efter varje individ snarare än vilket land eller sjukdom det handlar om. Detta framkommer även i studien av Armgart et al. (2013), som understryker betydelsen av att hänsyn tas till patienternas känslor och dess inverkan på sjukdomsförloppet när nya riktlinjer och strategier för tvångsåtgärder utvecklas. Detta är även författarnas rekommendation att vården och tvångsåtgärdena utformas efter individerna där patienterna inkluderas och får en större valmöjlighet när det kommer till vilken tvångsåtgärd som ska användas.

### **6.3 Behov av ny forskning**

Ingen av artiklarna som författarna hittade hade som grundsyfte att undersöka vad patienterna önskar för omvårdnad vid tvångsåtgärder, det var endast ett sekundärt resultat som kom fram i dessa studier. Därför rekommenderar författarna att man i fortsatta studier fokuserar på att undersöka vad patienter som blir utsatta för tvångsåtgärder vill ha för omvårdnad i dessa speciella situationer. Författarna ser ett även ett behov av vidare forskning i att finna andra alternativ än tvång, eftersom det i flera studier enligt patienten framkom att tvångsåtgärden hade kunnat undvikas till exempel om vårdpersonalen hade lyssnat bättre eller varit mera tillgänglig.

### **6.4 Relevans för omvårdnad och samhället**

Psyisk ohälsa och sjukdom är ett växande samhällsproblem (Socialstyrelsen, 2012). Detta innebär att alla sjuksköterskor oavsett verksamhetsområde har nytta av kunskap och kännedom inom området, eftersom vi kommer att möta dessa patienter på alla avdelningar. Med en större förståelse för vad de har varit med om kan ett bättre vårdklimat och en starkare omvårdnadsrelation skapas. Patienten är i fokus och målet bör därför vara att ge en så god omvårdnad som möjligt, vilket underlättas av ett bemötande på patientens nivå. Att inte ha kunskap eller erfarenhet om patientens tillstånd kan försvåra bemötandet avsevärt, inte minst i relationen sjuksköterska-patient där patienten alltid är i underläge. En patient med psykisk ohälsa kan vara extra utsatt i denna relation. Denna studie kan även vara till hjälp för sjuksköterskor



som redan jobbar inom psykiatrin, eftersom att objektivt ta del av nya perspektiv från patientens sida kan leda till förändring och utveckling av tillvägagångssätt och användning av tvångsåtgärder.

Att lyfta fram patienternas upplevelse av tvångsåtgärder är inte bara viktigt för vårdpersonalens förståelse. Den som inte har erfarenhet av psykiatrin kan ha många förutfattade meningar inom området eller kanske inte ens har en aning om att tvångsåtgärder förekommer. Psykisk ohälsa och tvångsvård är ett väldigt stigmatiserat område i samhället och att prata högt om sin upplevelse av tvångsåtgärder kräver stort mod. Det är så lätt att se snett på den som sträcker fram en arm full av ärr eller att ta en omväg kring den som går och pratar för sig själv. Alla patienter med psykisk ohälsa har inte upplevt tvångsåtgärder, men att lyfta detta ämne kan bidra till större förståelse för och mindre fördomar kring all form av psykiatrisk vård och därför vara av nytta även för dem.

Studiens resultat är relevant eftersom tidigare forskning från patientens perspektiv inom psykiatrisk vård visar behov av förbättring kring vårdpersonalens förhållningssätt samt tvångsåtgärdernas praktiska tillämpning. Resultatet av denna studie kommer troligen i första hand att nå sjuksköterskor och annan vårdpersonal och på så sätt bidra till arbetet inom vården, men förhoppningsvis även spridas till samhället i stort genom att fler får upp ögonen och kunskapen för detta område och vågar prata öppet om det. Det borde vara lika självklart att kunna berätta om sin psykiska ohälsa som att man har högt blodtryck eller diabetes, utan att behöva skämmas eller mötas av fördomar.

## 6.5 Slutsats

Patienterna verkar i grunden inte vara emot att tvångsåtgärder förekommer, men har synpunkter på hur utförandet ska gå till för att ge bästa effekt och önskat utfall. Det viktigaste är hur tvångsåtgärderna utförs i praktiken. Här blir det etiska dilemmat ett faktum, när vårdpersonalen ska skydda patienten med åtgärder som riskerar att kränka deras integritet. Genom att föra en dialog med patienterna till exempel om hur tvångsåtgärder kan undvikas eller vilken tvångsåtgärd de föredrar, görs patienterna mer delaktiga och de etiska värdena kan bibehållas i större mån. Den subjektiva upplevelsen av tvångsåtgärder var väldigt varierande mellan patienterna, vilket tyder på att tillämpandet av tvång bör individanpassas efter varje patient för att uppnå en så god vård och omvårdnad som möjligt. Tvångsåtgärdens inverkan på hälsa kunde ses som både positivt och negativt av en och samma individ. Flera patienter ansåg att deras nära relationer, sociala liv och funktion i samhället påverkades negativt. Detta indikerar att personer med erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård kan bli särskilt utsatta för stigmatisering och diskriminering i samhället.

Det som patienterna anser att behöver förbättras kan relateras till Dahlberg och Segestens (2010) omvårdnadsbegrepp vårdlidande, livsvärld samt mening och sammanhang. Resultatet visar att patienterna önskar mer kommunikation och delaktighet samt en bättre relation med vårdpersonalen för att underlätta sin upplevelse av tvångsåtgärderna. Detta kan uppnås främst genom att patienterna får information under hela förloppet samt blir respektfullt bemötta. Patienterna verkar instinktivt veta vad som kan få dem att må bättre, hur vårdpersonalen kan förstå deras livsvärld och ge dem mening och sammanhang till vårdssituationen. För detta krävs dock att vårdpersonalen tar sig tid att lyssna och försöker förstå. Om patienterna inte får vara delaktiga i sin egen vård och behandling utsätts de för ett onödigt lidande.

## **7. SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION**

Författare Elin Wirtanen och författare Johanna Blanksvärd har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

## REFERENSLISTA

Artiklar markerade med \* ingår i analysen.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Armgar, C., Schaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreyschak, J. (2013). Negative emotions and understanding - patients' perspective on coercion. *Psychiatrische Praxis*, 40(5), 278-284. doi: 10.1055/s-0033-1343159

Committee on Publication Ethics. (2011). *Code of conduct and best practice guidelines for journal editors*. Version 4. Hämtad 2015-11-12 från [http://publicationethics.org/files/Code%20of%20Conduct\\_2.pdf](http://publicationethics.org/files/Code%20of%20Conduct_2.pdf)

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

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. Ingår i Friberg, F. (red), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.115-124). Lund: Studentlitteratur.

Haglund, K., Von Knorring, L. & Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experience and nurse perceptions. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10 (1), 65-72. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00555.x

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Holm, H., Björkdahl, A. & Björkenstam, E. (2011). Tvångsvård med frågetecken. *Läkartidningen*, 108 (34), 1544-1545. Hämtad 2015-06-05 från [http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/16821/LKT1134s1544\\_1545.pdf](http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/16821/LKT1134s1544_1545.pdf)

\*Hughes, R., Hayward, M. & Finlay, M. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18(2), 152-160. doi: 10.1080/09638230802053326

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Hämtad 2015-06-22 från [https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Johansson, I.M. & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(6), 639-647. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x

\*Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2010). Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients. *Psychiatric services*, 61(3), 286-292.

\*Kjellin L & Wallsten T. (2010). Accumulated coercion and short-term outcome of inpatient psychiatric care. *BMC Psychiatry*, 28(10), 53. doi: 10.1186/1471-244X-10-53.

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

Larsen, I.B. & Terkelsen, T.B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*. 21(4), 426-436. doi: 10.1177/0969733013503601

Lindström, U.Å., Lindholm, L. & Zetterlund, J. (2010). Katie Eriksson: Theory of Caritative caring. Ingår i. Alligood, M, R. & Marriner Tomey, A. (Red.), *Nursing theorits and their work* (7. uppl., s. 190-221). United states of America: Mosby Inc

\*Mielau, J., Altunbay, J., Gallinat, J., Heinz, A., Bermpohl, F., Lehmann, A. & Montag, C. (2015). Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. doi: 10.1007/s00406-015-0598-9

\*McGuinness, D., Dowling, M. & Trimble, T. (2013). Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 726–734. doi: 10.1111/jpm.12007

Newton-Howes, G. & Mullen R. (2011). Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 62(5), 465-470. doi: 10.1176/appi.ps.62.5.465.

O'brien, A.J. & Golding, C.G. (2003). Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(2), 167-173. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00571.x

Olofsson, B. & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8(4), 357-366. doi: 10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x

\*Olofsson, B. & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced nursing*, 33(1), 89-97. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Psykiatriskt forskningscentrum. (2008). *Vägledning vid psykiatrisk tvångsvård*. Örebro. Hämtad 2015-09-06 från <http://www.svenskpsykiatri.se/documents/2010/guidelines%20svenska%20080528.pdf>

Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012-1017.

\*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(3) 239-244. doi: 10.1192/bjp.bp.110.087841.

Socialstyrelsen. (2008). *Föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* (SOSFS 2008:18). Hämtad 2015-06-12 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8564/2008-10-18.pdf>

Socialstyrelsen. (2012). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012*. Hämtad 2015-10-29 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18623/2012-3-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2014). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*. Hämtad 2015-10-29 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf>

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

\*Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J., Frigge, K., Dries, P. & Bowers, L. (2008). Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. *Psychiatric services*, 59(2), 209-211.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2 uppl [rev.]). Lund: Studentlitteratur.

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. doi: 10.1111/inm.12121

Åkerman, S. & Eriksson, T. (2011). *Slutstation rättspsyki. Om tvångsvårdade kvinnor som inte dömts för brott*. Stockholm: Natur & Kultur.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. Ingår i Friberg, F. (red), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.45-70). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1 Mall för kvalitetsgranskning Kvantitativ metod

Grundad på kvalitetgranskningsmall från Willman et al. (2006).

Författare:

Titel:

Land/År

Beskrivning av studien: RCT CCT(ej randomiserad)  
Kontrollgrupper Multicenter:.....

Urval: Antal..... Ålder..... Kön.....

Adekvata exklusioner Ja Nej

Intervention:

Vad avsåg studien att studera? Är det tydligt beskrivet? Ja Nej

Är urvalet tydligt beskrivet?	Ja	Nej	
Representativt urval?	Ja	Nej	
Randomiseringsförfarande beskrivet?	Ja	Nej	Ej applicerbart
Likvärdiga grupper vid start	Ja	Nej	Ej applicerbart
Analyserade i den grupp som de randomiserats till?	Ja	Nej	Ej applicerbart
Blindning av patienter?	Ja	Nej	Ej applicerbart
Blindning av vårdare?	Ja	Nej	Ej applicerbart
Blindning av forskare ?	Ja	Nej	Ej applicerbart
Bortfallsanalys	Ja	Nej	
Är bortfallsstorleken beskriven?	Ja	Nej	
Adekvat statistisk metod?	Ja	Nej	
Är metoden tydlig beskriven?	Ja	Nej	
Etisk resonemang/godkännande	Ja	Nej	
Är instrumenten valida?	Ja	Nej	
Är instrumenten reliabla?	Ja	Nej	
Är resultatet generaliserbart?	Ja	Nej	

Huvudfynd, hur beräknades effekten:

Sammanfattade bedömning av kvalitet: Bra Medel Låg

Kommentar:

## BILAGA 2 Mall för kvalitetsgranskning Kvalitativ metod

Grundad på kvalitetsgranskningsmall från Willman et al. (2006).

Författare:

Titel:

Land/År

Är syftet tydligt beskrivet? Ja Nej

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej

Urval                      Antal.....                      Ålder.....                      Kön.....

Relevant urval? Ja Nej

Strategiskt urval? Ja Nej

Tydligt beskrivet urvalsförfarande? Ja Nej

Är kontexten presenterad? Ja Nej

Etiskt resonemang/godkännande? Ja Nej

Är datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej

Är analysen tydligt beskriven? Ja Nej

Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej

Råder datamätnad? Ja Nej

Råder analysmätnad? Ja Nej

Redovisas resultatet tydligt? Ja Nej

Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej

Generas teori? Ja Nej

Huvudfynd, vilket fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?:

Sammanfattade bedömning av kvalitet: Bra                      Medel                      Låg

Kommentar:

### BILAGA 3 Matris för inkluderade artiklar

Författare Land/År	Titel	Syfte	Design/Analys	Resultat	Kvalité
Hughes, R., Hayward, M. & Finlay. M. England/ 2009	Patients` perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery.	Man ville förstå hur patienterna påverkades av sluten tvångsvård.	Kvalitativ  Tematisk analys  12 Deltagare	Negativa erfarenheter från tvångsvården visade sig vara ett hinder för tillfrisknande.	Medel 78 %
Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T. & Priebe. S. England/ 2010	Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients.	Syftet med studien var att undersöka hur patienternas belåtenhet var i relation till tvång.	Kvantitativ  Observerande retrospektiv studie med beskrivande statistik  778 Deltagare initialt, 546st efter 1 månad, 473st efter 3 månader, 396st efter 1 år	Vårdbelåtenhet en ökade med tiden från inskrivning till uppföljning och var mer relaterat till upplevt tvång av patienten än dokumenterade tvångsåtgärder.	Hög 92 %
Kjellin, L. & Wallsten, T. Sverige/ 2010	Accumulated coercion and short-term outcome of inpatient psychiatric care.	Undersöka inverkan av tvångsåtgärder på korttids resultatet av sluten psykiatrisk vård.	Kvantitativ  Chi-square test, t-test, Mann-Whitney U-test  233 Deltagare	Antalet tvångsåtgärder hade inget samband med subjektiv eller upplevd förbättring, men 67% upplevde en förbättring efter åtgärden.	Medel 75 %
McGuinness, D., Dowling, M. & Trimble, T. Irland/ 2013	Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre	Att förstå vad det innebär att tvångsvårdas.	Kvalitativ  Fenomenologis k ansats  6 Deltagare	Patienterna upplevde att de inte hade något val till tvångsåtgärder. Personalen hade dock en positiv påverkan på vistelsen.	Medel 79 %



Mielau, J., Altunbay, J., Gallinat, J., Heinz, A., Bermppohl, F., Lehmann, A. & Montag, C. Tyskland/ 2015	Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification	Syftet med studien var att undersöka skillnad i upplevelse av tvång mellan patienter och ”friska” volontärer.	Kvantitativ  t-tests, two-sided P, one way ANOVA, Kolmogorov Smirrov test, chi square.  90 Patienter 60 Volontärer	Patienter som tidigare upplevt tvångsåtgärder var mindre positiva. Största skillnaden mellan grupperna var angående bältning/fasthållning.	Medel 77 %
Olofsson, B. & Norberg, A. Sverige/ 2001	Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians	Syftet var att öka förståelsen för psykiatriska patienters, sjuksköterskors och läkares upplevelse av tvång.	Kvalitativ  Deskriptiv-utforskande design  7 Patienter, 7 Vårdpersonal, 7 Läkare	Patienterna kände sig straffade vid tvångsåtgärder men förstod att det var för att hjälpa dem. De fick skadad integritet.	Hög 93 %
Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M. Schweiz/ 2011	Impact of coercive measures on life stories: a qualitative study.	Man ville generera en teori om hur tvångsåtgärder påverkar patienternas liv.	Kvalitativ  Grounded theory  Tematisk analys  15 Deltagare	Patienterna ansåg att tvångsåtgärdena var i behov av förbättring, men att det hjälpte när det verkligen var nödvändigt.	Hög 85 %
Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J., Frigge, K., Dries, P. & Bowers, L. Holland/ 2008	Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands	Denna studie undersökte vad patienter på psykiatriska akutvårdsavdelningar föredrog för tvångsåtgärd vid en akut situation.	Kvantitativ  Chi-test, t tests och analysis of variance.  104 Deltagare	Lika många föredrog isolering som bältning. Patienter som fått information om varför åtgärden behövdes hade positivare uppfattning.	Hög 92 %